

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

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1	OUTILS ET STRATÉGIES D'ANALYSE DU POUVOIR	11
CADRES DE CONCEPTUALISATION ET D'ANALYSE DU POUVOIR	2	<i>Outils d'analyse du pouvoir</i>	11
Expressions du pouvoir	2	Cadre du pouvoir en matière d'équité en santé	12
Sources du pouvoir	3	Pratiques commerciales et santé	13
Taxonomie du pouvoir	4	CONCLUSION	14
Échelons sur lesquels agit le pouvoir	6	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	15
Espaces dans lesquels agit le pouvoir	7	REMERCIEMENTS	15
Arènes dans lesquelles agit le pouvoir	7		
Capacités essentielles au renforcement du pouvoir	9		
Acteurs	10		

Le présent document est le deuxième 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 autres sont le *Supplément 1 – La base des connaissances nécessaires pour faire face au déséquilibre du pouvoir comme cause profonde des inégalités de santé*² et le *Supplément 2 – Les rôles de la santé publique dans la correction des déséquilibres du pouvoir dans le contexte canadien*³.

INTRODUCTION

Dans *Repenser la répartition du pouvoir pour favoriser l'équité en santé : Parlons-en*¹, nous avons examiné en détail un cadre de conceptualisation et d'analyse du pouvoir—celui des trois faces du pouvoir. D'autres cadres pourraient se révéler plus utiles dans certaines situations. Dans le présent supplément, nous présentons donc quelques cadres supplémentaires et en expliquons les applications possibles en santé publique.

Il n'y a pas de « bonne » ou de « mauvaise » façon de conceptualiser le pouvoir. La valeur d'un cadre réside dans son utilité à aider les praticiens à comprendre la mécanique du pouvoir et à élaborer des stratégies visant à répartir le pouvoir différemment pour faire avancer l'équité en santé. Le contexte de travail et les perspectives des praticiens diffèrent sensiblement. Il va donc de soi que l'utilité des cadres varie aussi.

Le présent supplément ne couvre pas tous les cadres ayant un lien avec la notion de pouvoir. Les cadres ont été sélectionnés en fonction des attestations de leur application dans le domaine de la santé publique et de leur emploi par des praticiens de la santé publique.

CADRES DE CONCEPTUALISATION ET D'ANALYSE DU POUVOIR

EXPRESSIONS DU POUVOIR

Bien que le pouvoir ait été associé au départ à la domination—ou au « pouvoir sur »—, des activistes et des sommités féministes ont redéfini la notion et introduit les concepts « pouvoir de », « pouvoir avec » et « pouvoir intérieur ». Les expressions du pouvoir individuel et du pouvoir collectif ont été introduites par la suite (voir le tableau 1).

Tableau 1 : Expressions du pouvoir

Expression	Mécanique du pouvoir	
Selon la description publiée dans :	Allen et al. ⁴ , Hunjan et al. ⁵ et VeneKlassen et al. ⁶	Popay et al. ⁷
Pouvoir sur	Domination ou contrôle d'un individu, d'un groupe ou d'une institution sur les autres	Pouvoir sur les autres institutions ou exercice du pouvoir d'un groupe sur un autre groupe de population
Pouvoir de	Capacité d'un individu de faire quelque chose	Capacité d'atteindre ses objectifs, y compris d'établir les structures, les processus et les moyens de prendre des décisions et des mesures collectives, et les résultats de ces démarches
Pouvoir avec	Démarche collective, capacité d'agir ensemble	Capacité de nouer des alliances et d'unir ses efforts à ceux des autres en vue d'atteindre des objectifs communs
Pouvoir intérieur	Estime de soi, valeur et dignité propres à l'individu ou à la collectivité	Capacité au sein d'une collectivité de soutenir une démarche/ force collective

Pertinence et application en santé publique

Des sommités et des activistes féministes ont conceptualisé la notion de pouvoir en riposte à la perception que le pouvoir concerne uniquement la domination : pouvoir de, pouvoir avec et pouvoir intérieur. Popay et ses collaborateurs⁷ veulent faire avancer l'équité en santé et ils ont défini et utilisé ces notions de pouvoir dans leur Emancipatory Power Framework (cadre du pouvoir émancipateur). Ils ont concentré leurs travaux sur les démarches que les groupes de population peuvent entreprendre pour renforcer leur pouvoir—c'est-à-dire les capacités acquises au sein et par des collectivités pour exercer un plus grand contrôle collectif^[p.1257]. Ils expliquent en outre que le cadre met en évidence les capacités/formes de pouvoir que possèdent déjà les collectivités et celles dont celles-ci doivent se doter^[p.1258].

Les auteurs proposent des indicateurs pour mesurer les formes de pouvoir⁸. Ils présentent en outre les conclusions de leur évaluation du projet de renforcement du pouvoir communautaire appelé Big Local au Royaume-Uni, en sachant que l'équipe de projet utilise le cadre et les indicateurs⁹. Ils y soulignent l'importance de mettre sur pied des projets communautaires qui encouragent des espaces participatifs en tous genres, tiennent compte des liens entre les espaces participatifs et caractérisent et corrigent les dynamiques du pouvoir affaiblissant la capacité de contrôle collectif dans les populations en situation de défavorisation^{9[p.1264]}.

Voici des exemples de questions à se poser pour analyser un enjeu à l'aide de ce cadre du pouvoir :

- **Pouvoir sur** : Quels individus ou quelles institutions exercent actuellement un contrôle sur les populations forcées de se marginaliser et prennent les décisions touchant ces populations? Comment se manifeste ce contrôle? Comment l'affaiblir?
- **Pouvoir de** : Quelles capacités sont-elles nécessaires en santé publique pour mobiliser ou bâtir des collectivités vivant dans des situations qui les marginalisent capables d'exercer une influence sur les décisions?
- **Pouvoir avec** : Avec qui les acteurs de la santé publique peuvent-ils nouer des alliances pour soutenir la capacité des populations vivant dans des situations qui les marginalisent à influencer sur les décisions? Comment peuvent-ils pour ce faire allier leur capacité de mobilisation et la perception de leur objectivité?
- **Pouvoir intérieur** : Quelles capacités possèdent déjà les populations forcées de se marginaliser? Comment les acteurs de la santé publique peuvent-ils aider ces populations à développer le leadership et les autres compétences qui renforceraient leur pouvoir?

SOURCES DU POUVOIR

Pour analyser la mécanique du pouvoir, il faut considérer les sources du pouvoir entrant en jeu pour maintenir le statu quo et celles qu'il serait possible d'exploiter pour apporter un changement. Les organisateurs communautaires cherchent en général à renforcer le pouvoir individuel ou communautaire pour contrebalancer le pouvoir économique de ceux résistant au changement. De nombreuses études ont fait ressortir des éléments qui pourraient se révéler des sources du pouvoir (voir le tableau 2).

Tableau 2 : Sources du pouvoir

Source	Exemples
Physique	Militaires, milice, mercenaires, force de maintien de la paix, police ¹⁰
Financière ou économique	Accès à des ressources financières (p. ex., argent, actif et propriété) et utilisation du pouvoir en découlant pour influencer les prises de décision ¹¹ Gouvernements, firmes, fondations, individus bien nantis ¹⁰
Savoir-faire technique ou connaissances et données probantes ou savoir-faire	Connaissances, compétences et information détenues par des individus et les prétentions quant à la légitimité de ce savoir ¹¹ « Science de la spécification » (c.-à-d., travail scientifique en soutien aux objectifs commerciaux ou industriels), financement de l'éducation et fabrique du doute ¹² Universitaires, scientifiques, avocats ¹⁰
Réseau et accès ou relations	Connaissances collectives, action, homophilie et espaces sociaux, tout individu ou groupe d'individus bien réseauté ^{10,11} Lobbying des entreprises, chassé-croisé de personnel entre le service public et le secteur privé (c.-à-d., anciens fonctionnaires agissant comme lobbyistes et vice versa) et dons aux partis politiques ¹²
Politique ou structurelle	Autorité politique—légitime, traditionnelle ou charismatique ¹¹ Gouvernements, leaders traditionnels ¹⁰
Institutionnelle ou structures institutionnelles	Dépend de l'institution : souvent gouvernementale, et de plus en plus souvent aussi des entreprises et des organisations non gouvernementales ¹⁰ Participation des entreprises aux organismes, aux commissions et aux comités gouvernementaux et à l'élaboration des orientations ¹²
Discursive	Médias, politiques, activistes, intellectuels ¹⁰
Idéologique	Le « projet » néolibéral ¹²
Morale ou valeurs	Chefs religieux, chefs d'un mouvement social, autorités morales ⁹ Liberté individuelle et libre choix ¹²
Normes	Priorisation de l'économie plutôt que des impératifs de santé dans les prises de décision politique ¹²
Capital	Social—les ressources réelles ou potentielles obtenues par une personne en faisant partie d'un groupe; culturel—les compétences, les titres universitaires et autres qualifications acquises en faisant partie d'un groupe; économique—pécule, propriété et autres avoirs; par l'entremise aussi des « habitus »—la socialisation des individus façonnant la disposition sociale ¹¹
Règles	Ententes commerciales et traités d'investissement ¹¹
Bureaucratique	Savoir et autorité des bureaucraties et de l'appareil administratif par lesquels se conçoivent, s'appliquent et se coordonnent les politiques officielles ¹¹
Traits personnels	Autorité charismatique émergeant des qualités ou des pouvoirs exceptionnels perçus; ces particularités sont étroitement associées à d'autres caractéristiques individuelles, telles que le genre, la race, l'orientation sexuelle et les croyances religieuses ¹¹
Perceptions et préférences	Définition des enjeux et discours communiqués par l'entremise de fondations des entreprises, de groupes servant de façade, de groupes de réflexion et d'agences de relations publiques, de leaders d'opinion, de capture médiatique et de campagnes de marketing et de publicité ¹²

Milsom et ses collaborateurs¹² ont dressé leur liste des sources du pouvoir par suite de leur analyse des systèmes commerciaux internationaux ayant une incidence sur la capacité de promouvoir des politiques visant à diminuer les cas de maladies non transmissibles. La liste ajoute une dimension aux autres cadres du pouvoir. L'un des principaux messages des auteurs est qu'il faut reconnaître le pouvoir sous toutes ses formes dans tout l'éventail des espaces et des niveaux politiques pour que les acteurs de la santé publique puissent déterminer et évaluer les bonnes stratégies à mettre en place pour assurer une meilleure cohérence entre les politiques commerciales et de santé^[p.494]. Il serait possible de l'élargir de façon à inclure la sélection et l'évaluation des stratégies visant à corriger les inégalités de santé en général. Dans leur analyse des systèmes commerciaux internationaux, les auteurs explorent huit sources de pouvoir (idéologies, valeurs, connaissances et données probantes, perception et façonnement des préférences, structures organisationnelles, relations, règles et normes)—ainsi que les trois faces du pouvoir examinées dans le document connexe de la série « Parlons-en¹ » et les échelons et les espaces décrits ci-dessous par rapport aux cadres.

Voici des exemples de questions à se poser pour analyser un enjeu à l'aide de ce cadre du pouvoir :

- Quelles sources du pouvoir ont la plus grande influence sur l'enjeu ou les changements visés?
- Qui ou quelles institutions et quels systèmes exercent cette influence?
- Quelles stratégies les acteurs de la santé publique peuvent-ils utiliser pour influencer les sources du pouvoir en question et/ou pour accroître l'influence des sources du pouvoir les contrebalançant?

TAXONOMIE DU POUVOIR

Barnett et Duvall¹³, qui travaillent dans le domaine des relations internationales, ont en outre observé que la conception du pouvoir centrée seulement sur le contrôle et la domination—ce qu'ils appellent le pouvoir de contrainte—comportait des limites. Ils ont introduit et défini de nouvelles dimensions du pouvoir : institutionnel, structurel et productif. Popay et ses collaborateurs⁷ ont approfondi ces idées et les ont appliquées à la notion d'équité en santé (voir le tableau 3).

Tableau 3 : Taxonomie du pouvoir

Concept	Mécanique du pouvoir	
Selon la description publiée dans :	Barnett et al. ¹³	Popay et al. ⁷
De contrainte	L'emprise directe d'un individu sur les conditions de vie et les gestes d'un autre	Direct et visible—exercé par l'entremise, par exemple, d'instruments officiels de « l'État » (p. ex., armée, police, ministères gouvernementaux) et de lois
Institutionnel	L'emprise indirecte d'individus sur la marge de manœuvre des individus socialement plus loin d'eux	Moins visible—exercé par l'entremise, par exemple, de règles, de normes et de processus organisationnels, en contrôlant l'information rendue publique, les personnes aptes à prendre des décisions et ainsi de suite
Structurel	Les relations constitutives et internes des positions structurelles	Invisible—exercé par l'entremise de partis pris systématiques ancrés dans les institutions sociales, générant et entretenant les hiérarchisations sociales fondées sur les classes, le genre, le groupe ethnique et autres et dans la répartition des ressources, des possibilités et du rang social.
Productif	Par l'entremise de relations constitutives diffuses afin de produire les capacités sociales des acteurs ^[p.48] , y compris le pouvoir discursif ou le pouvoir idéologique.	Invisible—par l'entremise de pratiques et de discours sociaux diffus afin de légitimer certaines formes de connaissances tout en marginalisant les autres; en façonnant les conceptions des différentes identités sociales

Parallèlement à leur Emancipatory Power Framework dont il a été question plus haut, Popay et ses collaborateurs ont décrit le Limiting Power Framework (cadre de réduction du pouvoir; voir la dernière colonne, à droite, dans le tableau 3) qui fait état de quatre formes du pouvoir susceptibles de réduire le contrôle collectif que les populations touchées/locales en situation de défavorisation peuvent exercer sur leurs propres décisions et actions et sur celles des autres^{7(p.1258)}. Ils ont fait remarquer que les analyses du pouvoir limitatif agissant à l'échelle locale font ressortir un entrelacement de structures sociales liées à la classe, au genre, à la race, à l'orientation sexuelle et autres qui engendrent et entretiennent les inégalités observées parmi et entre les populations^(p.1258). Comme avec l'Emancipatory Power Framework, les auteurs proposent des indicateurs afin de mesurer ces formes de pouvoir⁸. Ils présentent en outre les conclusions de leur évaluation du projet de renforcement du pouvoir communautaire appelé Big Local au Royaume-Uni, en sachant que l'équipe de projet utilise les indicateurs⁹.

Popay et ses collaborateurs⁷ ont par ailleurs fait la description des formes de résistance suivantes, que peuvent soutenir les acteurs de la santé publique :

- **Résistance au pouvoir de contrainte** : changement dans le « qui, quoi, comment » des processus d'orientation sur le plan local, régional, national et international afin d'en améliorer la démocratisation et la responsabilisation^(p.1259).
- **Résistance au pouvoir institutionnel** : établissement/soutien de nouvelles formes de leadership afin d'influencer l'orientation des programmes politiques et d'accroître la visibilité et la légitimité des enjeux, de la voix et des demandes des personnes et des populations en situation de défavorisation; revendication et protection des espaces participatifs à l'usage de la collectivité^(p.1259).
- **Résistance au pouvoir structurel** : renforcement des organisations et des mouvements des personnes en situation de défavorisation sur le plan local, régional, national et international afin de renforcer par le fait même leur pouvoir collectif grâce à des mouvements sociaux de résistance/d'opposition et à des mouvements de changement social positif; les mouvements sociaux peuvent à leur tour résister efficacement à d'autres formes de pouvoir limitatif^(p.1259).
- **Résistance au pouvoir productif** : mesures visant la culture sociale et politique et les perceptions individuelles et collectives afin de transformer la perception qu'ont les gens d'eux-mêmes et d'autrui, l'estime de soi des individus et des populations et leur façon d'envisager les possibilités et les solutions par rapport à l'avenir. La remise en question des représentations et des discours stigmatisants dominants au sujet des gens et des lieux par l'entremise de l'usage novateur des médias sociaux et autres, des possibilités de mettre de l'avant des discours collectifs positifs au sujet du vécu des gens et des possibilités susceptibles de se présenter pour développer une résilience narrative^(p.1259).

Notons que, bien que la conceptualisation du pouvoir décrite ci-dessus diffère de celle des trois faces du pouvoir dont il est question dans *Repenser la répartition du pouvoir pour favoriser l'équité en santé : Parlons-en*¹, les formes de résistance proposées recourent largement les mesures décrites par rapport à l'application du cadre des trois faces du pouvoir.

Voici des exemples de questions à se poser pour analyser un enjeu à l'aide de ce cadre du pouvoir :

- **Pouvoir de contrainte** : Qui exerce le pouvoir de contrainte et de quelle façon ce pouvoir est-il exercé? Comment les acteurs de la santé publique pourraient-ils travailler avec les populations vivant dans des situations qui les marginalisent pour changer le « qui, quoi, comment » par rapport aux processus d'orientation sur le plan local, régional, national et international afin d'en améliorer la démocratisation et la responsabilisation?
- **Pouvoir institutionnel** : Comment les acteurs de la santé publique pourraient-ils établir et soutenir de nouvelles formes de leadership afin d'influencer l'orientation des programmes politiques et d'accroître la visibilité et la légitimité des enjeux, de la voix et des demandes des personnes et des populations en situation de défavorisation?
- **Pouvoir structurel** : Comment les acteurs de la santé publique pourraient-ils parvenir à renforcer les organisations et les mouvements des personnes en situation de défavorisation sur le plan local, régional, national et international afin de renforcer par le fait même leur pouvoir collectif grâce à des mouvements sociaux de résistance/d'opposition et à d'autres de changement social positif?

- **Pouvoir productif** : quels discours dominants influent sur la décision, donnant l'impression qu'un point de vue donné est raisonnable? Quel serait le discours transformateur à diffuser au moyen de communications, de campagnes, de programmes et autres afin de donner l'impression que, finalement, notre point de vue est celui qui tombe sous le sens? Quels rôles les acteurs de la santé publique pourraient-ils jouer dans l'élaboration et la diffusion de discours transformateurs?

ÉCHELONS SUR LESQUELS AGIT LE POUVOIR

De nombreuses études ont donné lieu à la création de cadres montrant une autre facette du pouvoir, c'est-à-dire les échelons sur lesquels agit le pouvoir (voir le tableau 4). Alors que l'équipe de l'Institute for Developmental Studies (R.-U.) a considéré les échelons local, national et mondial¹⁴, Coffman et ses collaborateurs ont pour leur part proposé les échelons individuel, organisationnel, écosystémique et géographique¹⁵.

Tableau 4 : Échelons sur lesquels agit le pouvoir

Selon la description publiée par la : University of Sussex, Institute of Development Studies ¹⁴	Selon la description publiée par : Coffman et al. ¹⁵
Local	Individuel
National	Organisationnel
Mondial	Écosystémique (alliances, coalitions)
	Géographique

Pertinence et application en santé publique

Milsom et ses collaborateurs¹² ont appliqué les échelons du pouvoir représentés dans le Power Cube Framework¹⁴ (bloc cubique du pouvoir) de l'Institute of Development Studies à leur analyse de l'incidence des systèmes commerciaux internationaux. Les praticiens de la santé publique pourraient évaluer l'échelon de la prise de décision associé à l'inégalité de santé qui les préoccupe vis-à-vis leur région et l'échelon sur lequel ils sont susceptibles de pouvoir changer des choses (p. ex., il serait invraisemblable pour un bureau de santé local d'influer directement sur les systèmes commerciaux internationaux). Leur évaluation devrait donc les éclairer sur les mesures à prendre.

Voici des exemples de questions à se poser pour analyser un enjeu à l'aide de ce cadre du pouvoir :

- Est-ce que l'échelon (local, national, mondial) auquel les décisions importantes sont prises coïncide avec l'échelon sur lequel les acteurs de la santé publique exercent une influence? Dans la négative, quelles décisions pertinentes sont prises à l'échelon où les acteurs de la santé publique ont de l'influence et/ou avec qui ceux-ci peuvent-ils travailler pour gagner en influence à l'échelon approprié? Quelles stratégies aura pour effet d'accroître l'influence des acteurs de la santé publique à l'échelon voulu?
- À quel échelon (individuel, organisationnel, écosystémique, géographique) les acteurs de la santé publique cherchent-ils à renforcer leur pouvoir? Quels programmes et activités de santé publique sont intentionnellement axés sur le renforcement du pouvoir à chacun de ces échelons?
- Quels aspects du pouvoir les acteurs de la santé publique pourraient-ils ou devraient-ils mobiliser à chaque échelon?

ESPACES DANS LESQUELS AGIT LE POUVOIR

Dans ses explications au sujet de son Power Cube Framework (bloc cubique du pouvoir), l'équipe de l'Institute for Developmental Studies a décomposé le pouvoir en trois dimensions, c'est-à-dire : 1) les trois faces du pouvoir définies par Lukes (et décrites dans *Repenser la répartition du pouvoir pour favoriser l'équité en santé : Parlons-en*¹); 2) les échelons sur lesquels agit le pouvoir (décrits ci-dessus); et les espaces dans lesquels agit le pouvoir (voir le tableau 5)¹⁴.

Tableau 5 : Espaces dans lesquels agit le pouvoir¹⁴

Espace	Accès à l'espace
Fermé	Participation non prévue dans le processus décisionnel; décisions prises à huis clos (p. ex., commerce, politiques macroéconomiques et financières, politiques militaires)
Sur invitation	Participation sur invitation par les autorités, que celles-ci soient des gouvernements, des organismes supranationaux ou des organisations non gouvernementales
Réclamé/créé	Forums de participation créés par des groupes exclus ou relativement impuissants, y compris les mouvements sociaux et les associations communautaires, et forums créés dans des espaces naturels, où les gens se rassemblent pour débattre et discuter de questions et opposer une résistance, à l'extérieur des arènes stratégiques institutionnalisées

Pertinence et application en santé publique

Milsom et ses collaborateurs¹² ont aussi appliqué les espaces du pouvoir représentés dans le Power Cube Framework¹⁴ (bloc cubique du pouvoir) de l'Institute of Development Studies à leur analyse de l'incidence des systèmes commerciaux internationaux. Les négociations en matière de commerce international sont des espaces fermés, en ce sens que les membres des populations vivant dans des situations qui les marginalisent en sont exclus. Les praticiens de la santé publique peuvent y être invités, mais généralement pas sur un même pied d'égalité (p. ex., leur représentation y est traditionnellement bien moindre que la représentation des entreprises). Il importe au plus haut point de comprendre l'espace dans lequel se prennent les décisions pour déterminer les mesures stratégiques à prendre et à soutenir par les praticiens de la santé publique.

Voici des exemples de questions à se poser pour analyser un enjeu à l'aide de ce cadre du pouvoir :

- Dans lequel de ces espaces se prennent des décisions pertinentes? Est-ce que les populations forcées de se marginaliser ont accès à cet espace? Dans la négative, est-ce que les acteurs de la santé publique y ont accès et, le cas échéant, peuvent-ils s'en servir pour a) influencer la prise de décision et/ou b) y emmener les membres des populations forcées à se marginaliser?
- Quelles stratégies les acteurs de la santé publique peuvent-ils utiliser pour ouvrir l'espace davantage? Devraient-ils aider à créer un espace différent et s'en servir pour influencer sur les prises de décision?

ARÈNES DANS LESQUELLES AGIT LE POUVOIR

Pastor et ses collaborateurs laissent entendre qu'il faut, au-delà des multiples horizons géographiques et des multiples enjeux, contester le pouvoir dans de nombreuses arènes (voir le tableau 6) et sur de nombreuses questions¹⁶. Ils prétendent que se concentrer sur une seule de ces arènes (p. ex., électorale) ne suffit pas, parce qu'il importe de protéger les avancées dans cette arène par des avancées dans d'autres arènes.

Tableau 6 : Arènes dans lesquelles agit le pouvoir¹⁶

Arène	Prise de décision ou influence dans cette arène
Électorale	Électorat en tant que décisionnaire, déterminant l'orientation indirectement par l'entremise des représentants élus ou directement par scrutin
Législative	Représentants élus et responsables de l'élaboration des politiques en tant que décisionnaires, proposant, élaborant et adoptant (ou rejetant) les lois
Judiciaire	Cours et juges en tant que décisionnaires, se prononçant sur la légalité des politiques et des pratiques
Administrative	Hauts fonctionnaires et fonctionnaires en tant que décisionnaires, encadrant et instaurant les lois et les règlements, coordonnant les organismes et les organes de réglementation et administrant les processus de participation publique
Commerciale	Cadres de direction et groupes d'intérêt des entreprises en tant que décisionnaires sur des questions ayant une incidence directe sur les travailleurs et les familles
Communicationnelle	Pouvoir d'influence sur les valeurs, la vision du monde et la compréhension de la population en général

Pertinence et application en santé publique

Dans le secteur public, la santé publique fait partie de l'arène administrative du pouvoir. Ses acteurs détiennent par conséquent l'autorité de prendre des décisions dans de nombreux domaines et peuvent y avoir recours pour faire avancer l'équité en santé. En s'appuyant sur l'approche de « la santé dans toutes les politiques », ils peuvent exercer une influence sur les autres organes de l'arène administrative (p. ex., un office du logement). Ils pourraient en outre être capables d'élaborer des stratégies visant à influencer différentes arènes du pouvoir (p. ex., en publiant des rapports ayant une incidence sur l'arène législative; en témoignant lors d'une assemblée de l'arène législative; en présentant des mémoires dans l'arène judiciaire).

Voici des exemples de questions à se poser pour analyser un enjeu à l'aide de ce cadre du pouvoir :

- Dans les arènes administratives, comment les acteurs de la santé publique utilisent-ils leur influence pour faire avancer l'équité, par exemple, par l'entremise de l'approche de « la politique dans toutes les politiques »?
- Pour les décisions prises dans les arènes non administratives, quelles stratégies les acteurs de la santé publique pourraient-ils employer, en coordination et/ou en partenariat avec les populations forcées de se marginaliser, afin de corriger les déséquilibres du pouvoir et assurer une plus grande équité? Par exemple, peuvent-ils exécuter des programmes destinés à inciter les gens à aller voter (arène électorale) ou piloter des démarches pour changer le discours (arène communicationnelle)? Quelles sont les faces du pouvoir que les acteurs de la santé publique pourraient et devraient mobiliser dans chaque arène?

CAPACITÉS ESSENTIELLES AU RENFORCEMENT DU POUVOIR

Le tableau 7 donne un aperçu des ensembles de capacités nécessaires au renforcement du pouvoir, selon les spécialistes. Ces ensembles se chevauchent considérablement tout en renfermant des éléments qui leur sont propres.

Tableau 7 : Capacités nécessaires au renforcement du pouvoir

Selon la description publiée par : Pastor et al. ¹⁶	Selon la description publiée par : Coffman et al. ¹⁵	Selon la description publiée par : Pastor et al. ¹⁷
<p>Ampleur et profondeur organisationnelles</p> <p>Réseaux et alliances</p> <p>Échelles et échelons des postes de direction</p> <p>Ressources disponibles</p>	<p>Organisation</p> <p>Engagement civique et électoral</p> <p>Discours</p> <p>Plaidoyer</p> <p>Gouvernance</p> <p>Développemental et soutien</p> <p>Adaptation</p>	<p>Organisation et acquisition d'une base (y compris en termes d'engagement civique et de travail électoral)</p> <p>Plaidoyer et politiques</p> <p>Recherche et judiciaire</p> <p>Communications et changement culturel et narratif</p> <p>Alliances et coalitions</p> <p>Formation des leaders</p> <p>Développement organisationnel, infrastructure et subventionnaires</p>

Pertinence et application en santé publique

Pastor et ses collaborateurs¹⁷ ont décrit les capacités essentielles au renforcement du pouvoir communautaire afin de favoriser l'équité en santé. L'organisation et l'acquisition d'une base se situent au cœur des ensembles de capacités nécessaires, autour duquel les autres ensembles viennent en appui (voir la figure 1).

Figure 1 : Capacités en matière de renforcement du pouvoir^{17(p.11)}



Les acteurs de la santé publique peuvent aider les groupes de population à développer chacune de ces capacités. Ils peuvent aussi faciliter la mise en œuvre des stratégies exigeant de telles capacités, et la formation et la collaboration des coalitions mobilisant les acteurs possédant de telles capacités.

Voici un exemple de question à se poser pour analyser un enjeu à l'aide de ce cadre du pouvoir :

Quels groupes d'organisation communautaire les acteurs de la santé publique pourraient-ils s'adjoindre comme partenaires? Quelles capacités les populations vivant dans des situations qui les marginalisent possèdent-elles déjà? Comment les acteurs de la santé publique pourraient-ils soutenir le développement des capacités manquantes et/ou la formation de coalitions en mesure de fournir ces capacités manquantes? (Voir aussi les questions ci-dessus, dans la section sur les expressions du pouvoir, y compris du pouvoir de, du pouvoir avec et du pouvoir intérieur.)

ACTEURS

La littérature sur le pouvoir comporte des descriptions et des exemples de la multitude d'acteurs susceptibles de détenir du pouvoir. Le tableau 8 énumère quelques-uns de ces détenteurs du pouvoir. Certains sont des individus ou des groupes occupant des postes particuliers (p. ex., juges), alors que d'autres sont des descriptions de fonctions accomplies par des individus ou des groupes (p. ex., chercheurs).

Tableau 8 : Acteurs

Qui pourrait détenir le pouvoir de changer les structures?
Dirigeants élus
Hauts fonctionnaires et fonctionnaires du gouvernement
Cours et juges
Forces militaires et police
Entreprises et dirigeants d'entreprise
Détenteurs du capital (ressources financières, ressources naturelles)
Médias (y compris les entreprises derrière les médias sociaux)
Avocats
Groupes de plaidoyer et de revendication
Leaders culturels (y compris les leaders religieux, les vedettes des médias et les leaders charismatiques)
Chercheurs et ceux qui contrôlent l'information (universitaires, groupes de réflexion)
Consommateurs
Travailleurs et syndicats
Membres, leaders et organisations de la collectivité (y compris les groupes autochtones)

Pertinence et application en santé publique

Les praticiens de la santé publique pourraient jouer certains de ces rôles (p. ex., fonctionnaires, chercheurs) et travailler à influencer les décisions à partir de ces postes. Ils pourraient aussi découvrir les autres acteurs prenant part à un processus décisionnel et utiliser des outils d'analyse du pouvoir (voir la prochaine section) afin de déterminer les personnes à tenter d'influencer lors des prises de décision ayant une incidence sur l'équité en santé.

Voici des exemples de questions à se poser pour analyser un enjeu à l'aide de ce cadre du pouvoir :

- Lesquels de ces acteurs sont très actifs par rapport à l'enjeu? Est-ce que les acteurs de la santé publique peuvent influencer leurs positions et leurs activités?
- Lesquels de ces acteurs ne sont pas encore actifs par rapport à l'enjeu? Est-ce que les acteurs de la santé publique peuvent s'appuyer sur leurs relations pour faire participer d'autres acteurs ralliés sur l'avancement de l'équité?

OUTILS ET STRATÉGIES D'ANALYSE DU POUVOIR

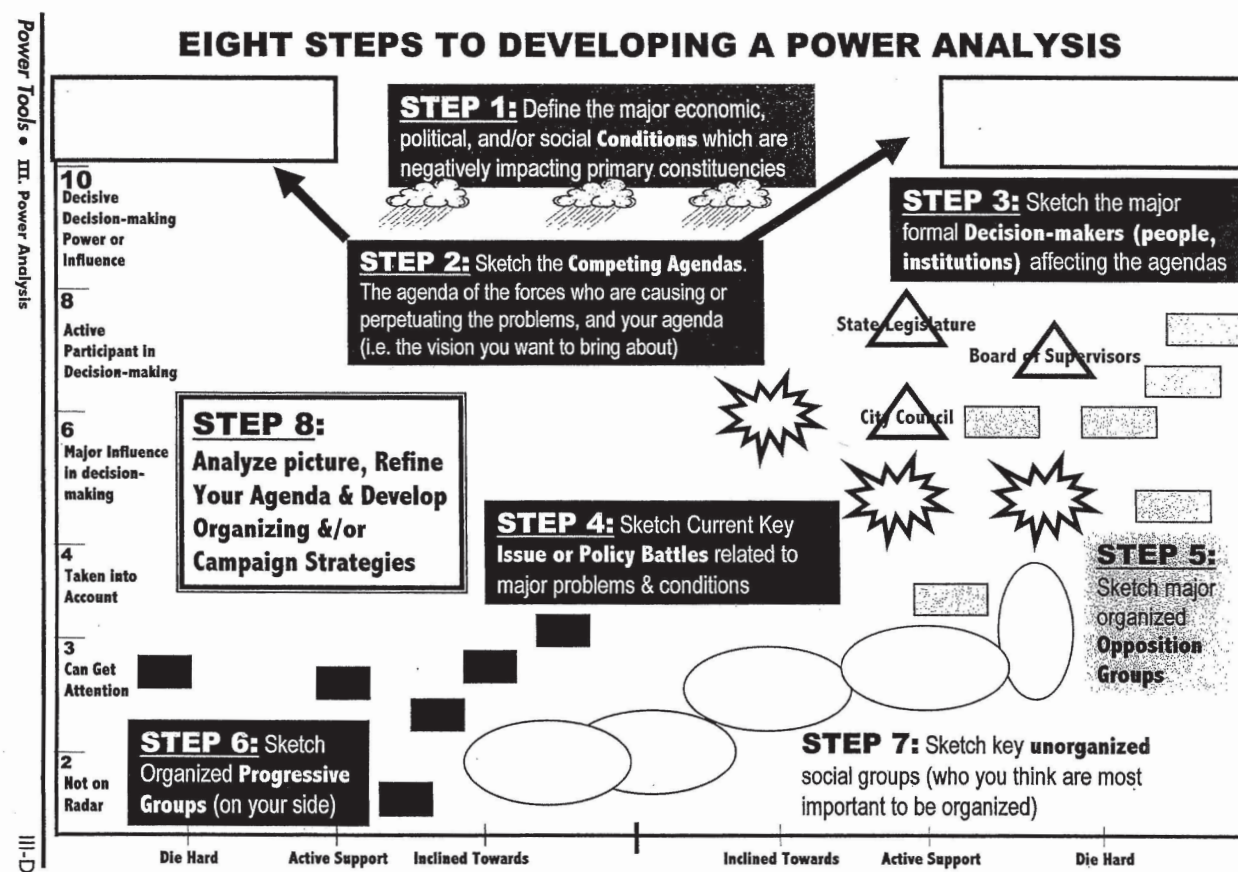
Les cadres décrits précédemment peuvent servir à des démarches de changement stratégique, systémique et structurel données pour comprendre la dynamique du pouvoir en jeu et déterminer les stratégies à la fois pour renforcer le pouvoir des individus qui veulent faire avancer l'équité en santé et limiter le pouvoir des individus qui veulent maintenir le statu quo ou favoriser des changements susceptibles de mener à des inégalités de santé. Nous examinons ci-après les outils créés pour effectuer une telle analyse.

OUTILS D'ANALYSE DU POUVOIR

En 2003, un groupe d'organisation communautaire de Los Angeles (É.-U.), soit le Strategic Concepts in Organizing and Policy Education (SCOPE), a publié le guide *Power Tools*, afin d'expliquer la façon d'analyser le pouvoir (y compris un chapitre comportant des exercices et des modèles¹⁸). Les auteurs y décrivent un certain nombre d'étapes. La véritable intention consiste à placer toutes les personnes participant au processus décisionnel sur un graphique bidimensionnel, où l'axe horizontal indique si le groupe est d'accord ou non avec la démarche d'équité et où l'axe vertical indique l'ampleur du pouvoir détenu par le groupe. La figure 2 fait le résumé de la méthode, y compris des étapes décrites dans le guide.

Ce type d'exercice de mappage permet à une coalition de se concerter sur l'analyse d'un enjeu et de déterminer où elle doit concentrer ses énergies en termes d'influence ou de soutien, et où sont susceptibles de se dresser les principaux obstacles à leur travail. La stratégie peut permettre à des groupes différents d'unir leurs forces de manière cohérente afin de promouvoir une politique ou un changement donnés.

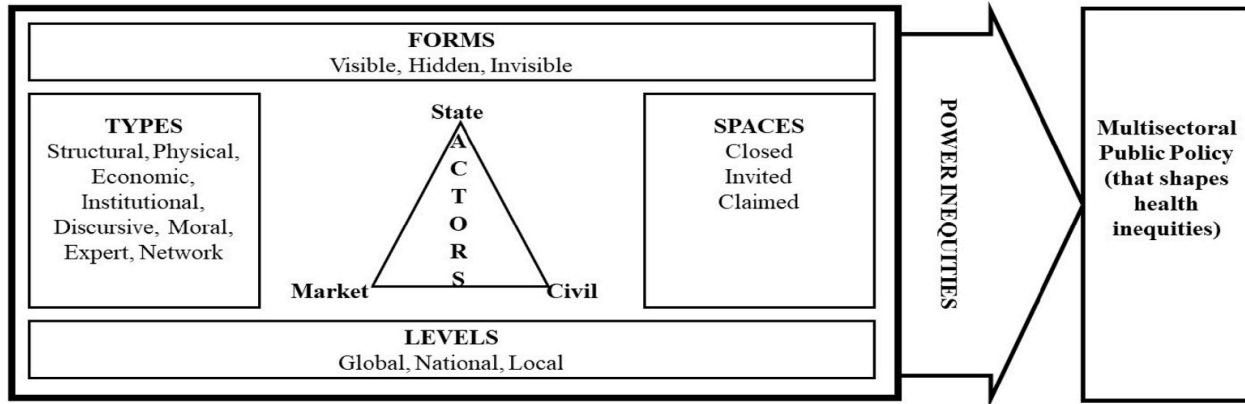
Figure 2 : Outil d'analyse du pouvoir^{18(p.III-D)}



CADRE DU POUVOIR EN MATIÈRE D'ÉQUITÉ EN SANTÉ

Friel et ses collaborateurs ont créé et appliqué rétrospectivement un outil d'analyse du pouvoir qu'ils ont appelé le Health Equity Power Framework¹⁹ (cadre du pouvoir en matière d'équité en santé) (voir la figure 3). Dans le présent supplément, nous présentons l'outil, un long extrait des constatations et des stratégies des auteurs afin d'illustrer les résultats qu'il est possible d'obtenir de cette façon.

Figure 3 : Cadre du pouvoir en matière d'équité en santé^{19(p.4)}



Friel et ses collaborateurs ont procédé à des entretiens afin d'analyser sept débats stratégiques australiens en lien avec les déterminants de la santé. Les débats sont les suivants : l'entente Trans Pacific Partnership (TPP), le Paid Parental Leave (PPL), le National Broadband Network (NBN), la Western Sydney City Deal (WSCD), la Northern Territory Emergency Response (NTER), les politiques de santé Closing the Gap (CTG), et la politique sur les soins de santé primaires.

Voici les principales constatations des auteurs :

Notre analyse met en évidence la dynamique du pouvoir intervenant dans ces enjeux. Nous constatons les diverses manifestations du pouvoir structurel ancré dans les processus de politiques publiques. Les règles et les mandats créés socialement, en particulier ceux associés au néolibéralisme, au racisme, au sexisme et au biomédicalisme, guident et contraignent les choix des décideurs en matière de politiques, car ils établissent les attentes quant aux règles du jeu et aux détenteurs du pouvoir par rapport au jeu. Comme nous l'avons vu avec le TPP, le NBN, le WSCD et la NTER, cela aide à renforcer les valeurs sociales et politiques et les pratiques institutionnelles au sein du gouvernement. Dans ces conditions, le gouvernement devient un espace contesté dans lequel divers acteurs se font concurrence et coopèrent pour influencer les orientations. Nous avons constaté à partir de nos données que les groupes structurellement puissants travaillant dans cet espace pour faire avancer leurs propres intérêts, écartent systématiquement des discussions les sujets susceptibles de nuire à leurs intérêts et parviennent ainsi à maintenir les asymétries du pouvoir et des orientations stratégiques. Le résultat dans ces circonstances est une acceptation aveugle de la primauté du marché et un suprématisme étatique donnant lieu à des politiques en matière de commerce, d'aménagement et d'infrastructure qui nuisent aux conditions de vie propres à assurer l'équité en santé et, dans le cas de la NTER, à une atteinte aux droits de la personne en raison de la mise en place d'une politique fondée sur la race.

Nous avons également constaté que les formes du pouvoir structurel invisible, alimenté par le pouvoir spécialisé, avaient servi à limiter les conceptions sociales normatives de la « santé » aux conceptions biomédicales et comportementales individualisées. Ainsi, la « santé » devenait conceptuellement équivalente à l'utilisation ou à la disponibilité d'interventions biomédicales afin d'éviter la maladie ou à l'exercice du choix personnel et aux comportements nécessaires pour maintenir un mode de vie sain. Cela a pour effet de restreindre la responsabilité et le leadership en matière d'équité en santé au secteur de la santé, enracinant ainsi une dépendance du parcours institutionnel difficile à rectifier. En plus, l'adoption d'une conception biomédicale de la santé comme étant la norme sert à maintenir le pouvoir économique des fournisseurs

de thérapies, de médicaments ou de programmes comportementaux qui cultivent ostensiblement la « santé ». Dans ce contexte, l'intention d'atteindre l'équité en santé peut aisément être « convertie » lors de l'instauration des politiques en stratégies axées sur les populations « vulnérables » plutôt qu'en mesures pour remédier aux conditions de vie qui créent des risques pour la santé des populations.

Sur le plan institutionnel, l'analyse révèle des processus subjectifs restreignant la capacité des acteurs voués à l'intérêt public d'intégrer les questions d'équité sociale et en santé dans les débats en matière d'orientation. L'analyse révèle toutefois aussi des moyens employés par divers acteurs pour naviguer et changer ces processus afin de réaliser leurs objectifs. Pour les acteurs structurellement plus faibles, il était difficile de s'intégrer aux processus stratégiques institutionnels dominants et d'avoir son mot à dire à la table. Une autre difficulté résidait dans le recalibrage des dépendances du parcours institutionnel. En utilisant divers espaces et lieux et en puisant dans leurs réseaux et leur force morale, les acteurs et les coalitions d'acteurs ont pu avoir du succès dans les cas du PPL et du CTG. Il importe de souligner que l'utilisation des connaissances spécialisées et des données probantes varie considérablement entre les cas, et le fait de recevoir une invitation à participer au processus stratégique lorsque l'intention institutionnelle y était et que les données probantes allaient dans le même sens que l'argument politique—comme nous l'avons vu, par exemple, dans le cas du NBN.

Le pouvoir discursif, sous forme d'hégémonie, les discours et l'autorité morale ont joué un rôle prépondérant dans tous les cas. Les divers usages du pouvoir discursif ont servi à la fois à amplifier et à diminuer les inégalités par rapport aux formes structurelles et institutionnelles du pouvoir. Les acteurs voués à l'intérêt public ont utilisé avec succès un amalgame des pouvoirs discursif/moral/spécialisé à l'étape de l'établissement du programme. À l'étape de la mise en œuvre, le pouvoir structurel et les processus institutionnels semblaient permettre de dominer et d'empêcher les acteurs voués à l'équité sociale et en santé de faire entendre haut et fort leurs intérêts par leurs discours^{19(p.10)}. [Traduction libre]

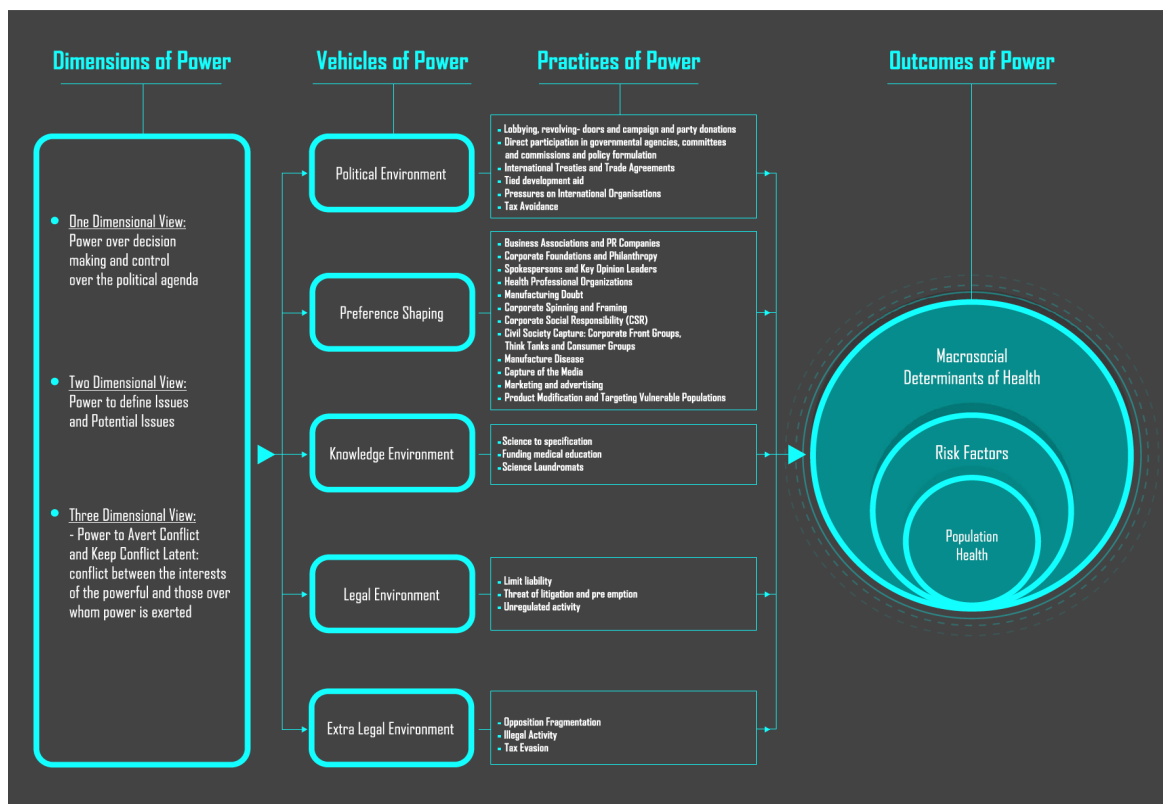
L'analyse a fait ressortir quatre stratégies propres à faire avancer l'équité en santé, c'est-à-dire : changer le discours, utiliser les espaces de revendication afin de forger des coalitions, « s'insérer » dans les espaces fermés ou sur invitation seulement afin de favoriser un changement institutionnel, et rendre les processus cachés plus visibles à l'examen du public¹⁹.

PRATIQUES COMMERCIALES ET SANTÉ

Madureira Lima et Galea²⁰ ont créé un cadre facilitant l'étude systématique des entreprises et d'autres entités commerciales comme facteur distal, structurel et sociétal engendrant des maladies et des blessures^(p.1). L'approche systématique décrite dans leur cadre facilite le mappage des activités commerciales, ce qui permet ensuite d'anticiper et de prévenir les mesures susceptibles de produire des effets délétères sur la santé des populations^(p.1).

Madureira Lima et Galea²⁰ se sont inspirés pour leur cadre—présenté ci-dessous dans la figure 4—de celui des trois faces du pouvoir décrit dans *Repenser la répartition du pouvoir pour favoriser l'équité en santé : Parlons-en*¹. Ils accompagnent leurs propos au sujet de chaque véhicule du pouvoir et pratique du pouvoir d'exemples liés à la santé.

Figure 4 : Dimensions, véhicules, pratiques et conséquences du pouvoir^{20(p.2)}



Les auteurs en arrivent à la conclusion suivante :

Les activités commerciales ont des effets immédiats et observables sur les perceptions et les modes de comportement qui peuvent donner lieu à une consommation accrue de produits commerciaux nocifs pour la santé et subséquemment à des changements dans la santé des individus et des populations [...] Notre cadre offre une méthode de mappage systématique des opérations commerciales qui peut servir à orienter les recherches et les pratiques. Il est destiné aux praticiens, aux chercheurs, aux étudiants, aux activistes et aux autres membres de la société civile, aux responsables de l'élaboration des politiques et aux fonctionnaires responsables de la mise en œuvre des politiques du domaine de la santé publique. Il peut également se révéler utile aux gestionnaires d'entreprise qui veulent établir et améliorer les principes associés au triple résultat financier [personnes, planète et prospérité^{20(p.9)}]. [Traduction libre]

CONCLUSION

Les cadres et les outils d'analyse du pouvoir décrits dans *Repenser la répartition du pouvoir pour favoriser l'équité en santé : Parlons-en*¹ et dans le présent supplément—dont beaucoup sont déjà appliqués dans le domaine de la santé publique—peuvent servir isolément ou en combinaison afin de mettre en évidence les manifestations du pouvoir dans les enjeux qui nous tiennent à cœur. Il importe au plus haut point de le comprendre pour apporter des changements structureaux. Sans cela, nous ne pouvons élaborer des stratégies ni intervenir afin de répartir différemment le pouvoir, l'une des clés pour faire avancer l'équité en santé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Repenser la répartition du pouvoir pour favoriser l'équité en santé [En ligne]. Antigonish (NS): CCNDS, Université St. Francis Xavier; 2023 [cité le 10 juillet 2023]. 19 p. Disponible : https://nccdh.ca/images/uploads/CCNDS_Repenser_la_repartition_du_pouvoir_pour_favoriser_lequite_en_sante_parlons_en_FR.pdf
2. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. 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 [En ligne]. Antigonish (NS): CCNDS, Université St. Francis Xavier; 2023 [cité le 30 nov 2023]. X p. Disponible : https://nccdh.ca/images/uploads/CCNDS_Lets-talk-power-Supplement-1_FR.pdf
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 l'élimination 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 30 nov 2023]. X p. Disponible : https://nccdh.ca/images/uploads/CCNDS_Lets-talk-power-Supplement-2_FR.pdf
4. Allen A. Rethinking power. *Hypatia*. Fév 1998;13(1):21-40. doi: 10.1111/j.1527-2001.1998.tb01350.x.
5. Hunjan R, Keophilavong S. Power and making change happen [En ligne]. Dunfermline (GB): Carnegie UK Trust; nov 2010 [cité le 10 juillet 2023]. 33 p. Disponible : <https://carnegieuktrust.org.uk/publications/power-and-making-change-happen/> [en anglais]
6. VeneKlasen L, Miller V. A new weave of power, people & politics: the action guide for advocacy and citizen participation [En ligne]. Washington (DC): Just Associates; 4 août 2007 [cité le 10 juillet 2023]. 336 p. Disponible : <https://justassociates.org/all-resources/a-new-weave-of-power-people-politics-the-action-guide-for-advocacy-and-citizen-participation/> [en anglais]
7. 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*. Oct 2021;36(5):1253-63. doi: 10.1093/heapro/daaa133.
8. Ponsford R, Collins M, Egan M, Halliday E, Lewis S, Orton L, et al. Power, control, communities and health inequalities. Part II: measuring shifts in power. *Health Promot Int*. Oct 2021;36(5):1290-9. doi: 10.1093/heapro/daaa019.
9. 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*. Oct 2021;36(5):1264-74. doi: 10.1093/heapro/daaa059.
10. Moon S. Power in global governance: an expanded typology from global health. *Global Health*. 2019;15[suppl 1]:article 74 [9 p.]. doi: 10.1186/s12992-019-0515-5.
11. Sriram V, Topp SM, Schaaf M, Mishra A, Flores W, Rajasulochana SR, et al. 10 best resources on power in health policy and systems in low- and middle-income countries. *Health Policy Plan*. Mai 2018;33(4):611-21. doi: 10.1093/heapol/czy008.
12. 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*. Mai 2021;36(4):493-508. doi: 10.1093/heapol/czaa148.
13. Barnett M, Duvall R. Power in international politics. *Int Organ*. Hiver 2005;59(1):39-75. doi: 10.1017/S0020818305050010.
14. University of Sussex, Institute of Development Studies. Power pack: understanding power for social change [En ligne]. Brighton (GB): IDS; 2011 [cité le 10 juillet 2023]. 90 p. Disponible : <https://www.powercube.net/wp-content/uploads/2011/04/powerpack-web-version-2011.pdf> [en anglais]
15. Coffman J, Barsoum G, Lopez A, Brothe Gantz M. Advocacy that builds power: transforming policies and systems for health and racial equity [En ligne]. Washington (DC): Center for Evaluation Innovation; mars 2021 [cité le 10 juillet 2023]. 54 p. Disponible : <https://www.evaluationinnovation.org/wp-content/uploads/2021/04/Advocacy-that-Builds-Power.pdf> [en anglais]
16. Pastor M, Ito J, Wander M. Changing states: a framework for progressive governance [En ligne]. Los Angeles (CA): University of Southern California, Program for Environmental and Regional Equity; mai 2016 [cité le 10 juillet 2023]. 72 p. Disponible : <https://dornsife.usc.edu/eri/wp-content/uploads/sites/41/2023/01/2016ChangingStatesPERE.pdf> [en anglais]
17. Pastor M, Ito J, Wander M, Thomas AK, Moreno C, Gonzalez D, et al. A primer on community power, place, and structural change [En ligne]. Los Angeles (CA): University of Southern California, Equity Research Institute; sep 2020 [cité le 10 juillet 2023]. 26 p. Disponible : https://dornsife.usc.edu/assets/sites/1411/docs/Primer_on_Structural_Change_web_lead_local.pdf [en anglais]
18. Power analysis. Dans : Pateriya D, Castellanos P. Power tools: a manual for organizations fighting for justice [En ligne]. Los Angeles (CA): Strategic Concepts in Organizing and Policy Education (SCOPE); 2003. [cité le 10 juillet 2023]; p. III-1-BB. Disponible : <https://calbudgetcenter.org/wp-content/uploads/SCOPE-Power-Analysis-Chapter.pdf> [en anglais]
19. Friel S, Townsend B, Fisher M, Harris P, Freeman T, Baum F. Power and the people's health. *Soc Sci Med*. Août 2021;282:article 114173 [12 p.]. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.114173.
20. Madureira Lima J, Galea S. Corporate practices and health: a framework and mechanisms. *Global Health*. 2018;14:article 21 [12 p.]. doi: 10.1186/s12992-018-0336-y.



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 : @NCCCDH_CCNDS

REMERCIEMENTS

Rédaction : Jonathan Heller, professeur invité, et Myriam Richard, spécialiste du transfert des connaissances, Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS). Révision 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 à souligner que nous nous trouvons en Mi'kma'ki, le territoire ancestral non cédé du peuple micmac.

Veuillez 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 3 – Les autres cadres utiles à la conceptualisation et à l'analyse du pouvoir*. Antigonish (NS): CCNDS, Université St. Francis Xavier.

ISBN : 978-1-998022-29-8

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 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 3 – Additional frameworks for conceptualizing and analyzing power*.