

Approches politiques de réduction des inégalités de santé : Déterminants sociaux de la santé et déterminants sociaux des inégalités de santé

Mars 2017

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

Ce texte fait partie d'une série de courts documents de synthèse basés sur la note documentaire plus longue intitulée *Les approches politiques de réduction des inégalités de santé*. Cette note documentaire a été publiée en mars 2016 par le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. La série a pour objectif de fournir une brève présentation de chacune des huit approches politiques abordées dans le document plus long et de fournir un contexte conceptuel pour ce travail.

Pour consulter le document complet, cliquez ici : http://www.ccnpps.ca/102/Publications.ccnpps?id_article=1547

Ce premier document de la série explore la différence entre les déterminants sociaux de la santé et les déterminants sociaux des inégalités de santé. Son objectif est de permettre aux acteurs de la santé publique de distinguer les approches politiques qui visent à réduire les inégalités de santé en les familiarisant avec la différence entre agir sur les déterminants sociaux de la santé et agir sur les déterminants sociaux des inégalités de santé. Bien que ces deux types de déterminants soient importants dans le développement de politiques publiques favorables à la santé, seul le dernier est susceptible d'avoir un impact significatif et durable sur les inégalités de santé.

Les inégalités de santé et les déterminants sociaux de la santé

Nous définissons les inégalités de santé¹ comme des différences de santé injustes et

¹ Le gouvernement canadien définit les 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

systematiques 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.

Qu'est-ce que la dérive vers les habitudes de vie?

En dépit des nombreux appels à agir davantage au niveau structurel, 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

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.



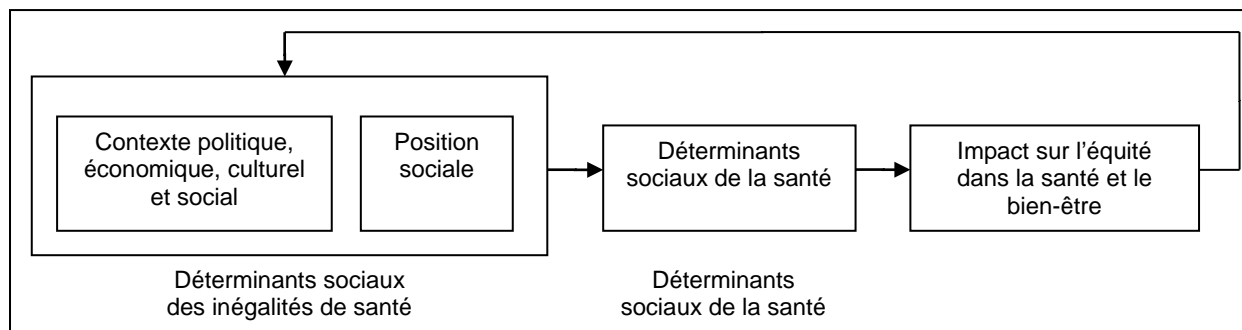


Figure 1 Les déterminants sociaux de la santé et des inégalités de santé

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

des inégalités et a même entraîné leur intensification (Scott-Samuel et Smith, 2015). On constate également la prépondérance de politiques qui ciblent les personnes et les 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, Whitehead et Hunter, 2010).

Que sont les déterminants sociaux 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. On sait également que ces déterminants sont à leur tour façonnés par un ensemble de forces plus vastes, notamment l'économie, les politiques sociales et la politique (Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé [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 ci-dessus a été adaptée du cadre conceptuel de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (2008)².

La figure 1 présente les déterminants sociaux des inégalités de santé comme étant les contextes politiques, économiques, culturels et sociaux et les

positions sociales qu'ils entraînent (par l'intermédiaire de politiques fiscales, de politiques du travail, de politiques éducatives et autres). Ces déterminants des inégalités précèdent les déterminants sociaux de la santé et ont un impact sur ces derniers, qui comprennent la situation matérielle et la situation de vie dans lesquelles les gens se trouvent. Bien que la ligne entre ces deux types de déterminants ne soit jamais aussi claire qu'elle apparaît dans cette représentation, ces types de déterminants se distinguent néanmoins quant à la manière de les aborder afin de réduire les inégalités de santé.

Plusieurs travaux portant sur la réduction des inégalités de santé notent l'importance de tenir compte 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.

Quelle est la relation entre les déterminants sociaux de la santé et les déterminants sociaux des inégalités de santé?

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, un gouvernement peut adopter des politiques visant à améliorer les conditions de vie quotidiennes des enfants issus de milieux économiquement défavorisés, 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

² Le cadre théorique original est reproduit dans l'annexe 1 du document complet intitulé *Les approches politiques de réduction des inégalités de santé*.

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, 2004, 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.

Il apparaît évident que les deux types de déterminants peuvent entraîner des effets négatifs sur le plan social et en matière de santé. Malgré cela, « [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, 2004, 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 inévitablement 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. Comme le soutient l'Organisation mondiale de la Santé, « des modifications à microniveau seront insuffisantes pour réduire les inégalités de santé à moins que ces actions à microniveau soient soutenues et renforcées par des changements structureaux » (Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé [CDSS de l'OMS], 2007, p. 17, traduction libre).

Dans notre document plus long, nous présentons huit approches politiques de réduction des inégalités de santé. Les prochains documents de synthèse de cette série présenteront des exemples de ces approches politiques, leurs points d'entrée potentiels dans le continuum illustré dans la Figure 1, et la manière dont cela peut influencer leur impact potentiel sur les inégalités de santé.

Termes clés

« 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. » (Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé [CDSS de l'OMS], 2017).

« 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).

Dérive vers les habitudes de vie : La tendance à reconnaître le besoin d'agir sur les déterminants structureaux des inégalités de santé mais à développer des interventions qui visent les déterminants comportementaux de la santé. Ce phénomène a accentué l'individualisation de la responsabilité en matière de santé (Baum et Fisher, 2014; Baum, 2011) et, dans certains cas, a limité la réduction des inégalités ou a contribué à leur intensification (Scott-Samuel et Smith, 2015).

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; et
- en leur permettant de comprendre les différences entre les déterminants sociaux de la santé et les déterminants sociaux des inégalités de santé.

Pour accéder au document complet intitulé **Les approches politiques de réduction des inégalités de santé**, cliquez ici :

http://www.ccnpps.ca/102/Publications.ccnpps?id_article=154

Références

- Baum, F. (2011). From Norm to Eric: Avoiding lifestyle 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.
- 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, Suisse : 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). *Comblant 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, Suisse : Organisation mondiale de la Santé. Consulté en ligne à : http://www.who.int/social_determinants/the_commission/finalreport/fr/
- Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé [CDSS de l'OMS]. (2017). *Déterminants sociaux de la santé : principaux concepts relatifs aux déterminants sociaux de la santé*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé. Consulté en ligne le 18 février 2017 : http://www.who.int/social_determinants/the_commission/finalreport/key_concepts/fr/
- 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, Canada : 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. (2004). Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings. *The Milbank Quarterly*, 82(1), 101-124.
- 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.
- 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>
- VicHealth. (2015). About Fair Foundations and promoting health equity. Carlton, Australie : Victorian Health Promotion Foundation. Consulté en ligne à : <https://www.vichealth.vic.gov.au/media-and-resources/publications/the-vichealth-framework-for-health-equity>

Mars 2017

Auteure : 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

Morrison, V. (2017). *Approches politiques de réduction des inégalités de santé : Déterminants sociaux de la santé et déterminants sociaux 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.

N° de publication : 2760

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 : 978-2-550-88235-0 (PDF ANGLAIS)
ISBN : 978-2-550-88234-3 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2020)



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

Institut national
de santé publique

Québec

