



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

OBJECTIF ET CONTENU DU GLOSSAIRE

Nous avons créé le glossaire afin de répondre aux demandes des praticiens qui voulaient encourager l'usage d'un langage clair et simple – au sein de la santé publique partout au Canada mais aussi dans d'autres secteurs – afin de donner plus de force aux actions et aux communications faites sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé.

Nous avons voulu que la terminologie soit simple et facile à comprendre. Nous avons ainsi divisé les termes en quatre catégories :

- état de santé
- causes profondes
- populations
- interventions

Nous avons fait suivre chacune des définitions par un exemple montrant comment le terme peut être utilisé en fonction d'un auditoire précis.

Le glossaire se trouve en ligne à l'adresse <http://nccdh.ca/fr/resources/glossary>

PROCESSUS D'ÉLABORATION DES DÉFINITIONS

Nous avons rédigé les définitions en équipe au sein du CCNDS. Le processus d'élaboration de la version française s'est effectué à part de celui suivi pour la version anglaise. Nous avons passé en revue la documentation spécialisée et interrogé des personnes bien placées dans le domaine de la santé

GLOSSAIRE FRANÇAIS DES PRINCIPAUX TERMES SUR L'ÉQUITÉ EN SANTÉ

publique pour donner leur opinion, puis nous avons soumis pour commentaires une première version des définitions à des collègues de la santé publique au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick.

Rappelez-vous que les définitions ne visent pas à remplacer les définitions utilisées dans les milieux universitaires et de la recherche. Nous avons donné les sources seulement si nos définitions ressemblent étroitement à une définition publiée.

NOUS AIMERIONS CONNAÎTRE VOTRE OPINION.

La définition et la phrase donnée en exemple vous semblent-elles justes?

Nous prévoyons que nos définitions évolueront avec le temps en fonction des commentaires reçus du milieu de la santé publique. Pour formuler vos observations concernant un terme précis, veuillez utiliser la boîte de commentaires juste en dessous du terme en question dans notre site Web, à l'adresse www.nccdh.ca/fr/resources/glossary.

Vous pouvez également envoyer vos commentaires à Karen Fish (kfish@stfx.ca), coordonnatrice de la Collection de ressources. Nous modifierons les termes dans notre site Web à la lumière de vos observations et de l'évolution de leur usage en santé publique.



ÉTAT DE SANTÉ

Santé



La **santé** concerne l'état complet de bien-être physique, spirituel, mental, économique, émotionnel, environnemental, social et culturel de l'individu, de la famille et de la collectivité.*



Quand vous parlez avec des membres du **conseil municipal**, vous pouvez dire :

« La **santé** des citoyennes et citoyens de notre ville est entre autres liée à nos ressources communautaires, par exemple la qualité des services offerts par le centre communautaire ou le nombre de parcs et d'espaces verts. C'est pour cette raison que nous devons inciter notre service des loisirs à s'engager dans le comité de promotion de la santé. »

*Adapté de :

CCNSA (s. d.). La culture et la langue : des déterminants sociaux de la santé des Premières Nations, Inuit et Métis, récupéré à l'adresse www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/15/Culture%20and%20Language%20%28French%29.pdf

Inégalités de santé



Les **inégalités de santé** sont des différences dans l'état de **santé** des individus qui ne relèvent pas de l'environnement ou de conditions socio-économiques.



Quand vous parlez avec des **collègues d'un bureau de santé publique**, vous pouvez dire :

« Les **inégalités de santé** peuvent être liées à l'âge. Par exemple, la prévalence de nombreuses maladies chroniques augmente avec l'âge. Les maladies cardiovasculaires sont ainsi plus fréquentes chez les plus de 60 ans que chez les moins de 25 ans. »

Inégalités sociales de santé ou iniquités de santé



Les **inégalités sociales de santé** font référence à des écarts de santé associés à des avantages ou à des désavantages sociaux (p. ex. revenu, niveau de scolarité, inclusion sociale). Ces écarts sont injustes et évitables et il est possible de les atténuer.

Les inégalités sociales de santé se répartissent selon le **gradient social**.

Les expressions « inégalités sociales de santé » et « **iniquités de santé** » s'utilisent parfois de manière interchangeable.



Quand vous parlez avec des **collègues travaillant pour un programme de gestion des maladies chroniques**, vous pouvez dire :

« Le taux de diabète chez les résidents des quartiers où le revenu moyen est le plus bas est considérablement plus élevé que dans le reste de la ville. Ceci représente une **inégalité sociale de santé**. »

Équité en santé



L'**équité en santé** signifie que toutes les personnes de tous les groupes sociaux ont les mêmes possibilités d'atteindre un état de santé optimal sans être défavorisées en raison de leurs conditions sociales, économiques, environnementales et culturelles.



Quand vous parlez aux **urbanistes**, vous pouvez dire :

« Si nous favorisons dans notre ville la construction de logements de qualité à prix abordable puis en facilitons l'accès, nous contribuerons à créer plus d'**équité en santé**. »



Gradient social de santé



Le « **gradient social de santé** » désigne cette association entre la position dans la hiérarchie sociale et l'état de santé. En d'autres mots, les personnes qui jouissent d'un statut social plus élevé sont en meilleure santé que ceux qui sont juste au-dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus démunis.



En parlant à des **journalistes**, vous pouvez dire :

« Le rapport de l'OMS nous rappelle que les données montrent que, de manière générale, plus un individu occupe une position socio-économique défavorable, plus il est en mauvaise santé. C'est ce qu'on appelle le **gradient social de santé**. »

Tiré de : www.centrelearoback.ca/coup_d_oeil

CAUSES PROFONDES

Facteurs de risque



On entend par **facteurs de risque** les caractéristiques individuelles, les comportements ou l'exposition à des risques environnementaux ou sociaux qui augmentent chez une personne le risque de tomber malade, d'être blessée ou de mourir prématurément.



Quand vous parlez avec un homme ou une femme **politique** des élus municipaux, vous pouvez dire :

« L'obésité constitue un **facteur de risque** par rapport aux maladies du cœur, mais les facteurs de risque ne disent pas tout. En comparant l'état de santé des personnes à revenu élevé à celui des personnes à revenu faible, nous constatons chez les groupes ayant un excès de poids que les maladies du cœur sont plus courantes dans le groupe à faible revenu – il faut donc chercher plus loin. »



En parlant avec des **collègue du bureau de santé publique**, vous pouvez dire :

« L'exposition au plomb chez les résidents de ces appartements constitue un **facteur de risque** d'anémie. Avec qui devons-nous collaborer pour nous attaquer au problème de fond et nous assurer que les populations aient accès à des logements adéquats et abordables? »

Facteurs de protection



Les **facteurs de protection** sont les ressources qui favorisent la capacité d'adaptation. Ils protègent les individus ou les groupes contre les effets dommageables des facteurs de risque.



En parlant avec un **travailleur social en milieu scolaire**, vous pouvez dire :

« Le soutien émotif des parents lors de périodes de stress constitue un **facteur de protection** contre l'exposition aux drogues durant l'adolescence. »

Avantages et désavantages



Les concepts d'**avantages** et de **désavantages** font référence à des ressources sociales, politiques et économiques ou au pouvoir auxquels certains individus ou groupes peuvent avoir accès dans leurs relations avec les autres.

Ceux qui disposent de plus d'**avantages** par rapport à d'autres peuvent être décrits comme des « privilégiés » et ceux qui cumulent les **désavantages** sont souvent identifiés comme des personnes « défavorisées ».



En parlant avec des **collègues de la santé publique**, vous pouvez dire :

« Même si ce n'est pas parfaitement clair, il y a un lien direct entre une situation socio-économique **avantageuse** et la santé d'une personne. Que pouvons-nous faire pour nous assurer que les familles plus défavorisées aient quand même accès aux conditions favorisant une bonne santé? »



En parlant avec des **collègues travaillant dans un hôpital**, vous pouvez dire :

« Ces données montrent que, dans notre région, les personnes **défavorisées** sur le plan socio-économique ont moins tendance à utiliser les services de santé que les personnes plus privilégiées. Nous devons passer en revue nos services pour nous assurer qu'il n'existe pas de barrière financière à l'accès pour les personnes plus défavorisées. »

Déterminants sociaux de la santé



Les **déterminants sociaux de la santé** sont des facteurs interdépendants d'ordre social, politique, économique et culturel qui créent les conditions dans lesquelles les personnes naissent, vivent, grandissent, apprennent, travaillent, s'amuse et vieillissent.

L'interaction entre les **déterminants sociaux de la santé** amène ces conditions à se transformer et à changer au fil du temps et de la vie, influençant la santé des individus et des groupes de différentes façons.

La répartition inéquitable de ces déterminants entre les groupes sociaux est à l'origine de la construction et de la reproduction des inégalités sociales de santé au sein d'un même pays ou entre divers pays.

Les déterminants sociaux de la santé incluent notamment ce qui suit :

- genre
- sexe et identité sexuelle
- race et racisme
- origine ethnique
- ascendance autochtone
- colonisation
- expérience migratoire
- religion
- culture
- discrimination, exclusion sociale et inclusion sociale
- éducation, alphabétisation et littératie
- connaissances en santé
- emploi et conditions de travail
- emploi et sécurité d'emploi
- revenu et sécurité du revenu
- développement de la petite enfance
- incapacité, invalidité et déficience
- alimentation et sécurité alimentaire
- logement (abordable et de qualité)
- milieu naturel et cadre bâti
- filet de protection sociale, protection sociale
- accès aux services et aux soins de santé



Quand vous parlez avec une **travailleuse sociale**, vous pouvez dire :

« Nous ne pouvons pas aider les gens à faire des choix de vie sains sans aussi améliorer les **déterminants sociaux de la santé**, par exemple la qualité du système d'éducation ou l'accès au logement. »

Inclusion et exclusion sociales



Les concepts d'**inclusion** et d'**exclusion sociales** font référence à un processus social dynamique et complexe qui concerne toutes les tranches de la société (individu, groupe et collectivité).

Ce processus est la conséquence de rapports de force inégaux dont les dimensions peuvent être économiques, politiques, sociales et culturelles.



En parlant avec des **collègues d'un bureau de santé publique**, vous pouvez dire :

« Je constate que bien des gens souffrant de problèmes de santé mentale ne participent pas pleinement aux activités communautaires. Que pouvons-nous faire pour les intégrer davantage dans les événements organisés par les écoles ou le centre de santé communautaire et favoriser leur **inclusion sociale**? »

« En 2008, les auteurs du rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS soulignaient que les processus d'**exclusion sociale** sont à l'origine de la majorité des inégalités sociales de santé. »

POPULATIONS

Populations marginalisées



Les **populations marginalisées** sont des groupes ou communautés qui vivent des expériences de discrimination ou d'exclusion.



Quand vous parlez avec des **collègues d'un bureau de santé publique**, vous pouvez dire :

« Nous avons appris qu'une mère a décidé de ne pas suivre notre programme de soutien à l'allaitement parce qu'elle n'en comprenait pas l'objectif et ne se sentait pas à l'aise. Étant donné qu'il s'agit d'une immigrante arrivée ici depuis peu, je me demande si notre programme est bien adapté aux **populations marginalisées**. »

Populations vulnérables



Les **populations vulnérables** sont des groupes ou communautés qui présentent un risque plus élevé d'être en mauvaise santé à cause de barrières à l'accès aux ressources sociales, économiques, politiques et environnementales ou de limites dues à des maladies ou à des déficiences.

Les expressions « populations vulnérables » et « **populations fragilisées** » s'utilisent parfois de manière interchangeable.



Quand vous parlez avec des **collègues d'un centre de santé communautaire**, vous pouvez dire :

« Nous savons que les groupes sociaux associés à la vulnérabilité varient selon les sociétés. Cela dit, les femmes, les personnes âgées, les minorités visibles, les personnes ayant eu des démêlés avec la justice, les personnes vivant avec une déficience et les Autochtones font généralement partie des **populations plus vulnérables**. »

INTERVENTIONS

Ciblage dans un cadre d'universalité



Le **ciblage dans un cadre d'universalité** concerne la prestation des programmes et des services de manière à les rendre accessibles à tous (universels) mais aussi à faire en sorte que les **populations vulnérables** ou marginalisées aient accès aux services et au soutien dont elles ont besoin (ciblés).

Cette stratégie vise la **réduction des écarts de santé**.



Quand vous parlez avec des **collègues d'un bureau de santé publique**, vous pouvez dire :

« Nous nous engageons à utiliser une approche **ciblée dans un cadre d'universalité** pour nos visites à domicile destinées aux nouveau-nés. Nous devons donc proposer un programme spécifique aux familles les plus vulnérables tout en continuant d'offrir du soutien à l'ensemble des familles. »

Approche axée sur les forces



Une **approche axée sur les forces** mise sur les capacités et les liens sociaux, c'est-à-dire sur les compétences, les connaissances et le potentiel des individus, groupes ou collectivités.



Quand vous parlez avec des **urbanistes**, vous pouvez dire :

« C'est très bien que les responsables municipaux s'interrogent sur les services aux familles plus vulnérables dans leur processus de planification urbaine. Mais, au lieu de se concentrer sur ce qui ne va pas, ils pourraient adopter une **approche axée sur les forces** et chercher à prendre appui sur les atouts observés. Par exemple, les programmes de la bibliothèque qui font appel aux aînés pour initier les enfants à la lecture sont très appréciés des familles. »

Nivellement par le haut



Le **nivellement par le haut** se veut une stratégie politique visant à garantir une répartition des ressources équitable entre les individus et groupes de façon à améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population.

Le but ultime de cette stratégie est l'accès équitable aux ressources nécessaires à la santé, plus particulièrement pour les plus **défavorisés**.



Quand vous parlez avec les membres du **conseil scolaire**, vous pouvez dire :

« Ce programme est conçu dans une démarche de **nivellement par le haut**. Nos infirmières en milieu scolaire offrent des services à l'ensemble des écoles, mais le niveau de service diffère d'une école à l'autre, en fonction du profil démographique et socio-économique de la zone de fréquentation de chacune. »

Réduction des écarts de santé (« combler le fossé »)



La **réduction des écarts de santé** consiste à mettre en œuvre des programmes ou services visant à réduire les inégalités tout au long du **gradient social** en portant une attention particulière aux plus défavorisés afin que leur état de santé s'améliore et que les écarts de santé avec les plus privilégiés diminuent.



Quand vous parlez avec des **gestionnaires du secteur de la santé**, vous pouvez dire :

« Nous savons que les familles à revenu élevé doivent verser plus d'argent que les familles à faible revenu pour avoir accès à nos programmes d'aide alimentaire. En effet, pour **réduire les écarts en matière de santé**, nous devons allouer les ressources nécessaires pour rendre ces services alimentaires accessibles aux groupes à faible revenu. »

Intervention en amont



Les interventions ou stratégies **en amont** visent à modifier les conditions sociales et économiques rendant difficile l'accès aux ressources et à améliorer la capacité des individus ou des groupes à atteindre un état de santé optimal.



Quand vous parlez avec des **élus municipaux**, vous pouvez dire :

« Nous devons investir dans des politiques qui conduiront à un changement social, par exemple à faciliter l'accès à un logement de bonne qualité à prix abordable ou à un revenu minimum garanti. C'est en **intervenant en amont** que nous réussirons à réduire les **inégalités de santé**. »

Intervention en aval



Les interventions ou stratégies **en aval** visent à offrir un accès équitable aux soins et services de santé afin d'atténuer l'impact des conditions sociales et économiques sur la santé des plus défavorisés.



Quand vous parlez avec des **journalistes**, vous pouvez dire :

« Nous offrons des programmes de gestion du diabète sous forme de cuisines collectives avec le soutien des pairs. Ce programme qui fait partie d'une **intervention en aval** ne règle pas le problème du diabète mais il favorise un changement dans les habitudes alimentaires et le maintien d'un bon état de santé. »

RESSOURCE DE GLOSSAIRES CONNEXES

- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Série « Parlons-en » [Internet]. Antigonish (N.-É.), Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St Francis Xavier, 2013 et 2014 [citée en août 2014]. Récupérée à l'adresse <http://nccdh.ca/fr/resources/lsts-talk>.
- Centre de collaboration nationale en santé publique. *En quoi consistent les déterminants sociaux de la santé?* [Internet]. Ottawa (Ont.), Centre de collaboration nationale en santé publique, 2012 [cité en août 2014]. 3 p. Récupéré à l'adresse <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/SDH-factsheet>.
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. *La culture et la langue : des déterminants sociaux de la santé des Premières Nations, Inuit et Métis* [Internet]. Prince George (C.-B.), Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, Université de la Colombie-Britannique, 2009 et 2010 [cité en août 2014]. 4 p. Récupéré à l'adresse [www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/15/Culture%20and%20Language%20\(French\).pdf](http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/15/Culture%20and%20Language%20(French).pdf).
- Lentille ISS : inégalités sociales de santé. Glossaire [Internet]. Bruxelles (Belgique), Fondation Roi Baudouin [date inconnue], [cité en août 2014]. Récupéré à l'adresse www.inegalitesdesante.be/glossaire.php.
- Potvin, L., M.-J. Moquet, et C. Jones (sous la dir.). *Réduire les inégalités sociales en santé* [Internet]. Saint-Denis (France), Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, coll. « Santé en action », 2010 [cité en août 2014], 380 p. Récupéré à l'adresse www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1333.pdf.
- Organisation mondiale de la Santé, Commission des déterminants sociaux de la santé. *Comblent le fossé en une génération : Instauration de l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé – Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé* [Internet]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2008 [cité en août 2014], 246 p. Récupéré à l'adresse http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf
- Aiach, P. et D. Fassin. « L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé ». *La Revue du praticien*. 2004, n° 54, p. 2221 à 2227. Récupéré à l'adresse : http://inegalites.fr/IMG/pdf/rdp20-aiach_-2221-7.pdf.
- Bihr, A. et R. Pfefferkorn. « Les inégalités sociales de santé ». *Interrogations*. 2008, n° 6, p. 60 à 77.
- Institut national de santé publique du Québec. *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent* [Internet]. Québec (Québec), 2008 [cité en août 2014]. 106 p. Récupéré à l'adresse www.inspq.qc.ca/pdf/publications/794_Inegalites_sociales_sante.pdf.

OUTILS DE COMMUNICATION CONNEXES

Nous vous invitons à consulter les outils de communication mentionnés ci-dessous si vous devez formuler vos messages ou élaborer une stratégie de communication.

- Communiquer les déterminants sociaux de la santé — Guide pour la création de messages communs — CCDSS
<http://nccdh.ca/fr/resources/entry/communicating-the-social-determinants-of-health-common-messaging-guidelines>
- A new way to talk about the social determinants of health – Robert Wood Johnson Foundation
<http://nccdh.ca/fr/resources/entry/a-new-way-to-talk>
- Traiter des déterminants sociaux de la santé: Inégalité du revenu et santé- ACSP & CCNDS
<http://nccdh.ca/fr/resources/entry/income-inequality-and-health>
- Le leadership en santé publique : Un guide de plaidoyer pour les associations de santé publique
www.cpha.ca/uploads/progs/_/sopha/advocacy-booklet-colour-fr-final.pdf

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ (CCNDS)
Université St. Francis Xavier

Antigonish NÉ B2G 2W5

tél : 902-867-5406

télééc: 902-867-6130

www.ccnds.ca

@NCCDH_CCNDS

Rédaction : Des membres du personnel du CCNDS en collaboration avec Lisandra Lannes (RFIPS), Estelle Duchon (Nexus Santé), Catherine Hebert (Réseau de recherche en santé du Québec) et Jocelyne Bernier (Centre de recherche Léa-Roback).

Les définitions ont été élaborées en équipe au sein du CCNDS à partir de la documentation spécialisée et des commentaires reçus de collègues de la santé publique au Québec, en Ontario et au Nouveau-Brunswick.

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé est hébergé par l'Université St. Francis Xavier.

Veuillez citer l'information contenue dans le présent document comme suit :

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2015). *Glossaire français des principaux termes sur l'équité en santé*. Antigonish (N.-É.), Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.

ISBN : 978-1-987901-05-4

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de l'Agence de la santé publique du Canada, qui finance le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS). Les points de vue exprimés dans le présent document ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

Une version électronique [en format PDF] du présent document est disponible dans le site Web du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé à l'adresse www.ccnds.ca. La liste des termes apparaît également sur une page interactive du site Web du CCNDS à l'adresse www.nccdh.ca/fr/resources/glossary.

A PDF format of this publication is also available in English at www.nccdh.ca under the title *English Glossary of Essential Health Equity Terms*.