

REPENSER LA RÉPARTITION DU POUVOIR POUR FAVORISER L'ÉQUITÉ EN SANTÉ : PARLONS-EN

SUPPLÉMENT 1 - LA BASE DES CONNAISSANCES NÉCESSAIRES POUR FAIRE FACE AU DÉSÉQUILIBRE DU POUVOIR COMME CAUSE PROFONDE DES INÉGALITÉS DE SANTÉ

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1	Le renforcement du pouvoir collectif des individus vivant des iniquités et du pouvoir de la société civile mène à des politiques favorables à la santé	11
CADRES THÉORIQUES ÉTABLISSANT UN LIEN ENTRE L'ÉTAT DE SANTÉ ET LA NOTION DE POUVOIR	3		
LITTÉRATURE MONTRANT UN LIEN ENTRE LE POUVOIR ET L'ÉTAT DE SANTÉ	6	Les systèmes politiques et économiques, établis par le pouvoir, influent sur les politiques de santé	13
Effets négatifs de l'impuissance individuelle sur la santé	6	CONCLUSION	15
Effets positifs du renforcement du pouvoir individuel sur la santé	7	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	16
Un pouvoir concentré dans les mains d'une poignée de personnes peut mener à des politiques nuisibles à la santé	9	REMERCIEMENTS	18

Le présent document est le premier d'une série de trois suppléments produits pour approfondir les sujets abordés dans *Repenser la répartition du pouvoir pour favoriser l'équité en santé : Parlons-en*¹. Les deux suivants sont le *Supplément 2 - Les rôles de la santé publique dans l'élimination des déséquilibres du pouvoir dans le contexte canadien : Sommaire des entretiens et réflexions*³ et le *Supplément 3 - Les autres cadres utiles à la conceptualisation et à l'analyse du pouvoir*⁴.

INTRODUCTION

Dans le présent supplément du document *Repenser la répartition du pouvoir pour favoriser l'équité en santé : Parlons-en*¹, nous résumons nos constatations à la suite de notre revue des données probantes montrant une corrélation entre le pouvoir et l'état de santé.

Comme point de départ, reportons-nous au document de synthèse publié au cours des dernières années par Popay et ses collaborateurs² qui, à l'aide de la théorie causale, mettent en évidence le lien entre le renforcement du pouvoir et l'amélioration de l'équité en santé :

Les interventions axées sur le renforcement du pouvoir à l'échelle locale sont courantes dans le secteur de la santé. Syme nomme la théorie sous-jacente la « maîtrise de sa propre destinée ». Il propose divers enchaînements causals possibles entre cette maîtrise et l'état de santé comme tel. Le fait de vivre dans un quartier défavorisé peut engendrer un sentiment de peur du danger et d'impuissance collectives : des facteurs de stress chronique entraînant une souffrance morale qui se manifeste sous forme d'angoisse, de colère ou de dépression et qui est dommageable pour la santé. À l'inverse, les processus de renforcement du pouvoir pourraient réduire les effets négatifs du désavantage sur la santé si, par exemple, une population empêche l'installation d'une usine de traitement des déchets toxiques à proximité ou attire des ressources nécessaires pour améliorer l'environnement. Les connaissances expérientielles d'un groupe de population peuvent servir à l'élaboration de moyens plus acceptables et de ce fait plus efficaces pour atténuer le risque pour la santé auquel il s'expose. Des effets positifs pour la santé peuvent aussi indirectement s'ensuivre pour les individus, si la participation à la vie communautaire favorise la cohésion sociale ou aide à nourrir le sentiment de maîtrise et de confiance en leurs propres capacités. Enfin, employer l'engagement communautaire pour lutter contre les inégalités peut en outre contribuer au renouveau démocratique (p. ex., hausse du taux de participation au scrutin), améliorer l'engagement politique et exercer une pression plus efficace en faveur de politiques socialement plus justes^[p.1254-5]. [Traduction libre]

Pour recueillir les données, nous avons procédé à des recherches itératives dans la base de données PubMed. Le mot « pouvoir » revêt des significations différentes dans la littérature sur la santé publique, certaines n'ayant aucun lien avec la présente revue des données probantes (p. ex., pouvoir statistique). Un certain nombre de mots et de phrases sont aussi employés comme synonymes du concept de pouvoir (p. ex., « maîtrise de sa propre destinée »). La présente revue ne pouvait donc pas être exhaustive d'autant plus que les ressources disponibles sont plutôt rares. De manière générale, nous avons analysé les articles de langue anglaise revus par les pairs de même que la littérature grise et les livres de langue anglaise recensés à l'aide de termes de recherche précis, par exemple « power », « empowerment » et « community power » en combinaison avec les mots « health » ou « disease », et émanant de pays prédéterminés (p. ex., Canada, France, Allemagne, Italie, Japon, Royaume-Uni, États-Unis, Suède, Norvège, Finlande). Pour l'exploration des données, nous avons ajouté les articles et les rapports pertinents cités dans les documents recensés. Nous avons dans la plupart des cas exclu les articles traitant du milieu médical, par exemple ceux sur le pouvoir des patients ou du personnel infirmier du système de santé. Nous avons également exclu les études sur le renforcement du pouvoir individuel dans les pays en développement, parce que le contenu avait peu de similarité avec l'expression du pouvoir au Canada.

Remarque au sujet de la terminologie : « autonomisation » versus « renforcement du pouvoir »

Dans le présent supplément et dans le texte de la série « Parlons-en¹ » auquel il se rapporte, nous employons intentionnellement les expressions « renforcement du pouvoir » et « renforcement du pouvoir communautaire ou collectif » au lieu des termes « autonomisation » et « autonomisation communautaire » pour les deux raisons expliquées ci-dessous.

Premièrement, comme l'indiquent Woodall et ses collaborateurs⁵ et aussi Christens⁶, l'expression « autonomisation » s'est diluée au cours des années, et bien des gens l'utilisent aujourd'hui pour parler d'une autonomisation individualiste. Comme l'affirme Christens, la prévalence des notions individualistes de l'autonomisation a un rapport avec l'idéologie néolibérale montante et est en grande partie responsable de la dilution terminologique du concept d'autonomisation^{6(p.373)}. Il importe de souligner que Woodall et ses collaborateurs estiment que l'autonomisation individuelle à elle seule n'a aucune véritable incidence sur l'atténuation des inégalités de santé et peut se révéler illusoire en ce sens qu'elle ne donne pas lieu à une augmentation quelconque du pouvoir ou des ressources comme tels^{5(p.743)}. Qui plus est, les conceptualisations individualistes de l'autonomisation, selon Christens, n'englobent pas la notion d'autonomisation psychologique, alors qu'elle a été conceptualisée de manière écologique dans une construction hiérarchique inextricable de l'autonomisation organisationnelle et communautaire^{6(p.373)}. Pour notre part, nous estimons que les notions de renforcement du pouvoir et de renforcement du pouvoir communautaire reflètent ces conceptualisations non individualistes plus larges.

En second lieu, les récentes critiques à propos du terme « autonomisation » font essentiellement référence à l'idée que tout le monde possède un pouvoir inné et que le pouvoir n'est pas quelque chose qu'une personne ou bien qu'un groupe de personnes peut donner à une autre personne ou à un autre groupe de personnes, comme le sous-entend le terme. En employant à la place « renforcer le pouvoir avec » et « renforcer le pouvoir communautaire ou collectif avec », on évite de laisser supposer que le pouvoir peut être conféré par ou à quelqu'un.

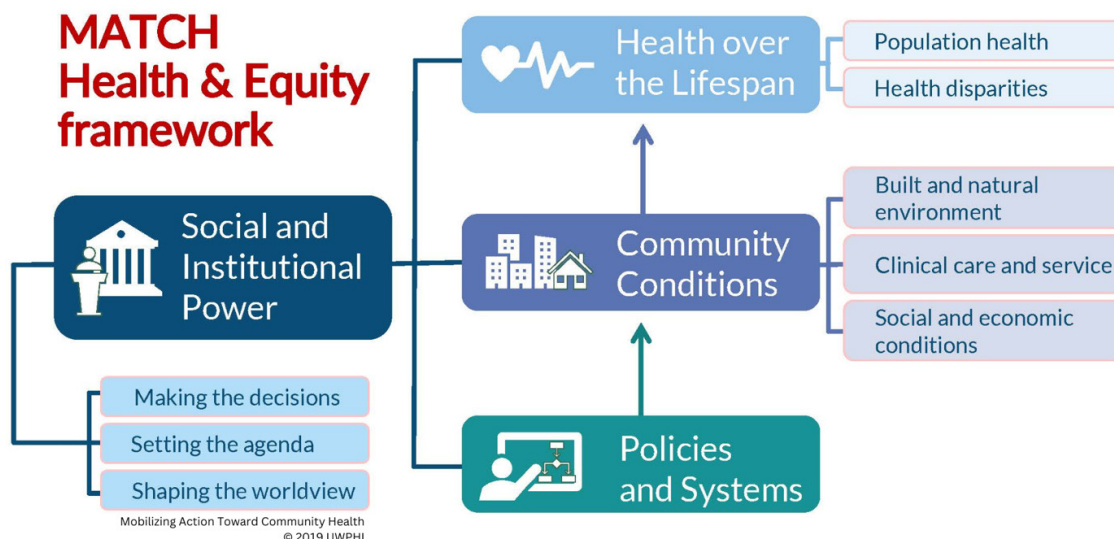
Soulignons que, pour les citations ou les références au sujet de l'usage historique du terme, nous faisons une exception et employons le terme autonomisation.

CADRES THÉORIQUES ÉTABLISSANT UN LIEN ENTRE L'ÉTAT DE SANTÉ ET LA NOTION DE POUVOIR

Commençons par décrire quelques-unes des théories établissant un lien entre le pouvoir et l'état de santé.

L'équipe du programme Mobilizing Action Toward Community Health (MATCH) du Population Health Institute de la University of Wisconsin a élaboré le modèle conceptuel reproduit à la figure 1. Celui-ci schématise le lien entre le pouvoir social et institutionnel et l'état de santé suivant un cheminement sur trois axes intermédiaires, c'est-à-dire l'état de santé sur la durée de la vie, les conditions de vie dans la collectivité, et les politiques et les systèmes⁷. Trois formes de pouvoir social et institutionnel figurent dans le modèle (se rapprochant des trois faces du cadre du pouvoir décrit dans *Repenser la répartition du pouvoir pour favoriser l'équité en santé : Parlons-en!*). Les trois influent directement sur l'état de santé (l'état de santé sur la durée de la vie) mesuré par l'état de santé de la population et les disparités de santé; sur les conditions de vie dans la collectivité, y compris le milieu bâti et l'environnement naturel, la médecine clinique et les services cliniques et les conditions sociales et économiques, et, enfin, sur les politiques et les systèmes.

Figure 1 : Modèle conceptuel de la santé et de l'équité MATCH^{7(p.12)}

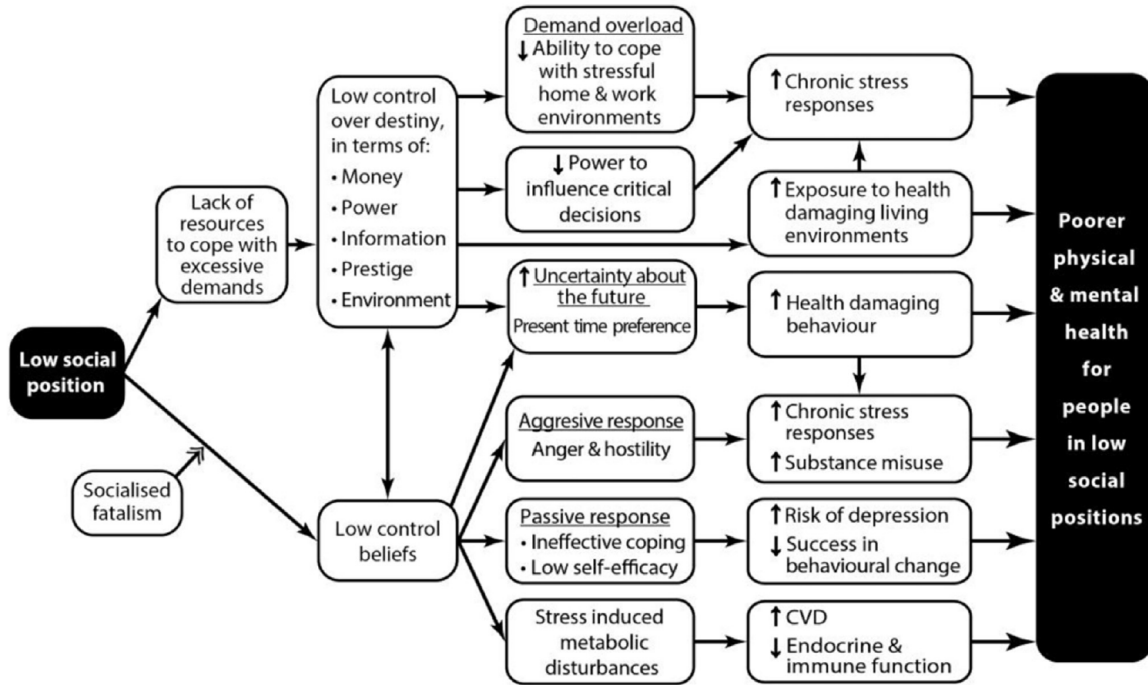


Whitehead et ses collaborateurs⁸ ont fait paraître ces dernières années un document synthèse sur les modèles conceptuels établissant un lien entre la « maîtrise de sa propre destinée »—un concept utilisé en santé publique pour traduire les caractéristiques du pouvoir—et les inégalités de santé de nature socioéconomique. Les auteurs divisent les théories en trois niveaux hiérarchiques :

- Micro/personnel : *La position sociale de la personne entre en ligne de compte dans les ressources à sa disposition pour assumer son destin (en termes d'argent, de pouvoir, d'information, de prestige) et dans les décisions importantes influant sur sa vie*^(p.54). [Traduction libre]
- Méso/communautaire : *Les notions de contrôle communautaire ou collectif dépassent les conditions de vie individuelles et englobent la force et le pouvoir généré par la mobilisation générale pour mieux influencer sur les conditions matérielles et sociales dans les quartiers/milieus de vie immédiats*^(p.54). [Traduction libre]
- Macro/sociétal : *L'orientation culturelle vers certains groupes de population (p. ex., préférence pour un fils ou préjugé lié au genre) et les transitions sociopolitiques (p. ex., expériences des anciennes républiques de l'URSS) opèrent à l'échelle des sociétés dans leur ensemble, influençant ainsi le degré de contrôle des membres d'une société sur leur propre vie*^(p.54). [Traduction libre]

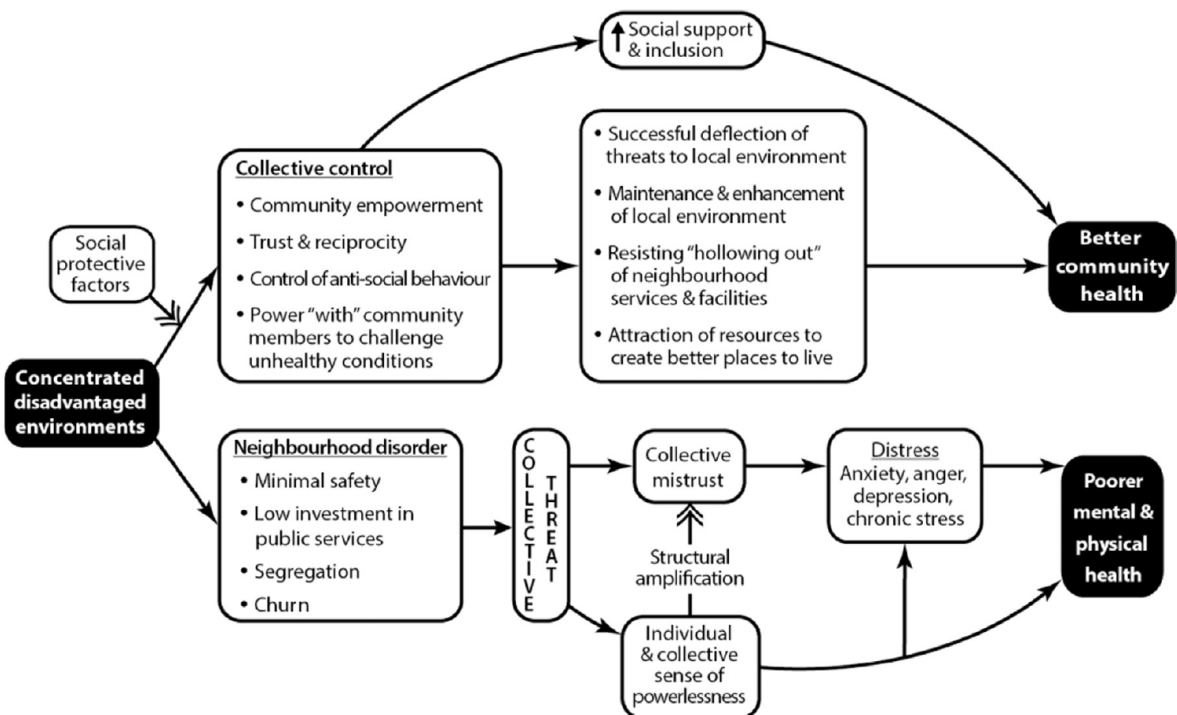
Les auteurs résument les théories du niveau micro/personnel à l'aide du modèle conceptuel présenté dans la figure 2 ci-dessous. Ils montrent la mesure dans laquelle une faible position sociale et une faible maîtrise de sa destinée (réelle et perçue) peuvent mener à une plus forte prévalence des problèmes de santé physique et mentale.

Figure 2 : Cheminement des théories du niveau micro/personnel montrant le lien entre un faible contrôle sur sa vie et les inégalités de santé de nature socioéconomique^{8(p.54)}



À l'aide du modèle conceptuel présenté dans la figure 3 ci-dessous, les auteurs résument ensuite les théories du niveau méso/communautaire qui tournent autour de l'interaction des individus avec leur milieu de vie. Les théories sont réparties selon deux cheminements possibles. L'un concerne les voies entraînant les troubles publics et les effets en découlant. Le deuxième se rapporte au contrôle collectif par lequel des facteurs de protection sociale entrent en ligne de compte dans la capacité d'une population de braver des conditions de vie défavorables.

Figure 3 : Cheminement des théories du niveau méso/communautaire montrant le lien entre un faible contrôle sur sa vie et les inégalités de santé de nature socioéconomique^{8(p.56)}



Enfin, pour le niveau macro/sociétal, les auteurs proposent deux modèles conceptuels pour schématiser divers aspects ou exemples du cheminement des théories. Le premier a trait à la discrimination fondée sur le genre (voir la figure 4) et le deuxième à la répartition sociale durant une transition socioéconomique expéditive (voir la figure 5).

Figure 4 : Cheminement des théories établissant une corrélation entre le statut inférieur des femmes et le mauvais état de santé des femmes dans une société donnée^{8(p.57)}

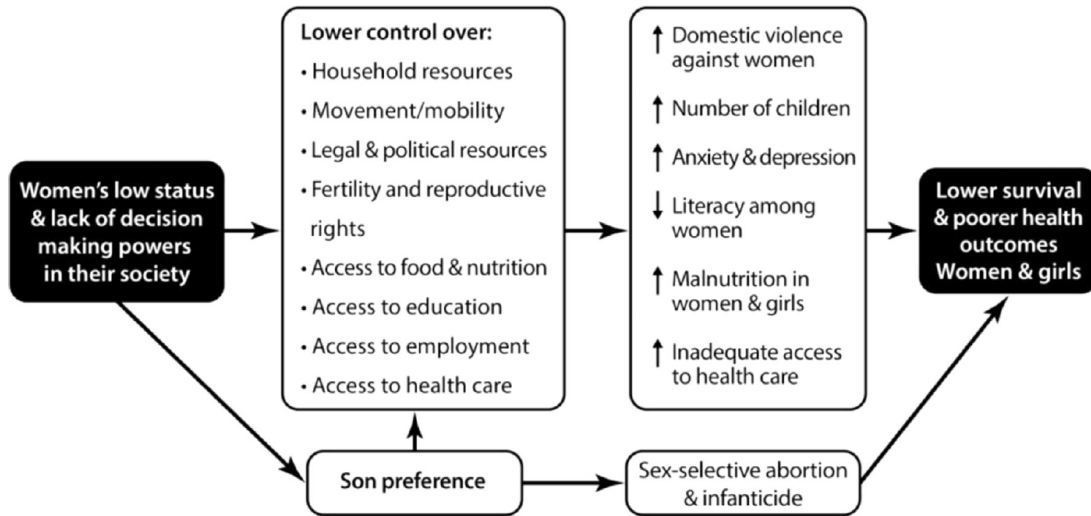


Figure 5 : Cheminement des théories établissant une corrélation entre les transitions sociétales traumatisantes et la détérioration de l'état de santé des populations^{8(p.58)}



Nous attirons ici l'attention sur le fait que le concept de maîtrise de sa destinée fait abstraction d'autres dimensions du pouvoir, par exemple le pouvoir d'influencer la vision du monde. Ces formes de pouvoir discursives (p. ex., véhiculant le néolibéralisme) influent aussi sur la santé au niveau macro/sociétal. Qui plus est, les modèles de Whitehead et de ses collaborateurs omettent la notion voulant que les personnes actuellement en position de pouvoir influencent les politiques et les structures de telle sorte qu'il peut en résulter des effets négatifs pour la santé des autres. Notre revue des données probantes remédie en bonne partie à ces deux lacunes. Nous présentons nos observations plus loin dans le présent document sous les titres « Un pouvoir concentré dans les mains d'une poignée de personnes peut mener à des politiques nuisibles à la santé » et « Les systèmes politiques et économiques, établis par le pouvoir, influent sur les politiques de santé ».

LITTÉRATURE MONTRANT UN LIEN ENTRE LE POUVOIR ET L'ÉTAT DE SANTÉ

EFFETS NÉGATIFS DE L'IMPUISSANCE INDIVIDUELLE SUR LA SANTÉ

En 2002, Wallerstein⁹ présentait une synthèse des travaux de recherche réalisés en santé publique au cours des deux décennies précédentes au sujet du renforcement du pouvoir. Elle terminait son texte sur les mots suivants :

En somme, il appert que vivre dans un contexte de défavorisation matérielle et sociale—vivre dans la pauvreté, occuper un emploi au bas de l'échelle, travailler dans de mauvaises conditions de travail ou être sans emploi, faire l'objet de discrimination, vivre dans un quartier très défavorisé, avoir peu de capital social et être en situation d'iniquité relative par rapport aux autres—constitue un important facteur de risque de développer des problèmes de santé. La situation d'impuissance ou bien, comme l'appelle Syme, le fait de ne pas être « maître de sa propre destinée » devient donc un important déterminant social^[p.73]. [Traduction libre]

Milieu de travail

Les premières recherches sur le pouvoir individuel et la santé portaient principalement sur le milieu de travail. Des décennies de recherche ont servi à examiner les effets pour la santé de la latitude au travail et du contrôle sur son travail—l'autonomie décisionnelle, c'est-à-dire la liberté de prendre et d'influencer certaines décisions se rattachant au travail, mesurée par sondage à l'aide d'items normalisés. Il ressort des études réalisées depuis les années 1970 qu'un faible niveau d'autorité décisionnelle engendre, par exemple, plus de stress, davantage de maladies cardiovasculaires, une santé autoperçue comme étant moins bonne et un plus grand nombre d'absences pour maladie¹⁰⁻¹⁶.

Les études, y compris celles publiées au Canada au cours des dernières années, révèlent que certaines populations comme es immigrants et les travailleurs temporaires s'exposent à un risque plus élevé d'atteinte à la santé et d'accident de travail en raison du moins en partie du manque de pouvoir au travail¹⁷⁻¹⁹.

Comme l'ont résumé Muntaner et ses collaborateurs²⁰ :

D'innombrables recherches démontrent que les personnes occupant l'un des nombreux types d'emploi présentant un niveau de risque élevé—emploi précaire, sans emploi, emploi informel, travail des enfants et servitude pour dettes—s'exposent à emprunter des voies comportementales, psychosociales et physiopathologiques entraînant des problèmes de santé physique et mentale. D'autres voies montrant le rapport entre le travail et les inégalités de santé sont étroitement corrélées aux conditions de travail dangereuses (défavorisation matérielle et sociale, absence de protection sociale et insécurité d'emploi), aux demandes excessives et aux objectifs de travail irréalisables, sans véritable pouvoir ni rétribution (en salaires, en avantages sociaux ou en stabilité d'emploi). Les différences observées à l'échelle mondiale par rapport aux contextes sociaux et aux types d'emploi causent des cheminements différents, mais le modèle conceptuel général laisse supposer que les relations de pouvoir officielles et officieuses entre le personnel et les employeurs sont susceptibles d'influer sur l'état de santé^[p.281]. [Traduction libre]

Milieus autres que le milieu de travail

Les données probantes révèlent également que le pouvoir d'un individu sur sa situation personnelle à l'extérieur du travail entre en ligne de compte dans son état de santé. Dans une revue systématique publiée récemment, Orton et ses collaborateurs²¹ en viennent à la conclusion que de solides données probantes ressortant d'un petit nombre d'études longitudinales très rigoureuses révèlent que le peu de contrôle perçu sur son milieu environnant peut jouer un rôle important dans les cheminements entre une faible position sociale et un mauvais état de santé et de bien-être^[p.929].

Femmes autochtones au Canada

Moffitt²² estime que la colonisation des peuples autochtones du Canada constitue une forme de pouvoir et de contrôle qui s'est révélée dommageable pour la santé et que la colonisation est en soi un déterminant de la santé. Elle évoque à ce propos les femmes tliches (tribu des plats-côtés-de-chiens) des peuples dénés forcées de se séparer de leur famille et de leur communauté pour donner naissance—et le sentiment d'impuissance de toute femme se refusant à une telle séparation—pour citer un exemple d'accouchements qui tournent mal. Dans le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, les auteurs font par ailleurs plusieurs fois référence au pouvoir colonial et au pouvoir du sexisme et à la violence en découlant²³.

Un article sur le taux d'infections transmissibles sexuellement (ITS) élevé chez les femmes cries du Canada se termine sur l'analyse suivante :

[...] l'abus de pouvoir dans les relations interpersonnelles inflige des souffrances physiques, mentales, émotionnelles et spirituelles qui brisent la roue de médecine. Les personnes blessées cherchent dans la médecine une façon de mettre un terme à leur souffrance et de permettre la guérison. De nombreuses personnes adoptent des moyens temporaires (sexe, drogue et alcool) ou permanents (suicide) qui soulagent la souffrance sans la guérir. [...] D'autres cherchent la guérison en participant à des cérémonies et en rétablissant leurs relations (wahkohtowin) avec soi, l'esprit/la religion, autrui, les connaissances traditionnelles et les enseignements traditionnels. Les médecines axées sur la souffrance sont susceptibles d'accroître les ITS, alors que celles centrées sur la guérison, de les diminuer²⁴[p.20]. [Traduction libre]

EFFETS POSITIFS DU RENFORCEMENT DU POUVOIR INDIVIDUEL SUR LA SANTÉ

Dans sa revue des données probantes réalisée en 2006 pour le compte du Réseau des bases factuelles en santé du Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour l'Europe, Nina Wallerstein²⁵ formule les observations suivantes (le terme « autonomisation » fait partie de la citation tirée du document en français) :

Les études consacrées à l'efficacité des stratégies d'autonomisation ont défini deux voies principales : les processus par lesquels l'autonomisation est engendrée et ses effets sur les plans de l'amélioration de la santé et de la réduction des disparités de santé. Il est reconnu que l'autonomisation est non seulement un résultat en soi, mais également un stade intermédiaire influençant les bilans de santé et les disparités à long terme. Selon la première optique, une série de résultats ont été recensés à des niveaux multiples et dans un grand nombre de domaines : niveaux psychologique, organisationnel et communautaire d'une part, et domaines du ménage et de la famille, économique, politique, de programmes et de services (tels que la santé, les systèmes d'approvisionnement en eau et l'éducation), et juridique. Seuls quelques chercheurs ont eu recours à des types d'études qui produisent des bases factuelles jugées solides selon les systèmes traditionnels d'évaluation. Cependant, selon des bases factuelles reposant sur des études à plusieurs niveaux, les initiatives d'autonomisation peuvent produire des résultats au niveau de la santé et l'autonomisation est une stratégie de santé publique viable.

Un grand nombre d'études ont porté sur l'autonomisation des populations socialement exclues (par exemple, les femmes, les jeunes, les personnes risquant de contracter l'infection à VIH et le sida, et les pauvres), bien que le recours à l'autonomisation convienne également pour d'autres populations et d'autres questions de santé publique. Les interventions d'autonomisation des jeunes ont produit de multiples résultats d'autonomisation et de santé : efficacité personnelle perçue et collective, renforcement de la cohésion du groupe, formation de groupes de jeunes viables, accroissement de la participation à des activités structurées, y compris l'action sociale en faveur de la jeunesse, et de changements de politique, qui entraînent une amélioration de la santé mentale et des résultats scolaires. Les stratégies d'autonomisation à plusieurs niveaux en faveur de la prévention de l'infection à VIH et du sida qui s'attaquent aux manques d'équité liés au sexe ont amélioré l'état de santé et réduit les taux d'infection à VIH. Les interventions d'autonomisation des femmes, intégrées dans les secteurs économique, éducatif et politique, ont eu les effets les plus importants sur la

qualité de la vie, l'autonomie et l'autorité des femmes et sur les changements de politiques, ainsi que sur l'amélioration de la santé des enfants et des familles. Les stratégies d'autonomisation des patients et des familles ont augmenté l'aptitude des patients à prendre en charge leur maladie, à adopter des comportements plus sains et à utiliser plus efficacement les services de santé, et ont renforcé l'efficacité des aidants et leurs aptitudes d'adaptation aux problèmes. Des coalitions et des partenariats interorganisations qui favorisent l'autonomisation grâce à une participation accrue et à des changements de l'environnement et des politiques ont engendré divers résultats sur le plan de l'état de santé^[p.2].

De plus, une revue des données probantes réalisée en 2010 par Woodall et ses collaborateurs²⁶ compte les différents points suivants :

- De solides données probantes ressortant de revues de la littérature et d'études individuelles montrent que les interventions consacrées au renforcement du pouvoir améliorent chez les personnes participantes le bien-être psychologique, y compris la connaissance de ses propres capacités, la confiance en soi et l'estime de soi^[p.12].
- Les constatations d'une revue de la littérature laissent sous-entendre que la participation à des groupes partageant les mêmes intérêts peut aider les individus à accroître leur sentiment d'avoir le contrôle sur leur propre vie^[p.13].
- Des travaux de recherche démontrent le lien entre le renforcement du pouvoir et l'amélioration des connaissances et de la prise de conscience^[p.14].
- Les stratégies de renforcement du pouvoir qui sont destinées aux groupes présentant un risque élevé (travailleurs du sexe, utilisateurs de drogues injectables, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ne s'identifiant pas comme des homosexuels) impliquent en général des méthodes connexes et il s'avère que de telles approches peuvent mener à des changements de comportement, y compris une augmentation de l'utilisation d'un préservatif, ce qui donne lieu à une réduction des cas d'infection par le VIH^[p.14].
- Seules quelques études ont pu démontrer une corrélation entre la participation de la population et de réels bienfaits pour la santé^[p.15].

Voici des exemples de réflexions faites sur le sujet dans des publications plus récentes :

- Une revue systématique des données probantes sur le renforcement du pouvoir des femmes dans les pays en développement a mené à la conclusion suivante :
Nous avons pu observer des associations statistiquement significatives entre le renforcement du pouvoir des femmes et la santé maternelle et infantile, y compris en ce qui a trait aux soins prénataux, à la présence d'une personne qualifiée lors de l'accouchement, à l'usage de contraceptifs, à la mortalité infantile, à la vaccination complète, à l'état nutritionnel et à l'exposition à la violence. Bien que les associations diffèrent en importance et en orientation, les études analysées confirment en général l'hypothèse voulant que le renforcement du pouvoir des femmes ait un lien significatif et positif avec la santé maternelle et infantile²⁷[p.119]. [Traduction libre]
- Une étude sur un programme pilote de renforcement du pouvoir s'adressant aux travailleurs du sexe dans un centre urbain du Canada indique que le programme a permis de réduire la stigmatisation intériorisée et de renforcer l'estime de soi, d'améliorer la conscience critique, la participation et le contrôle, et la mobilisation des ressources, et de renforcer la solidarité²⁸.
- Il s'avère par ailleurs que le renforcement du pouvoir des jeunes a pour effet de réduire les cas de tentatives de suicide, d'idéation suicidaire et de dépression²⁹, et d'améliorer l'état de santé autoperçue³⁰.

UN POUVOIR CONCENTRÉ DANS LES MAINS D'UNE POIGNÉE DE PERSONNES PEUT MENER À DES POLITIQUES NUISIBLES À LA SANTÉ

Corrélation entre les politiques et la santé

Alors que nous venons de montrer que la littérature révèle une nette corrélation entre l'état de santé et le pouvoir et l'impuissance d'un individu, nous avons généralement constaté dans les données probantes sur le pouvoir communautaire un lien entre celui-ci et les politiques et les pratiques courantes. Bien que d'autres données probantes mettent en évidence un lien causal entre celles-ci et l'état de santé, la corrélation s'avère plus indirecte, les changements dans les politiques et les pratiques agissant comme intermédiaires.

Parmi les recherches publiées et résumées ci-dessous, certaines visaient à explorer l'ascendant du pouvoir des entreprises sur les politiques publiques susceptibles de nuire à la santé. Nous n'avons cependant pu trouver qu'une seule étude sur l'influence exercée par les autres détenteurs du pouvoir (p. ex., les riches) sur les politiques et l'état de santé. Cushing et ses collaborateurs³¹ ont examiné l'inégalité sociale en fonction de la richesse et de la race, les déséquilibres du pouvoir et le bilan environnemental sous-jacents reconnus comme ayant un lien avec les problèmes de santé. Ils ont découvert des preuves plus solides pour montrer que les inégalités sociales et les déséquilibres du pouvoir influent sur les politiques sur la qualité de l'air et de l'eau ayant une incidence plus directe sur l'état de santé et des preuves beaucoup moins solides pour ce qui est des polluants qui se dispersent plus et qui produisent des effets plus persistants pour la santé^[p.193].

Pouvoir des entreprises

Comme l'ont fait observer Baum et ses collaborateurs³² :

Le grand défi du xxi^e siècle pour la santé publique sera de répondre à la dynamique changeante des pays capitalistes et à l'incidence en découlant sur les conditions de vie quotidienne des gens et ultimement l'équité en santé. Le décuplement du pouvoir et de l'influence des multinationales jouera un rôle fondamental sur ce plan. Puisque les multinationales tendent de plus en plus à dominer le commerce et les investissements sur l'échiquier mondial et à façonner les économies à l'échelle nationale, les problèmes de santé et d'équité causés par leurs pratiques ont aujourd'hui des répercussions majeures sur la santé publique^[p.11]. [Traduction libre]

Les chercheurs ont appuyé leurs propos en donnant des exemples d'effets positifs et négatifs sur la santé :

Certains des exemples d'effets positifs se rapportent aux activités liées à des valeurs communes :

- Mars (chocolat) participant à des projets de gestion durable du cacao en mettant la science, la technologie et la certification au service des agriculteurs afin d'accroître le rendement et l'approvisionnement durable.
- Nestlé ajoutant des micronutriments tels que le fer et l'iode aux produits alimentaires afin d'améliorer la santé des populations des régions appauvries.
- BHP Billiton rehaussant la qualité et la fiabilité de l'approvisionnement local au Chili en mettant sur pied le programme de fournisseurs de classe mondiale, ce qui a entraîné une forte croissance de l'emploi.

Les exemples d'effets négatifs sont les suivants :

- En 1998, durant une période où l'Afrique du Sud compte la grande majorité des cas de VIH/sida, 41 multinationales de l'industrie pharmaceutique entament des poursuites contre le gouvernement du pays pour avoir mis en place des mesures de réduction du prix des antirétroviraux.
- L'épuisement et la contamination des eaux souterraines par Coca-Cola en Inde afin de fabriquer un produit contenant 10 cuillères à thé de sucre, concourant ultimement aux épidémies d'obésité et de diabète dans le monde.
- En juin 2009, à la suite d'une flambée d'infections à la bactérie E. coli attribuables à la pâte à biscuits réfrigérée Toll House produite par Nestlé dans une usine de Danville (Virginie), Nestlé rappelle la totalité des produits Toll House au pays. Il est apparu par la suite que la direction de l'usine avait antérieurement refusé l'accès aux dossiers internes de gestion parasitaire et de plaintes des consommateurs aux inspecteurs de la Food and Drug Administration (FDA).

- En 1984, un nuage de gaz toxique s'échappe d'une usine chimique de l'Union Carbide à Bhopal, en Inde, et fait des milliers de victimes. Les séquelles se font encore ressentir aujourd'hui dans la population qui lutte pour le nettoyage, la réparation et la justice.
- Philip Morris Asia Limited a poursuivi le gouvernement australien pour l'abrogation des lois sur l'emballage neutre des produits du tabac, même si les analystes prédisent que le tabac causera la mort de plus d'un milliard de personnes dans le monde d'ici la fin du siècle.
- Les stratégies d'évitement fiscal adoptées par le géant mondial McDonald ont sans doute coûté aux gouvernements européens un milliard d'euros et au gouvernement australien 497 millions de dollars en raison des reçus non déclarés entre 2009 et 2013 seulement, limitant ainsi les fonds à investir par les gouvernements dans les infrastructures et les services favorables à la santé.
- Les activités de l'industrie extractive entraînent de graves conséquences sociales et environnementales. Depuis que l'Australienne TNC BHP a commencé à exploiter la mine de Papouasie-Nouvelle-Guinée dans les années 1980, des centaines de millions de tonnes de déchets ont été rejetées dans la rivière Tedi, causant des dommages irréversibles à l'écologie aquatique et la déforestation massive des lieux environnants, ce qui s'est répercuté sur la santé des peuples autochtones.
- Une revue non systématique a révélé que les sociétés pharmaceutiques font disparaître et interprètent erronément les données scientifiques, ce qui mène à une surestimation systématique de la sécurité et de l'efficacité des produits, et qu'elles font aussi pression sur les organes réglementaires pour se soustraire à la divulgation d'effets négatifs en invoquant la protection des « secrets commerciaux ».

Ces exemples sont révélateurs, sans être exhaustifs, de l'étendue des conséquences cumulatives à l'échelle locale, régionale, nationale et mondiale découlant potentiellement des activités des multinationales. Ils s'avèrent aussi révélateurs de l'influence du pouvoir économique des multinationales sur les pressions faites auprès des gouvernements et autres parties concernées au sujet des compromis à faire entre les objectifs économiques et sociaux dans les processus de développement national^[32p.3]. [Traduction libre]

Milsom et ses collaborateurs³³ ont analysé les données probantes mettant en évidence l'influence du pouvoir des grandes entreprises sur le régime commercial international et ses actions pour tuer dans l'œuf toute initiative stratégique en matière de maladies non transmissibles. Les chercheurs en sont venus à conclure que la face souvent cachée et invisible du pouvoir et des non-décisions fait considérablement obstacle aux analyses empiriques et aux inférences causales à effectuer entre les processus du pouvoir et les résultats^[p.502]. Ils se sont tout de même fondés sur plus d'une centaine de publications, dont quelques-unes émanant du Canada, pour formuler leurs observations, notamment les suivantes :

- [...], les données probantes indiquent que les [multinationales fabriquant les produits de consommation nocifs pour la santé] exercent un pouvoir instrumental en s'appuyant sur leurs relations (lobbying direct des responsables de l'élaboration des politiques commerciales) et leurs propres règles (menace de contrevenir aux règles commerciales ou démarche auprès du gouvernement pour accéder aux mécanismes juridiques^[p.502]).
- [...], les structures, les pratiques et les visées institutionnelles néolibérales font en sorte que ces mêmes multinationales obtiennent souvent un accès privilégié aux espaces de prise de décision sur le commerce et la santé où leurs intérêts limitent la portée des programmes^[p.503].
- [...] ils tendent à exercer un avantage sur le pouvoir discursif en renforçant le discours au sujet des problèmes de santé de sorte à le faire coïncider avec la logique et les valeurs néolibérales^[p.503]. [Traduction libre]

Les auteurs expliquent en outre les stratégies possibles pour contrer cet usage du pouvoir de la part des entreprises.

D'autres études ont servi à examiner le pouvoir des entreprises dans des situations données, par exemple :

- l'industrie du tabac et son incidence sur les efforts déployés pour réglementer ou taxer les produits du tabac³⁴;
- l'industrie alimentaire et son incidence sur les efforts déployés pour réglementer ou taxer les boissons gazeuses, les aliments ultratransformés et les repas rapides, et, de manière générale, sur ceux pour instaurer des politiques nutritionnelles³⁵⁻⁴¹;
- l'industrie du pétrole et du gaz et ses démarches pour ralentir la suppression du plomb des carburants⁴²;
- une société minière et son pouvoir d'influence sur les réglementations visant à protéger la santé⁴³. [Traduction libre]

LE RENFORCEMENT DU POUVOIR COLLECTIF DES INDIVIDUS VIVANT DES INIQUITÉS ET DU POUVOIR DE LA SOCIÉTÉ CIVILE MÈNE À DES POLITIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ.

De solides éléments de preuves montrent que les nombreux mécanismes employés pour renforcer le pouvoir collectif des groupes de population contraints de vivre dans la marginalisation et renforcer le pouvoir de la société civile conduisent à des changements d'orientation susceptibles d'améliorer la santé et l'équité en santé, quoique les travaux de recherche n'aient pas permis d'établir un lien de cause à effet entre le renforcement du pouvoir collectif et l'état de santé⁴⁴. Nous résumons ci-dessous les textes de la littérature traitant des modes de renforcement du pouvoir collectif et du pouvoir de la société civile.

Prise de décision concertée

Dans leur rapport technique intitulé *A systematic review of evidence on the impacts of joint decision-making on community wellbeing*—dans lequel la prise de décision concertée équivaut au pouvoir que peuvent exercer les membres d'un groupe de population sur la prise de décision—, Pennington et ses collaborateurs tirent la conclusion suivante⁴⁵ :

La teneur des études sélectionnées suffit à montrer que les interventions axées sur la prise de décision concertée peuvent s'avérer utiles pour faire dévier les facteurs de risque pour le milieu (de vie) local et résister à la dégradation des services et des équipements collectifs dans les quartiers, pour maintenir et améliorer les conditions de vie dans la collectivité et pour attirer les ressources nécessaires à la création de meilleurs endroits où vivre. En plus, certaines études révèlent que les interventions avaient donné lieu à plus de confiance et de réciprocité, à une meilleure maîtrise des comportements antisociaux et à un pouvoir partagé avec la population afin de lutter contre les conditions de vie nocives pour la santé. Les bienfaits observés concernent un vaste éventail de déterminants de la santé et du bien-être bien connus (concordant avec le modèle socioenvironnemental de Dahlgren et Whitehead), y compris le milieu physique dans lequel les gens vivent, les relations sociales, l'état de santé physique et mentale de l'individu, la santé communautaire, le bien-être individuel, et l'état de santé et de bien-être de la collectivité dans son ensemble^[p.54-5]. [Traduction libre]

Les chercheurs ont également noté pour les personnes prenant part au processus des conséquences fâcheuses associées aux lacunes dans la conception et la mise en œuvre des interventions, par exemple l'absence de soutien et d'encadrement du personnel des organismes publics, les participants locaux, et le manque de rétroaction et de communication entre les organismes publics et la population locale^[p.55]. Ils font néanmoins remarquer que ces conséquences négatives se prêtent au changement.

Renforcement du pouvoir communautaire ou collectif

De nombreux écrits traitent plus largement des effets du renforcement du pouvoir communautaire pour la santé (c.-à-d., au-delà de la prise de décision concertée). Certains le décrivent comme étant un processus d'action sociale par lequel les individus, les collectivités et les organisations acquièrent la maîtrise de leur destinée dans le contexte d'une démarche pour changer leur environnement social et politique afin d'assurer une plus grande équité et d'améliorer la qualité de vie⁴⁶[p.73]. La revue narrative mandatée par le Réseau des bases factuelles en santé du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe a mis en lumière ce qui suit (le terme « empowerment » fait partie de la citation tirée du document en français) :

L'évaluation de l'empowerment communautaire comprend la mesure des liens communautaires – le capital social (89-91), la cohésion de voisinage (92), l'influence de voisinage (93), le sens de la communauté (94), les ressources ou atouts de la communauté (95, 96) – et la mesure de la participation communautaire, avec l'importance des organisations communautaires, mais aussi l'évolution objective des politiques de santé publique, les changements de normes, l'accroissement de l'équité, et l'amélioration des conditions matérielles (73). Les variables d'empowerment identifiées au niveau local et national dans les secteurs politique, économique, législatif, et intégrées aux droits de l'Homme, comprennent la bonne gouvernance, la responsabilité institutionnelle, et l'empowerment des femmes (64, 97, 98). La bonne gouvernance inclut la responsabilisation des décideurs et des gestionnaires par la transmission d'informations au public, l'accroissement des libertés civiles, la diminution de la corruption, et une sensibilité accrue des institutions aux besoins et problèmes de santé de la population, ainsi que l'établissement de relations réciproques avec un public en charge de sa santé, disposant d'un meilleur accès à une information transparente et au contrôle des ressources. Les libertés civiles et la participation communautaire, qui favorisent la transparence, ont par exemple eu un impact positif sur le développement (86), les dépenses pour les écoles (64, 99), et la réorientation des services de santé, notamment en accroissant la fréquentation des centres de santé (45, 100, 101). L'empowerment des femmes est mesuré à un niveau national par le pourcentage de femmes investies dans la politique ou occupant des postes d'encadrement ainsi que la part de revenus détenue par les femmes (102); au niveau d'un foyer, leur empowerment sera mesuré par leur possession de la terre, leur autonomie et leur autorité dans la prise de décision, leur mobilité et le degré de violence domestique (103)^{25(p.9)}.

De nombreux textes ont paru dans la littérature ces dernières années concernant des démarches axées directement sur le renforcement du pouvoir communautaire. Le logement constitue l'un des sujets de prédilection, et le projet Big Local en Angleterre (R.-U.) a d'ailleurs fait l'objet de nombreuses études de cas⁴⁷⁻⁵¹.

Recherche participative communautaire

La recherche participative communautaire se caractérise par le partage du pouvoir entre les chercheurs et les populations locales, et elle vise en outre à renforcer le pouvoir de ces mêmes populations⁵². La méthode (telle que la définit l'équipe du Kellogg Foundation's Community Health Scholars Program et telle qu'elle est citée par Minkler et ses collaborateurs⁵³) consiste en ce qui suit :

[...] un processus collaboratif auquel l'ensemble des partenaires participe sur un pied d'égalité au travail de recherche et qui repose sur la reconnaissance des forces uniques de chaque partenaire. Un sujet de recherche revêtant de l'importance pour la population sert de point de départ et vise à transformer les connaissances en action afin d'opérer un changement social propre à améliorer la santé communautaire et à éliminer les inégalités de santé^(p.7). [Traduction libre]

D'innombrables études de cas mettent en évidence la portée de la recherche participative communautaire sur les politiques en matière de santé, y compris celles concernant les milieux de travail sains dans l'industrie du commerce de détail, la justice criminelle, la justice environnementale, la circulation des marchandises, l'urbanisme et l'éducation⁵³⁻⁵⁵. Il appert en outre qu'un tel processus donne lieu à une amélioration des comportements liés à la santé et de l'état de santé⁵⁶.

Capacité communautaire

La capacité communautaire renvoie parfois aux caractéristiques des collectivités qui influent sur leur capacité de cerner les problèmes sociaux et de santé publique et de se mobiliser pour y remédier^{57(p.259)} et à la maximisation et à l'utilisation des connaissances, des compétences, des systèmes et des ressources transférables entrant en ligne de compte dans les changements collectifs et individuels compatibles avec les buts et objectifs en santé publique^{57(p.259)}. Le sens chevauche ainsi celui du renforcement du pouvoir communautaire, quoique de façon plus étroite. Les études montrent que le renforcement de la capacité communautaire favorise la mise en place de programmes et de politiques propres à améliorer la santé, en intensifiant par exemple l'activité physique⁵⁸ et la justice environnementale^{59,60}. Popay et ses collaborateurs avertissent toutefois que le renforcement du pouvoir exige de centrer le renforcement sur la capacité d'agir sur l'extérieur (sur la transformation politique et sociale pour assurer une plus grande équité), pas seulement sur l'intérieur (sur les capacités psychosociales des collectivités, les changements dans les modes de vie et les conditions de vie dans le quartier immédiat^{2(p.1254)}).

Organisation communautaire et syndicale

L'organisation communautaire (aussi appelée « organisation populaire » et « construction de la base populaire ») se définit dans certaines études comme étant le processus destiné à aider des groupes populaires à cerner les problèmes communs ou à modifier leurs objectifs, à mobiliser les ressources et à élaborer et à mettre en œuvre les stratégies voulues pour atteindre leurs objectifs^{61(p.37)}. Les organisateurs communautaires perçoivent leur travail comme étant du renforcement du pouvoir communautaire⁶²⁻⁴. L'organisation communautaire vise essentiellement des changements dans les politiques et les systèmes qui ont trait aux déterminants de la santé⁶⁵, par exemple le logement^{63,66}, les transports⁶⁵, l'immigration⁶⁴, la réforme du système de justice⁶⁷ et les enjeux environnementaux⁶⁸. La notion de l'équité en santé a aussi contribué à l'organisation communautaire et à la démarche de renforcement du pouvoir⁶⁹.

Il appert de plus que l'organisation syndicale, par l'entremise des syndicats, par exemple, a mené à de meilleures mesures en matière de santé et de sécurité au travail^{20,70}.

Société civile

De façon plus globale, Anaf et ses collaborateurs⁷⁰ soulignent que la société civile comme telle est en mesure de renforcer la capacité d'agir sur les structures du pouvoir existantes, y compris les multinationales, pour faire avancer l'équité. Les syndicats, les organisations non gouvernementales et les groupes informels de citoyens comptent parmi les acteurs de la société civile. Les stratégies employées passent en général par la mobilisation des membres d'une communauté locale et le plaidoyer, y compris le boycottage de produits, l'activisme des actionnaires, les manifestations populaires ou les activités de sensibilisation, la perturbation des activités commerciales et les poursuites en justice ou le lobbying auprès des instances gouvernementales. Les organisations de la société civile ont utilisé avec succès ce genre de stratégie et obtenu de la sorte des changements d'orientation^{70,71}.

LES SYSTÈMES POLITIQUES ET ÉCONOMIQUES, ÉTABLIS PAR LE POUVOIR, INFLUENT SUR LES POLITIQUES DE SANTÉ

Au niveau macro/sociétal, des chercheurs ont analysé la relation entre les systèmes politiques et économiques et l'état de santé.

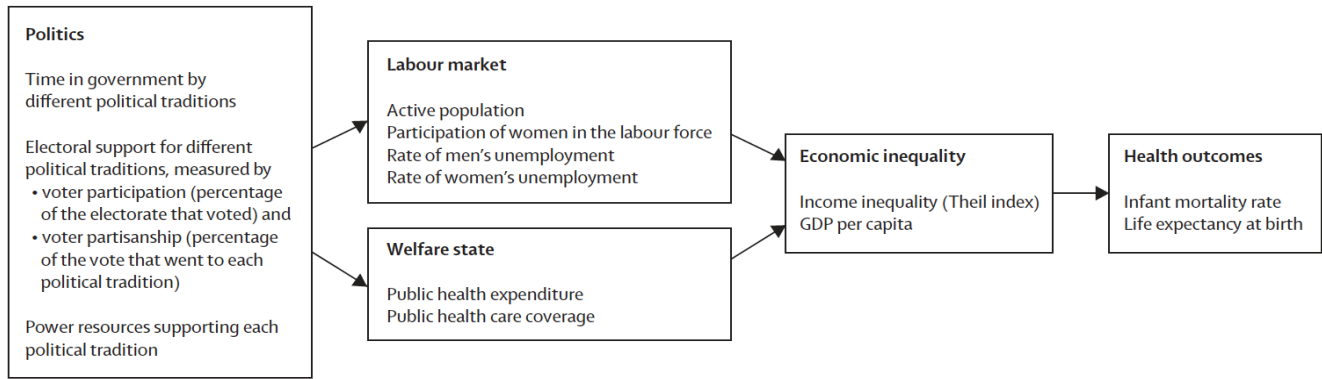
Wise and Sainsbury⁷² montrent au sens le plus large que la démocratie, qu'ils définissent comme étant un mécanisme de gouvernance destiné à partager le pouvoir politique en parts égales (du moins, le répartir plus équitablement) parmi les citoyens des États membres^(p.178), a permis d'améliorer l'état de santé. Malgré les défauts méthodologiques des ouvrages publiés sur la question, les chercheurs ont tout de même conclu que :

[...] certaines données probantes révèlent que les sociétés présentant, par exemple, un plus fort taux de participation aux élections, une participation plus directe aux prises de décisions sociétales et une plus grande liberté économique et personnelle enregistrent un taux de mortalité plus faible, toutes catégories d'âge confondues, une plus longue espérance de vie et une meilleure santé mentale^(p.181). [Traduction libre]

Dans le même ordre d'idées, les pays encourageant davantage l'exercice du pouvoir—mesuré en termes de droits politiques et de libertés civiles—présentent une espérance de vie plus longue et un plus faible taux de mortalité infantile et chez les moins de cinq ans⁷³. D'un autre côté, dans une démocratie représentative, les individus cèdent une partie de leur pouvoir aux représentants élus, qui détiennent ainsi un « pouvoir sur » l'électorat dans certains dossiers, mais qui ont le mandat de l'utiliser pour le bien commun.

Certains auteurs soutiennent que le pouvoir détermine le système politique et le parti au pouvoir, qui déterminent les politiques économiques et d'assistance sociale, qui déterminent ensuite l'ampleur de la pauvreté et des inégalités économiques, qui déterminent au final l'état de santé et les iniquités^{74,75} (voir la figure 6). Lorsque les élites économiques, dont fait partie le milieu des affaires, détiennent le pouvoir et dominent les prises de décision au sujet des politiques, nous voyons les conservateurs régner au gouvernement et l'état de santé et les iniquités se détériorer⁷⁶.

Figure 6 : Corrélation entre la politique et les politiques et l'état de santé^{74(p.1036)}

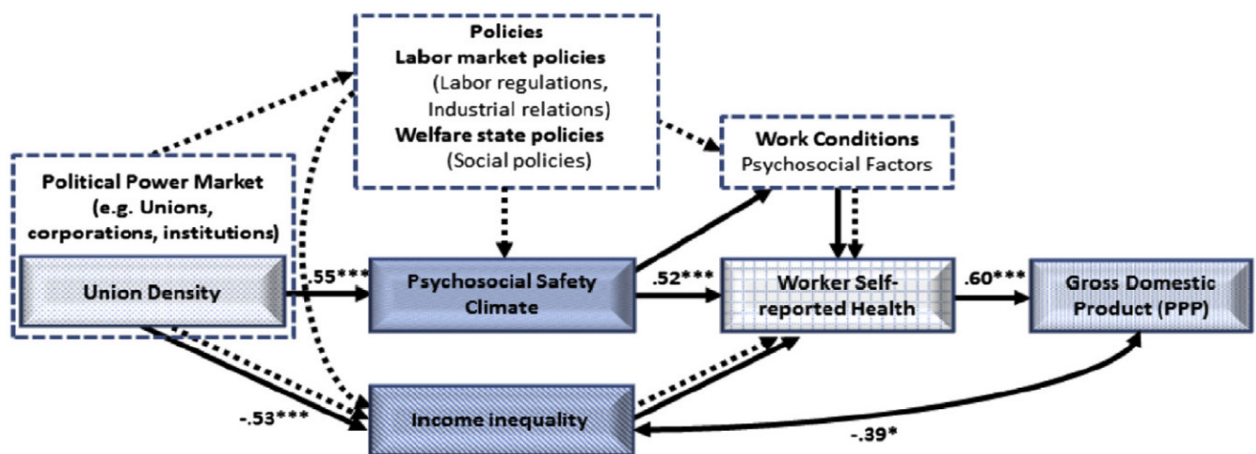


Lorsque le pouvoir de la classe ouvrière est fort, l'état de santé s'améliore et les iniquités s'amenuisent⁷⁷. De nombreuses études montrent que les gouvernements formés par des partis politiques aux idéologies plus égalitaires (p. ex., social-démocratie) tendent à instaurer des politiques de redistribution plus énergiques que les gouvernements conservateurs. En outre, les politiques de ces gouvernements—comme les politiques sous le sceau de l'État-providence et les politiques du marché du travail—ont pour effet d'améliorer l'état de santé et d'atténuer les inégalités de santé^{74,75}.

Examinons la question de plus près. Dollard et Nesper⁷⁸ se fondent sur les données probantes pour affirmer que les travailleurs des pays assurant une meilleure protection des travailleurs, que reflète par exemple le taux de syndicalisation (c.-à-d., gouvernements sociaux-démocrates), jouissent d'une meilleure santé. Leur modèle est présenté à la figure 7. Il montre la corrélation entre l'état de santé autodéclaré par les travailleurs et le produit intérieur brut à l'aide de cinq jeux de données émanant de 31 pays européens. Il appert que leurs résultats :

[...] étayent une explication sociale voulant que les facteurs sociaux et économiques (p. ex., régimes d'État-providence, politiques liées au marché du travail) de concert avec les agents du pouvoir politique à l'échelle nationale justifient en partie les différences de protection observées d'un pays à l'autre [...] entrant en ligne de compte dans l'état de santé et la productivité des travailleurs^(p.114). [Traduction libre]

Figure 7 : Modèle de productivité nationale liée à la santé des travailleurs^{78(p.116)}



---> proposed by Benach et al., 2007
 —> tested empirically

Solid boxes reflect the final model, different shades reflect different data sources
 */*** Beta values significant in final model, P < .05; P < .001

Dollard & Nesper, 2013 ©

À l'issue de leur revue de la littérature sur les déterminants politiques de la santé, Beckfield et Krieger⁷⁹ formulent pour leur part les commentaires suivants :

1) la transition vers le capitalisme (survenue dans les années 1980 et 1990 en Europe centrale et orientale) a probablement amplifié les inégalités relatives fondées sur l'éducation; 2) les réformes néolibérales (axées sur le marché) ont soit exacerbé soit consolidé les inégalités de santé relatives et absolues et ne les ont certainement pas atténuées; 3) dans les pays riches, l'association entre le type d'État-providence et l'ampleur des inégalités de santé semble ténue, particulièrement en ce qui a trait aux inégalités fondées sur l'éducation et 4) l'intégration démocratique [intégration politique des femmes et des groupes raciaux, ethniques et autochtones relégués au second rang], si elle est envisagée sur une longue période, peut mener à la diminution des inégalités de santé relatives et absolues^(p.167). [Traduction libre]

Ils concluent que l'équilibre des pouvoirs entre les groupes de population privés de pouvoir (p. ex., le mouvement ouvrier, le mouvement féministe et le mouvement des droits civils aux États-Unis) et les détenteurs du pouvoir^(p.169) influe sur la politique et les politiques et, par voie de conséquence, sur les inégalités de santé.

D'autres chercheurs ont également explicité la corrélation entre le néolibéralisme—une forme de capitalisme encourageant un entrecroisement de stratégies, y compris la privatisation, la déréglementation, les réductions d'impôt et l'austérité pour rétablir le pouvoir de marché et de capital de manière à orienter les grandes décisions économiques et politiques^{80(p.25)}—et l'inégalité de santé. Pensons par exemple à son incidence sur l'alimentation, l'éducation, les soins de santé, le monde du travail, les transports et les liens sociaux⁸⁰.

CONCLUSION

En somme, la littérature sur la santé publique que nous avons sélectionnée puis passée en revue nous a menés à tirer les conclusions suivantes :

- Il y a une corrélation évidente entre le pouvoir individuel et collectif et une meilleure santé, et aussi entre l'impuissance individuelle et collective et une moins bonne santé. Il va de soi que le pouvoir collectif s'applique davantage aux démarches faites en matière de déterminants sociaux de la santé et l'équité. Cependant, le pouvoir collectif et le pouvoir individuel s'entrecroisent. Le renforcement du pouvoir individuel joue un rôle fondamental dans le renforcement du pouvoir collectif, et le renforcement du pouvoir collectif entraîne le renforcement du pouvoir individuel. Il importe dès lors de considérer les deux.
- Lorsqu'une poignée de personnes non représentatives (p. ex., décisionnaires clés des entreprises) détiennent un pouvoir excessif par comparaison avec celui de la société civile, elle peut orienter les décisions stratégiques, les institutions et les systèmes—et créer des conditions de vie dans la collectivité—de façon à nuire à la santé de certains groupes de population et à maintenir ou à exacerber les inégalités.
- Quand des groupes de population contraints de vivre dans la marginalisation et la société civile renforcent leur pouvoir, l'état de santé des populations s'améliore.
- Il appert en outre que les pratiques et les systèmes politiques démocratiques entrent en ligne de compte dans l'état de santé. Ils peuvent favoriser une participation plus ou moins grande des gens au processus décisionnel et soutenir certaines idéologies influant directement sur les choix stratégiques.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Repenser la répartition du pouvoir pour favoriser l'équité en santé : Parlons-en [En ligne]. Antigonish (NS): CCNDS, Université St. Francis Xavier; 2023 [cité le 12 juillet 2023]. 19 p. Disponible au https://nccdh.ca/images/uploads/CCNDS_Repenser_la_repartition_du_pouvoir_pour_favoriser_lequite_en_sante_parlons_en_FR.pdf
2. Popay J, Whitehead M, Ponsford R, Egan M, Mead R. Power, control, communities and health inequalities I: theories, concepts and analytical frameworks. *Health Promot Int*. 2021, oct;36(5):1253-63. doi : 10.1093/heapro/daa133
3. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Repenser la répartition du pouvoir pour favoriser l'équité en santé : Parlons-en. Supplément 2 – Les rôles de la santé publique dans la correction des déséquilibres du pouvoir dans le contexte canadien : Sommaire des entretiens et réflexions [En ligne]. Antigonish (NS): CCNDS, Université St. Francis Xavier; 2023 [cité le 2023 10 16]. Disponible au https://nccdh.ca/images/uploads/CCNDS_Lets-talk-power-Supplement-2_FR.pdf
4. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Repenser la répartition du pouvoir pour favoriser l'équité en santé : Parlons-en. Supplément 3 – Les autres cadres utiles à la conceptualisation et à l'analyse du pouvoir [En ligne]. Antigonish (NS): CCNDS, Université St. Francis Xavier; 2023 [cité le 2023 10 16]. Disponible au https://nccdh.ca/images/uploads/CCNDS_Lets-talk-power-Supplement-3_FR.pdf
5. Woodall JR, Warwick-Booth L, Cross R. Has empowerment lost its power? *Health Educ Res*. 2012, août;27(4):742-5. doi: 10.1093/her/cys064
6. Christens BD. In search of powerful empowerment. *Health Educ Res*. 2013, juin;28(3):371-4. doi: 10.1093/her/cyt045
7. University of Wisconsin Population Health Institute. 2022 annual report [En ligne]. Madison (WI) : The Institute; 2023 [cité le 12 juillet 2023]. 46 p. Disponible au https://uwphi.pophealth.wisc.edu/wp-content/uploads/sites/316/2023/06/PHI-AnnualReport-2022_Final-1.pdf [en anglais]
8. Whitehead M, Pennington A, Orton L, Nayak S, Petticrew M, Sowden A, et al. How could differences in 'control over destiny' lead to socio-economic inequalities in health? A synthesis of theories and pathways in the living environment. *Health Place*. 2016, mai;39:51-61. doi: 10.1016/j.healthplace.2016.02.002
9. Wallerstein N. Empowerment to reduce health disparities. *Scand J Public Health*. 2002, sept;30(59 Suppl):72-7. doi: 10.1177/14034948020300031201
10. Bosma H, Van Jaarsveld CH, Tuinstra J, Sanderman R, Ranchor AV, Van Eijk JT, et al. Low control beliefs, classical coronary risk factors, and socio-economic differences in heart disease in older persons. *Soc Sci Med*. 2005, fév;60(4):737-45. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.06.018
11. Danna K, Griffin R W. Health and well-being in the workplace: a review and synthesis of the literature. *J Manag*. 1999;25(3):357-84. doi: 10.1016/S0149-2063(99)00006-9
12. Kuper H, Marmot M. Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health*. 2003, fév;57(2):147-53. doi: 10.1136/jech.57.2.147
13. North FM, Syme SL, Feeney A, Shipley M, Marmot M. Psychosocial work environment and sickness absence among British civil servants: the Whitehall II study. *Am J Public Health*. 1996, mars;86(3):332-40. doi: 10.2105/ajph.86.3.332
14. Rahkonen O, Laaksonen M, Martikainen P, Roos E, Lahelma E. Job control, job demands, or social class? The impact of working conditions on the relation between social class and health. *J Epidemiol Community Health*. 2006, jan;60(1):50-4. doi: 10.1136/jech.2005.035758
15. Siegrist J, Marmot M. Health inequalities and the psychosocial environment—two scientific challenges. *Soc Sci Med*. 2004, avril;58(8):1463-73. doi: 10.1016/S0277-9536(03)00349-6
16. Toren K, Schioler L, Giang WK, Novak M, Soderberg M, Rosengren A. A longitudinal general population-based study of job strain and risk for coronary heart disease and stroke in Swedish men. *BMJ Open*. 2014;4(3):e004355 [7 p.]. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004355
17. Lay AM, Kosny A, Aery A, Flecker K, Smith PM. The occupational health and safety vulnerability of recent immigrants accessing settlement services. *Can J Public Health*. 2018, juin;109(3):303-11. doi: 10.17269/s41997-018-0063-4
18. Lay AM, Saunders R, Lifshen M, Breslin C, LaMontagne A, Tompa E, et al. Individual, occupational, and workplace correlates of occupational health and safety vulnerability in a sample of Canadian workers. *Am J Ind Med*. 2016, fév;59(2):119-28. doi: 10.1002/ajim.22535
19. Yanar B, Kosny A, Smith PM. Occupational health and safety vulnerability of recent immigrants and refugees. *Int J Environ Res Public Health*. 2018, sep;15(9):article 2004 [16 p.]. doi: 10.3390/ijerph15092004
20. Muntaner C, Solar O, Vanroelen C, Martínez JM, Vergara M, Santana V, et al. Unemployment, informal work, precarious employment, child labor, slavery, and health inequalities: pathways and mechanisms. *Int J Health Serv*. 2010, avril;40(2):281-95. doi: 10.2190/HS.40.2.h
21. Orton LC, Pennington A, Nayak S, Sowden A, Petticrew M, White M, et al. What is the evidence that differences in 'control over destiny' lead to socioeconomic inequalities in health? A theory-led systematic review of high-quality longitudinal studies on pathways in the living environment. *J Epidemiol Community Health*. 2019, oct;73(10):929-34. doi: 10.1136/jech-2019-212565
22. Moffitt PM. Colonialization : a health determinant for pregnant Dogrib women. *J Transcult Nurs*. 2004, oct;15(4):323-30. doi : 10.1177/1043659604268959
23. Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées. Réclamer notre pouvoir et notre place : le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées [En ligne]. Ottawa (ON) : L'Enquête nationale; 2019 [cité le 12 juillet 2023]. 2 vol. Disponible au <https://www.mmiwg-ffada.ca/fr/final-report/>
24. Gesink D, Whiskeyjack L, Suntuens T, Mihic A, McGilvery P. Abuse of power in relationships and sexual health. *Child Abuse Negl*. 2016, août;58:12-23. doi: 10.1016/j.chiabu.2016.06.005
25. Wallerstein N. Dans quelle mesure, selon les bases factuelles disponibles, l'autonomisation améliore-t-elle la santé? – Résumé [En ligne]. Copenhagen (Denmark): Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional pour l'Europe; 2006, fév [Traduction IREPS Bretagne 2009] [cité le 12 juillet 2023]. 37 p. Disponible au <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/364209/9789289056861-fre.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
26. Woodall J, Raine G, South J, Warwick-Booth L. Empowerment and health & well-being: evidence review [En ligne]. Leeds (UK): Leeds Metropolitan University, Centre for Health Promotion Research; 2010, sep [cité le 12 juillet 2023]. 35 p. Disponible au <https://eprints.leedsbeckett.ac.uk/id/eprint/2172/> [en anglais]
27. Pratlley P. Associations between quantitative measures of women's empowerment and access to care and health status for mothers and their children: a systematic review of evidence from the developing world. *Soc Sci Med*. 2016, nov;169:119p31. doi : 10.1016/j.socscimed.2016.08.001
28. Benoit C, Belle-Isle L, Smith M, Phillips R, Shumka L, Atchison C, et al. Sex workers as peer health advocates: community empowerment and transformative learning through a Canadian pilot program. *Int J Equity Health*. 2017, 30 août;16(1):article 160 [16 p.]. doi: 10.1186/s12939-017-0655-2
29. Wasserman D. Review of health and risk-behaviours, mental health problems and suicidal behaviours in young Europeans on the basis of the results from the EU-funded Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study. *Psychiatria Polska*. 2016;50(6):1093-107. doi: 10.12740/PP/66954

30. Simonsen N, Lahti A, Suominen S, Valimaa R, Tynjala J, Roos E, et al. Empowerment-enabling home and school environments and self-rated health among Finnish adolescents. *Health Promot Int.* 2020, fév;35(1):82-92. doi: 10.1093/heapro/day104
31. Cushing L, Morello-Frosch R, Wander M, Pastor M. The haves, the have-nots, and the health of everyone: the relationship between social inequality and environmental quality. *Annu Rev Public Health.* 2015;36:193-209. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031914-122646
32. Baum FE, Sanders DM, Fisher M, Anaf J, Freudenberg N, Friel S, et al. Assessing the health impact of transnational corporations: its importance and a framework. *Global Health.* 2016;12:article 27 [7 p.]. doi: 10.1186/s12992-016-0164-x
33. Milsom P, Smith R, Baker P, Walls H. Corporate power and the international trade regime preventing progressive policy action on non-communicable diseases: a realist review. *Health Policy Plan.* 2021, mai;36(4):493-508. doi: 10.1093/heapol/czaa148
34. Holden C, Lee K. Corporate power and social policy: the political economy of the transnational tobacco companies. *Glob Soc Policy.* 2009, déc;9(3):328-54. doi: 10.1177/1468018109343638
35. Anaf J, Baum FE, Fisher M, Harris E, Friel S. Assessing the health impact of transnational corporations: a case study on McDonald's Australia. *Global Health.* 2017;13:article 7 [16 p.]. doi: 10.1186/s12992-016-0230-4
36. Carriedo A, Lock K, Hawkins B. Policy process and non-state actors' influence on the 2014 Mexican soda tax. *Health Policy Plan.* 2020, oct;35(8):941-52. doi: 10.1093/heapol/czaa060
37. Garton K, Swinburn B, Thow AM. Who influences nutrition policy space using international trade and investment agreements? A global stakeholder analysis. *Global Health.* 2021;17:article 118 [16 p.]. doi: 10.1186/s12992-021-00764-7
38. Moodie R, Bennett E, Kwong EJ, Santos TM, Pratiwi L, Williams J, et al. Ultra-processed profits: the political economy of countering the global spread of ultra-processed foods – a synthesis review on the market and political practices of transnational food corporations and strategic public health responses. *Int J Health Policy Manag.* 2021, déc;10(12):968-82. doi: 10.34172/ijhpm.2021.45
39. Sievert K, Lawrence M, Parker C, Baker P. Understanding the political challenge of red and processed meat reduction for healthy and sustainable food systems: a narrative review of the literature. *Int J Health Policy Manag.* 2021, déc;10(12):793-808. doi: 10.34172/ijhpm.2020.238.
40. Swinburn B. Power dynamics in 21st-century food systems. *Nutrients.* 2019, oct;11(10):article 2544 [10 p.]. doi: 10.3390/nu11102544
41. Wilde P, Pomeranz JL, Lizewski LJ, Ruan M, Mozaffarian D, Zhang FF. Legal feasibility of US government policies to reduce cancer risk by reducing intake of processed meat. *Milbank Q.* 2019, juin;97(2):420-48. doi: 10.1111/1468-0009.12385
42. Wilson N, Horrocks J. Lessons from the removal of lead from gasoline for controlling other environmental pollutants: a case study from New Zealand. *Environ Health.* 2008;7:article 1 [10 p.]. doi: 10.1186/1476-069X-7-1
43. Anaf J, Baum F, Fisher M, London L. The health impacts of extractive industry transnational corporations: a study of Rio Tinto in Australia and Southern Africa. *Global Health.* 2019;15:article 13. doi: 10.1186/s12992-019-0453-2
44. Milton B, Attree P, French B, Povall S, Whitehead M, Popay J. The impact of community engagement on health and social outcomes: a systematic review. *Community Dev J.* 2012, juil;47(3):316-34. doi: 10.1093/cdj/bsr043
45. Pennington A, Watkins M, Bagnall AM, South J, Corcoran R. A systematic review of evidence on the impacts of joint decision-making on community wellbeing [En ligne]. London (UK): What Works Centre for Wellbeing; 2018, août [cité le 12 juillet 2023]. 112 p. Disponible au <https://livrepository.liverpool.ac.uk/3028951> [en anglais]
46. Wallerstein N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *Am J Health Promot.* 1992, jan;6(3):197-205. doi: 10.4278/0890-1171-6.3.197
47. Keene DE. "We need to have a meeting": public housing demolition and collective agency in Atlanta, Georgia. *Hous Policy Debate.* 2016;26(1):210-30. doi: 10.1080/10511482.2015.1043837
48. McGowan VJ, Wistow J, Lewis SJ, Popay J, Bamba C. Pathways to mental health improvement in a community-led area-based empowerment initiative: evidence from the Big Local 'Communities in Control' study, England. *J Public Health (Oxf).* 2019, déc;41(4):850-7. doi: 10.1093/pubmed/fdy192
49. Powell K, Barnes A, Anderson de Cuevas R, Bamba C, Halliday E, Lewis S, et al. Power, control, communities and health inequalities III: participatory spaces—an English case. *Health Promot Int.* 2021, oct;36(5):1264-74. doi: 10.1093/heapro/daaa059
50. Townsend A, Abraham C, Barnes A, Collins M, Halliday E, Lewis S, et al. "I realised it weren't about spending the money. It's about doing something together:" the role of money in a community empowerment initiative and the implications for health and wellbeing. *Soc Sci Med.* 2020, sep;260:article 113176 [9 p.]. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113176
51. Yoo S, Butler J, Elias TI, Goodman RM. The 6-step model for community empowerment: revisited in public housing communities for low-income senior citizens. *Health Promot Pract.* 2009, avril;10(2):262-75. doi: 10.1177/1524839907307884
52. Wallerstein N, Oetzel JG, Sanchez-Youngman S, Boursaw B, Dickson E, Kastelic S, et al. Engage for equity: a long-term study of community-based participatory research and community-engaged research practices and outcomes. *Health Educ Behav.* 2020, juin;47(3):380-90. doi: 10.1177/1090198119897075
53. Minkler M, Breckwich Vasquez V, Chang C, Miller J, Rubin V, Glover Blackwell A, et al. Promoting healthy public policy through community-based participatory research: ten case studies [En ligne]. Oakland (CA): PolicyLink; 2008 [cité le 12 juillet 2023]. 68 p. Disponible au https://www.policylink.org/sites/default/files/CBPR_PromotingHealthyPublicPolicy_final.pdf [en anglais]
54. Minkler M, editor. Community organizing and community building for health and welfare (3e édition). New Brunswick (NJ): Rutgers University Press; 2012. 512 p.
55. Wallerstein N, Duran B, Oetzel JG, Minkler M, editors. Community-based participatory research for health: advancing social and health equity (3e édition). Hoboken (NJ): Jossey-Bass; 2017. 480 p.
56. Cyril S, Smith BJ, Possamai-Inesedy A, Renzaho AM. Exploring the role of community engagement in improving the health of disadvantaged populations: a systematic review. *Glob Health Action.* 2015;8(1):article 29842 [12 p.]. doi: 10.3402/gha.v8.29842
57. Goodman RM, Speers MA, McLeroy K, Fawcett S, Kegler M, Parker E, et al. Identifying and defining the dimensions of community capacity to provide a basis for measurement. *Health Educ Behav.* 1998, juin;25(3):258-78. doi: 10.1177/109019819802500303
58. Ubert T, Forberger S, Gansefort D, Zeeb H, Brand T. Community capacity building for physical activity promotion among older adults—a literature review. *Int J Environ Res Public Health.* 2017;14(9):article 1058 [16 p.]. doi: 10.3390/ijerph14091058
59. Freudenberg N. Community capacity for environmental health promotion: determinants and implications for practice. *Health Educ Behav.* 2004, août;31(4):472-90. doi: 10.1177/1090198104265599
60. Freudenberg N, Pastor M, Israel B. Strengthening community capacity to participate in making decisions to reduce disproportionate environmental exposures. *Am J Public Health.* 2011, déc;101(S1):S123-30. doi: 10.2105/AJPH.2011.300265

61. Minkler M, Wallerstein N. Improving health through community organization and community building: perspectives from health education and social work. Dans : Minkler M, dir. Community organizing and community building for health and welfare (3e édition). New Brunswick (NJ): Rutgers University Press; 2012. p. 37-58.
62. Schrantz DM. Drawing on community organizing to advance public health in Minnesota and beyond. Health Aff (Millwood). 2012, déc;31(12):2799-800. doi: 10.1377/hlthaff.2012.1112
63. Minkler M. Community organizing among the elderly poor in the United States: a case study. Int J Health Serv. 1992, avril;22(2):303-16. doi: 10.2190/6KFL-N1WY-NPDG-RXP5
64. Minkler M, Rebanal RD, Pearce R, Acosta M. Growing equity and health equity in perilous times: lessons from community organizers. Health Educ Behav. 2019, oct;46(1_suppl):9S-18S. doi: 10.1177/1090198119852995
65. Speer PW, Tesdahl EA, Ayers JF. Community organizing practices in a globalizing era: building power for health equity at the community level. J Health Psychol. 2014, jan;19(1):159-69. doi: 10.1177/1359105313500255
66. Dahmann N, Dennison B. Organizing for healthy communities: a report from public housing in Los Angeles. Prog Community Health Partnersh. 2013, printemps;7(1):77-82. doi: 10.1353/cpr.2013.0007
67. Cooper DG, Christens BD. Justice system reform for health equity: a mixed methods examination of collaborating for equity and justice principles in a grassroots organizing coalition. Health Educ Behav. 2019, oct;46(1_suppl):62S-70S. doi: 10.1177/1090198119859411
68. Parker EA, Chung LK, Israel BA, Reyes A, Wilkins D. Community organizing network for environmental health: using a community health development approach to increase community capacity around reduction of environmental triggers. J Prim Prev. 2010, avril;31(1-2):41-58. doi: 10.1007/s10935-010-0207-7
69. Pastor M, Terriquez V, Lin M. How community organizing promotes health equity, and how health equity affects organizing. Health Aff (Millwood). 2018, mars;37(3):358-63. doi: 10.1377/hlthaff.2017.1285
70. Anaf J, Baum F, Fisher M, Friel S. Civil society action against transnational corporations: implications for health promotion. Health Promot Int. 2020, août;35(4):877-87. doi: 10.1093/heapro/daz088
71. O'Campo P, Freiler A, Muntaner C, Gelormino E, Huegaerts K, Puig-Barrachina V, et al. Resisting austerity measures to social policies: multiple explanatory case studies. Health Promot Int. 2019, déc;34(6):1130-40. doi: 10.1093/heapro/day073
72. Wise M, Sainsbury P. Democracy: the forgotten determinant of mental health. Health Promot J Austr. 2007;18(3):177-83. doi: 10.1071/he07177
73. Garces-Ozanne A, Kalu EI, Audas R. The effect of empowerment and self-determination on health outcomes. Health Educ Behav. 2016, déc;43(6):623-31. doi: 10.1177/1090198116667665
74. Navarro V, Muntaner C, Borrell C, Benach J, Quiroga A, Rodríguez-Sanz M, et al. Politics and health outcomes. The Lancet. 2006, 16 sep;368(9540):1033-7. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69341-0
75. Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Urbanos R, Pasarin MI, Rico A, Fraile M, et al. Power relations and premature mortality in Spain's autonomous communities. Int J Health Serv. 2003, oct;33(4):687-722. doi: 10.2190/FMBN-3013-FT75-C3TH
76. Raphael D, Komakech M, Bryant T, Torrence R. Governmental illegitimacy and incompetency in Canada and other liberal nations: implications for health. Int J Health Serv. 2019, jan;49(1):17-36. doi: 10.1177/0020731418795136
77. Muntaner C, Lynch JW, Hillemeier M, Lee JH, David R, Benach J, et al. Economic inequality, working-class power, social capital, and cause-specific mortality in wealthy countries. Int J Health Serv. 2002, oct;32(4):629-56. doi: 10.2190/N7A9-5X58-0DYT-C6AY
78. Dollard MF, Neser D Y. Worker health is good for the economy: union density and psychosocial safety climate as determinants of country differences in worker health and productivity in 31 European countries. Soc Sci Med. 2013, sep;92:114-23. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.04.028
79. Beckfield J, Krieger N. Epi + demos + cracy: linking political systems and priorities to the magnitude of health inequities—evidence, gaps, and a research agenda. Epidemiol Rev. 2009, nov;31(1):152-77. doi: 10.1093/epirev/ mxp002
80. Freudenberg N. At what cost: modern capitalism and the future of health. New York (NY): Oxford University Press; 2021. 416 p.



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

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Université St. Francis Xavier
Antigonish (N.-É.) B2G 2W5
902-867-6133
ccnds@stfx.ca
www.nccdh.ca/fr
Twitter : @NCCDH_CCNDS

REMERCIEMENTS

Rédaction du présent supplément : Jonathan Heller, professeur invité, et Myriamne Richard, spécialiste du transfert des connaissances, Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS). Revue interne : Claire Betker, directrice scientifique, CCNDS.

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé est situé à l'Université St. Francis Xavier. Nous tenons d'abord à souligner que nous nous trouvons en Mi'kma'ki, le territoire ancestral non cédé du peuple micmac.

Veillez citer l'information contenue dans le présent document comme suit : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2023). Repenser la répartition du pouvoir pour favoriser l'équité en santé : *Parlons-en. Supplément 1 – La base des connaissances nécessaires pour faire face au déséquilibre du pouvoir comme cause profonde des inégalités de santé*. Antigonish (NS): CCNDS, Université St. Francis Xavier.

ISBN : 978-1-998022-27-4

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 CCNDS. Les points de vue exprimés dans ce document ne reflètent pas forcément ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

Une version électronique (en format PDF) du présent document est disponible au www.ccnds.ca.

A PDF format of this publication is also available in English at www.nccdh.ca under the title *Let's Talk: Redistributing power to advance health equity. Supplement 1 – The evidence base for focusing on power imbalance as a root cause of health inequities*.