

Nous débuterons
à 14h00 HNE

Les approches politiques de réduction des inégalités de santé

7 mars, 2017

Téléconférence :
Canada
1-855-950-3717
É.-U.
1-866-398-2885

Code: 239 172 3909#

Val Morrison
Centre de collaboration nationale sur les politiques
publiques et la santé



Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé
National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy

Institut national
de santé publique

Québec

Pouvez-vous nous entendre?

Nous parlons en ce moment... Si vous ne pouvez pas nous entendre :

Vous pouvez ouvrir vos haut-parleurs d'ordinateur, brancher vos écouteurs ou vous connecter au système de conférence téléphonique en composant :

- Le numéro de téléphone sans frais
 - Canada : **1-855-950-3717**
 - États-Unis : 1-866-398-2885

Entrez le code de conférence suivant: **239 172 3909 #**

Pour les participants provenant d'un autre pays, veuillez consulter :
http://www.ccnpps.ca/644/Instructions.ccnpps?id_article=1354

Au plaisir de vous parler bientôt!

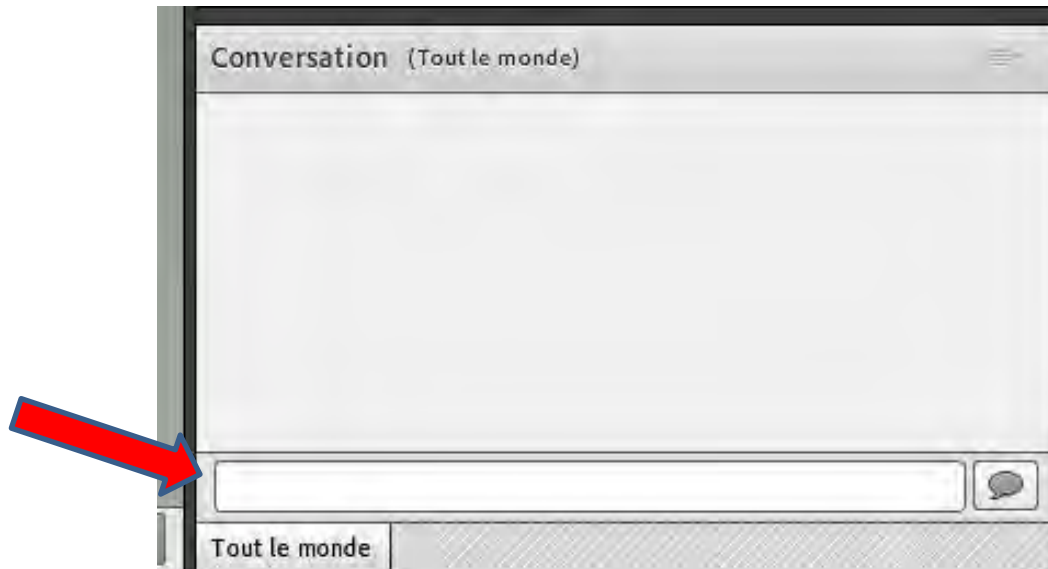


Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé
National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy

*Institut national
de santé publique*
Québec 

Pour poser des questions pendant la présentation

Utilisez la boîte de messagerie



Veillez noter que nous enregistrons ce webinaire, incluant la conversation dans la boîte de messagerie, et qu'il sera publié sur notre site internet.



L'équipe du CCNPPS aujourd'hui

Conférencière: Val Morrison



Période de questions :
Olivier Bellefleur



Planification et soutien technique:

Mylène Maguire



Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé
National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy

Institut national
de santé publique
Québec 

Déclaration de conflits d'intérêts réels ou potentiels

Nom de la conférencière/modératrice:
Val Morrison



Je n'ai aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel en lien avec le contenu de cette présentation



Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé
National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy

*Institut national
de santé publique*
Québec 



National Collaborating Centres
for Public Health
Centres de collaboration nationale
en santé publique



Public Health **PHPC** Médecins de santé
Physicians of Canada **MSPC** publique du Canada

Ce webinaire fait partie de la série *Le partage des connaissances dans le domaine de la médecine en santé publique*

Pour la cinquième année consécutive, les six [Centres de collaboration nationale en santé publique](#) (CCN) et les [Médecins de santé publique du Canada](#) (MSPC) présentent une série de webinaires gratuits en ligne, chacun traitant de différentes priorités en santé publique. La série de webinaires vise à enrichir les compétences des effectifs en santé publique ([Description des compétences de base des directeurs de santé publique et des médecins hygiénistes au Canada](#)).

Si vous avez des questions concernant cette série de webinaires, n'hésitez pas à communiquer avec Pemma Muzumdar à l'adresse: pmuzumd@stfx.ca.


Cette activité est accréditée pour 6.5 crédits par le bureau de Développement professionnel continu. Le bureau de DPC de la Faculté de médecine de l'Université McGill est autorisé par le Comité d'agrément pour l'éducation médicale continue (CAÉMC). Cette activité est une activité de formation collective agréée, aux termes de la section 1 du programme de Maintien du certificat du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.

En vertu d'une entente conclue entre le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et l'American Medical Association, les médecins peuvent convertir les crédits obtenus au titre du programme de MDC du Collège royal en crédits de catégorie 1 de l'AMA PRAMC. Vous trouverez l'information sur le processus de conversion des crédits du programme de MDC du Collège royal en crédits de l'AMA à l'adresse www.ama-assn.org/go/internationalcme. Chaque médecin doit demander des crédits seulement pour le nombre d'heures où il/elle a participé à l'activité de formation.



Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé
National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy

Institut national
de santé publique

Québec 

Les Centres de collaboration nationale en santé publique





NATIONAL COLLABORATING CENTRE
FOR ABORIGINAL HEALTH
CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
DE LA SANTÉ AUTOCHTONE
Prince George, B.C. | www.nccah.ca


National Collaborating Centre
for Infectious Diseases
Centre de collaboration nationale
des maladies infectieuses
Winnipeg, MB | www.nccid.ca


National Collaborating Centre
for Determinants of Health
Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé
Antigonish, N.S. | www.nccdh.ca


National Collaborating Centre
for Environmental Health
Centre de collaboration nationale
en santé environnementale
Vancouver, B.C. | www.ncceh.ca


National Collaborating Centre
for Methods and Tools
Centre de collaboration nationale
des méthodes et outils
Hamilton, ON | www.nccmt.ca


Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé
National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy
Montréal-Québec, QC | www.ncchpp.ca

Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS)

Notre mandat

- Soutenir les acteurs de santé publique dans leurs efforts visant à promouvoir des politiques publiques favorables à la santé

Nos champs d'expertise

- L'impact des politiques sur la santé
- Méthodes pour contextualiser les politiques
- Acteurs et mécanismes de collaboration intersectorielle
- Stratégies pour influencer l'élaboration de politiques



Les approches politiques de réduction des inégalités de santé

Mars 2016

Note documentaire

Pour des connaissances en matière de politiques publiques favorables à la santé

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 à plusieurs niveaux. En dépit des nombreux

appels à agir davantage au niveau 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.



Plan d'atelier

- Comprendre la différence entre les déterminants sociaux de la santé et les déterminants des inégalités de santé.
- Distinguer huit approches politiques visant à réduire les inégalités de santé.
- Illustrer les implications pratiques des différentes approches politiques.



Les inégalités de santé

« 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).

Dérive vers les habitudes de vie

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.

(Mantoura & Morrison, 2016; Baum & Fisher, 2014)

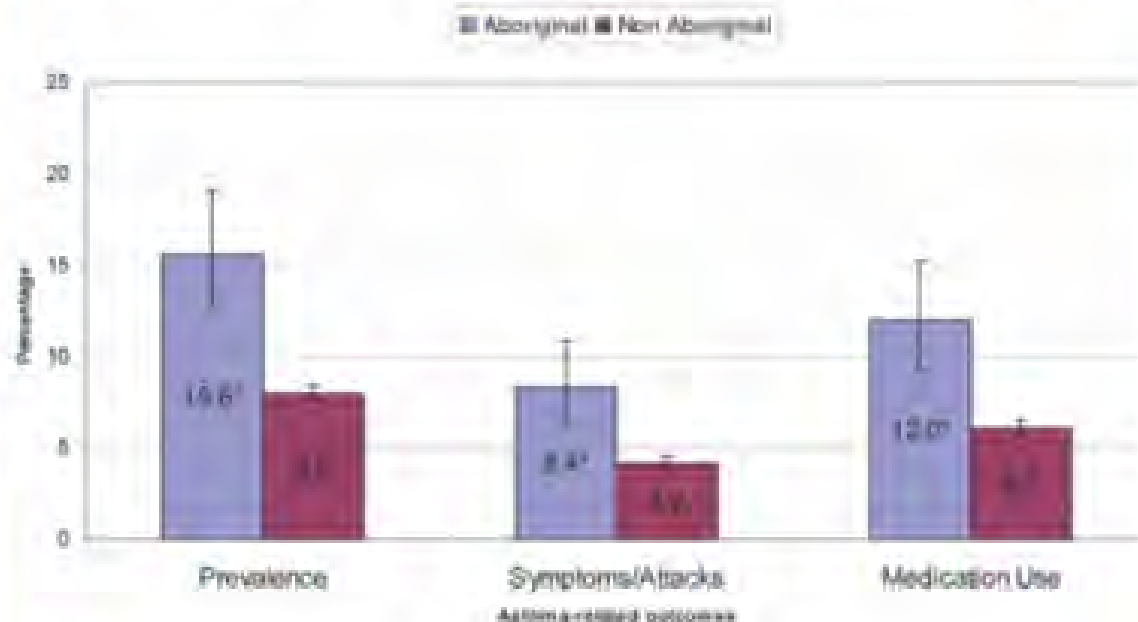
Les inégalités de santé

- Accent mis sur:
 - Les groupes défavorisés
 - Les écarts
 - L'ensemble du gradient

(Graham, 2004)

Les inégalités de santé au Canada

Figure 11: Asthma Burden by Aboriginal Status, Ontario, 2007-08

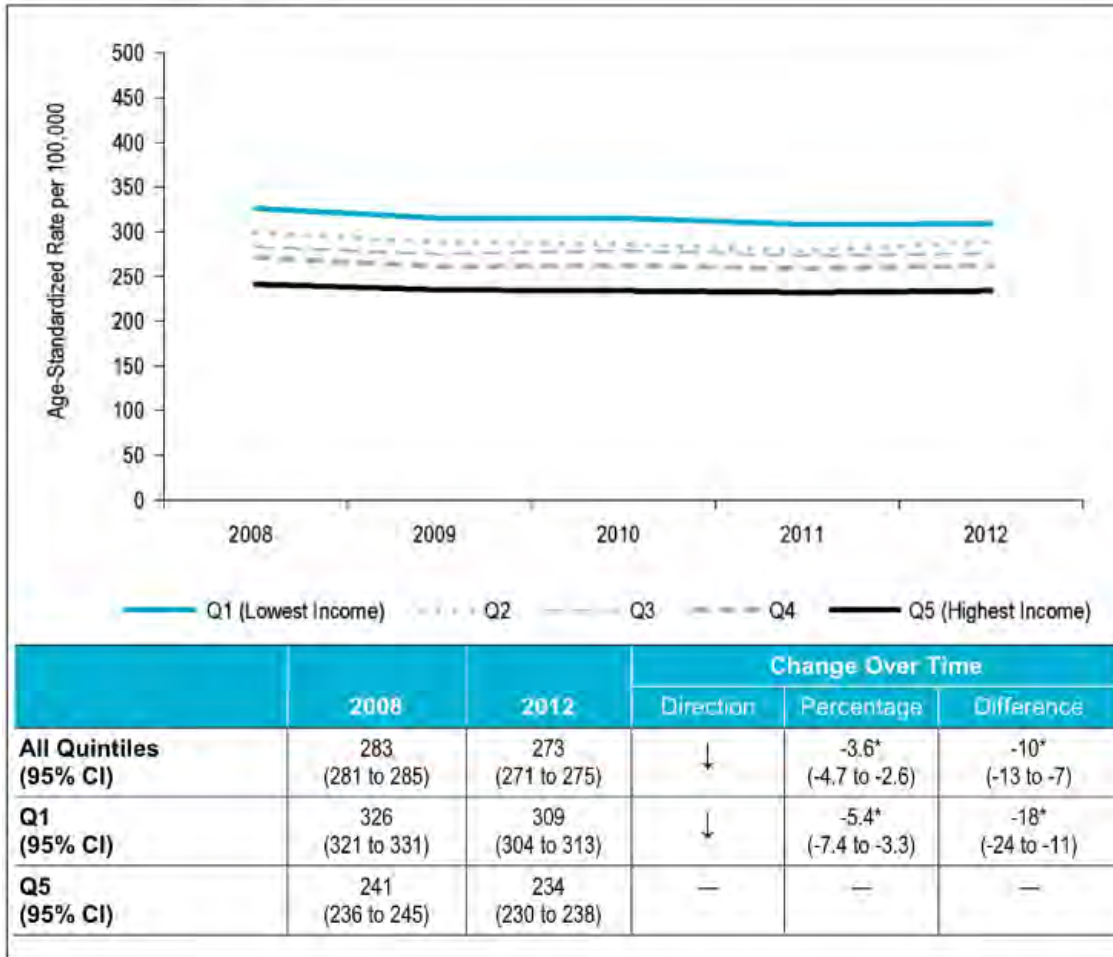


Notes: *statistically significantly higher

Source: Canadian Community Health Survey, Statistics Canada, Share File, Ontario MOHLTC

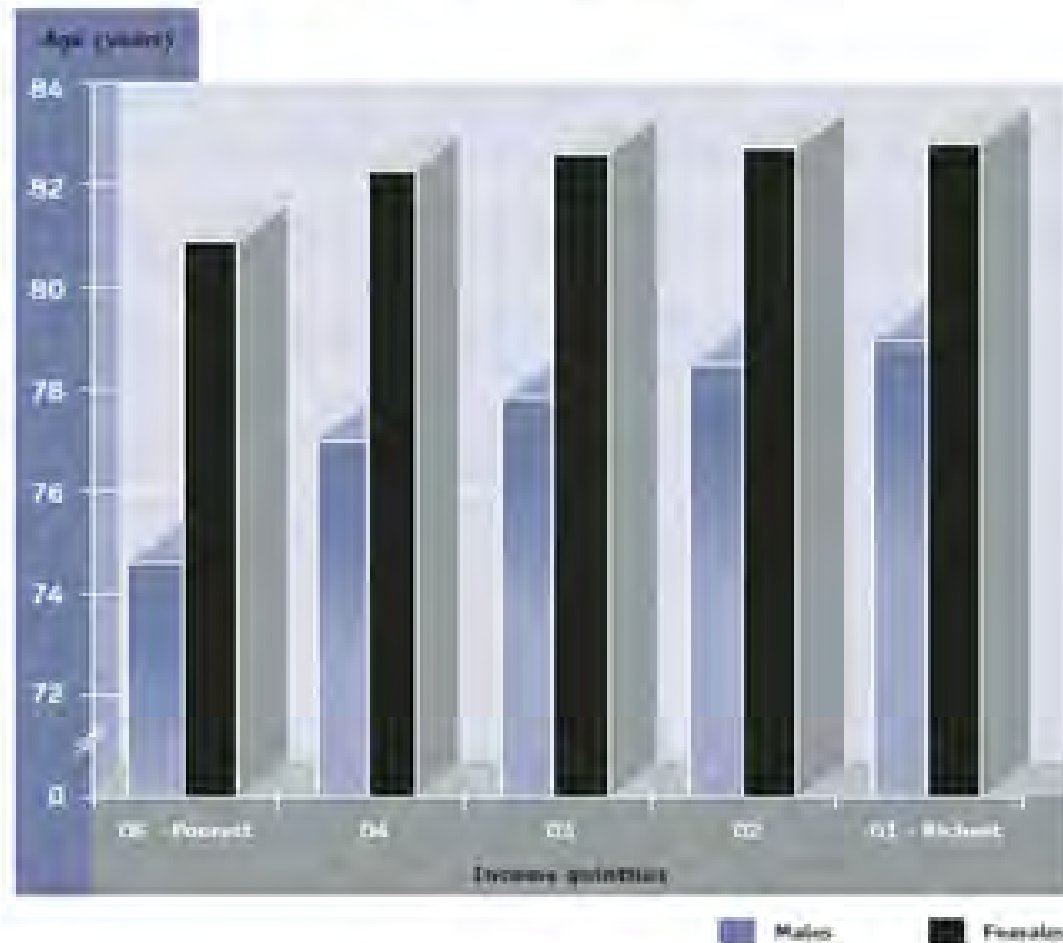
Les inégalités de santé au Canada

Figure 73: Hospitalized Heart Attacks Rates, by Income Quintile, Canada, 2008 to 2012



Les inégalités de santé au Canada

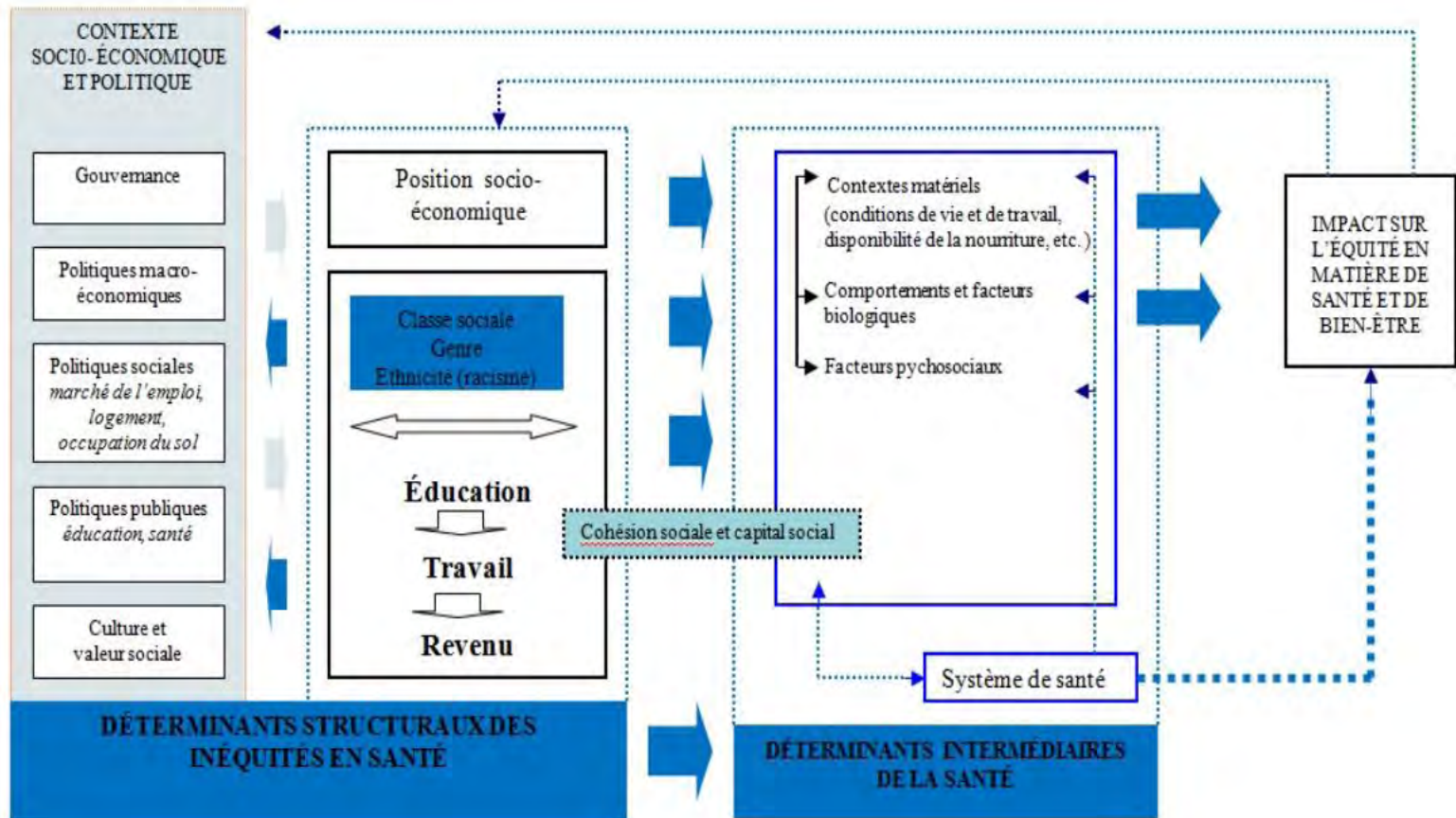
Figure 3.3 Life expectancy at birth by neighbourhood income and sex, urban Canada, 2001



(CPHO, 2008, as quoted by)

Question

- Si vous ne pouviez choisir qu'une des options suivantes afin de réduire les inégalités de santé au Canada, quelle serait-elle?
 1. Soutien nutritif d'individus vulnérables pendant la grossesse et la petite enfance.
 2. Revenu minimum annuel garanti pour tous les Canadien-ne-s.
 3. Amélioration de l'accès aux banques alimentaires à travers le pays.



(Solar & Irwin, 2010)

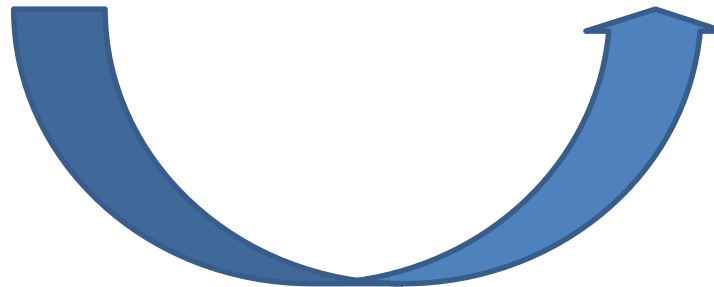
Déterminants sociaux des inégalités de santé

« 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)

Déterminants sociaux de la santé

« 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)



La réduction des inégalités de santé

Passe par:

L'ensemble du gradient.

Les déterminants des inégalités de santé.

Les déterminants sociaux de la santé et des inégalités de santé

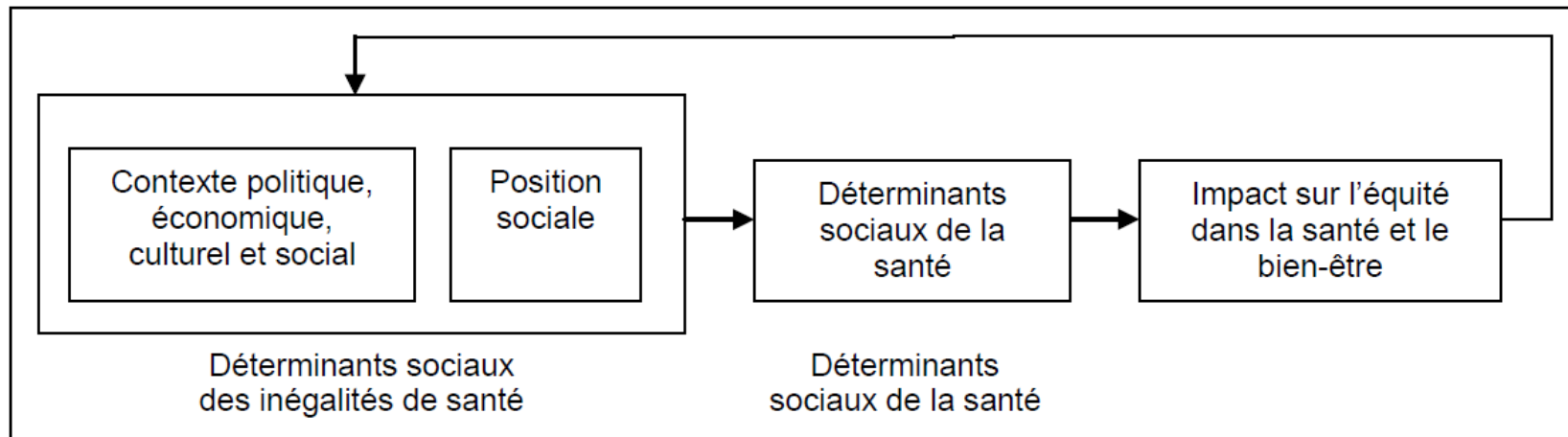


Figure 1 Les déterminants sociaux de la santé et des inégalités de santé

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

8 Approches politiques

- l'économie politique
- l'intersectionnalité
- les politiques macrosociales
- 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

Questions clés concernant les approches politiques de réduction des inégalités de santé

- 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?

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 macro politiques 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 macro politiques ou sur les politiques de niveau structurel.</p> <p>Les politiques fiscales; Les politiques relatives au marché du travail; 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 aux niveaux 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>

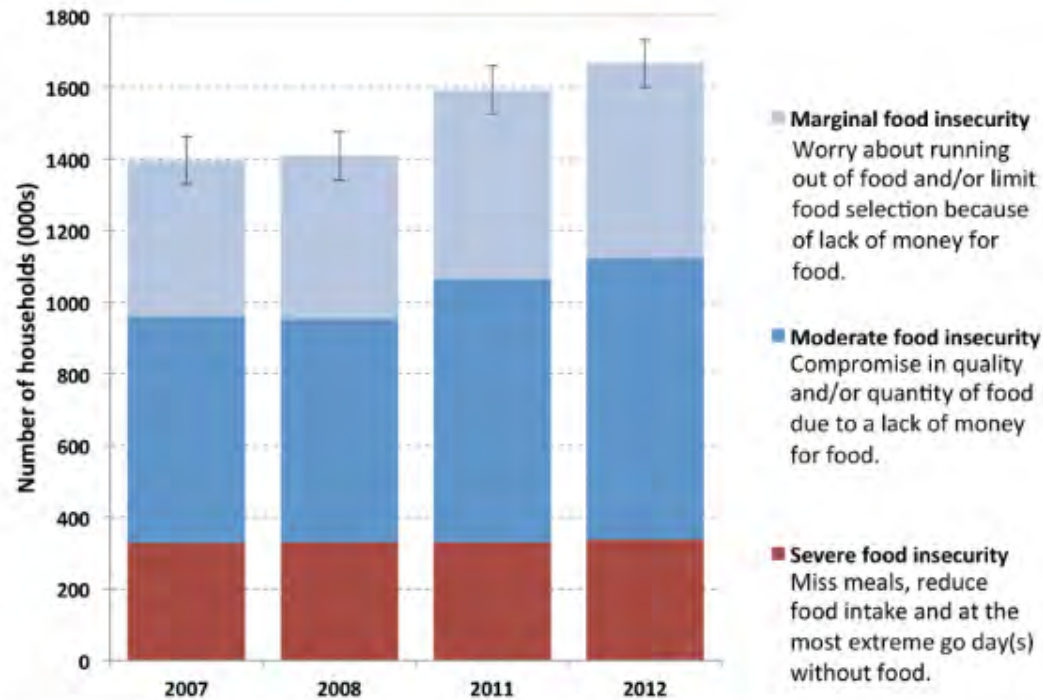
Approche politique pour agir sur les IS	Comment cette approche conçoit-elle l'inégalité et dans quelle discipline est-elle apparue?	Comment l'approche explique-t-elle les inégalités de santé?	Sur quoi cette approche se concentre-t-elle?	Quelles sont les forces et les limites de cette approche?	Exemples
<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, qui 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 de 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 à différents niveaux 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>

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>Personnes</p>	<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>	<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>	<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>	<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.</p>

Questions / commentaires ?

Exercice – Les approches politiques

Household Food Insecurity in Canada 2012



Data Source: Statistics Canada, Canadian Community Health Survey (CCHS), 2007, 2008, 2011 and 2012.



ACCUEIL | SOCIÉTÉ

Canada : L'insécurité alimentaire inquiète le Conference Board

High food prices driving some shoppers away from fruits, vegetables study says

Low-income, less-educated and young people more vulnerable to rising prices

The Canadian Press Posted: Jun 06, 2016 7:31 AM ET | Last Updated: Jun 06, 2016 12:18 PM ET

Publié le 03 novembre 2016 à 07h02 | Mis à jour le 03 novembre 2016 à 07h02

Près de 40% des étudiants canadiens vivent dans l'insécurité alimentaire

Food price increase hurts low-income households says food bank

Exercice – Consultation

En tant qu'acteurs de santé publique, on vous consulte quant aux alternatives de politiques visant à réduire l'insécurité alimentaire dans votre région. Quelles seraient-elles pour chacune des trois approches suivantes:

- approche ciblant les personnes
- approche axée sur le parcours de vie
- approche d'économie politique

Exercice – Consultation

- En vous guidant sur les trois premières questions du tableau, quelle alternative proposeriez-vous?

Approches ciblant les personnes

- Cible les actions et les choix individuels.
- La mauvaise santé est exacerbée par des facteurs de risque comportementaux modifiables.
- Encourage les personnes à faire des « choix santé ».
- Renforcer, soutenir et éduquer les plus vulnérables pour les aider à modifier leurs comportements.

Approche axée sur le parcours de vie

- L'inégalité est gravée dans le parcours de vie (moments de vulnérabilité).
- Variations dans l'ensemble des facteurs qui protègent ou compromettent la santé.
- Ciblent les circonstances sociales et offrent un soutien pendant les transitions et les crises tout au long de la vie.

Approche d'économie politique

- L'inégalité découle des macro politiques concernant la répartition de la richesse et caractérise la société plus que les individus.
- Les inégalités de santé sont le résultat inévitable de l'inégalité sociale.
- L'accent est principalement mis sur les macro politiques ou sur les politiques de niveau structurel (fiscales, marché du travail, réglementation des marchés).

Des suggestions?

- Individus?
- Parcours de vie?
- Économie politique?

Politiques pour réduire l'insécurité alimentaire

- Personnes: soutenir les personnes touchées (banques alimentaires, dépliants d'informations nutritives, etc.)
- Parcours de vie: soutenir les personnes touchées dans leur contexte et lors des moments de vulnérabilité (programmes de nutrition pendant la grossesse et la petite enfance, programmes de repas à l'école, etc.)
- Économie politique: réduire la pauvreté (revenu minimum garanti, règlements favorisant les associations syndicales, etc.)

Points d'entrée des approches

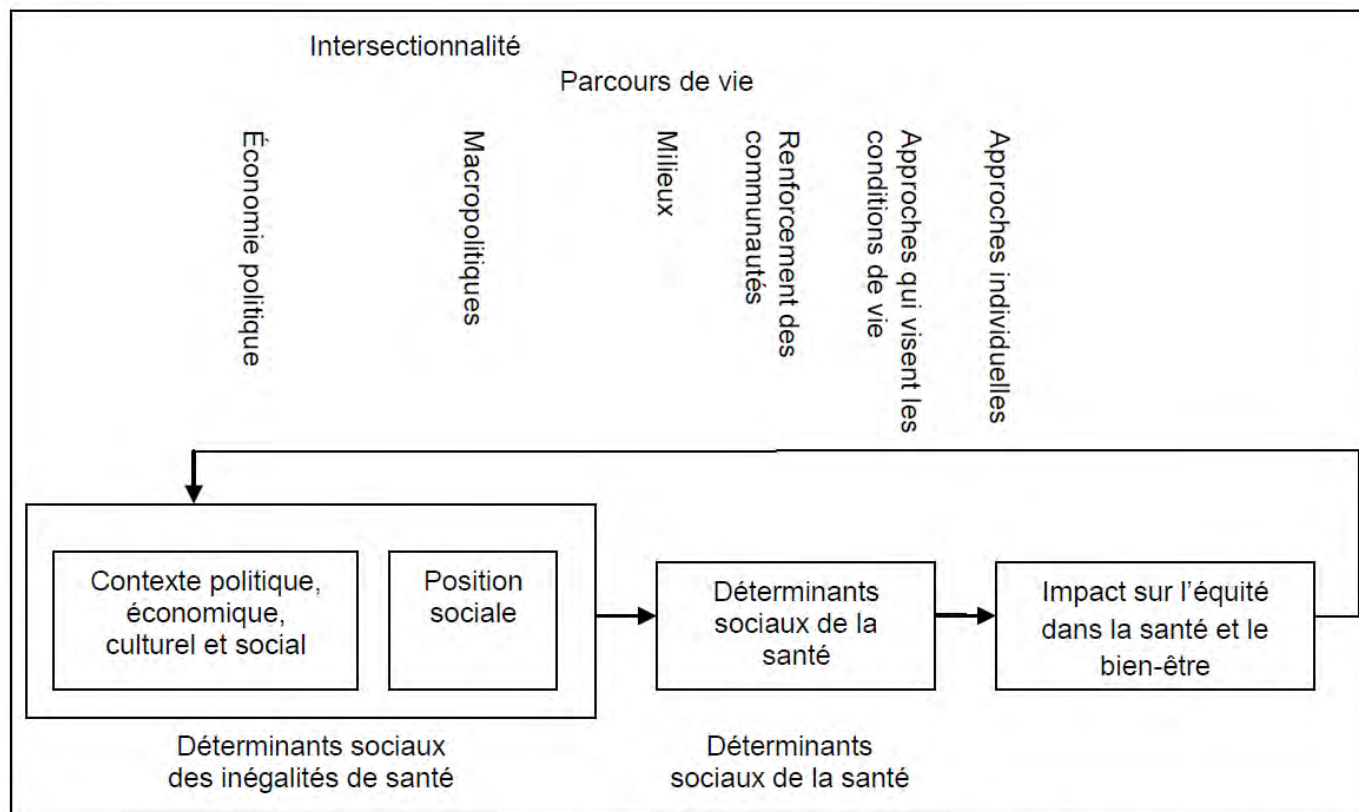


Figure 2 Les points d'entrée des différentes approches politiques

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

Consultation

- Laquelle de ces approches aurait, selon vous, les effets les plus prometteurs sur la réduction des inégalités de santé?

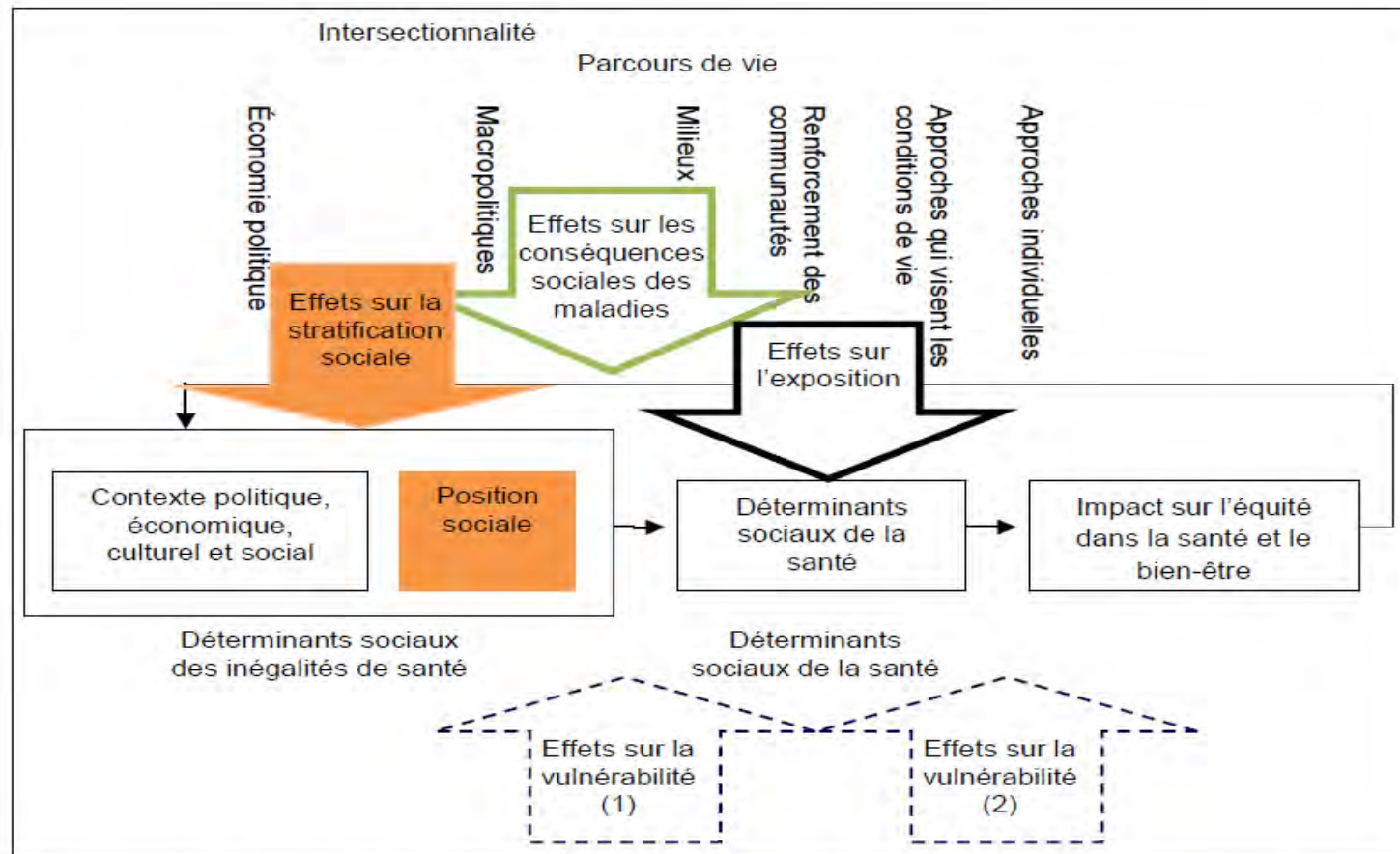


Figure 3 Les effets potentiels des approches politiques selon leur point d'entrée

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

Conclusion - Résumé

- L'importance de comprendre la différence entre les déterminants sociaux de la santé et les déterminants sociaux des inégalités de santé.
- Les différentes approches politiques ont différents points d'entrée sur le continuum.
- Ces approches sont susceptibles d'avoir des effets potentiels différents sur les inégalités 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 politique, 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).

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 : Rubriques 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_determinants/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 inequalities in Canada: Intersectional frameworks and practices*. Vancouver : UBC Press.

- Mantoura, P. et Morrison, V. (2016) Les approches politiques de réduction des inégalités de santé. Montréal, Québec: Centre de collaboration nationale sur les politiques et la santé
- McAll, C. (2008). Transfert des temps de vie et « perte de la raison » : l'inégalité sociale comme rapport d'appropriation. Dans K. L. Frohlich, M. De Koninck, A. Demers et P. Bernard (dir.), *Les inégalités sociales de santé au Québec*. (pp. 87-109). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- 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.

- Questions / commentaires
- Évaluation

Merci !

Ce sujet vous intéresse?

Visitez notre site www.ccnpps.ca pour plus de ressources

Val.morrison@inspq.qc.ca



Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé
National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy

Institut national
de santé publique

Québec 