

Approches politiques de réduction des inégalités de santé : exercice pratique s'appuyant sur l'exemple de l'insécurité alimentaire

Mai 2020

Ce document propose un exercice pratique à réaliser à l'aide de la note documentaire *Les approches politiques de réduction des inégalités de santé* produite par le CCNPPS. Cette note est disponible au : https://www.ccnpps.ca/102/Publications.ccnpps?id_article=1547.

Nous vous encourageons à la lire avant d'entreprendre l'exercice présenté ici. Par cet exercice, nous souhaitons offrir une expérience pratique permettant de distinguer différentes approches et de susciter une réflexion sur les implications de diverses politiques visant à agir sur des enjeux liés aux inégalités de santé. Cet exercice est une adaptation d'un exercice réalisé dans le cadre d'ateliers et de webinaires offerts par le CCNPPS. Il est conçu comme un outil pour aider les acteurs de la santé publique dans leurs réflexions sur les types d'approches politiques pouvant contribuer à réduire les inégalités de santé en agissant sur la réduction de l'insécurité alimentaire. Dans un premier temps, nous présenterons un survol des principales approches de réduction des inégalités de santé, pour ensuite vous guider dans la réalisation d'un exercice pratique sur l'enjeu de la sécurité alimentaire.

Introduction

Les inégalités de santé¹ préoccupent le milieu de la santé publique depuis de nombreuses années. Des inégalités de santé surviennent lorsque certaines populations sont favorisées par rapport à d'autres sur le plan de la santé, de l'espérance de vie et d'un ensemble d'autres avantages liés à la santé. Les inégalités de santé s'observent souvent entre différentes tranches de revenu, mais elles se produisent aussi entre des groupes définis par le genre, la race ou l'âge, par exemple. Plusieurs approches politiques visant la réduction des inégalités de santé ont été proposées au fil des années. La note documentaire *Les approches politiques de réduction des inégalités de santé* distingue les approches qui agissent surtout sur les déterminants sociaux de la santé de celles qui agissent surtout sur les déterminants sociaux

des inégalités de santé. Les premières comprennent des approches qui ciblent les conditions de vie, les communautés, les milieux et les personnes, alors que les secondes ciblent les contextes social, politique, culturel, économique et environnemental, ainsi que le positionnement social des groupes et des personnes dans la population. Les passages ci-dessous, tirés de la note documentaire de référence, expliquent en quoi consiste une approche politique et présentent un sommaire de chacune d'elles. Pour une comparaison détaillée des approches, consulter le tableau 1, aux pages 12 à 17 de ce document de référence ou en version autonome disponible ici : <https://www.ccnpps.ca/docs/2020-Ineg-Ineg-Tableau-Approches-politiques-Reduction-Inegalites-Fr.pdf>. Ici, nous invitons les lecteurs à examiner ces approches du point de vue spécifique de l'insécurité alimentaire.

¹ Le gouvernement canadien définit ces inégalités comme « les différences de l'état de santé de divers groupes ou personnes de la société. Elles peuvent provenir de facteurs génétiques et biologiques, des choix effectués ou du hasard, mais ces inégalités sont souvent liées à un accès inégal aux principaux facteurs qui influent sur la santé comme le revenu, le niveau de scolarité, l'emploi et les soutiens sociaux » (gouvernement du Canada, 2008, p. 5). Même si le terme *health inequities* est souvent utilisé dans la littérature, nous utilisons ici *inégalités de santé* en lui donnant la même signification que dans les autres documents du Centre de collaboration nationale

sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Note : tous nos documents sont publiés en anglais et en français; à ce jour, il n'existe aucun consensus sur la traduction française du terme *health inequities* (les rapports de la Commission de l'Organisation mondiale de la Santé [OMS], par exemple, utilisent les termes *health inequities* en anglais et *inégalités en santé* en français). Dans un souci de clarté et de constance, nous utilisons *health inequalities* en anglais et *inégalités de santé* en français.

Les approches politiques de réduction des inégalités de santé

« Dans cette section, nous nous penchons sur différentes grandes approches politiques utilisées pour lutter contre les inégalités de santé. Nous avons organisé cette présentation autour de ce que nous avons appelé des approches politiques de réduction des inégalités de santé, et ce, afin de mettre en évidence les liens qui existent entre les approches globales et les résultats probables sur le plan de l'inégalité. Les différentes approches que nous avons distinguées dans ce qui suit ne sont ni uniformes ni nécessairement mutuellement exclusives. La majorité des catégories sont délibérément générales et ne cherchent pas à être exhaustives. Néanmoins, elles couvrent la plupart des manières dont on conçoit les inégalités de santé quand on cherche à les réduire. Nous avons délibérément évité de discuter en profondeur de types précis de politiques — universelles, ciblées, universelles ciblées, etc. (voir Carey et Crammond, 2014) — afin de revenir un pas en arrière et d'examiner comment chacune des approches conçoit les inégalités et comment cette conception influence l'endroit où chacune d'elles est susceptible de s'introduire dans le continuum des manières dont les inégalités de santé apparaissent et persistent. En les catégorisant ainsi, nous espérons aider les lecteurs à observer comment l'utilisation de ces grandes approches pour cibler les inégalités de santé pourrait considérablement influencer les points d'entrée des politiques et, ainsi, leurs effets probables.

Ces approches abordent le plus souvent soit les déterminants sociaux des inégalités de santé, soit les déterminants sociaux de la santé. En fonction de l'objectif de réduction des inégalités poursuivi (populations ciblées, écart ou gradient), et selon la manière dont les inégalités de santé sont pensées, [...] certaines approches ont été plus ou moins mises en évidence, seules ou en combinaison avec d'autres.

[...]

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

Les approches qui agissent sur les déterminants sociaux des inégalités de santé ciblent les contextes social, politique, culturel, économique et environnemental, ainsi que le positionnement social des groupes et des personnes dans la population. Ainsi, elles influencent les manières dont les déterminants sociaux de la santé sont répartis dans la population. Ces approches sont celles de l'économie politique, des politiques macrosociales, de l'intersectionnalité et du parcours de vie.

L'économie politique

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

Les politiques macrosociales

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

Dans cette perspective, ces politiques universelles sont souvent perçues comme étant le plus utiles lorsque jumelées à des dispositions ciblant les plus défavorisés (Wilkinson et Pickett, 2009).

L'intersectionnalité

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

L'approche axée sur le parcours de vie

L'approche axée sur le parcours de vie préconise des interventions de réduction des inégalités de santé en considérant les dimensions multiples des vies telles qu'elles sont réellement vécues. De plus, elle propose un cadre d'analyse sur la genèse des inégalités de santé qui permet de considérer les manières dont l'exposition à différents risques physiques ou sociaux, tant lors de périodes de plus grande vulnérabilité que tout au long de la vie, peut produire des effets à long terme (effets de latence), orienter les trajectoires de vie (effets de cheminement) et produire une accumulation d'effets (effets cumulatifs). L'approche axée sur le parcours de vie propose des politiques à long terme qui renforcent le capital humain et des politiques à court terme qui soutiennent les personnes lors de moments vulnérables de leur vie. En somme, une approche qui se concentre sur le parcours de vie a le

potentiel d'élaborer des politiques publiques qui tiennent compte de la singularité des vies et des trajectoires ainsi que du cheminement des calendriers de vie (Cooke et McWhirter, 2011; Gaudet, Burlone et Li-Korotky, 2013; Halfon et Hochstein, 2002; McDaniel et Bernard, 2011; University of Wisconsin, Madison Institute for Research on Poverty, 2005).

LES APPROCHES QUI AGISSENT SURTOUT SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

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

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

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

L'approche axée sur les milieux

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

Les approches qui ciblent les communautés

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

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

Les approches politiques visant à soutenir les personnes

Ces approches cherchent à développer des attributs individuels chez des personnes ou des groupes particuliers. Elles impliquent des stratégies visant à améliorer les connaissances, les attitudes ou les comportements comme l'éducation, la littératie, l'activité physique, le soutien individuel, l'autonomisation, la capacité d'agir, la pleine conscience, etc. (Baum, 2011; Whitehead, 2007). Le manque de ce genre d'attributs est considéré ici comme étant la cause des lacunes ou des facteurs de défavorisation de certains groupes, par exemple : une connaissance personnelle limitée, certaines croyances, une piètre estime de soi, de faibles niveaux de compétence ou un manque de pouvoir » (Mantoura et Morrison, 2016, p. 5-8).

Exercice pratique : l'insécurité alimentaire, une question de politique

Dans cette section, nous utiliserons l'exemple de l'insécurité alimentaire pour examiner laquelle des approches politiques proposées plus bas est la plus susceptible d'agir sur la réduction des inégalités de santé.

Par *insécurité alimentaire*, on entend « un accès inadéquat ou précaire aux aliments en raison de contraintes financières » (Food Insecurity Policy Research, Université de Toronto, n. d., traduction libre). Au Canada, jusqu'à une famille sur huit est touchée par ce problème (Tarasuk *et al.*, 2016).

L'accès inadéquat ou précaire aux aliments est lié à une gamme de piètres résultats pour la santé ainsi qu'aux inégalités de santé².

Mise en contexte

Imaginez que votre gouvernement provincial ou territorial vient d'annoncer un nouveau programme, *Des aliments sains en quantité suffisante pour tous!*, et qu'on a confié à votre organisation de santé publique la tâche d'évaluer le potentiel de deux propositions de politiques pour combattre l'insécurité alimentaire dans votre région afin de réduire les inégalités de santé.

Proposition 1

Il importe que tous nos citoyens aient accès à une nourriture saine en quantité suffisante. Dans le cadre de son programme *Des aliments sains en quantité suffisante pour tous!*, le gouvernement adoptera une nouvelle politique d'allocation de coupons (ou bons alimentaires) dont la valeur sera déterminée sur la base du revenu des ménages. Les ménages dont le revenu est le plus faible recevront l'allocation la plus importante, et ceux dont le revenu est le plus élevé n'en recevront pas. La plupart des épiceries accepteront les coupons, qui pourront servir à se procurer des aliments sains.

Proposition 2

Savoir comment gérer au mieux son budget est une compétence qui occupe une grande place dans une saine alimentation. Dans le cadre de son programme *Des aliments sains en quantité suffisante pour tous!*, le gouvernement financera une vaste campagne médiatique conçue pour informer et éduquer les citoyens sur les façons de s'alimenter sainement malgré un budget restreint. Cette campagne diffusera entre autres de l'information nutritionnelle de base ainsi que des conseils sur l'achat et la préparation des aliments dans le contexte d'un budget limité.

² Pour en savoir plus sur l'insécurité alimentaire, voici quelques ressources d'intérêt :

- Réseau pour une alimentation durable : <https://foodsecurecanada.org/fr>
- Agence de la santé publique du Canada. (2016). *Le portail canadien des pratiques exemplaires : Sécurité*

alimentaire : <https://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/public-health-topics/food-security/>

- Food Insecurity Policy Research, Université de Toronto : <https://proof.utoronto.ca/>

Exercice

- Utilisez le tableau *Résumé des approches politiques de réduction des inégalités de santé*³ pour répondre aux questions plus bas pour chacune des deux propositions de politiques.

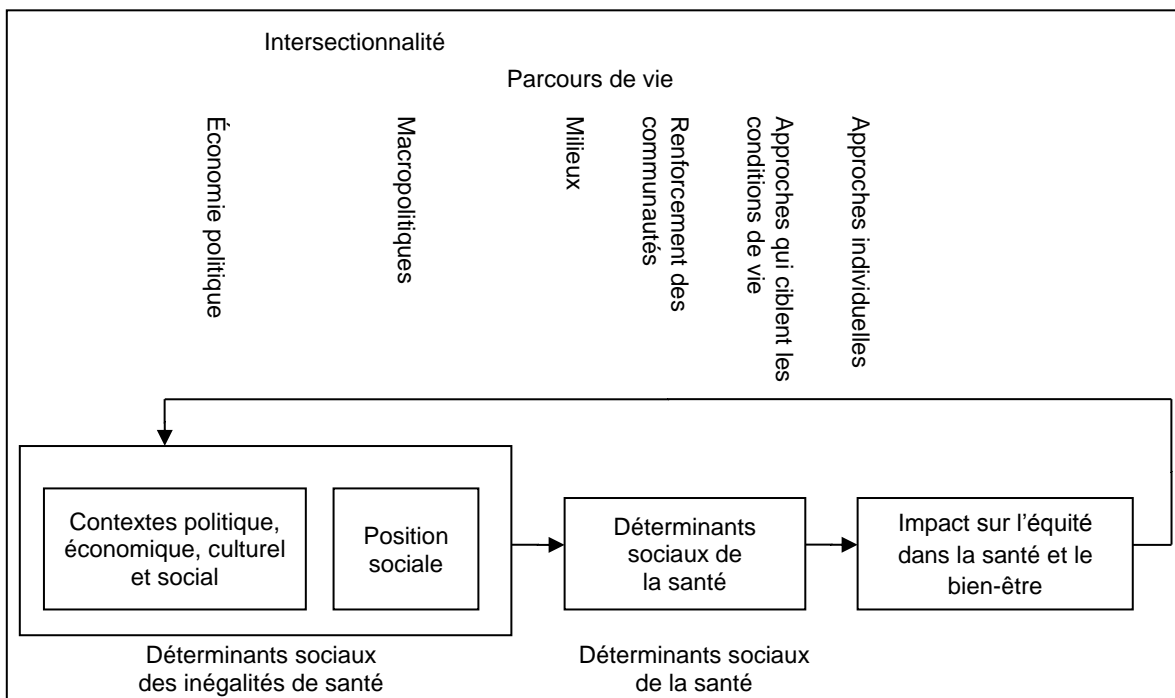
Ce tableau est disponible en ligne à : <http://www.ccnpps.ca/docs/2020-Ineq-Ineq-Tableau-Approches-politiques-Reduction-Inegalites-Fr.pdf>.

- Comment la proposition définit-elle (implicitement ou explicitement) les inégalités?
 - À quoi la proposition attribue-t-elle les inégalités de santé?
 - Sur qui ou sur quoi la politique se concentre-t-elle?
- Sur la base de vos réponses à ces questions, à quelle approche politique est le plus clairement associée chacune des deux propositions?

Il est à noter que les approches politiques ne sont pas toujours mutuellement exclusives et que, dans certains cas, une politique ou une série de politiques peut combiner des éléments provenant d'approches différentes. Aux fins de cet exercice, il vous sera utile de considérer les approches politiques comme étant de type idéal.

- À partir des résumés des différentes approches fournies ci-dessus et de la Figure 1 reproduite ci-dessous, tirée du document de référence (p. 6), déterminez si la proposition cible les déterminants sociaux de la santé ou les déterminants sociaux des inégalités de santé.

Figure 1 Points d'entrée des diverses approches politiques



Source : Schéma adapté du cadre conceptuel de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, 2008.

- Sur la base de cet exercice, laquelle de ces deux propositions recommanderiez-vous à titre de politique de réduction des inégalités de santé? Pourquoi?

³ Ce tableau est tiré de la note documentaire *Les approches politiques de réduction des inégalités de santé*, pages 12 à 17 (Mantoura et Morrison, 2016).

Discussion

Bien qu'elles soient fictives, les deux propositions de politiques présentées dans cet exercice pourraient tout à fait être mises de l'avant comme stratégies de réduction de l'insécurité alimentaire avec l'objectif de réduire les inégalités de santé. Comme toute politique ou proposition réellement avancée, il est presque impossible de déterminer précisément l'approche politique adoptée. Un certain flou subsiste toujours, puisque des éléments peuvent s'inscrire dans plus d'une approche; toutefois, en cernant les postulats de base d'une politique ou d'une proposition (Comment les inégalités sont-elles définies implicitement ou explicitement?

Quel est le facteur expliquant les inégalités? Qui ou quels facteurs cible-t-on?), on peut l'associer plus particulièrement à l'une des approches. Examinons les postulats de base des deux propositions selon les angles présentés dans le tableau 1 ci-dessous. Il faut présumer, dans les deux cas et aux fins de cet exercice, qu'assurer la sécurité alimentaire est une façon de réduire les inégalités de santé et garder à l'esprit que le programme Des aliments sains en quantité suffisante pour tous! met explicitement en lien la santé et la nourriture (des aliments sains) d'une part et les inégalités existantes (en quantité suffisante... pour tous) d'autre part.

Tableau 1 Comparaison des propositions de politiques pour réduire l'insécurité alimentaire

	Proposition 1	Proposition 2
Comment les inégalités sont-elles définies?	(Au moins en partie) comme une question d'accès à la nourriture, principalement déterminée par le revenu.	(Au moins en partie) comme une question de connaissances et de compétences en ce qui concerne une alimentation saine et l'établissement d'un budget.
À quels facteurs attribue-t-on les inégalités de santé?	Au revenu.	À l'éducation et aux habiletés fondamentales.
Qui ou quels facteurs cible-t-on?	L'ensemble de la population, puisque la capacité de chaque ménage d'accéder à des aliments « sains » dépend de son revenu.	Tous les citoyens (pouvant accéder aux médias), en particulier ceux qui disposent d'un budget limité, et leurs habiletés à se procurer des aliments « sains » et à les préparer.

En se basant sur les réponses à ces questions et en les comparant aux éléments présentés aux pages 12 à 17 du document de référence, où sont présentées les caractéristiques des huit approches politiques, on peut raisonnablement conclure que la proposition 1 adopte surtout une approche macrosociale, alors que la proposition 2 s'apparente surtout aux approches ciblant les personnes.

Les approches macrosociales font surtout la promotion de politiques et de programmes d'application universelle (bien qu'elles ciblent souvent différents groupes de manières différentes, comme dans notre exemple) et qui mettent l'accent, au sein de l'idéologie et des structures de gouvernance existantes, sur la redistribution de la richesse. Le type de politique avancée par la proposition 1 cherche à remédier à

un accès inégal à des aliments sains, que l'on attribue à un revenu insuffisant.

La proposition 2, qui vise l'éducation de la population, et plus particulièrement les personnes dont le budget est restreint, partage surtout les caractéristiques des approches ciblant les personnes auxquelles on attribue souvent un manque d'habiletés (compétences, connaissances ou possibilités) à incorporer dans leur vie des options « saines ». Ce point de vue tient souvent pour acquis que les personnes défavorisées adopteraient des comportements favorables à la santé si on leur montrait la voie. Bien que la campagne médiatique soit destinée à l'ensemble de la population, elle vise surtout à montrer à certaines personnes de certains ménages comment se procurer une nourriture « saine » et à

s'alimenter « sainement » malgré un budget restreint.

Pour la dernière partie de cet exercice, nous vous demandons de déterminer si les propositions visent les déterminants sociaux de la santé ou les déterminants sociaux des inégalités de santé. Selon le schéma présenté ci-dessus, la proposition 1, qui adopte une approche macrosociale, pourrait influencer la position sociale des bénéficiaires de la politique (par exemple en libérant les revenus antérieurement consacrés à la nourriture de façon à ce qu'ils soient consacrés à autre chose). Dans ce schéma, la position sociale fait partie des déterminants sociaux des inégalités de santé et, par conséquent, cette proposition de politique pourrait réduire les inégalités de santé. Comme la proposition 2 cible des personnes et leurs comportements, elle pourrait avoir un effet sur l'équité en matière de santé et sur le bien-être des personnes, mais elle n'a pas l'envergure nécessaire pour changer la position sociale des

personnes ou les causes structurelles profondes de l'inégalité, puisqu'elle touche les déterminants sociaux de la santé plutôt que les déterminants sociaux des inégalités de santé.

Ces deux propositions peuvent améliorer l'accès à des aliments sains en quantité suffisante. Toutefois, bien que la proposition 2 soit susceptible d'améliorer cet accès pour des personnes et des familles, seule la proposition 1 pourrait réduire les inégalités de santé liées à l'alimentation en influençant la position sociale des ménages ciblés. Ces types de propositions de politiques soulèvent de nombreuses autres questions (par exemple, qui détermine ce qui constitue un aliment « sain »? et qui décide des articles que viseraient les bons alimentaires?). Cependant, nous espérons que cet exercice aura alimenté votre réflexion sur l'effet que peuvent avoir diverses politiques et propositions de politiques sur les inégalités de santé selon l'approche politique mise au premier plan.

Références

- Halfon, N. et Hochstein, M. (2002). Life course
Abel, T. et Frohlich, K. L. (2012). Capitals
and capabilities: Linking structure and
agency to reduce health inequalities.
Social Science & Medicine, 74(2), 236-
244.
- Bambra, C. (2011). Work, worklessness and the
political economy of health inequalities.
*Journal of Epidemiology and Community
Health*, 65, 746-750.
- Baum, F. (2011). From Norm to Eric: Avoiding life
style drift in Australian health policy.
*Australian and New Zealand Journal of
Public Health*, 35(5), 404-406.
- Bernard, P., Charafeddine, R., Frohlich, K. L.,
Daniel, M., Kestens, Y. et Potvin, L.
(2007). Health inequalities and place: A
theoretical conception of neighbourhood.
Social Science & Medicine (1982), 65(9),
1839-1852.
- Blas, E., Gilson, L., Kelly, M. P., Labonté, R.,
Lapitan, J., Muntaner, C., Vaghri, Z.
(2008). Addressing social determinants of
health inequities: What can the state and
civil society do? *Lancet*, 372(9650), 1684-
1689. [http://doi.org/10.1016/S0140-
6736\(08\)61693-1](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61693-1)
- Bourque, D. et Favreau, L. (2003). Le
développement des communautés et la
santé publique au Québec. *Service social*,
50(1), 295-308.
- Bowleg, L. (2012). The problem with the phrase
women and minorities: Intersectionality –
an important theoretical framework for
public health. *American Journal of Public
Health*, 102(7), 1267-1273.
- Carey, G. et Crammond, B. (2014). A glossary of
policy frameworks: the many forms of
“universalism” and policy “targeting”.
*Journal of Epidemiology and Community
Health*, jech–2014-204311.
<http://doi.org/10.1136/jech-2014-204311>
- Commission des déterminants sociaux de la santé
de l'Organisation mondiale de la Santé
[CDSS de l'OMS]. (2008). *Comblent le
fossé en une génération : instaurer l'équité
en santé en agissant sur les déterminants
sociaux de la santé. Rapport final de la
Commission des déterminants sociaux de
la santé*. Genève : Organisation mondiale
de la Santé. Consulté en ligne à :
[http://www.who.int/social_determinants/the
commission/finalreport/fr/](http://www.who.int/social_determinants/the_commission/finalreport/fr/)
- Cooke, M. et McWhirter, J. (2011). Public policy
and Aboriginal peoples in Canada: Taking a
life-course perspective. *Canadian Public
Policy. Analyse de politiques*,
37(supplément), S15-S31.
- Dooris, M. (2009). Holistic and sustainable health
improvement: The contribution of the
settings-based approach to health
promotion. *Perspectives in Public Health*,
129(1), 29-36.
- Food Insecurity Policy Research, Université de
Toronto. (n. d.) *Household food insecurity
in Canada*. Consulté en ligne le 15 janvier
2020 : <https://proof.utoronto.ca/>
- Frahsa, A., Rütten, A., Roeger, U., Abu-Omar, K.
et Schow, D. (2014). Enabling the
powerful? Participatory action research
with local policymakers and professionals
for physical activity promotion with women
in difficult life situations. *Health Promotion
International*, 29(1), 171-184.
- Frohlich, K. L. et Abel, T. (2014). Environmental
justice and health practices:
Understanding how health inequities arise
at the local level. *Sociology of Health &
Illness*, 36(2), 199-212.
- Gaudet, S., Burlone, N., et Li-Korotky, H. S.
(2013). *Repenser les familles et ses
transitions. Repenser les politiques
publiques*. Québec : Les Presses de
l'Université Laval.
- Gouvernement du Canada. (2008). *Rapport de
L'administrateur en chef de la santé
publique sur l'état de la santé publique au
Canada 2008*. Ottawa : Gouvernement du
Canada, ministère de la Santé. Consulté
en ligne à : <http://www.phac->

- aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/fr-rc/pdf/CPHO-Report-f.pdfhealth development: An integrated framework for developing health, policy, and research. *The Milbank Quarterly*, 80(3), 433-479.
- Hankivsky, O. (Éditeur). (2011). *Health inequalities in Canada: Intersectional frameworks and practices*. Vancouver : UBC Press.
- Mantoura, P. et Morrison, V. (2016) *Les approches politiques de réduction des inégalités de santé*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques de santé. Consulté en ligne à : http://www.ccnpps.ca/102/Publications.ccnpps?id_article=1547
- McDaniel, S. et Bernard, P. (2011). Life course as a policy lens: Challenges and opportunities. *Canadian Public Policy*, 37(s1), 1-13.
- Morrison, V. (2015). *Inégalités de santé et intersectionnalité*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques de santé. Consulté en ligne à : http://www.ccnpps.ca/102/Publications.ccnpps?id_article=1391
- Newman, L., Baum, F., Javanparast, S., O'Rourke, K. et Carlon, L. (2015). Addressing social determinants of health inequities through settings: A rapid review. *Health Promotion International*, 30 (Supplément 2), ii126-43. doi:10.1093/heapro/dav054.
- Popay, J., Whitehead, M. et Hunter, D. J. (2010). Injustice is killing people on a large scale—but what is to be done about it? *Journal of Public Health*, 32(2), 148-149.
- Raphael, D. (2007). *Poverty and policy in Canada: Implications for health and quality of life*. Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Shareck, M., Frohlich, K. L. et Poland, B. (2013). Reducing social inequities in health through settings-related interventions: A conceptual framework. *Global Health Promotion*, 20(2), 39-52.
- Tarasuk, V., Mitchell, A., Dachner, N. (2016). *Household food insecurity in Canada, 2014*. Toronto: Research to identify policy options to reduce food insecurity (PROOF). Consulté en ligne à : <https://proof.utoronto.ca/>
- University of Wisconsin-Madison Institute for Research on Poverty. (2005). Inequality in America: What role for human capital policies? *Focus*, 23(3), 1-10.
- Veenstra, G. et Burnett, P. J. (2014). A relational approach to health practices: Towards transcending the agency-structure divide. *Sociology of Health & Illness*, 36(2), 187-198.
- Vibert, S. (2007). *La communauté au miroir de l'État. La notion de communauté dans les énoncés québécois de politiques publiques en santé*. Québec, QC : Les Presses de l'Université Laval.
- Vibert, S. et Potvin, L. (2012). « La communauté, une notion à redéfinir pour la santé publique ». Dans Aubry, F. et Potvin, L. (Éditeurs). *Construire l'espace sociosanitaire. Expériences et pratiques de recherche dans la production locale de la santé* (p. 99-134). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- 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/ResourceCentre/PublicationsandResources/Health-Inequalities/Fair-Foundations/About-Fair-Foundations-and-Health-Equity.pdf>
- Whitehead, M. (2007). A typology of actions to tackle social inequalities in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(6), 473-478.
- Wilkinson, R. et Pickett, K. (2009). *The spirit level: Why more equal societies almost always do better*. Londres, Angleterre : Allen Lane.
- Wisconsin University, Madison Institute for Research on Poverty. (2005). Inequality in America: What role for human capital policies? *Focus*, 23(3), 1-10.

Mai 2020

Auteures : Val Morrison et Pascale Mantoura, 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. et Mantoura, P. (2020). *Approches politiques de réduction des inégalités de santé : exercice pratique s'appuyant sur l'exemple de l'insécurité alimentaire*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

REMERCIEMENTS

Le CCNPPS souhaite remercier Penny Sutcliffe (Service de santé publique de Sudbury et du district) et une réviseure anonyme pour leurs commentaires sur une version préliminaire de ce document.

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) vise à accroître l'expertise des acteurs de la santé publique en matière de politiques publiques favorables à la santé, à travers le développement, le partage et l'utilisation des connaissances. Le CCNPPS fait partie d'un réseau canadien de six centres financés par l'Agence de la santé publique du Canada. 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.

N° de publication : 2669

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.nchpp.ca.

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

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2020
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-86741-8 (PDF ANGLAIS)
ISBN : 978-2-550-86740-1 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2020)