



Introduction à l'équité en santé

Module 2 : Parcours vers l'équité en santé

i



National Collaborating Centre
for Determinants of Health
Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

Public
Health
Ontario

Santé
publique
Ontario

Table des matières

Contents

Bienvenue	2
Objectifs d'apprentissage	3
Qu'entend-on par déterminants sociaux de la santé?	4
Cadre conceptuel de la CDSS	4
Contexte socioéconomique et politique	6
Gouvernance	6
Politique macroéconomique	6
Politiques sociales	7
Politiques publiques	7
Valeurs culturelles et sociétales	7
Déterminants structurels et position socioéconomique	11
Déterminants intermédiaires de la santé	14
Parcours, déterminants et état de santé	18
Video : Comment les déterminants de la santé influencent-ils l'état de santé	18
Rassembler les pièces du puzzle	20
Zoé et Mei — Une étude de cas	22
Intersectionnalité des déterminants de la santé	25
Vidéo : Intersectionnalité des déterminants de la santé	26
Exprimer l'équité en santé en santé publique	30
Sommaire	33
Testez vos connaissances	34
Ressources, références bibliographiques et terminologie	38
Ressources	38
Références bibliographiques	39
Terminologie	42

BIENVENUE



National Collaborating Centre
for Determinants of Health
Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

Public
Health
Ontario

Santé
publique
Ontario

Avis de non-responsabilité

Cet outil peut être utilisé librement, sans autorisation et uniquement à des fins non commerciales, à condition de mentionner la source, c'est-à-dire le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et Santé publique Ontario.

Il est formellement interdit d'en modifier le contenu sans l'autorisation écrite explicite du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et de Santé publique Ontario.

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) est situé à Mi'kma'ki, le territoire ancestral et non cédé du peuple micmac. Il est financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Les points de vue exprimés dans les modules ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

Veillez citer l'information contenue dans le présent cours comme suit :

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et Santé publique Ontario. (2019). *Cours d'introduction à l'équité en santé* (en ligne). CCNDS, SPO : Antigonish (N.-É.) et Toronto (Ont.).

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

Dans le module 1, vous avez appris qu'il existe, par rapport à la santé, des différences systémiques, évitables et injustes entre les groupes de population qui occupent des positions inégales dans la société canadienne. Mais quelle est la source de ces iniquités de santé? Pourquoi certaines personnes vivent en meilleure santé que d'autres au Canada? Dans ce deuxième module, vous étudierez les déterminants sociaux qui aident ou nuisent à la santé ainsi que les mécanismes qui font que ces déterminants peuvent entraîner des iniquités de santé. Nous traiterons également de l'importance de l'équité en santé pour les professionnels et les organismes de santé publique.

À la fin du module, vous saurez :

1. reconnaître les déterminants structurels et intermédiaires qui influent sur l'état de santé;
2. décrire le parcours par lequel les déterminants de la santé produisent des résultats différenciés par rapport à l'état de santé;
3. expliquer le concept d'intersectionnalité et en donner un exemple à partir des déterminants sociaux de la santé.

Il faudra compter environ 30 minutes pour terminer le module. Pour en savoir plus, passez à la prochaine leçon.

QU'ENTEND-ON PAR DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ?



« Les **déterminants sociaux de la santé** désignent les facteurs sociaux, politiques, économiques, culturels et environnementaux interreliés qui façonnent les conditions de vie dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent et vieillissent. »

– Glossaire du CCNDSⁱ

Comme infirmière, Tanis est à même de constater à quel point l'endroit où les gens vivent, apprennent, travaillent et s'amuse (souvent appelés les **déterminants sociaux** de la santé) joue un rôle important dans leur état de santé¹. Elle en est venue à comprendre que des facteurs sociaux, économiques et politiques influencent l'endroit et les conditions où les gens *peuvent* vivre, apprendre, travailler et s'amuser. Ces facteurs changent avec le temps et tout au long du parcours de vie. Ils influencent l'état de santé des gens de diverses façons.

Tanis veut que les membres de son groupe de travail en sachent plus au sujet de la manière dont les déterminants sociaux influencent la santé, particulièrement la façon dont ces déterminants peuvent entraîner des iniquités de santé. En comprenant mieux la question, ils seront mieux en mesure de réfléchir aux stratégies à mettre en place pour améliorer l'équité en santé dans la région. L'un des membres du groupe de travail découvre le cadre conceptuel produit par la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) mise sur pied par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Cadre conceptuel de la CDSS

En plus de schématiser les interrelations entre l'ensemble des déterminants sociaux de la santé, le cadre conceptuel de l'OMS montre les liens de causalité entre ces déterminants et les iniquités de santé².

Le cadre conceptuel comporte trois principaux éléments :

1. le contexte socioéconomique et politique;
2. les déterminants structuraux et la position socioéconomique;
3. les déterminants intermédiaires.

Adaptation de : Solar, O., et A. Irwin. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2* (Policy Practice). Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé.

Le groupe de travail décide d'étudier de plus près ces différents éléments. Passez à la prochaine leçon pour connaître leurs constatations.

CONTEXTE SOCIOÉCONOMIQUE ET POLITIQUE

Dans la leçon précédente, nous avons abordé le premier élément du cadre conceptuel de la CDSS, c'est-à-dire le contexte socioéconomique et politique. Cette notion fait référence à la gouvernance, aux politiques macroéconomiques, sociales et gouvernementales, de même qu'à la culture et aux valeurs sociétales. Pour mieux comprendre le contexte qui influence l'état de santé et les iniquités de santé, il faut retourner longtemps en arrière, dans l'histoire du pays. Par exemple, au Canada, les iniquités de santé vécues par les Autochtones sont issues de la relation colonialiste entre le gouvernement et les collectivités autochtones et ont pris la forme de politiques, de lois et de dépouillement des Autochtones de leurs terres³.

Les sections ci-dessous font état de ce que les membres du groupe de travail ont appris au sujet de chaque dimension du contexte socioéconomique et politique.

Gouvernance

On entend par gouvernance la façon dont s'organise une société pour prendre et exécuter des décisions (ou non)³. La gouvernance concerne les modes de répartition et d'exercice du pouvoir, de même que les répercussions des décisions prises⁵. Au Canada, le gouvernement comporte divers ordres : fédéral, provincial, territorial et municipal. Chacun a des responsabilités différentes relativement aux questions d'intérêt public⁶. Les modèles de gouvernance des Autochtones varient d'un endroit à l'autre au Canada. Ils sont parfois issus du colonialisme (p. ex. élection du conseil de bande) et parfois des traditions autochtones (p. ex. chefs héréditaires)⁷. Pour les peuples autochtones, l'autodétermination est synonyme d'une meilleure santé⁸.

Politique macroéconomique

Les politiques macroéconomiques concernent notamment l'impôt et les taxes et les dépenses publiques, la politique monétaire (p. ex. taux d'intérêt), la politique commerciale (p. ex. Accord économique et commercial global [AECG] entre le Canada et l'Union européenne), et la structure sous-jacente au marché du travail². Par exemple, le taux directeur fixé par la Banque du Canada influence les taux hypothécaires établis par les prêteurs, qui influencent à leur tour le type de maison que les individus et les groupes (le cas échéant) auront les moyens d'acheter.

Politiques sociales

Les politiques sociales ont trait au travail (p. ex. salaire minimum et assurance-emploi), à la sécurité sociale (p. ex. aide sociale et pension de la sécurité de vieillesse) et à la répartition des terres et des logements (p. ex. Loi sur les Indiens et les traités entre les peuples autochtones et le gouvernement du Canada)⁹. Par exemple, le salaire minimum fixé par les provinces et les territoires du Canada est actuellement inférieur au coût de la vie⁹. Les travailleurs touchant le salaire minimum et leurs familles subissent par conséquent un stress financier et n'arrivent pas à subvenir à leurs besoins essentiels pour mener une vie en santé.

Politiques publiques

Les politiques publiques concernent notamment l'assurance maladie, l'éducation, l'eau et l'assainissement². Par exemple, au Canada, le financement des universités provient de diverses sources comme les subventions gouvernementales et les droits de scolarité, et la part des étudiants ne cesse d'augmenter¹⁰. La hausse des droits de scolarité entraîne l'exclusion de certains étudiants qui sont plus susceptibles de faire un moins bon revenu et de ne pas pouvoir payer le premier versement. Pensons par exemple aux étudiants racialisés (ou racisés), autochtones, queer et trans, de même qu'aux parents d'étudiant et aux étudiants handicapés¹⁰.

Valeurs culturelles et sociétales

Les valeurs culturelles et sociétales se rapportent à la valeur attribuée à la santé et à la mesure dans laquelle la santé est perçue comme étant d'intérêt collectif ou individuel². Au Canada, la santé est surtout perçue comme relevant de chaque individu, qui est responsable des conséquences de ses propres choix sur son état de santé¹¹. En revanche, les peuples autochtones mettent l'accent sur le rôle du système social dans son ensemble (y compris la famille, la collectivité, la nature et le Créateur) dans l'état de santé¹².

Maintenant, passons au deuxième élément du cadre conceptuel de la CDSS : les déterminants structurels et la position socioéconomique.

Nous savons que les contextes politiques et socioéconomiques entraînent le fractionnement en classes sociales. Partout dans le monde, y compris au Canada, l'inégale répartition du pouvoir, du prestige et des ressources a engendré des systèmes de stratification sociale ou de hiérarchisation sociale ainsi que de la discrimination.

On appelle la place qu'occupe un individu ou un groupe dans cette hiérarchie sociale la position socioéconomique. Les gens atteignent une certaine position dans cette hiérarchie sociale surtout en fonction de leur revenu, de leur niveau de scolarité, de leur emploi, de leur identité

de genre, de leur expression de genre, de leur race et de leur incapacité. Communément appelés des stratificateurs, ces facteurs peuvent nous indiquer la place d'une personne dans cette hiérarchie sociale. On peut les considérer comme des indicateurs de la répartition des ressources, du pouvoir et du prestige, et de la discrimination.

Au moment où Tanis a eu son accident de voiture qui a réduit sa mobilité, elle occupait à temps plein un poste permanent d'infirmière en santé publique. Elle a donc pu profiter de son excellent régime d'avantages sociaux (qui comprend un régime d'assurance-salaire en cas d'invalidité de longue durée) et prendre le temps nécessaire pour se rétablir sans subir une perte de revenu importante. Lorsqu'elle s'est sentie prête à revenir au travail, son employeur et son représentant syndical ont travaillé avec elle afin de s'assurer qu'elle pourrait contribuer positivement à son organisme et intégrer progressivement ses fonctions à la tête du groupe de travail.

Tanis sait qu'elle n'aurait sans doute pas obtenu les mêmes résultats si elle avait eu un emploi précaire comme bien des gens de sa région qui ont un travail temporaire à temps partiel ou du travail à contrat — sans beaucoup d'avantages sociaux. L'expérience vécue de Tanis lui a fait comprendre que les stratificateurs socioéconomiques peuvent influencer de manière tangible l'état de santé d'une personne.

Les sections ci-dessous décrivent chaque stratificateur socioéconomique plus en détail.

Race

Le racisme influence la répartition des ressources matérielles et symboliques que sont la richesse, le pouvoir et le prestige. Il banalise la discrimination. Il crée et renforce les préjugés et les stéréotypes. Il influence ainsi les possibilités et le parcours de vie des personnes marginalisées ^{2,13}.

Sexe et genre

Le sexe et le genre sont les principales sources de discrimination dans bien des sociétés². Dans les hiérarchies sociales où le sexe et le genre déterminent les rôles sociaux, le fait que les personnes marginalisées en raison de leur sexe et de leur genre ont une position sociale inférieure et une moins grande domination sur les ressources fait qu'elles s'exposent à des risques pour leur santé². Pour en savoir plus, voir ci-dessous la « remarque au sujet de la terminologie ».

Niveau de scolarité

Le niveau de scolarité montre toute l'influence de la position socioéconomique dès la naissance (le niveau de scolarité atteint dépend largement de la position socioéconomique des parents) et des ressources à l'âge adulte (en fonction de l'emploi et du revenu) sur la santé². De plus, les personnes plus scolarisées sont plus susceptibles de se montrer réceptives à l'éducation sanitaire et d'être mieux capables de se prévaloir des services de santé².

Emploi

Notre emploi a un lien direct avec notre revenu et notre position sociale. Il peut influencer notre état de santé selon notre accès aux privilèges et aux ressources matérielles². Il peut en outre entrer en jeu dans notre degré d'exposition aux facteurs psychosociaux et environnementaux qui agissent sur notre état de santé².

Revenu

Le revenu permet d'avoir accès à des ressources (comme les aliments et le logement) et à des services (comme l'éducation et les activités récréatives) de meilleure qualité². En donnant aux personnes les moyens de participer à la société, le revenu peut ainsi venir renforcer l'estime de soi et la position sociale².

Incapacité

Les personnes dont la capacité est réduite en raison d'une déficience physique, mentale ou sensorielle peuvent se heurter à de la discrimination et à des barrières en raison de leurs limitations fonctionnelles qui les excluent de la société¹⁴. Même s'il n'y en a aucune mention dans le cadre conceptuel de la CDSS, l'incapacité est entre ici en jeu comme facteur de production et de reproduction de stratification sociale¹⁵.



Remarque au sujet de la terminologie

Qu'entend-on par genre?

« Le genre fait référence au genre que ressent intimement une personne (selon où elle se positionne sur le continuum de l'identité de genre) et/ou le genre qu'elle exprime publiquement (expression de genre) dans sa vie quotidienne, y compris au travail, lorsqu'elle magasine ou accède à d'autres services, dans son milieu de vie ou dans la communauté plus vaste. Le genre actuel d'une personne peut différer du sexe assigné à cette personne à sa naissance (sexe masculin ou sexe féminin) et peut différer de ce qui figure sur ses documents juridiques actuels. Le genre d'une personne peut changer avec le temps^{16(p.21)}.

« Bien des personnes ne s'associent pas au terme « binaire » couramment utilisé pour définir le genre. Une personne peut s'identifier comme étant de genre variant ou non binaire. Elle peut aussi déclarer avoir une identité de genre unique ou multiple. L'utilisation de pronoms adéquats comme « ol » permet d'assurer que tout le monde se sente écouté et inclus¹⁷.

« Cisgenre » se dit d'une personne dont le genre correspond à ce qui est typiquement associé à son sexe assigné à la naissance. « Transgenre » (ou « trans ») se dit d'une personne dont l'identité de genre ou l'expression du genre diffère de ce qui est typiquement associé à son sexe assigné à la naissance. Ce terme peut inclure diverses personnes, comme celles qui se définissent comme non binaires, ainsi que les hommes et femmes trans^{16(p.20)}.



Remarque au sujet de la terminologie

Qu'entend-on par sexe?

Le sexe réfère au sexe assigné à la naissance, et il est classifié en deux catégories : sexe masculin et sexe féminin. Le sexe d'une personne est habituellement assigné en fonction de son système reproducteur et d'autres caractéristiques physiques. Une variante de la classification du sexe comporte une troisième catégorie : intersexe¹⁶.

Pour obtenir plus de renseignements sur la terminologie associée au sexe et au genre, consultez le [glossaire](#) des termes relatifs aux identités et aux expériences des personnes des communautés LGBTQ (Fonds Egale Canada pour les droits de la personne).



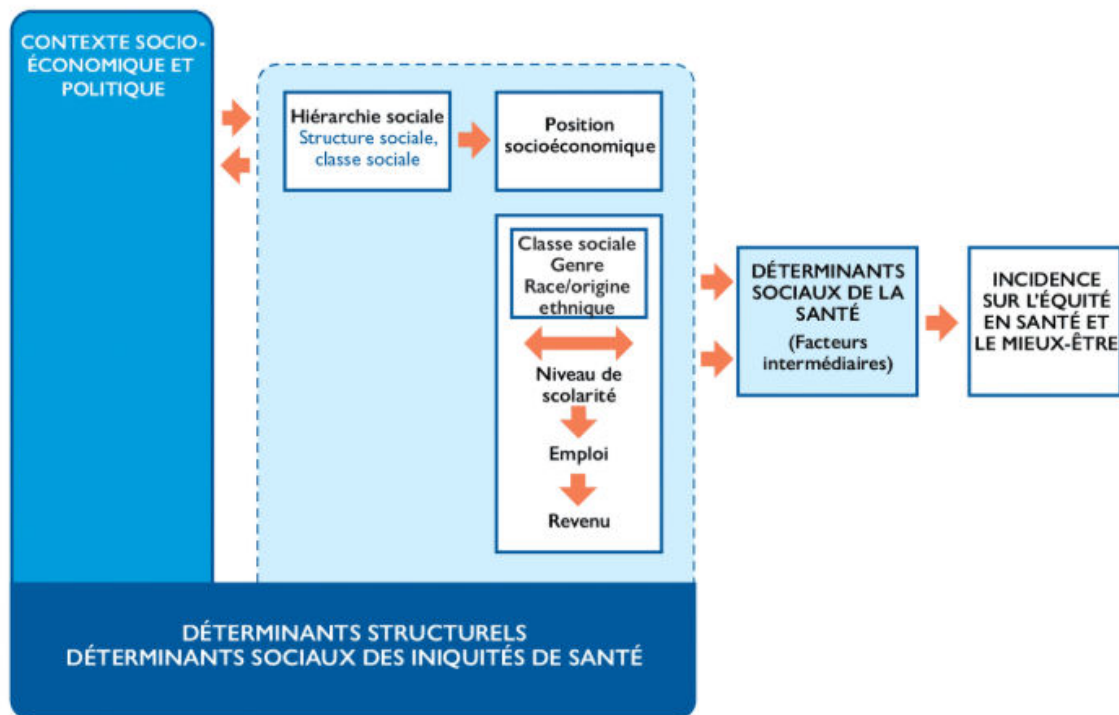
Avez-vous vécu des situations au travail ou ailleurs qui reflètent les effets de ces facteurs de stratification, particulièrement par rapport à la santé d'une personne? Le cas échéant, veuillez en donner des exemples.

Lorsque vous avez terminé, passez à la prochaine leçon pour approfondir votre apprentissage.

DÉTERMINANTS STRUCTURELS ET POSITION SOCIOÉCONOMIQUE

Le cadre conceptuel de la CDSS définit l'interaction entre 1) le contexte socioéconomique, 2) les mécanismes de stratification sociale qui créent et perpétuent les hiérarchies sociales et 3) la position socioéconomique en résultant pour l'individu comme étant des **déterminants structurels**².

Comme l'a appris le groupe de travail de Tanis, les déterminants structurels créent les possibilités qu'aura un groupe social par rapport à sa santé en fonction de sa position dans la hiérarchie sociale. Par voie de conséquence, nous pouvons appeler ces déterminants les **déterminants structurels des iniquités de santé**.



Adaptation de : Solar, O. et A. Irwin. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé.

Tanis veut donner aux membres de son groupe de travail des exemples tirés du contexte canadien afin de les aider à mieux comprendre. Pour montrer les effets des déterminants structurels des iniquités de santé sur la répartition des possibilités de vivre en santé, elle leur donne les exemples des enfants autochtones et du système de protection de l'enfance. Après avoir lu les deux rapports du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA)

intitulés [Les enfants autochtones et le système de protection de l'enfance au Canada](#)¹⁸ et [La réconciliation en matière de protection des enfants des Premières Nations](#)¹⁹, Tanis décide de communiquer avec une spécialiste des politiques et de la recherche sur la protection des enfants autochtones. Elle l'invite à venir parler au groupe de travail sur ces questions.

Dans la vidéo ci-dessous, Marlyn Bennett, professeure adjointe à l'École de travail social de l'Université du Manitoba, s'entretient avec le groupe de travail sur le colonialisme et son influence sur les institutions offrant des services aux enfants et aux familles, les effets dévastateurs que le contexte a eu sur la santé, le mieux-être et les systèmes de soutien social des enfants autochtones ainsi que sur le processus de réconciliation qui vise à agir sur ces déterminants structurels pour atténuer les iniquités de santé ^{12,13}.



Si vous regardez les premiers contacts avec nos peuples autochtones, vous constaterez que la société colonisatrice ciblait de toute évidence surtout les femmes et les enfants, en saisissant nos enfants et en les plaçant dans des écoles résidentielles, et en les séparant de leur famille, de leur communauté, de leur culture et de leur langue. Ces facteurs ont tous joué un rôle clé dans la dislocation de nos familles. Je veux dire que, peu après l'avènement des écoles résidentielles, il y a eu les services d'aide à l'enfance. Beaucoup de gens sont allés dans nos collectivités sans comprendre le degré de pauvreté qui y sévissait et en prenant les enfants à cause de cette pauvreté.

Les structures en place dans nos sociétés sont des facteurs qui ont nettement contribué à la destruction de notre tissu social. Cela a un impact majeur sur toutes les générations de nos populations et influe sur notre mieux-être et notre santé.

À cause des écoles résidentielles, nous avons perdu notre langue. Tout le monde sait que la compréhension de la langue permet de comprendre comment utiliser les plantes et la terre qui nous aideront à prendre soin de notre santé. Une partie est toujours vivante mais fragmentée.

C'est parce qu'une grande partie de nos connaissances n'ont pas pu se transmettre en raison des écoles résidentielles, la destruction des relations de même que les captures des années 1960, parce que nous avons été séparés les uns des autres et séparés des connaissances sur ce que signifie d'être Autochtone et sur la manière de vivre dans le monde actuel en suivant un mode de vie sain et équilibré.

Je veux aussi que les gens reconnaissent qu'il y a eu une tentative d'établir des liens. C'est l'objet des traités et la reconnaissance que les traités ont été signés entre nations autonomes. Nous n'avons certainement pas renié nos droits de nous gouverner nous-mêmes et de déterminer l'avenir de nos enfants et de nos familles et de nos collectivités, de notre relation à la terre et de notre façon de vivre sur cette terre. Les traités portaient sur le partage de la terre. Il faut se rappeler ces principes.

L'autre chose que je voudrais que les gens comprennent aussi est que nos familles et nos structures familiales sont différentes. Nous comptons considérablement sur nos familles élargies. Encore une fois, cette façon de vivre a été interrompue et fracturée, mais il en est resté des vestiges.

Pour nous permettre d'améliorer le sort de nos familles, nous devons être à la barre et commander le navire. C'est en ce faisant que nous pourrions changer les choses, d'après moi. Pour les peuples autochtones, une partie du changement des choses et des systèmes consiste pour nous à vouloir en faire partie à partir de maintenant. Nous nous réapproprions ce qui nous appartient et nous nous remettons de la perte, j'imagine, de nos pratiques culturelles, et nous réinventons aussi, je crois, à bien des points de vue notre façon d'y arriver, parce qu'une bonne partie de nos connaissances a été perdue ou ensevelie. Il s'agit simplement de prendre cette information et de la diffuser afin de l'intégrer dans la façon dont nous prévoyons d'orienter notre avenir.

Pour en savoir plus sur les enfants autochtones, le système de protection de l'enfance et le processus de réconciliation au Canada, consultez la section du module intitulée « Ressources, références bibliographiques et terminologie ».

DÉTERMINANTS INTERMÉDIAIRES DE LA SANTÉ

Le groupe de travail aborde maintenant le dernier élément du cadre conceptuel de la CDSS, c'est-à-dire les **déterminants intermédiaires**. La position socioéconomique influence aussi la santé en raison de l'inégale répartition de ce que l'on appelle les déterminants intermédiaires de la santé². On les appelle communément les déterminants sociaux de la santé.

Parmi les principaux déterminants intermédiaires ou sociaux qui influent sur l'état de santé, mentionnons :

- les conditions matérielles;
- les conditions psychosociales;
- les facteurs biologiques ou comportementaux;
- le système de santé².

Les conditions matérielles sont d'importants déterminants intermédiaires parce qu'elles ont une incidence sur notre accès aux conditions propices à la santé. Pensons aux conditions de logement, à la sécurité alimentaire, aux conditions de travail et au quartier. Par exemple, les enfants et les jeunes qui vivent dans un logement surpeuplé ou nécessitant des rénovations sont plus susceptibles d'être exposés à une mauvaise qualité de l'air, à des risques de blessures, au plomb et à d'autres risques pour la santé. Ils sont aussi en bout de piste plus susceptibles de présenter des symptômes d'asthme, une détresse psychologique et un moins bon état de santé globale que ceux vivant dans de meilleures conditions de logement²⁰.

En voici des descriptions :

Conditions matérielles : Ces conditions font référence aux déterminants liés au milieu physique, comme les caractéristiques du logement (p. ex. structure et état des lieux, mode d'occupation, quartier, aménités, surpeuplement), les conditions de travail (p. ex. exposition à des risques pour la santé physique et mentale, à des risques chimiques et ergonomiques) et les possibilités de consommation (p. ex. accès financier et physique aux aliments, aux vêtements chauds)². La qualité des conditions matérielles des individus ou des groupes aura un effet positif ou négatif sur leur santé.

Facteurs biologiques et comportementaux : Ces facteurs concernent les comportements liés à la santé, comme la consommation de substances, le régime alimentaire et l'exercice physique, et les facteurs biologiques comme la génétique, l'âge et le sexe, qui peuvent favoriser ou compromettre la santé². Les déterminants structurels de la santé expliquent les différences dans les comportements liés à la santé, du moins en partie.

Facteurs psychosociaux : Ces facteurs ont trait aux stressseurs (p. ex. événements négatifs vécus, tension au travail), au soutien social ou à l'absence de soutien social, à la perception quant au locus de contrôle de la santé et ainsi de suite ². Selon leur position sociale, les groupes s'exposent durant leur vie à des situations plus ou moins stressantes, ce qui explique en partie les différences dans leur état de santé.

Système de santé : Le système de santé renvoie à l'accès aux soins de santé, ce qui englobe les différences relativement à l'exposition et la vulnérabilité².

Après avoir appris ce que sont les déterminants intermédiaires de la santé, Fred, un membre du groupe de travail qui fait partie de la coalition de lutte contre la pauvreté, propose que Tanis et les autres membres du groupe de travail étudient de plus près la question du logement et de l'itinérance. Il explique que l'itinérance au Canada concerne un large éventail de conditions de vie, y compris le fait de vivre dans la rue, des endroits qui n'ont pas été conçus pour loger des gens, des refuges ou des logements temporaires, et le risque de devenir sans-abri à cause de problèmes financiers ou autres²¹.

Fred communique avec l'une de ses connaissances, Jeff Masuda, Ph. D. (titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur l'équité en matière de santé environnementale, directeur du Centre for Environmental Health Equity et professeur adjoint à l'École de kinésiologie et des études sur la santé et au Département de géographie, Université Queen's). Jeff Masuda explique en détail au groupe de travail le lien de cause à effet entre, d'une part, la position socioéconomique et les déterminants structurels de la santé et, d'autre part, les conditions de logement. Il décrit en outre les mesures que pourrait prendre le groupe de travail pour promouvoir l'équité en santé dans la région en s'impliquant dans le dossier du logement.



Ils ont souvent souligné que le mantra, c'est le logement, c'est la maison. Pourtant, dans mon domaine de recherche, je me préoccupe moins de l'idée du logement en tant que maison ou foyer, mais plus du fait que la réalité pour beaucoup de nos voisins est que le logement cause du tort. Quand nous vivons dans de mauvaises conditions de logement, pour l'appeler ainsi, des détails comme des structures temporaires sur la rue, dans un parc ou des refuges pour passer la nuit font que le logement n'est plus seulement dommageable, il est létal. Tous les ordres de gouvernement doivent accorder la priorité à sortir les gens de la rue et des listes d'attente pour leur donner un logement stable. Il faut aussi que ce soit une priorité pour la santé publique. Toutefois, le problème du logement et du tort qu'il peut causer va bien au-delà de ça. En effet, selon la SCHL, un de nos voisins sur huit ici au Canada vit dans un logement précaire — logements sociaux et privés confondus — qui sont non seulement insalubres au sens classique, mais aussi dangereux, surpeuplé, très surpeuplé et indigne et où il subit de l'exploitation.

Cette notion de logement qualifiée de dommageable devient encore plus dommageable plus vous empilez des couches d'oppression sur les épaules des gens. Vous pouvez ensuite commencer à comprendre comment ces gens aboutissent comme occupants de logements dommageables. Nous savons, par exemple, que les femmes et les personnes transgenres sont plus vulnérables à l'exploitation sexuelle par leur propriétaire, et encore plus s'ils sont célibataires. Peut-être sont-ils en situation d'invalidité, ou ont-ils un faible revenu et des enfants à charge? Ces facteurs les placent en situation précaire par rapport à leur propriétaire et à leurs voisins. La situation pourrait se révéler pire pour les femmes racialisées, y compris les aînées racialisées qui risquent l'isolement social en raison d'une barrière de langue, de racisme dans le marché, de la violence de leur partenaire ou d'une combinaison de tous ces facteurs.

En parlant de racisme, un déterminant social, il est endémique dans le secteur du logement. Le racisme est encouragé en raison des lois laxistes et du manque de surveillance réglementaire pour les locataires à la recherche d'une protection de leurs droits.

Les solutions aux problèmes de logement actuels dans notre pays sont toutes simples. Je le mentionne parce que les défenseurs du droit au logement proposent des solutions depuis des décennies. Le problème que nous avons en est un de mise en œuvre, pas de conception. Il faut évidemment moins de pauvreté. Il faut plus de logements sociaux subventionnés par les gouvernements. Il faut redonner aux inspecteurs de la santé publique le pouvoir d'agir dans le domaine du logement, en renforçant par la même occasion les normes locales dans les règlements sur l'entretien. Il faut des règlements de zonage plus progressistes afin de protéger l'abordabilité. Il faut renforcer les lois provinciales touchant les propriétaires et les locataires. Il faut en outre des processus d'aménagement urbain plus souvent fondés sur des analyses critiques.

On peut trouver la voie à suivre pour tout mettre en œuvre, façon de parler, au même endroit où les solutions de nature sociale ont toujours commencé à émerger, c'est-à-dire dans la seule prémisses de la citoyenneté. Les générations précédentes de Canadiens l'ont fait durant des

décennies, c'est-à-dire lutter et réussir à obtenir des droits civils fondamentaux, l'égalité des genres, des mesures législatives plus fermes en matière d'environnement, l'universalité des soins de santé et ainsi de suite. Dans le même esprit, nous voyons devant nos yeux un mouvement de lutte prendre de l'ampleur pour le droit au logement qui est surtout dirigé par les locataires, un mouvement de lutte pour les droits des locataires en quelque sorte.

Le rôle de la santé publique est clair à mon avis. Nous soutenons le mouvement ou nous restons en marge de l'histoire. Nous utilisons les données probantes, le plaidoyer et les compétences essentielles en santé publique. Nous aidons à l'inspection, un mandat de base en santé publique depuis les tout débuts. Nous avons recours à l'évaluation, à tous les outils dont nous disposons dans notre trousse d'outils en santé publique. L'idée est de créer et d'entretenir l'espace nécessaire pour que ce mouvement puisse s'intensifier et exercer une influence démocratique.

Pour en savoir plus sur l'itinérance au Canada, consultez la section du module intitulée « Ressources, références bibliographiques et terminologie ».

PARCOURS, DÉTERMINANTS ET ÉTAT DE SANTÉ

Video : Comment les déterminants de la santé influencent-ils l'état de santé

Comment les déterminants de la santé influencent-ils l'état de santé?

DÉTERMINANTS
STRUCTURELS + DÉTERMINANTS
INTERMÉDIAIRE
S

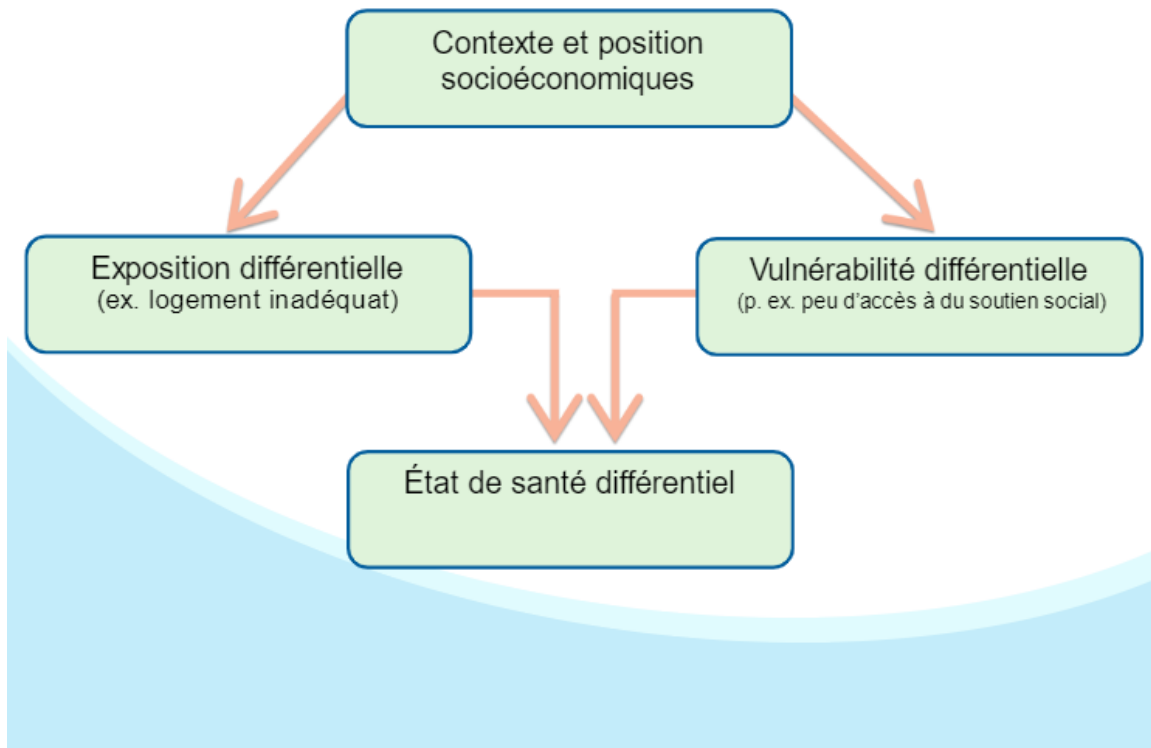


Quelques segments de la vidéo sont une adaptation de : Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). (2017). Health Equity Impact Assessment Training Course. Toronto (Ont.) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.

Maintenant que vous connaissez mieux les facteurs intermédiaires qui déterminent la santé, examinons le parcours par lequel les déterminants structurels et intermédiaires viennent ensemble influencer l'état de santé d'une personne.

Diagramme

Comment les déterminants de la santé influencent-ils l'état de santé?



Selon ses conditions socioéconomiques, un individu risque ou non de s'exposer à des facteurs intermédiaires, comme un logement inadéquat ou l'exclusion sociale, qui nuisent à la santé. Certaines de ces conditions socioéconomiques, comme un accès limité à du soutien social, peuvent aussi rendre plus vulnérable aux problèmes de santé. Combinées, ces expositions aux risques et ces vulnérabilités peuvent avoir toutes sortes d'effets et influencer la santé des personnes et des populations.

Par exemple, même si une situation d'incapacité entraîne souvent la perte de revenu ou de la capacité de travailler (et vice versa), Tanis a été protégée de ce genre de conséquences grâce au régime d'assurance et à la sécurité d'emploi que lui procure un emploi stable.

La discussion du groupe de travail sur les déterminants intermédiaires amène Vinay, l'un des membres qui est médecin de famille, à raconter l'expérience vécue par deux anciens patients qui avaient tous les deux subi une commotion cérébrale les ayant obligés à s'absenter du travail.

Dimitri a subi une commotion après s'être évanoui et frappé la tête lors d'un souper au restaurant avec son partenaire. L'emploi de Dimitri dans un centre d'appels d'une banque exige de passer de longues heures devant son écran d'ordinateur. La commotion l'empêchait de travailler durant sa convalescence, qui a duré plus d'un an. En tant qu'employé permanent, Dimitri a pu profiter de l'assurance invalidité de longue durée et recevoir un pourcentage de son

salaire durant son absence du travail. La rémunération de son partenaire a aussi aidé durant cette période. Après un an, Dimitri est retourné travailler à temps partiel, en augmentant progressivement ses heures à mesure qu'il allait mieux.

Le deuxième patient de Vinay, C.J., a subi une commotion à la suite d'un accident au terrain de jeu où il s'était rendu pour jouer avec sa fille. Père monoparental, C.J. subvient à ses propres besoins et à ceux de sa fille en offrant chez lui des services de garde à une poignée d'enfants. À cause des symptômes de la commotion cérébrale, C.J. doit toutefois fermer sa garderie. N'ayant plus de revenu, C.J. doit se tourner vers l'aide sociale. Quand il est enfin rétabli, tous ses clients ont déjà fait des arrangements avec d'autres garderies, et C.J. doit se débattre pour relancer son entreprise et reprendre ses activités.

Vinay voit maintenant le parcours de ses deux patients d'un autre œil. Il sait aujourd'hui que les déterminants structurels et intermédiaires sont entrés en jeu. Le même problème de santé a donc eu deux conséquences très différentes.

Exposition différentielle

Les personnes ayant un statut socioéconomique faible s'exposent habituellement davantage aux facteurs de risque²².

Vulnérabilité différentielle

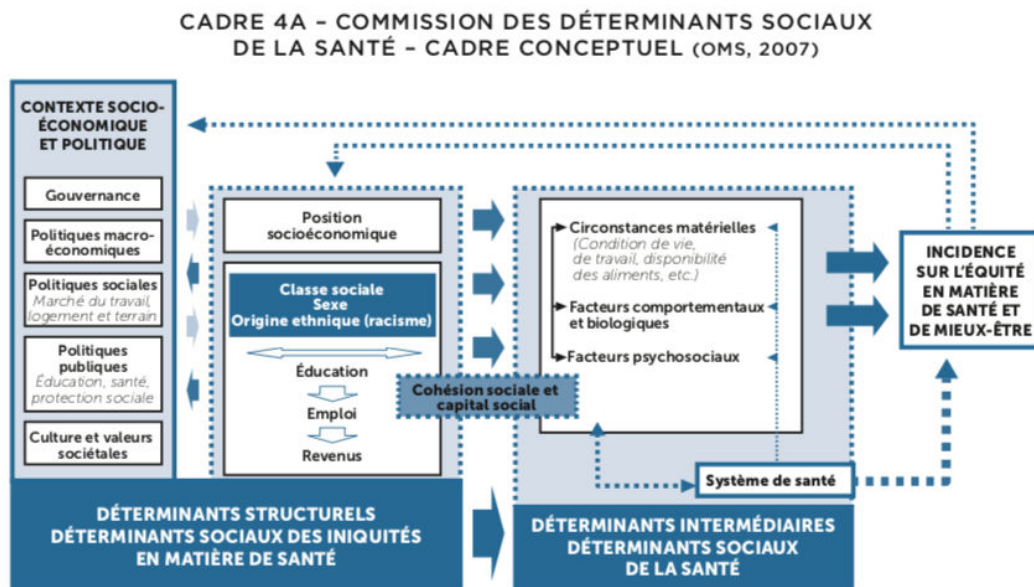
Certains groupes de population peuvent être plus susceptibles de s'exposer aux facteurs de risque de développer une maladie en raison de caractéristiques, comme le genre, l'âge et le revenu, et d'autres attributs ou expériences vécues²².

Rassembler les pièces du puzzle

Maintenant, rassemblons tous les éléments du cadre conceptuel de la CDSS. Comme vous pouvez le constater dans le diagramme ci-dessous, il y a une relation étroite entre tous les éléments du cadre conceptuel. Le **contexte socioéconomique et politique** (et ses mécanismes sous-jacents) est l'un des déterminants structurels qui agissent pour créer un éventail de **positions socioéconomiques**. La **stratification** des populations s'effectue ensuite en fonction de facteurs comme l'identité de genre et l'expression de genre, la race, l'incapacité, le niveau de scolarité, l'emploi et le revenu. Ces positions socioéconomiques influencent à leur tour la répartition des **déterminants intermédiaires** de la santé. Selon leur position socioéconomique, les gens vivront des situations différentes en termes d'exposition et de vulnérabilité aux conditions néfastes pour la santé.

La maladie peut « influencer à son tour » la position sociale d'un individu, par exemple, en compromettant ses possibilités d'emploi et en diminuant son revenu^{2(p.5)}.

Jetez un coup d'œil au cadre conceptuel complet ci-dessous avant de passer à l'étude de cas où nous approfondirons le sujet.



Source : Solar, O. et A. Irwin. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé.

ZOÉ ET MEI — UNE ÉTUDE DE CAS

En réfléchissant aux déterminants sociaux de la santé, Vinay (médecin de famille et membre du groupe de travail) se rend compte qu'il a traité deux cas à sa clinique où les différences dans l'accès aux ressources sociales, politiques et matérielles ont eu pour effet de donner des résultats très différents. Ses deux jeunes patientes, Zoé et Mei, souffraient pourtant de la même maladie pulmonaire chronique : l'asthme.

Les parents de Zoé et les parents de Mei avaient remarqué que leurs filles respectives avaient une toux persistante. Les deux filles toussaient constamment le soir et avaient le souffle court. Cliquez sur l'image des filles pour en savoir plus et connaître les conséquences très différentes que l'asthme a eues sur la vie de chacune.

Étude de cas



Zoé



Mei

Source de l'étude de cas originale : Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). (2017). Health Equity Impact Assessment Training Course. Toronto (Ont.) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.

Zoé vit dans un quartier à faible revenu. À cause des heures de travail de sa mère et des difficultés à faire garder ses frères et sœurs, Zoé doit attendre des semaines avant de voir un

médecin, qui diagnostique chez elle un problème d'asthme. Sa toux ne cesse d'empirer, exacerbée par l'humidité et la croissance non contrôlée de moisissures dans l'appartement. Ses suivis à la clinique se font rares et elle manque souvent de médicaments. Zoé a souvent des crises d'asthme sévères. Elle tousse souvent le soir et la nuit, ce qui réduit ses heures de sommeil quotidiennes. Son rendement scolaire commence à souffrir de son manque de sommeil et de son mauvais état de santé. Elle ne bénéficie pas d'un soutien médical et social suffisant pour bien combattre ses symptômes.

Mei vit dans un quartier riche, à quelques rues de chez Zoé. Ses parents l'emmènent immédiatement voir le médecin de famille, qui diagnostique chez elle un problème d'asthme. Mei a des rendez-vous de suivi périodiques et son traitement porte des fruits. Ses crises d'asthme se sont largement espacées, grâce à ses médicaments d'ordonnance. Elle tousse beaucoup moins le soir et la nuit. Elle bénéficie donc de bonnes heures de sommeil et excelle à l'école.

Maintenant, testez vos connaissances.

Dans les colonnes ci-dessous, établissez le lien entre les cinq facteurs énoncés dans le cadre conceptuel de la CDSS et les exemples tirés de la vie de Zoé et de Mei. Ensuite, comparez vos réponses à la grille de réponses.

Facteur	Exemple
1. Conséquences différentielles	A. Faire partie d'une famille à faible revenu ou d'une famille à revenu élevé
2. Contexte et position socioéconomiques	B. Vivre dans un logement humide où il y a des moisissures ou dans un logement de bonne construction où l'air est sec
3. Résultats de santé différents	C. Fréquenter une clinique débordée avec des médecins en rotation ou avoir son propre médecin de famille
4. Exposition différente	D. Avoir souvent des crises d'asthme sévères ou des crises d'asthme légères et intermittentes
5. Vulnérabilité différentielle	E. Avoir un mauvais rendement scolaire ou maintenir son rendement scolaire

Grille de réponses :

1. Conséquences différentielles
 - E. Avoir un mauvais rendement scolaire ou maintenir son rendement scolaire

2. Contexte et position socioéconomiques
 - A. Faire partie d'une famille à faible revenu ou d'une famille à revenu élevé
3. Résultats de santé différents
 - D. Avoir souvent des crises d'asthme sévères ou des crises d'asthme légères et intermittentes
4. Exposition différente
 - B. Vivre dans un logement humide où il y a des moisissures ou dans un logement de bonne construction où l'air est sec
5. Vulnérabilité différentielle
 - C. Fréquenter une clinique débordée avec des médecins en rotation ou avoir son propre médecin de famille

INTERSECTIONNALITÉ DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Vous avez appris les mécanismes de stratification sociale par lesquels les gens sont hiérarchisés en fonction de facteurs comme l'identité de genre et l'expression de genre, la race, le revenu, le niveau de scolarisation et l'emploi². La nature complexe de ces facteurs fait que nous vivons notre vie aux **intersections** de diverses identités sociales. Ces intersections nous placent dans des positions uniques dans la hiérarchie sociale²³. Quelle que soit notre place, la dynamique du pouvoir et l'influence des systèmes sociaux sur notre santé et notre mieux-être marquent notre vie — de façon positive ou négative. Par exemple, un individu, une collectivité ou un groupe peut faire l'objet d'une marginalisation fondée sur l'une de ses identités sociales, mais jouir de privilèges grâce à une autre.

Le concept d'**intersectionnalité** permet de comprendre les différents facteurs qui engendrent les inégalités sociales et la discrimination, et d'essayer de les influencer²³. L'intersectionnalité a trait aux mécanismes qui font que l'expérience d'un individu ou d'un groupe relativement à diverses identités qui s'entrecroisent reflète les systèmes du pouvoir et d'oppression qui agissent globalement dans une société donnée²³. Pour les acteurs de la santé publique, c'est un cadre d'action qui se révèle utile pour agir sur l'équité en santé.

Tanis a l'occasion de s'entretenir avec Ruth Cameron, directrice du AIDS Committee of Cambridge, Kitchener, Waterloo and Area (ACCKWA), et d'obtenir son point de vue sur l'intersectionnalité.

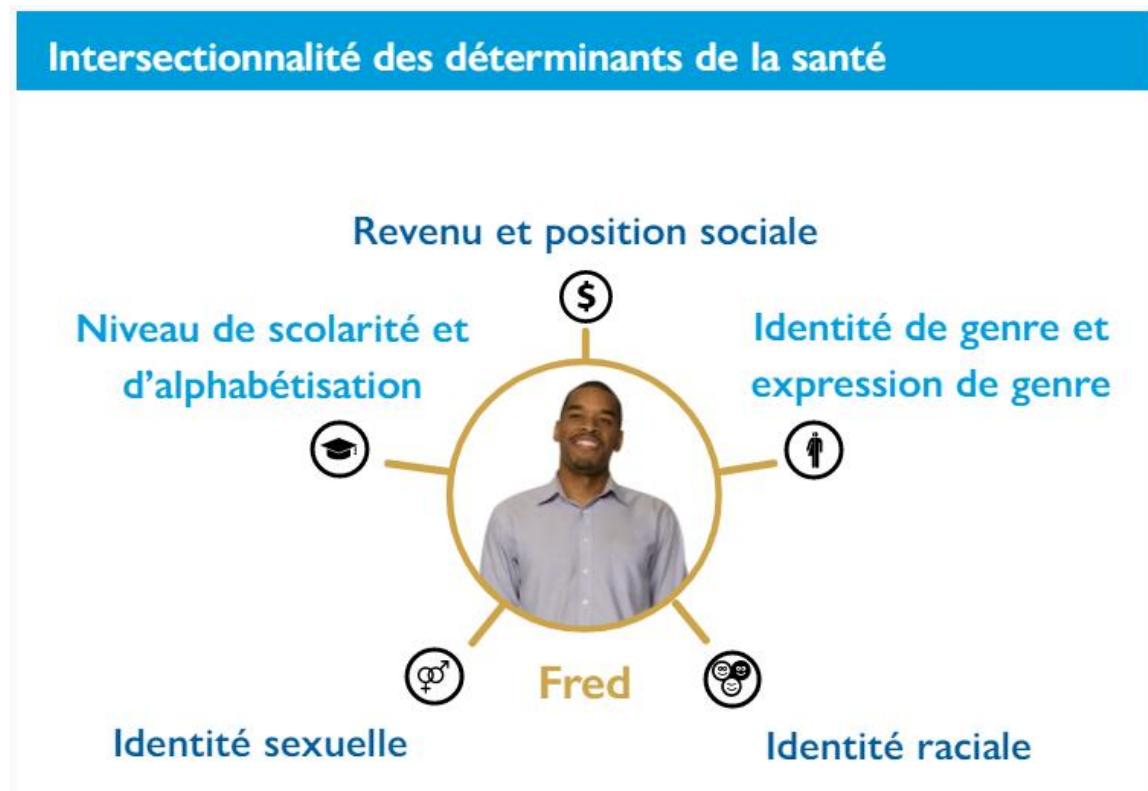


Personnellement, je considère l'intersectionnalité comme un concept et un cadre théorique. C'est une expression inventée par Kimberlé Crenshaw (sp), une chercheuse juridique des États-Unis, en faisant référence à une perspective dans laquelle nous nous plaçons pour envisager la justice sociale, l'inégalité sociale et l'oppression.

En étudiant l'intersectionnalité, nous essayons en fait de considérer en simultanément le genre d'expérience vécue par les gens privilégiés et les multiples formes d'oppression que peut subir une personne ou un groupe en tentant d'accéder à des ressources auxquelles nous voulons tous avoir accès pour pouvoir arriver à une certaine forme d'égalité dans nos vies en société.

Maintenant, traitons plus en détail de l'intersectionnalité à partir de l'exemple de Fred.

Vidéo : Intersectionnalité des déterminants de la santé



La discussion du groupe de travail amène Fred à réfléchir à ce qui explique sa propre position sociale, c'est-à-dire sa race, son identité de genre et son expression de genre, son orientation sexuelle, son niveau de scolarité, son emploi, son revenu et ainsi de suite. En tant qu'homme cisgenre, gai et noir, Fred a fait l'expérience du racisme et de l'hétéronorme systémiques qui nuisent à sa santé. Il sait par contre que son identité de genre et son expression de genre lui ont apporté des privilèges. Ces identités ont influencé son niveau de scolarité, son emploi et son

revenu. Il comprend en outre que sa position sociale a fait en sorte de lui donner accès à des réseaux de soutien social dans la communauté LGBTQ2S, un facteur psychosocial positif.

Les personnes qui occupent plusieurs positions qui leur sont défavorables vivent souvent des iniquités de santé plus profondes. En tant que professionnels de la santé publique, nous devons reconnaître que la manière dont ces identités se recoupent peut influencer la santé et le mieux-être d'un individu ou d'un groupe.

Fred souligne que le rapport de 2017 sur la pauvreté et les enfants à Toronto fait état de nombreux points d'intersection entre la pauvreté, la race, le fait d'être Autochtone ou immigrant, et la composition de la famille (par exemple, monoparentale versus famille comptant un couple). Fred réussit à joindre Anita Khanna, l'une des auteurs du rapport en anglais, intitulé *Unequal city : The hidden divide among Toronto's children and youth*. Ils discutent ensemble des constatations du rapport et des changements en découlant dans les pratiques et les politiques, et de l'importance d'étudier le recoupement entre la pauvreté et d'autres identités marginalisées.

Dans la vidéo ci-dessous, Anita Khanna, l'une des auteurs du rapport de 2017 intitulé [*Unequal city : The hidden divide among Toronto's children and youth*](#), explique les constatations du rapport et l'utilisation qui est faite des données pour favoriser des changements dans les pratiques et les politiques.



Nous trouvons qu'il y a un véritable fossé entre les enfants de notre ville en fonction du revenu dans nos quartiers. Nous pensions qu'il était très important de parler de l'impact de la pauvreté sur les collectivités racialisées et autochtones et sur les femmes et les personnes de divers genres parce que nous avons une responsabilité comme défenseurs, comme personnes engagées dans le travail social comme moi, de nous placer dans une perspective de justice sociale qui soit intersectionnelle et qui mette en lumière les iniquités et leur influence sur les personnes les plus marginalisées de nos collectivités.

Nous utilisons également les données pour en dégager des recommandations et des solutions. Nous présentons ainsi à la fois les causes et les conséquences de la pauvreté infantile. Les solutions que peuvent adopter divers ordres de gouvernement pour éliminer la pauvreté infantile et familiale ne font aucun doute. Comme nous ne cessons de le souligner, la pauvreté infantile et familiale est la conséquence de choix politiques, non pas de choix individuels comme individu et famille. Il s'agit de problèmes structurels et systémiques qui exigent des solutions structurelles et systémiques globales afin d'offrir aux enfants et à leur famille les possibilités auxquelles ils ont droit pour réussir.

Comme nous venons de le voir avec Fred, des personnes peuvent faire l'objet de marginalisation dans certains aspects de leur vie et jouir de privilèges dans d'autres. Les intersections entraînent des conséquences différentes de celles de la somme de chaque identité. Il n'est pas toujours possible de les prédire²⁴. Par exemple, des études menées au Canada montrent que les gais ayant un faible revenu sont plus à risque de déclarer avoir une faible ou une mauvaise santé, ce qui ne s'explique pas aussi bien par la simple somme du fait d'être pauvre et homosexuel²⁴.

Voici la suite de la vidéo de la conversation entre Tanis et Ruth Cameron, directrice de l'ACCKWA. Les deux femmes discutent de l'application de l'intersectionnalité dans le contexte de la santé publique, plus précisément dans la conception des programmes.

Video: Ruth Cameron



Dans les milieux de la santé publique, des services sociaux et des services de soins de santé,

Dans les milieux de la santé publique, des services sociaux et des services de soins de santé, nous cherchons souvent à concevoir des programmes en ne disposant que de renseignements partiels au sujet des collectivités que nous voulons aider à atteindre un certain degré d'équité et d'égalité. Nous devons alors penser au risque d'exclure sans le vouloir des individus ou des groupes dans notre démarche d'élaboration de programmes. En décidant de mettre sur pied un programme, l'offrirons-nous à l'endroit le plus accessible pour le groupe de population qui en a le plus besoin? L'offrirons-nous dans une langue que les gens de l'endroit vont comprendre? L'offrirons-nous à proximité d'un circuit d'autobus? Diffuserons-nous de l'information au sujet du programme d'une manière qui soit socialement acceptable pour le groupe ciblé?

Les exemples que nous venons de donner montrent que les acteurs de la santé publique doivent considérer les axes de l'iniquité, comme le genre, l'orientation sexuelle et le statut socioéconomique, dans leur ensemble et non pas isolément, puisque ces axes sont intimement liés²⁴. Comme approche, l'intersectionnalité aide les praticiens de la santé publique à comprendre les iniquités de santé et à concevoir des interventions qui répondent aux besoins complexes de diverses collectivités.

EXPRIMER L'ÉQUITÉ EN SANTÉ EN SANTÉ PUBLIQUE

Les membres du groupe de travail de Tanis ont procédé à un remue-méninges afin de considérer le rôle que les acteurs de la santé publique ont joué et pourraient jouer pour réduire les iniquités de santé.

Leurs apprentissages et leurs connaissances leur permettent maintenant de comprendre que les professionnels de la santé publique possèdent l'expérience et l'expertise nécessaires pour contribuer positivement au processus. La santé publique a depuis très longtemps le mandat de fournir des services aux personnes et aux collectivités qui ne disposent pas d'autant de ressources socioéconomiques que d'autres. Ses acteurs se soucient aussi de justice sociale depuis longtemps. Les membres du groupe de travail reconnaissent que la santé publique a le mandat et la capacité d'agir sur les iniquités de santé en aidant à réduire les iniquités sociales qui créent ces iniquités de santé.

Ils savent aussi que, partout au pays, les organismes de santé publique des divers ordres de gouvernement — fédéral, provinciaux, territoriaux et locaux — prennent des mesures pour favoriser l'équité en santé. Ils élaborent donc trois champs d'action dans lesquels tout organisme de santé publique peut agir pour améliorer l'équité en santé :

1. concevoir et exécuter des programmes efficaces qui répondent aux besoins des personnes tout au long du gradient social, en portant une attention particulièrement aux populations marginalisées;
2. bâtir de solides réseaux de représentants des gouvernements et des organismes communautaires afin d'agir sur les déterminants sous-jacents;
3. élaborer et soutenir des interventions qui visent à bâtir des collectivités en meilleure santé.

Les membres du groupe de travail établissent que, ce faisant, les organismes de santé publique devront inscrire l'équité dans leur ADN organisationnel et faire en sorte que leur personnel mette l'accent sur l'égalité et la justice sociale dans leur processus décisionnel.

Ils s'adressent donc aux professionnels de la santé publique pour en savoir plus sur le rôle que joue la santé publique pour réduire les iniquités de santé et l'importance d'axer la démarche sur la justice sociale.

Comprendre l'équité en santé et ce que nous pouvons faire pour nous en approcher est l'une de nos principales responsabilités en santé publique.



Premièrement, c'est une question de justice sociale, et je ne suis pas la seule personne à le dire. Le rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé mise sur pied par l'Organisation mondiale de la Santé en faisait mention. Ensuite, c'est important selon moi parce que c'est une question sur laquelle nous avons le pouvoir d'agir. Il faudra une volonté politique. Il faudra certains changements d'attitudes. Cependant, en raison de leur nature même, il est possible de mettre un terme aux iniquités de santé. Nous pouvons prendre des mesures pour les atténuer. Troisièmement, c'est important parce que, si jamais vous vouliez réduire le coût du système de soins de santé, vous n'auriez qu'à examiner les données sur l'utilisation des services de santé et vous verriez que des groupes de population sont structurellement défavorisés, marginalisés et, d'une certaine façon, socialement exclus. Ce sont là les groupes qui ont les besoins les plus criants en matière de soins de santé.



Après être passés des maladies transmissibles aux maladies non transmissibles et avec la maladie mentale et les accidents et la violence, ils suivent tous le gradient social. Plus vous êtes défavorisé, pire c'est. Si nous voulons prendre des mesures pour améliorer l'état de santé des gens dans la société, nous devons nous concentrer sur l'équité. Ce n'est pas une option de dire peut-être que oui, peut-être que non. Nous devons porter notre attention sur la dimension de l'équité, ce qui nous obligera peut-être à modifier la nature de notre travail.

Comprendre les iniquités de santé et les mesures possibles pour les atténuer constitue une responsabilité de base en santé publique.

SOMMAIRE

Maintenant que vous avez terminé le module 2, vous avez sans doute une idée plus précise des déterminants structurels et intermédiaires qui influent sur la santé, et de ce qui fait que les déterminants de la santé entrent en jeu dans la création et la perpétuation des iniquités de santé. Vous devriez aussi savoir expliquer ce qu'est l'intersectionnalité, de même que la manière dont les déterminants sociaux de la santé s'entrecroisent. Enfin, vous devriez pouvoir expliquer pourquoi l'équité en santé est si importante en santé publique.

Dans le module 3, nous verrons ce que peuvent faire les professionnels de première ligne et les décideurs de la santé publique, quels que soient leur discipline, leurs fonctions et leur lieu géographique, pour réduire les iniquités de santé. Nous utiliserons des exemples tirés du contexte canadien.

Avant de passer au prochain module, prenez le temps de réfléchir à ce que vous pourriez faire dans le cadre de votre travail pour réduire les iniquités de santé. Selon vous, quels déterminants entrent le plus en jeu pour influencer l'état de santé des gens dans votre région?

TESTEZ VOS CONNAISSANCES

Passons en revue les concepts étudiés dans le module 2.

Q01/04

L'équipe d'un bureau de santé publique espère dynamiser les réseaux de soutien social de la région en mettant sur pied une activité pour renforcer les capacités à ce titre. Pour ce faire, elle se fait aider par la population pour cerner et faire tomber les barrières à l'accès aux services de santé publique.

Sur quel élément du cadre conceptuel de la CDSS l'équipe intervient-elle?

- ☐ Le contexte politique et socioéconomique
- ☐ Les déterminants structurels et la position socioéconomique
- ☐ Les déterminants intermédiaires

Mauvaises réponses :

- ☒ Le contexte politique et socioéconomique
- ☒ Les déterminants structurels et la position socioéconomique

Les facteurs psychosociaux, comme l'accès aux réseaux de soutien social, et le système de soins de santé sont des déterminants intermédiaires de la santé. En renforçant les réseaux sociaux et en augmentant l'accès aux services, cette intervention cible les déterminants intermédiaires de la santé.

Bonne réponse :

- ☒ Les déterminants intermédiaires

Les facteurs psychosociaux, comme l'accès aux réseaux de soutien social, et le système de soins de santé sont des déterminants intermédiaires de la santé. En renforçant les réseaux de soutien social et en augmentant l'accès aux services, cette intervention cible les déterminants intermédiaires de la santé.

Q02/04

Parmi les affirmations suivantes au sujet des stratificateurs de l'équité, laquelle est vraie?

- ☐ La position socioéconomique n'a pas grand-chose à voir avec l'expression du genre ou l'emploi de la personne.
- ☐ Les stratificateurs peuvent servir d'indicateurs de la répartition des ressources, du pouvoir et du prestige, et de la discrimination dans une société.
- ☐ Les stratificateurs ne devraient pas servir à mesurer les inégalités de santé.

Mauvaises réponses :

- ☒ La position socioéconomique n'a pas grand-chose à voir avec l'expression du genre ou l'emploi de la personne.

Les stratificateurs, comme l'identité de genre et l'expression du genre, l'emploi, le niveau de scolarité et le groupe ethnique, peuvent grandement influencer la position socioéconomique et, subséquentement, l'état de santé d'une personne.

- ☒ Les stratificateurs ne devraient pas servir à mesurer les inégalités de santé.

Les stratificateurs peuvent se révéler de bons instruments pour mesurer les différences dans l'état de santé et les soins de santé qui seraient susceptibles d'être considérées injustes ou inéquitables. Consultez le rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé qui est mentionné dans la section « Ressources » du module.

Bonne réponse :

- ☒ Les stratificateurs peuvent servir d'indicateurs de la répartition des ressources, du pouvoir et du prestige, et de la discrimination dans une société.

Les stratificateurs comme la race et le groupe ethnique, le niveau de scolarité, la capacité et l'expression du genre, peuvent se révéler de bons indicateurs de la manière dont sont réparties les ressources, le pouvoir et le prestige dans la société, et de la mesure dans laquelle les gens subiront de la discrimination.

Q03/04

On peut dire de l'intersectionnalité que c'est...

Sélectionnez TOUTES les réponses qui s'appliquent.

- ☐ Un cadre conceptuel qui privilégie l'analyse fondée sur le genre.
- ☐ Un cadre conceptuel qui permet de comprendre que les individus et les groupes sont hétérogènes.
- ☐ Un cadre conceptuel qui permet de comprendre que les individus et les groupes sont influencés par de multiples systèmes sociaux.

Mauvaise réponse :

- ☒ Un cadre conceptuel qui privilégie l'analyse fondée sur le genre.

L'intersectionnalité est un cadre conceptuel qui permet de comprendre que les individus et les groupes sont À LA FOIS hétérogènes ET influencés par de multiples systèmes sociaux. Un grand nombre de facteurs (pas seulement l'expression du genre et l'identité de genre) influent sur la personne, sur ses expériences des privilèges ou de l'oppression, de même que sur son état de santé.

Bonnes réponses :

- ☒ Un cadre conceptuel qui permet de comprendre que les individus et les groupes sont hétérogènes.
- ☒ Un cadre conceptuel qui permet de comprendre que les individus et les groupes sont influencés par de multiples systèmes sociaux.

L'intersectionnalité a trait aux mécanismes qui font que l'expérience d'un individu ou d'un groupe relativement à diverses identités qui s'entrecroisent reflète les systèmes du pouvoir et d'oppression qui agissent globalement dans une société donnée¹⁷. L'intersectionnalité tient compte de la diversité et de la complexité des individus et des groupes et de l'influence des identités qui s'entrecroisent sur la santé et le mieux-être.

Q04/04

Parmi les exemples ci-dessous, lequel concerne une mesure qu'un organisme de santé publique pourrait prendre pour aider à réduire les iniquités de santé?

- ☐ Travailler de concert avec les bureaux des services à la jeunesse pour offrir aux jeunes des quartiers à faible revenu des cliniques mobiles pour le dépistage des infections transmises sexuellement (ITS).
- ☐ Offrir à tous les nouveaux parents un service de visites à domicile par une infirmière durant le premier mois après la naissance du bébé.
- ☐ Collaborer avec l'un des grands employeurs de la région afin d'offrir des cliniques de vaccination antigrippale en milieu de travail.

Mauvaises réponses :

- ☒ Offrir à tous les nouveaux parents un service de visites à domicile par une infirmière durant le premier mois après la naissance du bébé.
- ☒ Collaborer avec l'un des grands employeurs de la région afin d'offrir des cliniques de vaccination antigrippale en milieu de travail.

En concevant des programmes pour réduire les iniquités, les acteurs de la santé publique devraient se demander comment agir sur les déterminants sous-jacents tout en répondant aux besoins des populations marginalisées.

Bonne réponse :

- ☒ Travailler de concert avec les bureaux des services à la jeunesse pour offrir aux jeunes des quartiers à faible revenu des cliniques mobiles pour le dépistage des infections transmises sexuellement (ITS).

C'est un exemple d'une collaboration entre les acteurs de la santé publique et les organismes de la collectivité qui a mené à l'exécution de programmes qui tiennent compte de l'équité en santé et qui répondent aux besoins des populations marginalisées.

RESSOURCES, RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET TERMINOLOGIE

Ressources

- [Glossaire](#) de termes relatifs aux identités et aux expériences des personnes des communautés LGBTQ (Fonds Egale Canada pour les droits de la personne)
- [À la recherche de l'équité en santé : définition des facteurs de stratification servant à mesurer l'inégalité – Regard sur l'âge, le sexe, le genre, le revenu, la scolarité et l'emplacement géographique](#), rapport (Institut canadien d'information sur la santé)
- [Les enfants autochtones et le système de protection de l'enfance au Canada](#), rapport (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone)
- [La réconciliation en matière de protection des enfants des Premières Nations](#), rapport (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone)
- [Homeless Hub](#), site Web (Observatoire canadien sur l'itinérance)
- [Chapitre 2 : Les déterminants de la santé et les iniquités en santé — AFMC Notions de santé des populations](#). Troisième version (Réseau des éducateurs en santé publique de l'Association des facultés de médecine du Canada)
- [Unequal city: The hidden divide among Toronto's children and youth](#), rapport en anglais (Société de l'aide à l'enfance de Toronto, Colour of Poverty — Colour of Change, Family Service Toronto/Ontario Campagne 2000, Ontario Council of Agencies Serving Immigrants et Social Planning Toronto, avec l'apport financier de la Fondation de l'aide à l'enfance)
- Institut canadien d'information sur la santé. (Mai 2020). *Collecte de données et production de rapports sur la santé fondés sur la race* [Internet]. Ottawa (ON) : ICIS [cité le 9 juin 2020]. 5 p. Récupéré de <https://spor-pihci.com/wp-content/uploads/2020/07/race-standard-reporting-update-fr.pdf>

Références bibliographiques

1. Réseau francophone international pour la promotion de la santé et Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2022). Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé. Montréal (QC) : RÉFIPS; Antigonish (NS) : CCNDS, Université St. Francis Xavier. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/resources/glossary/>
2. Aquash, M. (10 mai 2011). Relations with First Nations: Decolonization in the Canadian context [Internet]. Ottawa (Ont.) : Fédération des sciences humaines [cité le 10 février 2019]. Récupéré de <http://www.ideas-idees.ca/blog/relations-first-nations-decolonization-canadian-context> (en anglais)
3. Solar, O. et A. Irwin. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2* (Policy and Practice) [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé [cité le 16 octobre 2018], 75 p. Récupéré de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489> (en anglais)
4. Mimicopoulos, M.G., L. Kyj, et N. Sormani. (2007). *Public governance indicators: a literature review* [Internet]. New York : Division de l'administration publique et de la gestion du développement, Organisation des Nations Unies [É.-U.], [cité le 16 octobre 2018]. Récupéré de https://publicadministration.un.org/publications/content/PDFs/E-Library%20Archives/2007%20Public%20Governance%20Indicators_a%20Literature%20Review.pdf (en anglais)
5. Barten, F., M. Akerman, D. Becker, S. Friel, T. Hancock, M. Mwatsama et coll. (2011). Rights, knowledge, and governance for improved health equity in urban settings. *Journal of Urban Health*. Vol. 88, no 5, p. 896-905.
6. Parlement du Canada. Notre pays, notre Parlement [Internet]. Ottawa (Ont.) : Parlement du Canada [cité le 8 février 2019]. Récupéré de https://decouvrez.parl.ca/staticfiles/Learn/assets/PDF/ParliamentaryPrimer/our_country_our_parliament-f.pdf
7. Indigenous Corporate Training Inc. (3 juillet 2012). First Nation Chiefs Traditional or Elected Roles and Responsibilities [Internet]. Port Coquitlam (C.-B.) : Indigenous Corporate Training Inc. [cité le 8 février 2019]. Récupéré de <https://www.ictinc.ca/blog/first-nation-chiefs-traditional-or-elected-roles-and-responsibilities> (en anglais)
8. Social determinants and Indigenous health: The International experience and its policy implications. (Avril 2017). Report on specially prepared documents, presentations and discussion at the International Symposium on the Social Determinants of Indigenous Health Adelaide, 29 et 30 avril 2007, Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) [Internet]. Adelaïde (Australie) : Organisation mondiale de la Santé [cité le 10 février 2019]. Récupéré de

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/indigenous_health_adelaide_report_07.pdf
(en anglais)

9. Sekharan, V. (5 nov. 2014). Infographic: Living Wage in Canada [Internet]. Toronto (Ont.) : Homelessness Hub [cité le 4 février 2019]. Récupéré de <https://www.homelesshub.ca/blog/infographic-living-wage-canada> (en anglais)
10. Fédération canadienne des étudiantes et étudiants. (2017). *L'économie politique de l'endettement étudiant au Canada* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Fédération canadienne des étudiantes et étudiants [cité le 16 octobre 2018]. Récupéré de <https://fr.readkong.com/page/l-economie-politique-de-l-endettement-etudiant-8244352>
11. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et Association canadienne de santé publique. (2014). Traiter des déterminants sociaux de la santé : l'inégalité du revenu et la santé [Internet]. Antigonish (N.-É.) et Ottawa (Ont.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier et Association canadienne de santé publique [cité le 16 octobre 2018]. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/income-inequality-and-health>
12. Richmond, C.A.M., N.A. Ross, et J. Bernier. (2013). Exploring Indigenous Concepts of Health: The Dimensions of Metis and Inuit Health. Dans : White, J.P., S. Wingert et D. Beavon, dir. *Volume 4 : Moving Forward, Making a Difference. Aboriginal Policy Research Series*. Thompson Educational Publishing, Inc.
13. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *Le racisme et l'équité en santé : Parlons-en* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier (Canada) [cité le 16 octobre 2018]. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/lets-talk-racism-and-health-equity>
14. Peters, Y. (2004). *Vingt années de litiges pour les droits à l'égalité des personnes handicapées : Ont-elles fait une différence?* [Internet]. Winnipeg (Man.) : Conseil des Canadiens avec déficiences [cité le 24 octobre 2018]. Récupéré de <http://www.ccdonline.ca/fr/humanrights/promoting/20years>
15. Jenkins, R. (1991). Disability and social stratification. *The British Journal of Sociology* [Internet] [cité le 24 octobre 2018]. Vol. 42, no 4, p 557-580. doi : 10.2307/591447
16. Institut canadien d'information sur la santé. (2018). *À la recherche de l'équité en santé : définition des facteurs de stratification servant à mesurer l'inégalité — Regard sur l'âge, le sexe, le genre, le revenu, la scolarité et l'emplacement géographique* [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS (Canada) [cité le 12 octobre 2018]. Récupéré de <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/defining-stratifiers-measuring-health-inequalities-2018-fr-web.pdf>

17. The 519. *Pronoms neutres et pronoms genrés* [Internet]. Toronto (Ont.) : The 519 [cité le 12 juin 2019]. Récupéré de <http://www.the519.org/education-training/training-resources/our-resources/creer-des-milieus-authentiques/pronoms-neutres>
18. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2017). *Les enfants autochtones et le système de protection de l'enfance au Canada* [Internet]. Prince George (C.-B.) : CCNSA, Université Northern British Columbia (Canada) [cité le 16 octobre 2018]. Récupéré de <https://www.ccnsa.ca/fr/publicationsview.aspx?sortcode=1.8.21.0&id=203>
19. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2017). *La réconciliation en matière de protection des enfants des Premières Nations* [Internet]. Prince George (C.-B.) : CCNSA, Université Northern British Columbia (Canada) [cité le 16 octobre 2018]. Récupéré de <https://www.ccnsa.ca/fr/publicationsview.aspx?sortcode=1.8.21.0&id=204>
20. Waterson, S., B. Grueger et L. Samson. (28 février 2018). *Les besoins en matière de santé au Canada : une vie saine commence chez soi* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Société canadienne de pédiatrie [cité le 16 octobre 2018]. Récupéré de <https://www.cps.ca/fr/documents/position/les-besoins-en-matiere-de-logement>
21. Gaetz, S., C. Barr, A. Friesen, B. Harris, C. Hill, K. Kovacs-Burns et coll. (2012). *Définition canadienne de l'itinérance* [Internet]. Toronto (Ont.) : publication de l'Observatoire canadien sur l'itinérance [cité le 16 octobre 2018]. Récupéré de <https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/COHhomelessdefinitionFR.pdf>
22. Blas, E. et A.S. Kurup. (2010). *Equity, social determinants and public health programmes*. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé [cité le 4 mars 2019]. Récupéré de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44289/9789241563970_eng.pdf;sequence=1 (en anglais)
23. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. (2016). *La santé publique a la parole : Intersectionnalité et équité en santé* [Internet]. Antigonish (N.-É.) et Montréal (Qc) : CCNDS, Université St. Francis Xavier, et CCNPPS, Institut national de santé publique du Québec [cité le 16 octobre 2018]. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/public-health-speaks-intersectionality-and-health-equity>
24. Veenstra, G. (2011). Race, gender, class, and sexual orientation: intersecting axes of inequality and self-rated health in Canada. *International Journal of Equity in Health* [Internet] [cité le 16 octobre 2018]. Vol. 10, no 3, 11 p. Récupéré de <https://equityhealthj.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1475-9276-10-3> (en anglais)

Terminologie

Terme	Définition
Déterminants sociaux de la santé	“Les déterminants sociaux de la santé désignent les facteurs sociaux, politiques, économiques, culturels et environnementaux interreliés qui façonnent les conditions de vie dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent et vieillissent. Les déterminants sociaux de la santé varient à travers le temps et les sociétés. La manière dont ils s’entrecroisent explique l’évolution des conditions de vie des personnes au fil du temps et tout au long du parcours de vie. Les déterminants sociaux de la santé influent sur la santé des individus, des groupes de population et des collectivités de différentes manières.” ^{1(p.4)} .
Genre	Le genre fait référence au genre que ressent intimement une personne (selon où elle se positionne sur le continuum de l’identité de genre) et/ou le genre qu’elle exprime publiquement (expression du genre) dans sa vie quotidienne, y compris au travail, lorsqu’elle magasine ou accède à d’autres services, dans son milieu de vie ou dans la collectivité en général. Le genre d’une personne peut en fait différer du sexe assigné à cette personne à sa naissance (sexe masculin ou sexe féminin) et peut différer de ce qui figure sur ses documents juridiques officiels. Le genre d’une personne peut changer avec le temps ^{16(p.21)} .
Incapacité	L’incapacité renvoie à la perte ou à la réduction des fonctions à la suite d’un affaiblissement physique, mental ou sensoriel ¹⁵ .
Sexe	Le sexe réfère au sexe assigné à la naissance en fonction de son système reproducteur et d’autres caractéristiques physiques. Les catégories sont le sexe féminin, le sexe masculin et l’intersexualité ¹⁶ .