

Résumé des approches politiques de réduction des inégalités de santé

Mars 2016

Résumé

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

Le tableau présenté ici est destiné à faciliter la réflexion sur les questions présentées dans le document *Les approches politiques de réduction des inégalités de santé : exercice pratique s'appuyant sur l'exemple de l'insécurité alimentaire* (disponible au : https://www.ccnpps.ca/102/publications.ccnpps?id_article=2032).

Ce tableau est tiré de la note documentaire *Les approches politiques de réduction des inégalités de santé* (disponible au : https://www.ccnpps.ca/102/Publications.ccnpps?id_article=1547) et n'est pas destiné à être lu ou interprété en dehors du contexte et des définitions fournis dans ce document de référence.



Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé

National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy

Institut national
de santé publique

Québec

Approches qui ciblent les déterminants sociaux des inégalités de santé (contexte socio-économique et culturel, position sociale).					
Approche politique pour agir sur les inégalités de santé (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	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). L'inégalité est un attribut de la société (elle ne s'observe pas seulement entre des individus). Cette approche met l'accent sur la répartition des pouvoirs et sur la relation des groupes et des personnes aux modes économiques de production. Les sciences sociales, surtout la science politique, la sociologie et les sciences de la communication.	Les déterminants structurels des inégalités de santé favorisent les intérêts des groupes dominants au détriment des autres. Les inégalités de santé sont le résultat inévitable d'une inégalité sociale qui a ses racines dans la répartition des pouvoirs politiques et économiques.	L'accent est principalement mis sur les macro politiques ou sur les politiques de niveau structurel. Les politiques fiscales. Les politiques relatives au marché du travail. La réglementation des marchés. Des politiques larges qui définissent les structures de gouvernance et les formes de gouvernement. 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).	Forces : Elle implique une intervention aux niveaux structurels qui sont susceptibles d'avoir des répercussions dans l'ensemble du système social. Limites : Plusieurs acteurs de la santé sentent qu'ils ne sont pas en position d'influencer les causes profondes de l'inégalité. Pour plusieurs, cette perspective peut représenter un virage idéologique inatteignable.	Le type de systèmes politiques et économiques que favorisent les États. Les types et les degrés de réglementation des marchés.
Politiques macrosociales	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	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).	Ces politiques ont tendance à se concentrer sur la redistribution de la richesse et à s'appliquer de façon universelle. Les discussions concernent souvent le renforcement des mesures de soutien de l'État-providence, et	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. Limites : Elles peuvent être restreintes par l'orientation politique ou économique des	Soins de santé universels, crédits d'impôt pour les enfants, politiques d'aide sociale, etc.

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
Politiques macrosociales (suite)	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. 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.	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.	certaines politiques suggérées favorisent des types de mesures sociaux-démocratiques (des services de garde universels, par exemple). 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.	États et des gouvernements (voir les distinctions dans Esping-Anderson, 1990). Les acteurs de la santé publique peuvent avoir l'impression que leur influence sur ces types de politiques est limitée. Les changements peuvent être lents.	
Intersectionnalité	L'intersectionnalité examine les intersections contextuelles des positions sociales. L'inégalité découle de positions sociales (défavorisées) multidimensionnelles : la race, le sexe, l'âge, le statut d'immigrant, l'orientation sexuelle, etc. Elle conçoit l'inégalité comme l'opposition entre l'oppression et le privilège. Elle est apparue à la fin des années 1980 dans les sciences sociales et humaines.	Ces intersections de facteurs de défavorisation produisent des inégalités dans l'accès aux facteurs générateurs de santé (richesse, prestige, pouvoir, etc.). Cette approche considère que l'oppression a des effets négatifs distincts sur la santé.	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. 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.	Forces : Elle vise à lutter contre les inégalités telles qu'elles sont vécues par les personnes et les groupes. Elle cherche à combattre plus d'une source de défavorisation et ses effets. Limites : Elle est assez nouvelle, et son ampleur peut sembler trop vaste pour qu'elle soit envisagée. Plusieurs acteurs peuvent avoir l'impression qu'elle dépasse leur compétence ou leurs capacités.	Les refuges pour sans-abri ou les options de logements ciblant les jeunes lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres (LGBT) de la rue.

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. 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). 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 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. Cette approche exige une action intersectorielle tout au long du parcours de vie. 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.</p> <p>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. 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. 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 à différents niveaux 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 à plusieurs niveaux. 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 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	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). Ces approches émergent de domaines comme la psychologie sociale et le marketing social. Elles ciblent particulièrement les actions et les choix individuels.	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.).	Ces politiques encouragent les personnes à faire des « choix santé ». 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. Ces politiques tentent de réduire l'exposition aux comportements nocifs.	Forces : Elles sont faciles à mettre en œuvre et à évaluer, ainsi que moins coûteuses sur les plans politique et économique. Limites : Elles ne ciblent souvent que les groupes défavorisés. 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.	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.

Références

- 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).
- 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, New Jersey : Princeton University Press.
- 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.
- 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.

Mars 2016

Auteurs : 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). *Résumé des approches politiques de réduction des inégalités de santé*. Tiré du document : *Les approches politiques de réduction des inégalités de santé*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

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. 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 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 permissions ou conformément aux licences autorisant leur reproduction. En cas d'erreur ou d'omission, merci de nous en aviser au ccnpps@inspq.qc.ca.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web 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 at: www.ncchpp.ca.

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

