

Les approches politiques de réduction des inégalités de santé

Mars 2016

Introduction

Ce document cherche à aider les acteurs de la santé publique à mieux distinguer les approches politiques visant à réduire les inégalités de santé les plus courantes. Il abordera les approches suivantes :

- l'économie politique;
- les politiques macrosociales;
- l'intersectionnalité;
- l'approche axée sur le parcours de vie;
- l'approche axée sur les milieux;
- les approches qui visent les conditions de vie;
- les approches qui ciblent les communautés;
- les approches qui ciblent les personnes.

Nous définissons les inégalités de santé¹ comme des différences de santé injustes et systématiques au sein de groupes sociaux et entre ceux-ci, des différences auxquelles on doit s'attaquer par l'action. Elles découlent de circonstances sociales et politiques et sont donc potentiellement évitables. Pour lutter contre ces inégalités, les relations entre les déterminants de la santé et la santé des populations ont été mises en évidence afin d'orienter l'action politique. Celle-ci peut se manifester par des interventions sur plusieurs plans. En dépit des nombreux

appels à agir davantage sur le plan structurel et malgré la reconnaissance politique de l'importance de ce type d'action pour la réduction des inégalités de santé (Popay, Whitehead et Hunter, 2010), en réalité, pour différentes raisons idéologiques, historiques ou pratiques (Baum, 2011; Baum et Fisher, 2014), les politiques ont plus généralement visé la promotion de modes de vie et de comportements sains (p. ex., le crédit d'impôt qui promeut l'activité physique des enfants dans les familles). On appelle parfois « dérive vers les habitudes de vie » cette tendance à admettre le besoin d'agir sur les déterminants plus structurels des inégalités de santé tout en développant plutôt des interventions qui ciblent les déterminants de la santé associés aux comportements. Cette dérive a accentué l'individualisation de la responsabilité pour la santé (Baum, 2011; Baum et Fisher, 2014). Dans certains cas, elle a limité la réduction des inégalités et a même entraîné leur intensification (Scott-Samuel et Smith, 2015). On constate également la prépondérance de politiques qui ciblent des personnes et des communautés déjà défavorisées au lieu d'essayer de réduire les inégalités sur l'ensemble du gradient. De telles politiques limitent les mesures qui réduisent efficacement les inégalités de santé dans toute la population (Popay *et al.*, 2010).

Notre objectif est de clarifier les manières dont les diverses grandes approches utilisées pour faire face aux inégalités sont ancrées théoriquement et les façons dont elles influencent différemment les inégalités. Pour mieux comprendre les répercussions possibles de ces approches, que nous définissons brièvement dans ce texte, nous faisons la lumière sur trois dimensions interreliées qui sont souvent oubliées ou mal comprises.

Premièrement, nous abordons trois façons de concevoir et de décrire les inégalités de santé : cibler des groupes défavorisés, corriger des écarts ou s'occuper de l'ensemble du gradient. Deuxièmement, nous clarifions la distinction entre les types de déterminants (de la santé ou des

¹ Le gouvernement canadien définit ces inégalités comme « les différences de l'état de santé de divers groupes ou personnes de la société. Elles peuvent provenir de facteurs génétiques et biologiques, des choix effectués ou du hasard, mais ces inégalités sont souvent liées à un accès inégal aux principaux facteurs qui influent sur la santé comme le revenu, le niveau de scolarité, l'emploi et les soutiens sociaux » (Gouvernement du Canada, 2008, p. 5). Même si le terme *health inequities* est souvent utilisé dans la littérature sur l'intersectionnalité, nous utilisons ici *inégalités de santé* en lui donnant la même signification que dans les autres documents du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Note : tous nos documents sont publiés en anglais et en français; à ce jour, il n'existe aucun consensus sur la traduction française du terme *health inequities* (les rapports de la Commission de l'Organisation mondiale de la Santé [OMS], par exemple, utilisent les termes *health inequities* en anglais et *inégalités en santé* en français). Dans un souci de clarté et de constance, nous utilisons *health inequalities* en anglais et *inégalités de santé* en français.



inégalités de santé) que peuvent cibler les différentes approches de réduction des inégalités de santé. Troisièmement, nous décrivons les approches et nous les présentons en fonction du type de déterminant (de la santé ou des inégalités de santé) qu'elles abordent principalement. Enfin, à partir des catégories que proposent Solar et Irwin (2010), nous considérons les différents effets potentiels que ces diverses approches peuvent produire (sur la stratification sociale, sur l'exposition aux facteurs de risque, sur la vulnérabilité de certains groupes à des conditions particulières, et sur les conséquences inévitables des maladies).

Les approches sont ensuite synthétisées dans un tableau pour faciliter leur comparaison. Ce tableau résume les différents aspects discutés et permet de distinguer d'un seul coup d'œil les manières dont chaque approche pense implicitement ou explicitement les inégalités de santé et sociales. Il précise pour chacune d'elles le type de déterminant social (de la santé ou des inégalités) ciblé, les types d'effets pouvant être produits, les forces et les limites potentielles de chacune des approches, et il propose des exemples de politiques.

Notre classification et nos illustrations se basent en grande partie sur les cadres de référence (conceptuels et d'action) de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (CDSS de l'OMS, 2007, 2008; Solar et Irwin, 2010) et sur des questions inspirées de Whitehead (2007).

En résumé

Ce document vise à soutenir le travail des acteurs de la santé publique :

- en favorisant leur compréhension des inégalités de santé et des facteurs qui y contribuent;
- en leur permettant de comprendre les différences entre les déterminants sociaux de la santé et les déterminants sociaux des inégalités de santé;
- en indiquant comment différentes approches de réduction des inégalités de santé se fondent sur une conception précise des inégalités, et en démontrant que ces conceptions influencent le type d'interventions possibles et leurs effets probables;
- en les aidant à déterminer les répercussions qu'ils peuvent espérer provoquer à travers différentes approches de réduction des inégalités de santé.

Trois manières d'envisager les inégalités

Les manières de concevoir les inégalités de santé et les moyens pour les réduire s'inscrivent dans un continuum. Ainsi, on peut poursuivre l'objectif de réduire les inégalités en se concentrant seulement sur l'amélioration de la santé des personnes qui appartiennent aux groupes les plus défavorisés, en corrigeant l'écart entre les groupes les plus défavorisés et d'autres groupes (généralement le groupe le plus privilégié ou la moyenne d'une population) et, enfin, en se préoccupant des inégalités de santé dans l'ensemble de la population. Les différentes manières de concevoir les inégalités de santé ont aussi de vastes répercussions sur les politiques mises en œuvre (Graham, 2004a; Graham et Kelly, 2004).

EN METTANT L'ACCENT SUR LES GROUPES DÉFAVORISÉS

Une manière courante de tenter de réduire les inégalités de santé consiste à orienter les politiques vers les groupes les plus défavorisés afin d'améliorer leur état de santé. Notons par exemple les nombreuses manières dont on a appliqué des politiques publiques pour essayer d'améliorer la santé des populations sans abri. Un exemple de celles-ci est l'Initiative de santé du centre-ville d'Ottawa. Créé en 2002, ce programme a mobilisé l'Initiative de partenariats en action communautaire fédérale (un volet de l'Initiative nationale pour les sans-abri du gouvernement fédéral), le Plan d'action pour mettre fin à l'itinérance de la Ville d'Ottawa, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario ainsi que plusieurs autres ressources du secteur public (à l'Université d'Ottawa et à l'Hôpital d'Ottawa) et des organismes à but non lucratif (dont plusieurs s'impliquent auprès des populations sans abri d'Ottawa). Parmi les initiatives de santé mises au point, mentionnons le MAP (Managed Alcohol Program ou Programme de gestion de l'alcool), conçu précisément pour viser les problèmes de santé et répondre aux besoins des sans-abri alcooliques. Ce programme a entraîné une réduction remarquable des visites aux urgences de cette (modeste) population défavorisée (Podymow, Turnbull, Coyle, Yetisir et Wells, 2006). Une difficulté importante de ce type d'application de politique est sa portée limitée. Comme la politique concerne une proportion relativement faible de la population (et même de la population défavorisée), l'avantage

mesurable pour la santé de la population en général est minime. Autrement dit, ce type d'intervention est un élément important de la réduction des inégalités de santé, mais il ne peut pas à lui seul les éliminer.

EN METTANT L'ACCENT SUR LES ÉCARTS

Se concentrer sur les écarts en santé signifie encore de cibler les personnes qui appartiennent aux segments à plus faible revenu et dont la santé est moins bonne, mais cette attention est ici accordée relativement à d'autres groupes. Cette approche est bien illustrée par les statistiques de surveillance courantes qui comparent l'état de santé des personnes appartenant au segment à plus faible revenu (ou le plus défavorisé) à l'état de santé de la moyenne de la population ou à celui des personnes ayant le revenu le plus élevé (ou étant les plus privilégiées). Ces types de mesures ont pour effet de faire ressortir les écarts parfois considérables en matière de santé entre les plus privilégiés et les plus défavorisés. Cette approche met toujours l'accent sur les plus défavorisés. Par conséquent, elle a tendance à ignorer non seulement les inégalités de santé dans l'ensemble du gradient de santé, mais, de façon plus immédiate, les personnes appartenant aux segments situés juste au-dessus des plus démunis.

EN METTANT L'ACCENT SUR L'ENSEMBLE DU GRADIENT

S'occuper des inégalités sur l'ensemble du gradient de santé signifie de ne pas se limiter aux écarts qui existent entre les personnes qui se situent en haut et en bas de l'échelle, ou à la situation des plus défavorisés, mais de s'intéresser aussi aux façons dont la santé est répartie dans tous les segments de la population. « Il s'agit d'attribuer les causes des inégalités de santé non pas aux conditions défavorables et aux comportements nuisibles à la santé propres aux groupes les plus pauvres, mais aux différences systématiques dans les chances d'épanouissement et dans le niveau et les modes de vie associés aux positions inégales des gens dans la hiérarchie socio-économique » (Graham et Kelly, 2004, p. 10, traduction libre). On illustre souvent cela par des statistiques de quintile de revenu : l'état de

santé de chaque segment est supérieur à celui des segments qui ont un revenu plus faible que lui, mais inférieur à celui des segments qui ont un revenu plus élevé et cela pour tous les segments de revenus.

Cette approche vise à améliorer la santé de l'ensemble de la population en réduisant les inégalités de santé à travers ses segments. La politique qui a peut-être les plus vastes répercussions sur le gradient de santé au Canada est la Loi sur les soins médicaux, qui a instauré les soins de santé universels au pays.

En résumé

- La littérature indique que l'amélioration de la santé des groupes défavorisés et la réduction des écarts en matière de santé sont des objectifs nécessaires, mais insuffisants à eux seuls. Au bout du compte, la réduction des inégalités de santé exige une approche axée sur le gradient de santé.
- Les interventions qui ciblent les plus défavorisés peuvent plaire aux décideurs politiques, à cause de leur coût ou pour d'autres raisons. Les effets défavorables des interventions ciblées peuvent inclure :
 - une stigmatisation des populations ciblées (Solar et Irwin, 2010);
 - une légitimation des désavantages économiques afin de les rendre plus tolérables pour les personnes et moins lourds pour la société (Solar et Irwin, 2010);
 - l'oubli des personnes qui sont « cachées dans les moyennes » (celles qui vivent dans des conditions défavorables ou qui viennent de milieux défavorisés, mais qui ne sont pas ciblées par la politique ou l'intervention) (Newman, Baum, Javanparast, O'Rourke et Carlon, 2015, traduction libre).
- Les programmes et les politiques de santé (y compris ceux qui visent les déterminants sociaux de la santé) qui ciblent les plus vulnérables sont importants, mais ils ne doivent pas masquer le besoin de s'attaquer en premier lieu aux inégalités sociales structurelles qui créent les inégalités de santé (Solar et Irwin, 2010).

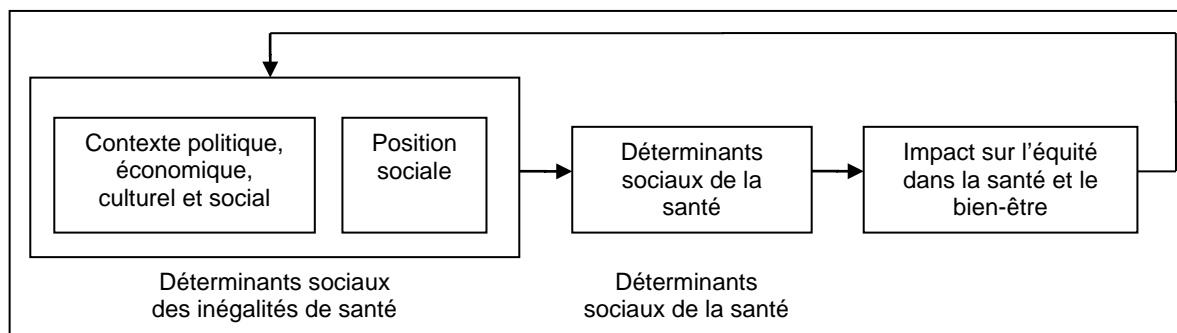


Figure 1 Les déterminants sociaux de la santé et des inégalités de santé

Source : Adapté du cadre conceptuel de la CDSS de l'OMS, 2008

Les déterminants sociaux de la santé et des inégalités de santé

On accepte aujourd'hui couramment que les inégalités de santé découlent d'une répartition inégale des déterminants sociaux de la santé et que ces déterminants soient à leur tour façonnés par un ensemble de forces plus vastes, notamment l'économie, les politiques sociales et la politique (CDSS de l'OMS, 2008). On retrouve dans la littérature différentes façons de parler de ces forces plus larges : on les décrit comme les déterminants sociaux distaux et sous-jacents, comme les « causes des causes » ou comme les déterminants structurels de la santé. Ces facteurs sont les déterminants sociaux des inégalités de santé. La figure 1 est adaptée du cadre conceptuel de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (2008) (le cadre original est reproduit à l'annexe 1).

Plusieurs travaux portant sur la réduction des inégalités de santé notent l'importance de s'occuper des déterminants sociaux des inégalités de santé. Toutefois, les efforts visant à réduire les inégalités de santé ont surtout été axés sur l'atténuation des effets des déterminants sociaux de la santé dans différents segments de la population.

Certains affirment que l'utilisation d'un même terme, « déterminants sociaux de la santé », pour définir et cibler tant les déterminants sociaux des inégalités de santé que les déterminants sociaux de la santé, amalgame souvent les manières dont ces deux types de déterminants fonctionnent (Graham, 2004b).

Comme le note Graham, on comprend mieux les deux concepts si l'on considère qu'ils fonctionnent de façon distincte et qu'ils sont même parfois contradictoires. Par exemple, il est possible

d'adopter des politiques visant à améliorer les conditions de vie quotidiennes des enfants issus de milieux défavorisés sur le plan économique, comme des programmes de petits-déjeuners dans les écoles, tout en appliquant des politiques structurelles plus larges qui influencent les déterminants sociaux des inégalités de santé de manière à augmenter les inégalités dans une société. Pensons par exemple aux politiques d'aide sociale qui ont tendance à aggraver ou à renforcer la pauvreté. Autrement dit, ces politiques qui visent les déterminants sociaux de la santé pourraient voir leurs répercussions positives « être modérées par des politiques de plus grande envergure : par des politiques en matière d'emploi et de fiscalité et par l'administration publique de l'éducation, du logement et de la sécurité sociale » (Graham, 2004b, p. 115, traduction libre). Cette situation s'explique entre autres par le fonctionnement différent des déterminants sociaux de la santé par rapport aux déterminants sociaux des inégalités de santé.

Bien que les deux types de déterminants puissent entraîner des effets négatifs sur le plan social et en matière de santé, « [l']utilisation d'un seul modèle pour expliquer à la fois la santé et les inégalités de santé peut estomper la distinction entre les facteurs sociaux qui influent sur la santé et les processus sociaux qui déterminent la répartition inégale de ceux-ci. Le brouillement de cette distinction peut être trompeur en matière de politiques, et il risque d'alimenter l'hypothèse politique selon laquelle les inégalités de santé peuvent être réduites par des politiques qui ne se concentrent que sur les déterminants sociaux de la santé » (Graham, 2004b, p. 109, traduction libre).

Pour réduire efficacement les inégalités de santé, il faut donc non seulement se pencher sur les déterminants sociaux de la santé, mais aussi

inévitables s'attaquer aux déterminants sociaux des inégalités de santé. Il faut ainsi considérer que les approches qui visent essentiellement des déterminants sociaux de la santé ont peu d'impact sur la répartition des inégalités de santé dans une population. Il est plus avantageux de jumeler ces approches à celles qui tentent de prendre en compte les déterminants sociaux des inégalités de santé. C'est pour cette raison que nous précisons à laquelle des deux catégories appartiennent les approches globales abordées dans ce document.

En résumé

« Les **déterminants sociaux de la santé** sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes de soins qui leur sont offerts. À leur tour, ces circonstances dépendent d'un ensemble de forces plus vastes : l'économie, les politiques sociales et la politique. » (CDSS de l'OMS, 2016)

« Les structures et processus sociaux sous-jacents qui assignent systématiquement les gens à des positions sociales différentes et qui répartissent inégalement les déterminants sociaux de la santé dans la société sont les **déterminants sociaux des inégalités de santé**. » (VicHealth, 2015, p. 6, traduction libre)

Présentation des approches de réduction des inégalités de santé

Dans cette section, nous nous penchons sur différentes grandes approches politiques utilisées pour lutter contre les inégalités de santé. Nous avons organisé cette présentation autour de ce que nous avons appelé « des approches politiques de réduction des inégalités de santé », et ce, afin de mettre en évidence les liens qui existent entre les approches globales et les résultats probables sur le plan de l'inégalité. Les différentes approches que nous avons distinguées dans ce qui suit ne sont ni uniformes ni nécessairement mutuellement exclusives. La majorité des catégories sont délibérément générales et ne cherchent pas à être exhaustives. Néanmoins, elles couvrent la plupart des manières dont on conçoit les inégalités de santé quand on cherche à les réduire. Nous avons délibérément évité de discuter en profondeur de types précis de politiques — universelles, ciblées, universelles ciblées, etc. (voir Carey et Crammond, 2014) — afin de revenir un pas en arrière et d'examiner comment chacune des approches conçoit les inégalités et comment cette

conception influence l'endroit où chacune d'elles est susceptible de s'introduire dans le continuum des manières dont les inégalités de santé apparaissent et persistent. En les catégorisant ainsi, nous espérons aider les lecteurs à observer comment l'utilisation de ces grandes approches pour cibler les inégalités de santé pourrait considérablement influencer les points d'entrée des politiques et, ainsi, leurs effets probables.

Ces approches abordent le plus souvent soit les déterminants sociaux des inégalités de santé, soit les déterminants sociaux de la santé. En fonction de l'objectif de réduction des inégalités poursuivi (populations ciblées, écart ou gradient), et selon la manière dont les inégalités de santé sont pensées (le tableau 1 présente ces conceptions sous-jacentes), certaines approches ont été plus ou moins mises en évidence, seules ou en combinaison avec d'autres. Par exemple :

Les approches qui ciblent les déterminants sociaux des inégalités de santé (les déterminants structurels de la santé) peuvent agir sur la répartition des facteurs socio-économiques dans la population grâce à de vastes politiques macrosociales, comme les politiques fiscales. Ces approches politiques considèrent souvent que les inégalités de santé proviennent d'inégalités sociales et elles sont mieux adaptées pour ajuster les niveaux de santé dans l'ensemble du gradient (sans nécessairement y suffire à elles seules).

Les approches qui ciblent les déterminants sociaux de la santé, comme celles qui visent à améliorer la qualité de l'environnement des quartiers ou la participation publique dans une communauté, associent souvent les inégalités de santé à un accès limité à des ressources matérielles et psychosociales, à la défavorisation et à l'exclusion. Elles cherchent plus généralement à aider les membres les moins bien nantis de la population à se sortir des situations dans lesquelles ils se trouvent. Ces approches sont plus susceptibles d'être utilisées pour réduire les écarts ou pour ne cibler que les plus défavorisés (Graham et Kelly, 2004).

Chacune des grandes approches procède d'un bagage théorique et pratique (qu'il soit explicite ou implicite) similaire quant aux manières dont elle conceptualise et cadre l'inégalité et quant au type de politique qu'elle est plus susceptible d'utiliser. Chacune des approches présente des forces et des limites potentielles et le tableau 1 décrit celles-ci.

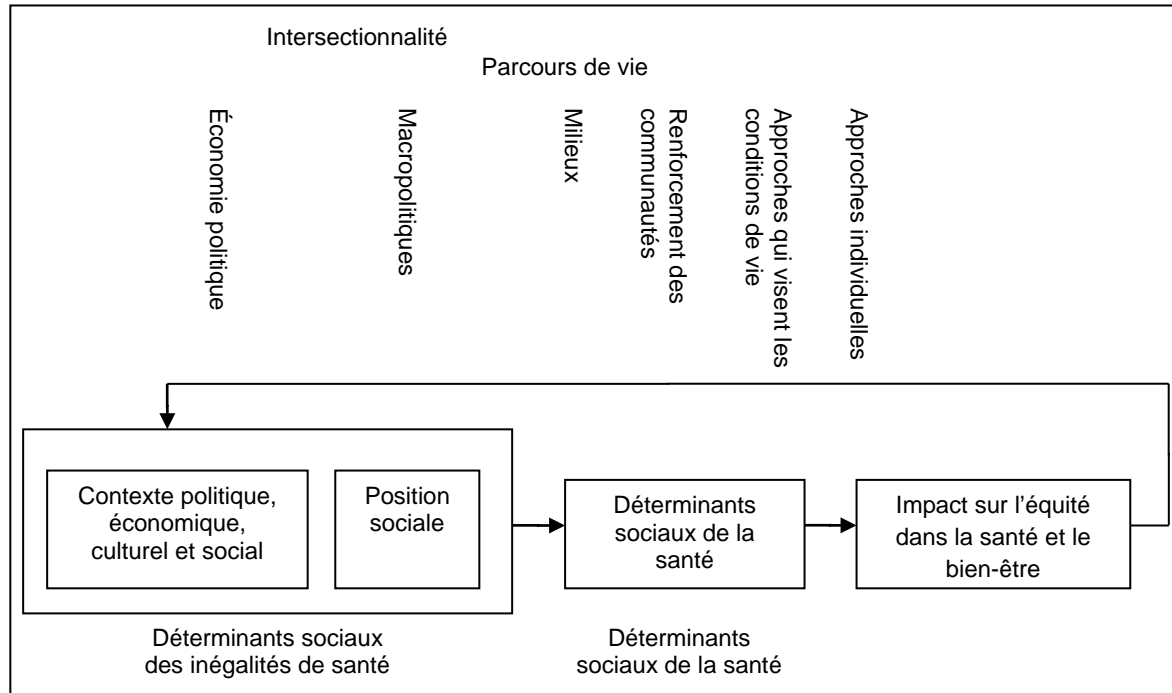


Figure 2 Les points d'entrée des différentes approches politiques

Source : Adapté du cadre conceptuel de la CDSS de l'OMS, 2008

Les approches présentées ici sont classées en fonction de leur niveau d'intervention : elles peuvent agir sur le plan plus structurel, en ciblant les inégalités sociales par des actions qui ont des effets sur les déterminants sociaux des inégalités de santé, ou à une échelle plus intermédiaire, en ciblant les déterminants sociaux de la santé. Cependant, en raison des manières dont elles conceptualisent les inégalités, certaines des approches discutées impliquent des interventions qui peuvent avoir des répercussions à diverses étapes du continuum proposé ci-dessus, même lorsqu'elles peuvent communément être perçues comme des approches plus ou moins structurelles. C'est le cas, par exemple, des approches qui se concentrent sur l'intersectionnalité ou sur le parcours de vie, ou de celles qui sont axées sur les milieux et sur les environnements communautaires.

LES APPROCHES QUI AGISSENT SURTOUT SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DES INÉGALITÉS DE SANTÉ

Les approches qui agissent sur les déterminants sociaux des inégalités de santé ciblent les contextes social, politique, culturel, économique et environnemental, ainsi que le positionnement social des groupes et des personnes dans la population.

Ainsi, elles influencent les manières dont les déterminants sociaux de la santé sont répartis dans la population. Ces approches sont celles de l'économie politique, des politiques macrosociales, de l'intersectionnalité et du parcours de vie.

L'économie politique

L'économie politique fait référence à une théorie et à une approche qui, lorsqu'on les applique aux inégalités de santé, tentent d'examiner les suppositions et les idéologies sous-jacentes aux structures politiques et étatiques et les effets de celles-ci sur les populations. L'économie politique met l'accent sur le pouvoir et sur ses zones de concentration dans une société, et elle étudie les manières dont les politiques tendent vers la production et le maintien des inégalités. Les travaux qui se penchent sur les inégalités de santé dans cette perspective soulignent souvent qu'il faut radicalement modifier la nature du rôle de l'État dans les démocraties libérales afin de rapprocher davantage ce rôle de celui des démocraties sociales comme dans les pays nordiques et scandinaves (Bambra, 2011; Raphael, 2007).

Les politiques macrosociales

Les approches qui se concentrent sur les politiques macrosociales ont tendance à proposer des façons de réduire les inégalités grâce à des politiques sociales globales, mais elles ne remettent pas nécessairement en question les manières dont les structures et les idéologies de gouvernance définissent dans quelle mesure ces objectifs sont réalisables. Ces approches favorisent généralement des politiques qui s'inscrivent dans les structures idéologiques sous-jacentes en matière de gouvernance de l'État (par exemple, les soins de santé universels dans les démocraties libérales ou la prestation de services de garde dans les démocraties sociales). Dans cette perspective, ces politiques universelles sont souvent perçues comme étant les plus utiles lorsque jumelées à des dispositions ciblant les plus défavorisés (Wilkinson et Pickett, 2009).

L'intersectionnalité

L'intersectionnalité est une approche qui cherche à composer avec le croisement de plusieurs positions sociales défavorisées. Ce sont d'abord des théoriciennes féministes noires qui l'ont conceptualisée aux États-Unis, à la fin des années 1980, pour expliquer que la discrimination double que subissent les femmes noires est distincte de la simple addition (femme + noire) de deux catégories de défavorisation. Cette approche ne vient pas du secteur de la santé publique et ne visait pas initialement les inégalités de santé. Néanmoins, depuis quelques années, on considère qu'elle est particulièrement utile pour concevoir, analyser et évaluer les politiques publiques, y compris les politiques de santé publique (Bowleg, 2012; Hankivsky, 2011; Morrison, 2015). L'élément clé de l'intersectionnalité consiste à comprendre que la discrimination et la défavorisation fonctionnent différemment dans les catégories sociales pour produire des intersections qui sont plus ou moins saillantes à certains endroits et à certains moments.

L'approche axée sur le parcours de vie

L'approche axée sur le parcours de vie préconise des interventions de réduction des inégalités de santé en considérant les dimensions multiples des vies telles qu'elles sont réellement vécues. De plus, elle propose un cadre d'analyse sur la genèse des inégalités de santé qui permet de considérer les manières dont l'exposition à différents risques physiques ou sociaux, tant lors de périodes de plus grande vulnérabilité que tout au long de la vie, peut produire des effets à long terme (effets de latence), orienter les trajectoires de

vie (effets de cheminement) et produire une accumulation d'effets (effets cumulatifs). L'approche axée sur le parcours de vie propose des politiques à long terme qui renforcent le capital humain et des politiques à court terme qui soutiennent les personnes lors de moments vulnérables de leur vie. En somme, une approche qui se concentre sur le parcours de vie a le potentiel d'élaborer des politiques publiques qui tiennent compte de la singularité des vies et des trajectoires ainsi que du cheminement des calendriers de vie (Cooke et McWhirter, 2011; Gaudet, Burlone et Li-Korotky, 2013; Halfon et Hochstein, 2002; McDaniel et Bernard, 2011; University of Wisconsin-Madison Institute for Research on Poverty, 2005).

LES APPROCHES QUI AGISSENT SURTOUT SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Cette catégorie regroupe les approches qui ciblent les conditions de vie, les communautés, les milieux et les personnes. Ces approches influencent le type de ressources disponibles dans un milieu de vie, l'accès à ces ressources et leur usage, les comportements sains, et elles peuvent promouvoir la cohésion sociale, la solidarité et la participation. Elles agissent surtout sur les déterminants sociaux de la santé, mais elles ne sont pas les mieux adaptées pour réduire les inégalités sociales sous-jacentes aux inégalités de santé. On peut les envisager comme des points d'entrée possibles pour agir sur les inégalités de santé, car elles offrent la possibilité de réduire les écarts et de cibler les plus vulnérables. Elles peuvent aussi aider à constituer ou à soutenir une masse critique de personnes capables de contribuer activement à influencer la formulation de politiques qui conviennent mieux à la réduction des inégalités sociales et à l'uniformisation de la répartition des déterminants sociaux de la santé.

Les approches visant à améliorer les conditions de vie et de travail

Elles ciblent les conditions de vie dont la qualité diminue avec la position sociale. Elles visent les programmes, les services et les ressources essentiels tout au long de la vie (le développement du jeune enfant, l'éducation, l'environnement physique [les ressources de loisirs du voisinage — parcs, installations sportives —, l'approvisionnement alimentaire, les infrastructures de transport, la sécurité physique, le logement, etc.], les conditions de travail, les relations et les normes sociales, les services de santé, etc.) (VicHealth, 2015; Whitehead, 2007).

L'approche axée sur les milieux

Cette approche consiste à rendre les environnements de vie des personnes plus enclins à soutenir la santé et les choix sains, et ce, tout au long de la vie. Idéalement, en ce qui concerne la réduction des inégalités de santé, l'approche axée sur les milieux va beaucoup plus loin que les interventions qui visent simplement à modifier les comportements individuels dans un milieu donné. On l'envisage comme un système complexe, ouvert et dynamique. Au sein de ce système, on peut cibler la structure et l'organisation du milieu (les environnements sociaux, économiques et institutionnels, l'organisation de la communauté et de l'interaction sociale dans le milieu) afin de créer plus de ressources physiques et sociales (des structures de possibilités) propices à une meilleure santé. En même temps, la capacité des personnes à participer à ces changements et à profiter de ces nouvelles possibilités est aussi considérée et appuyée. Idéalement, ces approches intègrent des actions individuelles et structurelles, à plusieurs niveaux et dans plusieurs secteurs (Abel et Frohlich, 2012; Bernard *et al.*, 2007; Dooris, 2009; Frohlich et Abel, 2014; Newman *et al.*, 2015; Shareck, Frohlich et Poland, 2013; Veenstra et Burnett, 2014).

Les approches qui ciblent les communautés

Les approches qui ciblent la communauté considèrent généralement celle-ci soit « comme milieu de vie, concomitamment sujet et objet de sa transformation » (Vibert et Potvin, 2012, p. 112), soit comme solidarité locale ayant une puissance de mobilisation et d'action sur elle-même (Vibert, 2007). Cette dernière catégorie inclut diverses approches qui considèrent les communautés comme capables de tenir compte des réalités locales et de développer des pratiques locales innovatrices dans des environnements sociaux en « partenariat » avec les pouvoirs publics. Ici, les organismes communautaires locaux tentent de compenser les limites des pouvoirs publics en répondant aux besoins des groupes vulnérables dans la communauté; ces nouvelles formes de solidarité remplacent graduellement les réseaux de soutien traditionnels. Les approches d'intervention qui soutiennent les environnements sociaux (qui sont souvent des approches axées sur le développement des communautés) font ainsi la promotion du soutien social, de la cohésion, de l'inclusion et de la participation. Elles développent les relations et la

solidarité et promeuvent les actions collectives locales et les actions de partenariat. Cela favorise l'autonomie et augmente le potentiel d'interaction avec les pouvoirs publics, ce qui est plus susceptible de promouvoir des politiques plus justes et plus responsables (Blas *et al.*, 2008; Bourque et Favreau, 2003; Frahsa, Rütten, Roeger, Abu-Omar et Schow, 2014; Vibert, 2007). Ces approches doivent toutefois considérer non seulement la capacité des structures organisationnelles et sociales à faciliter le type de participation souhaité, mais aussi la viabilité à long terme de ces possibilités (Popay *et al.*, 2010).

Les approches politiques visant à soutenir les personnes

Ces approches cherchent à développer des attributs individuels chez des personnes ou des groupes particuliers. Elles impliquent des stratégies visant à améliorer les connaissances, les attitudes ou les comportements, comme l'éducation, la littératie, l'activité physique, le soutien individuel, l'autonomisation, la capacité d'agir, la pleine conscience, etc. (Baum, 2011; Whitehead, 2007). Le manque de ce genre d'attributs est considéré ici comme étant la cause des lacunes ou des facteurs de défavorisation de certains groupes, par exemple : une connaissance personnelle limitée, certaines croyances, une piètre estime de soi, de faibles niveaux de compétence ou un manque de pouvoir.

Les effets que différentes approches de réduction des inégalités de santé sont susceptibles de produire

Pour bien comprendre la différence entre les approches qui ciblent les déterminants sociaux des inégalités de santé et celles qui ciblent les déterminants sociaux de la santé, il est utile de représenter dans ce continuum le type d'effets susceptibles d'être produits. Dans la figure 3, ci-dessous, qui se base sur les travaux de la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS de l'OMS, 2007, 2008; Solar et Irwin, 2010), nous avons ajouté le type d'effets que les interventions sont susceptibles de produire en fonction du point d'entrée potentiel de l'approche de réduction des inégalités de santé. Nous définissons et discutons les types d'effets ci-dessous et nous les représentons dans la figure 3. Le tableau 1 présente les types précis d'effets liés à chaque approche de réduction des inégalités de santé.

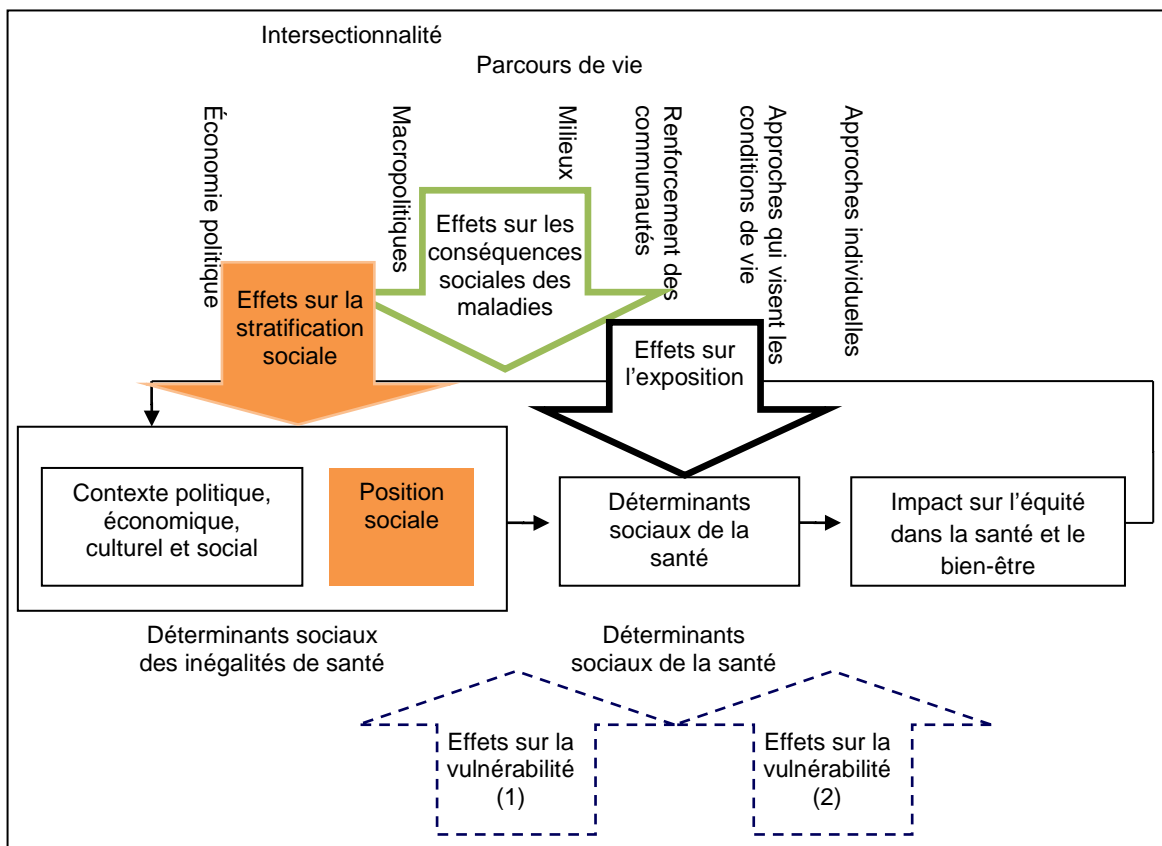


Figure 3 Les effets potentiels des approches politiques selon leur point d'entrée

Source : Adapté du cadre conceptuel de la CDSS de l'OMS, 2008; Solar et Irwin, 2010

Les approches que ce document compare peuvent avoir, à différents degrés, des répercussions plus ou moins structurelles sur l'exposition des personnes ou des groupes à différents facteurs associés à la santé. Elles peuvent avoir un effet sur la stratification sociale, sur la vulnérabilité, sur l'exposition à des facteurs de risque et sur les conséquences sociales de la mauvaise santé lorsque celle-ci advient.

Effets sur la stratification sociale

Les politiques qui agissent sur la stratification sociale sont celles qui ont les plus grandes répercussions en matière de réduction des inégalités de santé. Ce sont des politiques qui ciblent les inégalités sociales. Elles agissent sur les déterminants structurels (les déterminants sociaux des inégalités de santé). Elles ciblent le contexte socio-économique et politique d'une société et influencent le type de filets politiques, sociaux, publics et autres qui sont mis en place. Cela a une incidence sur la distribution des ressources associées à la position sociale, comme le revenu, la scolarité ou le statut d'immigrant. Par exemple, elles incluent les politiques du travail et les

politiques fiscales mises en œuvre par les pouvoirs publics. Agir sur les inégalités touchant la position sociale serait probablement au cœur d'une stratégie visant à réduire les inégalités de santé. La position sociale est l'élément crucial de la chaîne causale qui lie les déterminants sociaux des inégalités de santé aux déterminants sociaux de la santé (Solar et Irwin, 2010; VicHealth, 2015).

Effets sur la vulnérabilité (1)

Le contexte politique, social et économique module la distribution des différentes ressources, ce qui a des répercussions sur la position sociale. Ces positions sont inévitablement liées à certaines vulnérabilités dont des groupes occupant différentes positions sociales risquent de faire l'expérience (femmes, immigrants, groupes ethniques minoritaires, certains types de travailleurs, etc.) et qu'ils risquent de conjuguer au fil de leur vie. Les politiques qui cherchent à minimiser la vulnérabilité des personnes occupant des positions sociales défavorisées incluent celles qui combattent la pauvreté, les politiques et les programmes conçus

pour donner aux enfants défavorisés un accès à plus de possibilités d'éducation, et les politiques qui soutiennent la scolarisation des filles et des femmes : « un des moyens les plus efficaces d'atténuer la vulnérabilité différenciée des femmes » (Solar et Irwin, 2010, traduction libre).

Effets sur l'exposition

Les politiques qui agissent sur les déterminants sociaux de la santé (divers facteurs de risque environnementaux ou comportementaux) et qui interviennent dans la relation entre la position socio-économique et la santé cherchent à améliorer au moins une des conditions de vie des personnes et des groupes défavorisés. Elles ont un effet sur l'exposition des personnes ou des communautés défavorisées à ces facteurs de risque. Pensons par exemple à une politique qui favorise l'accès des mères monoparentales au logement social. La réduction de l'exposition à un ou plusieurs facteurs de risque réduit aussi potentiellement la vulnérabilité.

Effets sur la vulnérabilité (2)

La vulnérabilité à l'égard des conditions nuisibles à la santé vient des effets cumulatifs et combinés de l'exposition à plusieurs facteurs nuisibles à la santé (de mauvaises conditions de vie, un faible niveau de scolarité, un travail inadéquat ou insatisfaisant, un réseau social insuffisant, etc.). Au bout du compte, certains individus et certains groupes deviennent plus susceptibles de contracter des maladies. Les politiques qui cherchent à limiter la vulnérabilité à l'égard de certaines conditions nuisibles à la santé offrent des mesures de soutien précises aux groupes et aux personnes qui se trouvent dans ces situations de risques multiples (par exemple, des programmes de réduction des méfaits pour certains usagers de substances psychoactives). Une réduction de la vulnérabilité ne peut être atteinte que lorsque l'interaction des expositions est diminuée ou que les conditions sociales qui y sont relatives s'améliorent considérablement (Solar et Irwin, 2010).

Effets sur les conséquences sociales des maladies

Les maladies et les incapacités peuvent occasionner une plus grande vulnérabilité et plus de maladies à cause des systèmes de soutien inadéquats (comme le soutien du revenu, les services comme le transport adapté ou l'accès à des conditions souples en matière d'emploi) et du fait que les maladies et les incapacités ont tendance à entraîner une position sociale défavorisée dans les sociétés industrialisées

contemporaines. Ainsi, en l'absence de politiques permettant d'atténuer cet effet, les maladies (et en particulier les maladies physiques ou mentales chroniques) et les incapacités alimentent encore davantage et de façon récursive la détermination de la position sociale et augmentent donc encore plus la défavorisation en matière de santé de ces groupes. Les politiques qui ont des effets sur les conséquences sociales des maladies peuvent découler de diverses approches, allant des politiques plus macrosociales aux interventions locales qui soutiennent des populations précises. Voici des exemples de politiques visant à réduire les conséquences sociales des maladies :

l'augmentation des soins et des mesures de soutien aux patients défavorisés; l'ajout de ressources pour les programmes visant à réduire les effets des maladies (physiques et mentales) sur le revenu potentiel, sur les conditions de logement, sur la participation sociale et sur les réseaux; et le financement équitable des soins de santé. « Les conséquences sociales des maladies ont un gradient socio-économique beaucoup plus marqué que l'incidence et la prévalence des mêmes maladies » (Solar et Irwin, 2010, p. 53, traduction libre).

La plupart des interventions visant à réduire les inégalités de santé ont eu des répercussions sur l'exposition des groupes vulnérables à des conditions et à des facteurs qui compromettent la santé (des programmes de sécurité du voisinage, par exemple). Elles ont également tenté d'agir sur la vulnérabilité des plus défavorisés afin d'atténuer leur exposition potentielle ou accentuée à des conditions nuisibles à la santé (une sécurité sociale adéquate pour les aînés, par exemple). De plus, la plupart des interventions ont été conçues pour intervenir dans un seul domaine à la fois (revenu ou logement ou comportement ou éducation, etc.). Très peu d'entre elles ont été conçues pour réduire les inégalités de santé en visant plusieurs facteurs à la fois. Encore moins d'interventions ont réellement cherché à s'attaquer aux déterminants sociaux des inégalités de santé (en réduisant la pauvreté, par exemple).

Quelques définitions :

« Le processus par lequel les personnes sont assignées à différentes positions dans la hiérarchie sociale s'appelle positionnement social ou **stratification sociale** » (VicHealth, 2015, p. 5, traduction libre). Au sein des systèmes de stratification, le positionnement social joue un rôle important dans la détermination de l'accès aux ressources, au pouvoir et aux conditions sociales qui favorisent l'accès à des facteurs favorables à la santé.

« La stratification sociale [...] engendre des différences d'**exposition** à des conditions nuisibles à la santé et des différences de **vulnérabilité** en ce qui concerne les conditions de santé et la disponibilité des ressources matérielles » (Solar et Irwin, 2010, p. 8, traduction libre).

(Les différences d') exposition renvoient à la composition sociale de l'expérience, en ce que l'expérience des choses vécue par une personne diffèrera de celle d'une autre, dans la mesure où elles occupent des positions différemment privilégiées dans l'ordre socio-économique. Par exemple, les personnes qui vivent dans des communautés à faible statut socio-économique (SSE) font généralement l'expérience d'une plus grande exposition aux restaurants-minute en raison de la densité relativement élevée de ces établissements dans les zones à faible SSE (VicHealth, 2015, p. 14).

(Les différences de) vulnérabilité peuvent être influencées à deux moments du continuum (Solar et Irwin, 2010, p. 53) :

- 1) Les premiers effets concernent la vulnérabilité, entendue comme les conditions qui existaient avant des expositions précises (Solar et Irwin, 2010).
- 2) Les seconds effets concernent la vulnérabilité en ce qu'elle renvoie à « l'expérience socialement ancrée des méfaits, ou la tendance aux maladies chroniques qui varie selon la position sociale, peu importe l'uniformité des taux de facteurs de risque. Par exemple, on constate plus de méfaits liés à l'alcool dans les groupes à faible SSE, même si les niveaux de consommation sont les mêmes à travers un vaste spectre de SSE (Makela 1999) » (VicHealth, 2015, p. 14, traduction libre).

(Les différences de) conséquences sociales des maladies sont la variabilité dans la tendance des maladies et des incapacités à entraîner davantage de dégradation socio-économique relativement à la position sociale.

Tableau 1 Résumé des approches politiques de réduction des inégalités de santé (IS)

Approches qui ciblent les déterminants sociaux des inégalités de santé (contexte socio-économique et culturel, position sociale).					
Approche politique pour agir sur les IS	Comment cette approche conçoit-elle l'inégalité et dans quelle discipline est-elle apparue?	Comment l'approche explique-t-elle les inégalités de santé?	Sur quoi cette approche se concentre-t-elle?	Quelles sont les forces et les limites de cette approche?	Exemples
Économie politique	<p>L'inégalité découle des macropolitiques concernant la répartition de la richesse, la réglementation financière et des marchés, les lois du travail, etc. (les déterminants structurels et l'organisation économique de la société).</p> <p>L'inégalité est un attribut de la société (elle ne s'observe pas seulement entre des individus).</p> <p>Cette approche met l'accent sur la répartition des pouvoirs et sur la relation des groupes et des personnes aux modes économiques de production.</p> <p>Les sciences sociales, surtout la science politique, la sociologie et les sciences de la communication.</p>	<p>Les déterminants structurels des inégalités de santé favorisent les intérêts des groupes dominants au détriment des autres.</p> <p>Les inégalités de santé sont le résultat inévitable d'une inégalité sociale qui a ses racines dans la répartition des pouvoirs politiques et économiques.</p>	<p>L'accent est principalement mis sur les macropolitiques ou sur les politiques sur le plan structurel.</p> <p>Les politiques fiscales.</p> <p>Les politiques relatives au marché du travail.</p> <p>La réglementation des marchés.</p> <p>Des politiques larges qui définissent les structures de gouvernance et les formes de gouvernement.</p> <p>Comme l'économie politique cherche à s'attaquer aux racines structurelles des inégalités, elle est plus susceptible d'intervenir à l'échelle des structures qui créent la stratification (et ainsi de modifier la position sociale, ainsi que les vulnérabilités et l'exposition qui en découlent).</p>	<p>Forces : Elle implique une intervention sur les plans structurels qui sont susceptibles d'avoir des répercussions dans l'ensemble du système social.</p> <p>Limites : Plusieurs acteurs de la santé sentent qu'ils ne sont pas en position d'influencer les causes profondes de l'inégalité.</p> <p>Pour plusieurs, cette perspective peut représenter un virage idéologique inatteignable.</p>	<p>Le type de systèmes politiques et économiques que favorisent les États.</p> <p>Les types et les degrés de réglementation des marchés.</p>
Politiques macrosociales	<p>Ces approches conçoivent l'inégalité comme le résultat de l'incapacité à répartir adéquatement la richesse et les services dans une société. Au Canada, cela signifie globalement un engagement envers le libéralisme et sa valeur démocratique d'« égalité</p>	<p>L'appartenance à certains groupes peut être plus susceptible d'entraîner des inégalités de santé liées à la richesse (le cas des mères monoparentales, par exemple).</p>	<p>Ces politiques ont tendance à se concentrer sur la redistribution de la richesse et à s'appliquer de façon universelle.</p> <p>Les discussions concernent souvent le renforcement des mesures de soutien de l'État-providence, et</p>	<p>Forces : Les politiques macrosociales ont le potentiel d'atténuer les effets négatifs des inégalités avant qu'ils n'entraînent d'effets inégaux sur la santé.</p> <p>Limites : Elles peuvent être restreintes par l'orientation politique ou économique des</p>	<p>Soins de santé universels, crédits d'impôt pour les enfants, politiques d'aide sociale, etc.</p>

Approche politique pour agir sur les IS	Comment cette approche conçoit-elle l'inégalité et dans quelle discipline est-elle apparue?	Comment l'approche explique-t-elle les inégalités de santé?	Sur quoi cette approche se concentre-t-elle?	Quelles sont les forces et les limites de cette approche?	Exemples
<p>Politiques macrosociales (suite)</p>	<p>des chances ». Les inégalités qui restent peuvent ensuite être perçues comme le résultat d'une incapacité ou du manque de volonté à faire les efforts nécessaires pour réussir.</p> <p>Puisqu'elles font référence à une variété d'approches qui ont en commun le niveau auquel elles pensent qu'il est préférable d'aborder l'inégalité, il n'y a pas une seule source disciplinaire. Globalement, les sciences sociales et les sciences de la santé se sont toutes deux concentrées sur les politiques macrosociales.</p>	<p>Lorsque l'on appartient à certains groupes, il peut être plus difficile de rivaliser à armes égales et de profiter des services ou des comportements générateurs de santé.</p>	<p>certaines politiques suggérées favorisent des types de mesures socio-démocratiques (des services de garde universels, par exemple).</p> <p>Les politiques macrosociales sont plus susceptibles d'avoir l'effet de réduire la stratification sociale en nivelant la position sociale des personnes appartenant à des groupes défavorisés.</p>	<p>États et des gouvernements (voir les distinctions dans Esping-Anderson, 1990).</p> <p>Les acteurs de la santé publique peuvent avoir l'impression que leur influence sur ces types de politiques est limitée.</p> <p>Les changements peuvent être lents.</p>	
<p>Intersectionnalité</p>	<p>L'intersectionnalité examine les intersections contextuelles des positions sociales.</p> <p>L'inégalité découle de positions sociales (défavorisées) multidimensionnelles : la race, le sexe, l'âge, le statut d'immigrant, l'orientation sexuelle, etc.</p> <p>Elle conçoit l'inégalité comme l'opposition entre l'oppression et le privilège.</p> <p>Elle est apparue à la fin des années 1980 dans les sciences sociales et humaines.</p>	<p>Ces intersections de facteurs de défavorisation produisent des inégalités dans l'accès aux facteurs générateurs de santé (richesse, prestige, pouvoir, etc.).</p> <p>Cette approche considère que l'oppression a des effets négatifs distincts sur la santé.</p>	<p>Elle se concentre sur l'interaction de diverses positions sociales et exige que l'on détermine très attentivement qui est ou pourrait être défavorisé par certains choix de politiques ou de programmes.</p> <p>Les politiques qui utilisent cette approche ont le potentiel de réduire la stratification et sont susceptibles d'atténuer les vulnérabilités liées à la position sociale et à l'exposition, en plus de diminuer l'exposition à des facteurs nuisibles à la santé.</p>	<p>Forces : Elle vise à lutter contre les inégalités telles qu'elles sont vécues par les personnes et les groupes.</p> <p>Elle cherche à combattre plus d'une source de défavorisation et ses effets.</p> <p>Limites : Elle est assez nouvelle, et son ampleur peut sembler trop vaste pour qu'elle soit envisagée.</p> <p>Plusieurs acteurs peuvent avoir l'impression qu'elle dépasse leur compétence ou leurs capacités.</p>	<p>Les refuges pour sans-abri ou les options de logements ciblant les jeunes lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres (LGBT) de la rue.</p>

Approche politique pour agir sur les IS	Comment cette approche conçoit-elle l'inégalité et dans quelle discipline est-elle apparue?	Comment l'approche explique-t-elle les inégalités de santé?	Sur quoi cette approche se concentre-t-elle?	Quelles sont les forces et les limites de cette approche?	Exemples
<p>Parcours de vie</p>	<p>L'inégalité est gravée dans le parcours de vie. Elle est le résultat des interactions, au cours de la vie, entre les personnes, leurs choix et leur capacité d'agir, et les structures sociales et sont les sources de l'inégalité.</p> <p>Cette approche découle de l'intersection de plusieurs champs disciplinaires, comme la sociologie, la psychologie, la démographie, l'économie et l'histoire, ainsi que de la recherche en épidémiologie sociale.</p>	<p>Les inégalités de santé découlent de variations dans l'ensemble des facteurs qui protègent ou compromettent la santé et qui se présentent au cours d'une vie. Ces facteurs de risque varient en fonction de la position sociale, du contexte de vie local et national, des liens sociaux tissés au cours de la vie, du parcours de vie des vies liées et de la possibilité de bénéficier de ressources de soutien.</p>	<p>Les politiques agissent sur différents plans en même temps et elles sont ancrées dans des contextes sociaux.</p> <p>Elles ciblent les circonstances sociales et offrent un soutien pendant les transitions et les crises tout au long de la vie (politiques préventives et mesures immédiates de soutien à court terme) et favorisent le capital humain en misant sur des ressources préexistantes (long terme).</p> <p>Elles cherchent à atténuer l'exposition et la vulnérabilité dans l'ensemble du parcours de vie.</p> <p>Parce qu'elles ont le potentiel de modifier les trajectoires, elles peuvent aussi influencer sur la position sociale des personnes et de leurs proches (vies liées, répercussions intergénérationnelles).</p>	<p>Forces : Cette approche permet de prendre en considération les trajectoires de vie de différents groupes sociaux (les immigrants, les personnes autochtones, etc.) et le rôle des politiques pour influencer ces trajectoires.</p> <p>Limites : Il est difficile d'évaluer le rôle que jouent les politiques pendant le parcours de vie.</p> <p>Cette approche exige une action intersectorielle tout au long du parcours de vie.</p> <p>Elle nécessite la participation des communautés marginalisées à la prise de décision politique ainsi qu'une souplesse institutionnelle.</p>	<p>Politiques de prévention (à court terme) : l'accès universel aux soins de santé (atténue le choc financier associé à une maladie grave), la détection de la dépression maternelle.</p> <p>Politiques en matière de capital humain (à long terme) : le développement de la petite enfance, des garderies de qualité, des politiques organisationnelles plus souples et plus favorables à l'emploi pour les jeunes.</p>

Approches qui ciblent les déterminants sociaux de la santé (conditions de vie, milieux, communautés et personnes).					
Approche politique pour agir sur les IS	Comment cette approche conçoit-elle l'inégalité et dans quelle discipline est-elle apparue?	Comment l'approche explique-t-elle les inégalités de santé?	Sur quoi cette approche se concentre-t-elle?	Quelles sont les forces et les limites de cette approche?	Exemples
Conditions de vie	<p>Ces approches conçoivent l'inégalité comme le résultat de différences d'accès à des ressources matérielles et psychosociales, lesquelles sont structurées par l'appartenance à des classes sociales distinctes ou par des statuts socio-économiques différents.</p> <p>Dans l'ensemble, tant les sciences sociales que les sciences de la santé se sont intéressées à l'importance des conditions de vie. Historiquement, les interventions visant à améliorer les conditions de vie ont aussi constitué le principal courant de pensée en santé publique (comme les services d'eau potable et de traitement des eaux usées), et elles ont été un élément fondamental de l'amélioration de la santé des populations.</p>	<p>La mauvaise santé est associée à de piètres conditions de vie, à une réduction de l'accès aux ressources et aux services essentiels dans plusieurs sphères de la vie (famille, travail, communauté, etc.) et à l'exposition à un stress psychosocial (insécurité, manque de contrôle sur sa vie, stigmatisation, sentiments d'exclusion et d'isolement, etc.).</p>	<p>Ces politiques visent à améliorer les environnements physiques ou les attributs des environnements sociaux.</p> <p>Elles cherchent à réduire la vulnérabilité et l'exposition de plusieurs segments de la population à de mauvaises conditions de vie et au stress psychosocial.</p>	<p>Forces : Ces approches peuvent être universelles et améliorer la santé de tous, ou elles peuvent cibler les secteurs les plus défavorisés, contribuant ainsi davantage à l'amélioration de la santé des plus vulnérables.</p> <p>Limites : Elles risquent d'exacerber les inégalités si on les applique isolément, car elles ignorent souvent la variabilité du recours à ces mesures par différents groupes.</p> <p>Elles ciblent souvent une seule condition de vie à la fois.</p> <p>Elles n'accordent pas assez d'attention aux déterminants plus structurels qui sous-tendent les conditions difficiles dans différents milieux de vie.</p>	<p>Les politiques qui visent à améliorer les conditions de travail dans les secteurs d'emploi plus défavorisés (les emplois à faible statut).</p> <p>Les politiques qui se concentrent sur le logement social.</p> <p>Les politiques qui font la promotion de milieux de travail sains.</p>
Milieux	<p>L'inégalité reflète l'interaction entre le milieu et les personnes qui le composent.</p> <p>Ces approches s'inspirent traditionnellement du modèle écologique en promotion de la santé et d'une perspective sur les</p>	<p>L'exacerbation de la mauvaise santé dans certains milieux et les comportements malsains sont influencés par l'interaction de plusieurs facteurs, dont les aspects physiques du milieu (comme les</p>	<p>Ces politiques visent à modifier les dimensions structurelles d'un milieu, et à soutenir la capacité des personnes à profiter de ces dimensions structurelles et à avoir une influence sur celles-ci. Les ressources du milieu ne sont pas des fins en soi, mais plutôt des</p>	<p>Forces : Cette approche permet d'agir simultanément sur différents plans pour réduire l'exposition à des conditions difficiles et de soutenir la capacité d'agir individuellement et collectivement afin de promouvoir la santé.</p>	<p>Les politiques qui favorisent une approche intégrée; la mise en œuvre de programmes dans plusieurs milieux.</p> <p>Les politiques qui visent la participation des groupes marginalisés dans l'élaboration et la mise en</p>

Approche politique pour agir sur les IS	Comment cette approche conçoit-elle l'inégalité et dans quelle discipline est-elle apparue?	Comment l'approche explique-t-elle les inégalités de santé?	Sur quoi cette approche se concentre-t-elle?	Quelles sont les forces et les limites de cette approche?	Exemples
Milieus (suite)	systèmes complexes. Plus récemment, elles ont reçu l'appui des théories sociologiques contemporaines, du réalisme critique et de l'approche des capacités.	environnements naturels et bâtis), des facteurs sociaux et collectifs (les normes et les valeurs actuelles, les organisations et les communautés) et la capacité ou la possibilité pour les personnes de faire appel aux ressources disponibles.	moyens permettant d'atteindre des buts. Ces interventions demandent une action politique sur plusieurs plans. Elles cherchent à réduire l'exposition à divers facteurs de risque dans un milieu et à atténuer la vulnérabilité de certains groupes sociaux.	Limites : Elle exige une connaissance profonde (analyse sociale et politique) des milieux et de leurs sous-populations variées. La participation à long terme des groupes les plus marginalisés peut être difficile à soutenir. Elle exige une importante action ou une coopération intersectorielle. Elle remet en question de puissants acteurs; il faut donc beaucoup de planification et d'engagement ainsi que des dirigeants déterminés. Il est crucial qu'elle oriente ses efforts « vers le haut et vers l'extérieur » (Dooris, 2009, p. 32, traduction libre).	œuvre de programmes et d'études dans des milieux (le mouvement pour des villes en santé).
Communautés	L'inégalité résulte des différences dans l'accès aux sources de pouvoir, ces différences limitant ce que les gens peuvent faire et être. Ces approches prennent racine dans les théories du pouvoir, des mouvements sociaux, de la réciprocité informelle, de l'action collective et de l'organisation.	La mauvaise santé de certains groupes est exacerbée par des processus d'exclusion, d'isolement et de manque de pouvoir. Cette impossibilité de participer à la vie sociale prive certains groupes ou certaines communautés de dignité, d'estime de soi et de contrôle ou d'influence sur leur vie.	Ces politiques visent à développer la cohésion sociale, le soutien mutuel, la participation, l'autonomisation, l'action collective, le développement des communautés et l'influence des communautés locales sur les politiques publiques et les processus décisionnels. Elles réduisent l'exposition et la vulnérabilité en facilitant l'intégration sociale et la participation, et	Forces : Cette approche répond mieux aux besoins des communautés locales (participation à la prise de décision et à l'évaluation des interventions). Elle renforce la capacité locale et le bien-être des communautés. Limites : Elle se restreint souvent à certaines communautés défavorisées. Elle exige la participation, le partenariat et la collaboration intersectorielle. Elle risque d'accroître le fardeau des organisations	La budgétisation participative promeut l'exercice de la citoyenneté et la prise de décision en collaboration afin de choisir l'éventail des services publics à offrir (McKenzie, 2014). L'initiative locale de développement social de Montréal comprend un accord négocié entre la Ville de Montréal, la Direction de santé publique de Montréal, Centraide du Grand Montréal et la

Approche politique pour agir sur les IS	Comment cette approche conçoit-elle l'inégalité et dans quelle discipline est-elle apparue?	Comment l'approche explique-t-elle les inégalités de santé?	Sur quoi cette approche se concentre-t-elle?	Quelles sont les forces et les limites de cette approche?	Exemples
Communautés (suite)			elles peuvent en théorie avoir un effet sur la stratification, puisqu'elles visent à faciliter la mise en œuvre et le choix de politiques sociales globales plus équitables.	locales et des personnes défavorisées, sans garantir la souplesse nécessaire au sein des structures pour permettre ou soutenir cette action collective locale émergente. Ainsi, les inégalités enracinées sont peu susceptibles d'être remises en question.	Coalition montréalaise des tables de quartier (les réseaux de quartier sur l'île de Montréal), et vise à promouvoir un processus de participation citoyenne afin de réduire les inégalités de santé à l'échelle locale. Elle soutient les efforts des communautés locales plutôt que la mise en œuvre d'un programme planifié (Bernier, Clavier et Giasson, 2010).
Personnes	<p>Les inégalités de santé sont le résultat de choix et d'attributs individuels. Elles sont considérées comme « fonctionnellement nécessaires et inévitables dans une société qui fait appel à une grande diversité de compétences et de responsabilités » (McAll, 2008, p. 94).</p> <p>Ces approches émergent de domaines comme la psychologie sociale et le marketing social. Elles ciblent particulièrement les actions et les choix individuels.</p>	La mauvaise santé de certains groupes est exacerbée par des facteurs de risque comportementaux modifiables, qui découlent de traits de personnalité ou de faiblesses personnelles (manque de connaissances ou d'éducation, limites cognitives individuelles, etc.).	<p>Ces politiques encouragent les personnes à faire des « choix santé ».</p> <p>Elles renforcent, soutiennent et éduquent les personnes les plus vulnérables pour les aider à modifier leurs comportements en matière de santé et pour les responsabiliser.</p> <p>Ces politiques tentent de réduire l'exposition aux comportements nocifs.</p>	<p>Forces : Elles sont faciles à mettre en œuvre et à évaluer, ainsi que moins coûteuses sur les plans politique et économique.</p> <p>Limites : Elles ne ciblent souvent que les groupes défavorisés.</p> <p>Elles peuvent condamner et stigmatiser les personnes, et augmenter les inégalités lorsqu'elles considèrent la personne en tant qu'abstraction : elles ne tiennent pas compte des limites socioculturelles ou économiques, ou de celles qui sont dues aux influences développementales associées à un mauvais départ dans la vie. Elles ne tiennent pas compte du fait que les plus privilégiés ont de meilleures chances d'adopter les mesures dictées par les stratégies en matière de santé.</p>	Les politiques qui font la promotion des campagnes d'information visant à prévenir l'obésité ou à encourager les gens à cesser de fumer. D'autres exemples sont les politiques de marketing social visant à modifier les comportements en matière de santé.

Conclusion

Dans ce document, nous avons entrepris de mettre en lumière les manières dont différentes approches politiques globales tentent de rendre compte et d'aplanir les inégalités de santé. Il est généralement bien établi au sein de la santé publique dans son ensemble (et en particulier auprès des personnes qui œuvrent dans les domaines des déterminants sociaux de la santé et des inégalités de santé) que l'intervention en faveur de la réduction des inégalités de santé est plus efficace lorsqu'elle vise les déterminants sociaux des inégalités de santé. Malgré cela, la plupart des efforts dans ce domaine se sont concentrés — et continuent de se concentrer — sur les déterminants en aval, et particulièrement sur les déterminants comportementaux individuels. Cette situation fait en sorte que même si de nombreux efforts ont été déployés depuis plus de vingt ans pour éliminer les inégalités de santé entre divers groupes sociaux, ces inégalités n'ont pas diminué de façon substantielle et, dans plusieurs cas, elles ont même plutôt augmenté (Scott-Samuel et Smith, 2015). En nous intéressant à la position

des approches politiques dans le continuum des déterminants sociaux des inégalités de santé — déterminants sociaux de la santé, nous pouvons observer à quel moment elles sont susceptibles d'intervenir et quels peuvent être leurs effets. Qu'elles soient susceptibles d'agir sur le plan de la stratification sociale, de réduire la vulnérabilité et l'exposition à des facteurs nocifs pour la santé ou encore d'atténuer les effets de la mauvaise santé, nous espérons avoir fait ressortir, dans les grandes lignes, comment chaque approche (qu'elle soit utilisée isolément ou en combinaison avec d'autres) peut contribuer à réduire les inégalités de santé. La liste des approches décrites et catégorisées dans ce document n'est pas exhaustive, mais nous croyons avoir couvert la plupart des approches associées aux inégalités de santé qui dominent dans la littérature et la pratique en santé publique. En somme, nous espérons avoir aidé à démontrer comment les diverses grandes approches concentrent leurs efforts et quels peuvent être leurs avantages et leurs limites.

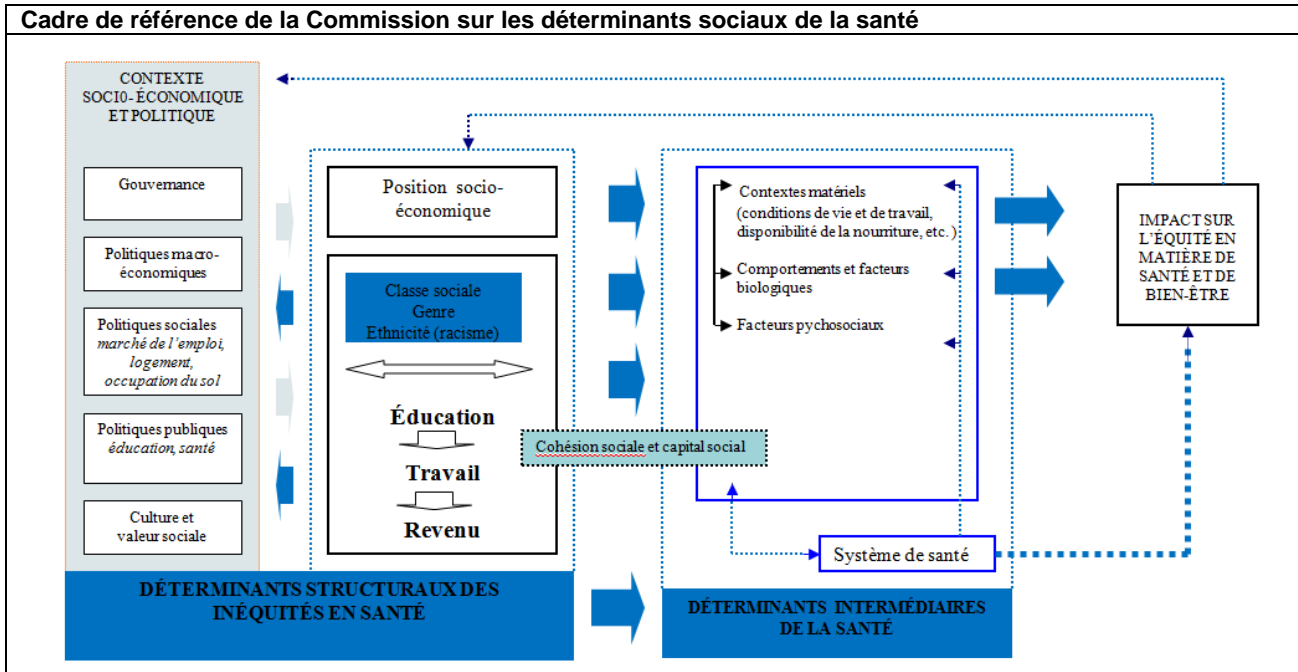
Références

- Abel, T. et Frohlich, K. L. (2012). Capitals and Capabilities: Linking Structure and Agency to Reduce Health Inequalities. *Social Science & Medicine*, 74(2), 236-244.
- Bambra, C. (2011). Work, Worklessness and the Political Economy of Health Inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65, 746-750.
- Baum, F. (2011). From Norm to Eric: Avoiding Life Style Drift in Australian Health Policy. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 35(5), 404-406.
- Baum, F. et Fisher, M. (2014). Why Behavioural Health Promotion Endures Despite its Failure to Reduce Health Inequities. *Sociology of Health & Illness*, 36(2), 213-225.
- Bernard, P., Charafeddine, R., Frohlich, K. L., Daniel, M., Kestens, Y. et Potvin, L. (2007). Health Inequalities and Place: A Theoretical Conception of Neighbourhood. *Social Science & Medicine* (1982), 65(9), 1839-1852.
- Bernier, J., Clavier, C. et Giasson, G. (2010). Développement social local à Montréal : approche concertée de lutte contre les inégalités. Dans L. Potvin, M.-J. Moquet et C. M. Jones (dir.), *Réduire les inégalités sociales en santé* (pp. 168-177). Saint-Denis (France) : INPES.
- Blas, E., Gilson, L., Kelly, M. P., Labonté, R., Lapitan, J., Muntaner, C., ... Vaghri, Z. (2008). Addressing Social Determinants of Health Inequities: What Can the State and Civil Society Do? *Lancet*, 372(9650), 1684-1689. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61693-1](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61693-1)
- Bourque, D. et Favreau, L. (2003). Le développement des communautés et la santé publique au Québec. *Service social*, 50(1), 295-308.
- Bowleg, L. (2012). The Problem with the Phrase *Women and Minorities*: Intersectionality – an Important Theoretical Framework for Public Health. *American Journal of Public Health*. 102(7), 1267-1273.
- Carey, G., et Crammond, B. (2014). A Glossary of Policy Frameworks: the Many Forms of “Universalism” and Policy “Targeting”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, jech-2014-204311. <http://doi.org/10.1136/jech-2014-204311>
- Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé [CDSS de l'OMS]. (2007). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion Paper for the Commission on Social Determinants of Health*. Version préliminaire. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Consulté en ligne à : http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
- Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé [CDSS de l'OMS]. (2008). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé*. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Consulté en ligne à : http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/
- Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé [CDSS de l'OMS]. (2016). *Déterminants sociaux de la santé : Principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé*. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Consulté en ligne le 18 février 2016 : http://www.who.int/social_determinant/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/
- Cooke, M. et McWhirter, J. (2011). Public Policy and Aboriginal Peoples in Canada: Taking a Life-Course Perspective. *Canadian Public Policy. Analyse de politiques*, 37 (suppl.), S15-S31.

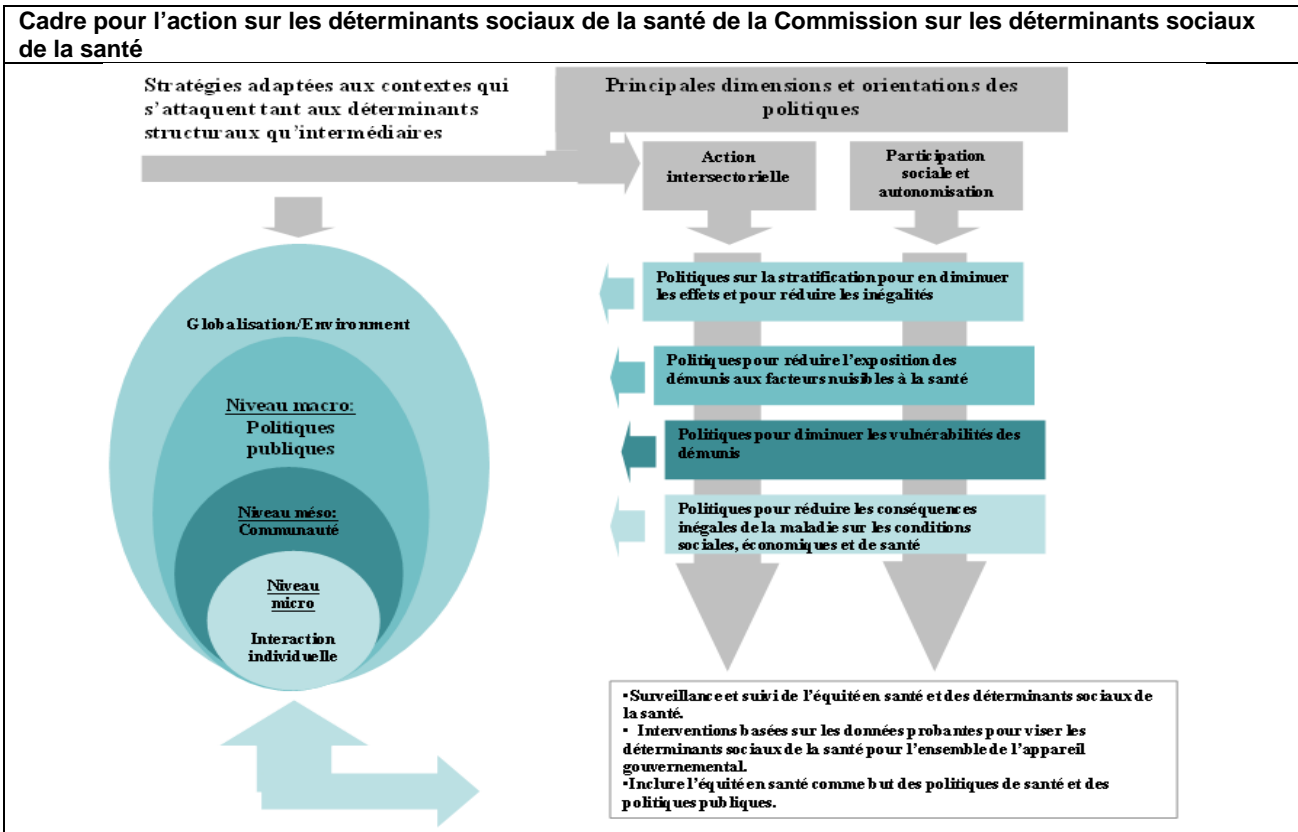
- Dooris, M. (2009). Holistic and Sustainable Health Improvement: The Contribution of the Settings-Based Approach to Health Promotion. *Perspectives in Public Health*, 129(1), 29-36.
- Esping-Anderson, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton (N. J.): Princeton University Press.
- Frahsa, A., Rütten, A., Roeger, U., Abu-Omar, K. et Schow, D. (2014). Enabling the Powerful? Participatory Action Research with Local Policymakers and Professionals for Physical Activity Promotion with Women in Difficult Life Situations. *Health Promotion International*, 29(1), 171-184.
- Frohlich, K. L. et Abel, T. (2014). Environmental Justice and Health Practices: Understanding How Health Inequities Arise at the Local Level. *Sociology of Health & Illness*, 36(2), 199-212.
- Gaudet, S., Burlone, N. et Li-Korotky, H. S. (2013). *Repenser les familles et ses transitions. Repenser les politiques publiques*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Gouvernement du Canada. (2008). *Rapport de l'Administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2008*. Ottawa : gouvernement du Canada, ministère de la Santé. Consulté en ligne à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/fr-rc/index-fra.php>
- Graham, H. (2004a). Tackling Inequalities in Health in England: Remedying Health Disadvantages, Narrowing Health Gaps or Reducing Health Gradients? *Journal of Social Policy*, 33(01), 115-131.
- Graham, H. (2004b). Social Determinants and Their Unequal Distribution: Clarifying Policy Understandings. *The Milbank Quarterly*, 82(1), 101-24.
- Graham, H. et Kelly, M. P. (2004). *Health Inequalities: Concepts, Frameworks and Policy*. Londres: Health Development Agency.
- Halfon, N. et Hochstein, M. (2002). Life Course Health Development: An Integrated Framework for Developing Health, Policy, and Research. *The Milbank Quarterly*, 80(3), 433-479.
- Hankivsky, O. (dir.). (2011). *Health Inequities in Canada: Intersectional Frameworks and Practices*. Vancouver : UBC Press.
- McDaniel, S. et Bernard, P. (2011). Life Course as a Policy Lens: Challenges and Opportunities. *Canadian Public Policy*, 37(s1), 1-13.
- McKenzie, K. (2014). Using Participatory Budgeting to Improve Mental Capital at the Local Level. Dans British Academy for the Humanities and Social Sciences. "If You Could Do One Thing..." *Nine Local Actions to Reduce Health Inequalities*. (pp. 71-81). Londres: British Academy for the Humanities and Social Sciences.
- Morrison, V. (2015). *Inégalités de santé et intersectionnalité*. Montréal : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Consulté en ligne à : http://www.ccnpps.ca/102/publications.ccnpps?id_article=1391
- Newman, L., Baum, F., Javanparast, S., O'Rourke, K. et Carlon, L. (2015). Addressing Social Determinants of Health Inequities Through Settings: A Rapid Review. *Health Promotion International*, 30 (suppl. 2), ii126-43. doi : 10.1093/heapro/dav054
- Podymow, T., Turnbull, J., Coyle, D., Yetisir, E. et Wells, G. (2006). Shelter-Based Managed Alcohol Administration to Chronically Homeless People Addicted to Alcohol. *CMAJ*, 174(1), 45-49.
- Popay, J., Whitehead, M. et Hunter, D. J. (2010). Injustice is Killing People on a Large Scale—But What is to Be Done About it? *Journal of Public Health*, 32(2), 148-149.
- Raphael, D. (2007) *Poverty and Policy in Canada: Implications for Health and Quality of Life*. Toronto: Canadian Scholars' Press.

- Scott-Samuel, A. et Smith, K. E. (2015). Fantasy Paradigms of Health Inequalities: Utopian Thinking? *Social Theory & Health*, 13(3-4), 418-436. <http://doi.org/10.1057/sth.2015.12>
- Shareck, M., Frohlich, K. L. et Poland, B. (2013). Reducing Social Inequities in Health Through Settings-Related Interventions: A conceptual framework. *Global Health Promotion*, 20(2), 39-52.
- Solar, O. et 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. Consulté en ligne à : http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
- University of Wisconsin-Madison Institute for Research on Poverty. (2005). Inequality in America: What Role for Human Capital Policies? *Focus*, 23(3), 1-10.
- Veenstra, G. et Burnett, P. J. (2014). A Relational Approach to Health Practices: Towards Transcending the Agency-Structure Divide. *Sociology of Health & Illness*, 36(2), 187-198.
- Vibert, S. (2007). *La communauté au miroir de l'État. La notion de communauté dans les énoncés québécois de politiques publiques en santé*. Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Vibert, S. et Potvin, L. (2012). La communauté, une notion à redéfinir pour la santé publique. Dans F. Aubry et L. Potvin (dir.), *Construire l'espace sociosanitaire. Expériences et pratiques de recherche dans la production locale de la santé*. (pp. 99-134). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- VicHealth. (2015). *About Fair Foundations and Promoting Health Equity*. Carlton : Victorian Health Promotion Foundation. Consulté en ligne à : <https://www.vichealth.vic.gov.au/media-and-resources/publications/the-vichealth-framework-for-health-equity>
- Whitehead, M. (2007). A Typology of Actions to Tackle Social Inequalities in Health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(6), 473-478.
- Wilkinson, R. et Pickett, K. (2009). *The Spirit Level. Why More Equal Societies Almost Always do Better*. Londres : Allen Lane.

Annexe 1 Cadres de référence de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé



Traduit avec la permission de l'éditeur de Solar et Irwin, A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2*, p. 48, Organisation mondiale de la Santé (2010).



Traduit avec la permission de l'éditeur de Solar et Irwin, A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2*, p. 60, Organisation mondiale de la Santé (2010).

Mars 2016

Auteures : Pascale Mantoura et Val Morrison, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé
Soutien à l'édition : Marianne Jacques, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

COMMENT CITER CE DOCUMENT

Mantoura, P. et Morrison, V. (2016). *Les approches politiques de réduction des inégalités de santé*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

REMERCIEMENTS

Le CCNPPS souhaite remercier Penny Sutcliffe (Service de santé publique de Sudbury et du district), Josée Lapalme (Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique de l'Université de Montréal) et Katherine L. Frohlich (Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique de l'Université de Montréal et Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal) pour leurs commentaires sur une version préliminaire de ce document.

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) vise à accroître l'expertise des acteurs de la santé publique en matière de politiques publiques favorables à la santé, à travers le développement, le partage et l'utilisation des connaissances. Le CCNPPS fait partie d'un réseau canadien de six centres financés par l'Agence de la santé publique du Canada et répartis à travers le Canada. Chacun des Centres de collaboration se spécialise dans un domaine précis, mais partage un mandat commun de synthèse, d'utilisation et de partage des connaissances. Le réseau des Centres agit autant comme une structure de diffusion des contributions spécifiques des Centres que comme lieu de production conjointe des projets communs. Le CCNPPS est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), un chef de file en santé publique au Canada.

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de la santé publique du Canada par le biais du financement du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada.

Toutes les images de ce document ont été reproduites avec permission ou conformément aux licences autorisant leur reproduction. En cas d'erreur ou d'omission, merci de nous en aviser au ccnpps@inspq.qc.ca.

N° de publication : 2759

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur les sites Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : www.inspq.qc.ca et du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé au : www.ccnpps.ca.

An English version of this paper is also available on the National Collaborating Centre for Healthy Public Policy website at: www.ncchpp.ca and on the Institut national de santé publique du Québec website at: www.inspq.qc.ca/english.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec, qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2020
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-88233-6 (PDF ANGLAIS)
ISBN : 978-2-550-88232-9 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2020)

