



National Collaborating Centre  
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale  
des déterminants de la santé



# TERMINOLOGIE PROPRE À L'ÉQUITÉ EN SANTÉ

## PARLONS-EN

FAIT PARTIE DE LA SÉRIE « PARLONS-EN »

Les mots que nous employons reflètent notre vision du monde, nos valeurs et notre point de vue au sujet de l'équité en santé et des collectivités que nous soutenons<sup>1</sup>. Cette ressource est née d'une volonté d'explorer les principes fondamentaux de la communication inclusive afin de soutenir la démarche pour assurer une plus grande équité en santé. Elle vise à encourager la transparence dans nos discussions et l'intentionnalité dans nos choix de mots, enrichissant ainsi la terminologie propre à l'équité en santé. Le langage est fluide et ne cesse d'évoluer. Il importe de situer le vocabulaire utilisé dans le texte ci-dessous dans le contexte actuel. Les termes employés dans ce document proviennent de sources diverses, y compris la littérature et les connaissances concrètes des pratiques et des collectivités comme telles.

## POURQUOI EXPLORER LA TERMINOLOGIE PROPRE À L'ÉQUITÉ EN SANTÉ?

*« Les mots que nous choisissons d'utiliser à l'oral et à l'écrit sont de puissants outils pour communiquer nos valeurs et nos croyances – personnelles et organisationnelles <sup>2(p.14)</sup>. »*

[Traduction libre]

Les mots comptent — ils peuvent faire en sorte que les gens se sentent inclus ou exclus, valorisés ou dépréciés, accueillis ou exposés au danger. Nos choix de mots reflètent nos valeurs, nos croyances et nos préjugés implicites. Ils influent par ailleurs sur la manière dont nos valeurs, nos croyances et nos préjugés se transforment ou se maintiennent au fil du temps<sup>3</sup>. Ainsi donc, nos choix de mots reflètent et influencent notre perception des personnes qui font l'expérience d'inégalités sociales de santé et des causes profondes de ces inégalités et, ultimement, la conception de notre rôle en santé publique<sup>3,4</sup>. La terminologie employée pour parler d'équité en santé entre en ligne de compte dans nos questionnements, les populations auxquelles nous répondrons en priorité, l'établissement des stratégies à privilégier et le mode d'interprétation de l'information et des données<sup>5</sup>.

La stigmatisation et la discrimination dans le langage perpétuent et accroissent les préjudices causés aux personnes et aux collectivités marginalisées par les systèmes d'oppression<sup>6,7</sup>. Les mots qui reflètent les partis pris, simplifient à outrance la complexité des systèmes et des relations ou minimisent les faits historiques sont susceptibles d'exacerber les

préjugés, l'exclusion et la peur. Les mots reflétant pas les réalités quotidiennes des gens compromettent les efforts déployés pour atteindre l'équité en santé, parce qu'ils alimentent la méfiance et la peur par rapport au système de santé<sup>5</sup>.

*« Il faut absolument apprendre la terminologie propre à l'équité en santé pour faire tomber les murs de méfiance et tisser des liens de confiance pour atteindre l'équité en santé <sup>7(p.871)</sup>. »*

Les mots porteurs de compassion, d'inclusivité et d'équité parlent de la valeur fondamentale de chaque personne<sup>8</sup>, quelles que soient ses conditions de vie. Les stratégies et les politiques de santé publique ont plus de chance de faire progresser l'équité en santé si elles reposent sur une façon de communiquer empreinte de respect et s'harmonisant avec les priorités établies par les populations<sup>9</sup>.

**Plus nous comprendrons le sens et plus nous aurons conscience des mots que nous utilisons, mieux nous agirons pour mettre fin à l'injustice.**

Le présent document remplace celui de 2014 et intitulé *Les populations et le pouvoir du langage : Parlons-en.*

La terminologie propre à l'équité en santé n'a rien à voir avec un jargon à la mode. Il ne s'agit pas de cocher une case sur une liste de projets. Les mots devraient constituer une promesse d'agir. Cela sera possible que s'il existe une compréhension commune des termes et de leur signification.

## LE POUVOIR DES MOTS

« *Les belles paroles, sans résultats concrets, font mal lorsqu'elles sont prononcées par ceux qui exercent un pouvoir [...] et qui refusent d'agir.* » - Mumilaaq Qaqqaq<sup>10</sup>

**Le pouvoir est enraciné dans le langage.** Pour changer les systèmes de croyances dominants et les déséquilibres du pouvoir, nous devons chercher intentionnellement à considérer et à modifier les mots que nous employons pour définir l'équité.

Les mots traduisent généralement les valeurs, les normes et les visions du monde<sup>11</sup> sur lesquelles reposent les structures du pouvoir qui décident du privilège et de l'oppression<sup>5</sup>. Cela vient accroître le fossé nettement visible entre le « nous tout-puissants »... et les « autres » écartés du pouvoir<sup>12(p.13)</sup>. Employer des termes sans réfléchir au déséquilibre du pouvoir qu'ils renforcent nous évite d'agir pour corriger

le déséquilibre justement. (Voir dans le tableau 1 les termes ou les mots ayant pour effet de corriger au lieu de renforcer le déséquilibre du pouvoir.)

Par exemple, si nous décrivons les personnes et les collectivités comme étant les utilisateurs ou les prestataires de nos services (ou « les individus auxquels nous fournissons des services ») au lieu de les décrire comme étant un groupe de population unique possédant des compétences ayant de la valeur, nous perdons de vue ce qui est important pour elles et leur capacité d'éclairer les décisions et les priorités dans le domaine de la santé publique.

**TABLEAU 1 : TERMES OU MOTS AYANT POUR EFFET DE CORRIGER AU LIEU DE RENFORCER LE DÉSÉQUILIBRE DU POUVOIR**

TERMES OU MOTS FAVORISANT UNE NOUVELLE RÉPARTITION OU LE RÉÉQUILIBRAGE DU POUVOIR	TERMES OU MOTS RENFORÇANT UN DÉSÉQUILIBRE DU POUVOIR PRÉJUDICIALE
Investir dans	Autonomiser
Personnes surmontant les aléas de la vie avec résilience	Résilient/résiliente
Partenaire Collaborateur/collaboratrice	Stakeholder (en anglais) Partie prenante
Membre de la collectivité/population/communauté Personne/individu	Patient/patiente Client/cliente Consommateur/consommatrice (des services ou des soins de santé)
Au service de Travailler avec la collectivité/population/communauté	Servir Fournir des services à

D'autres exemples :

- Le terme **autonomiser** est généralement employé dans un sens positif pour parler de ce que les personnes et les collectivités pourraient ressentir si le pouvoir était partagé avec elles. Cependant, ce terme « aimable » couramment utilisé vient dans les faits renforcer le déséquilibre du pouvoir en laissant supposer qu'un groupe privilégié détient le pouvoir et qu'il lui revient d'accorder la permission ou l'approbation à d'autres de détenir du pouvoir aussi. Il ne permet pas de mettre en question ce déséquilibre créé.
- Le terme **résilient/résiliente** est utilisé habituellement pour décrire une qualité, c'est-à-dire la capacité d'une personne ou d'un groupe de population à surmonter les épreuves. Cependant, la résilience n'est pas un trait de caractère inhérent à la nature humaine. Elle constitue une réaction primordiale devant un système d'oppression, c'est-à-dire devant lequel les individus et les collectivités *doivent* montrer de la résilience pour survivre. L'usage du mot résilient ou résiliente pour parler d'une qualité est susceptible de mettre hors de cause le système ayant créé un monde où chaque personne doit agir par elle-même.
- Le terme anglais **stakeholder** (partie prenante) s'emploie normalement pour parler des principaux partenaires d'une initiative. Il tire son origine des pratiques coloniales et revêt une connotation associée aux colons plantant leurs pieux (*stake*) dans la terre pour en revendiquer la propriété (*holder*) avant toute négociation avec les collectivités autochtones à qui

appartenait le territoire en question<sup>13</sup>. Il faut éviter le mot en anglais, particulièrement dans les rapports avec les collectivités autochtones qui ont en priorité le droit à l'équité, pas seulement un même intérêt<sup>14</sup>. Le mot *stakeholder* porte à croire que chaque intérêt (*at stake* pour « en jeu » en français) est représenté de manière égale et place sur un pied d'égalité les organisations et les membres des collectivités marginalisées par les systèmes d'oppression et ayant un moins bon état de santé causé par les inégalités sociales. Traiter les intérêts sur un pied d'égalité donne une moins grande place aux priorités de la collectivité<sup>15</sup>. Soulignons en dernier lieu que le terme *partie prenante* en français connote un sens péjoratif et met l'accent sur l'institutionnalisation de l'entreprise. Il y aurait ainsi lieu d'éviter d'utiliser le terme « partie prenante » en français.

Il ne faut pas perdre de vue ce qui est important pour les personnes. Le langage ne cesse d'évoluer, il importe donc au plus haut point de travailler de concert avec les collectivités à l'élaboration d'une terminologie respectueuse et inclusive! Le dialogue continu, les consultations publiques, le matériel nécessaire aux projets pilotes, l'engagement et l'évaluation sont de bons moyens d'y parvenir. Il faut nommer et remettre en question de manière intentionnelle le déséquilibre du pouvoir et se poser les questions suivantes : « Comment décrire les personnes vivant des inégalités sociales de la santé? Comment se décrivent-elles elles-mêmes? Les termes concordent-ils? »

## REMARQUE AU SUJET DE LA LANGUE ET DE LA TRADUCTION

**La culture vit dans le langage.** La signification, l'interprétation et l'application des termes et des mots varient d'une culture, d'un contexte et d'une compréhension à l'autre. La langue concerne les mots en soi et leur sens pour les gens dont il est question, y compris, sans s'y limiter, la langue pour le dire.

Les mots employés dans une langue pour définir les concepts d'équité en santé ne se traduisent pas toujours littéralement en d'autres langues. Une partie du sens peut se perdre. Les mots utilisés dans une langue pour parler d'équité en santé n'ont pas systématiquement des équivalents ou un terme qui s'en rapproche dans une autre langue.

Il faut absolument éviter de supposer qu'un mot ou un concept employé en français pour parler d'équité en santé s'applique automatiquement au contexte des groupes et des collectivités qui vivent des inégalités sociales de la santé. Il est important de travailler avec des partenaires et des membres de la collectivité pour comprendre et adopter la terminologie la mieux adaptée au contexte en question.

## CONSTITUTION D'UNE TERMINOLOGIE INCITANT À AGIR POUR L'ÉQUITÉ EN SANTÉ

*« Un changement dans les mots employés peut favoriser un changement d'attitude, de perception et de comportement et aider à reformuler les enjeux de nature complexe [...] de manière à ne pas insister sur la responsabilité individuelle, mais plutôt à reconnaître que les circonstances de la vie et les conditions de vie ont une incidence sur l'état de santé<sup>8(p.1)</sup>. » [Traduction libre]*

Chaque individu porte de nombreuses identités qui s'entrecroisent et qui façonnent ses expériences vécues de l'avantage, du désavantage, du privilège et de l'oppression. Nos paroles doivent refléter la complexité de la vie quotidienne. Nous devons abandonner la vision unidimensionnelle de la santé et tenir compte de la nature multidimensionnelle des causes profondes de l'injustice<sup>16</sup>. Si nous écoutons les membres des différents groupes de population et si nous collaborons avec eux dans notre travail, la terminologie propre à l'équité en santé reflétera mieux la réalité.

L'élaboration d'une terminologie commune pour parler d'équité en santé constitue un processus d'apprentissage continu dans lequel on doit s'engager avec humilité et respect.

Un dialogue ouvert et continu facilite pour les membres de la pratique, des équipes, des organismes et de la collectivité la cocréation d'une terminologie propre à l'équité. Le texte ci-dessous a pour objectif d'encourager les discussions au sujet de cette terminologie dans le contexte de la santé publique, en sachant que les mots pour le dire diffèrent d'un lieu de travail, d'un lieu géographique, d'une collectivité et d'une identité à l'autre.



« *Des paroles empreintes d'équité et centrées sur la personne servent à focaliser sur l'expérience vécue par les personnes et les groupes de population sans renforcer les étiquettes, l'objectivation, la stigmatisation et la marginalisation*<sup>5(p.7)</sup>. » [Traduction libre]

Les termes centrés sur la personne (voir le tableau 2) permettent de porter attention à l'individu au lieu des conditions de vie et sont moins susceptibles de perpétuer les préjugés<sup>17</sup>. Ceux axés en plus sur l'équité placent les connaissances concrètes des individus à l'avant-plan sans y apposer des étiquettes stigmatisantes<sup>5</sup> et maintiennent l'attention sur l'aspect humain<sup>18</sup>.

En revanche, les mots associés aux conditions de vie, par exemple *itinérant/itinérante, criminel/criminelle, toxicomane et pauvre*, sont douloureux à entendre et tendent à rejeter la faute sur les personnes. D'autres expressions encore, comme *difficile à rejoindre et cas de non-conformité aux règlements*, portent à croire que les personnes repoussent les services ou qu'elles ne veulent pas participer. La réalité pourrait être toute autre, ce qui est offert n'est peut-être pas accessible, sécuritaire, respectueux ou abordable pour les individus<sup>9</sup>.

Les étiquettes stigmatisantes laissent à penser qu'un groupe de population est inférieur par nature, et fait porter la responsabilité aux individus et non pas aux systèmes qui leur sont imposés<sup>18</sup>. Le discours stigmatisant sépare le « nous » du « eux », perpétuant

ainsi les préjugés et le jugement<sup>19</sup> et contribuant à ce que les gens se sentent exclus, dérangeants et exposés au danger dans les milieux de la santé publique. Ce type de discours nuit à la relation et entretient la méfiance entre les acteurs de la santé publique et les membres des collectivités.

Les termes flous, par exemple, *vulnérable, marginalisé, défavorisé et population prioritaire* reviennent souvent pour parler de groupes vivant des inégalités sociales de la santé. Toute population peut être considérée comme une priorité dépendant des objectifs d'une stratégie donnée, qui ne sont pas forcément fondés sur la justice sociale. L'ambiguïté engendrée par un discours flou peut servir intentionnellement à négliger de lutter contre les causes des inégalités sociales de la santé.

Il importe de poser la question aux membres d'un groupe de population pour connaître les termes et les phrases qui décrivent le mieux qui ils sont, leurs milieux de vie et leurs identités. Il faut éviter les idées conçues quant à la manière dont une personne veut se décrire, car les mots pour parler d'une personne vivant des inégalités sociales lui reviennent ultimement.

## CENTRÉE SUR LES SYSTÈMES

Les termes centrés sur les systèmes (voir le tableau 2) suppriment du discours les propos traditionnellement axés sur les dimensions comportementales et biomédicales et mettent l'accent sur l'ensemble des déterminants structureaux et sociaux ayant des effets en aval pour la santé<sup>5</sup>. Un discours centré sur les systèmes attire l'attention non pas sur la faute et le comportement individuels, mais sur les mécanismes par lesquels les systèmes et les circonstances inévitables influent sur la santé<sup>8</sup>. Les mots désignant les systèmes et les structures correspondent au champ d'exercices de la santé publique et permettent aux praticiens de déterminer avec plus de précision la voie à suivre.

Inversement, le discours centré sur l'individu camoufle la nature structurelle et sociale des résultats de santé<sup>9</sup>, limitant du coup le débat sur les mesures à prendre dans les politiques et les systèmes pour changer le discours<sup>20</sup>. Si nos mots se rapportent strictement aux traits et au comportement individuels, ils vont à l'encontre de l'essence même de la santé publique. La voie à emprunter pour assurer une plus grande équité se fait aussi plus obscure.

## CENTRÉE SUR LES ATOUTS

Les termes centrés sur les atouts (voir le tableau 2) réfèrent aux compétences, aux connaissances et aux contributions des individus et des collectivités<sup>21</sup>. Les activités de la santé publique qui reposent sur une approche fondée sur les atouts cadrent avec l'idée de contribution, de croissance, de partage du pouvoir avec les collectivités et de respect de la diversité culturelle, des capacités et d'autres facteurs socio-économiques<sup>22</sup>.

Inversement, le discours centré sur les faiblesses sert à chercher les lacunes et à corriger les manques<sup>21,22</sup>. Les démarches fondées sur des mots référant aux manques visent en priorité à corriger les problèmes. Elles s'appuient sur une approche du « pouvoir sur » qui alimente l'oppression suivant le principe qu'une poignée de privilégiés détiennent le pouvoir sur les personnes en situation de marginalisation.



## À LA RECHERCHE D'ÉQUITÉ VERSUS MÉRITANT L'ÉQUITÉ?

Le terme *à la recherche d'équité* réfère aux personnes se heurtant à des obstacles considérables suscités par la discrimination, la défavorisation et autres facteurs socio-économiques<sup>23</sup>. Bien qu'il soit techniquement correct, ce terme place l'individu comme étant dans l'obligation de réclamer l'équité<sup>24</sup>. Celui-ci se retrouve donc en situation de vulnérabilité, le terme laissant supposer que l'individu a la responsabilité d'aller « chercher » ce dont il a besoin<sup>24-26</sup> auprès des détenteurs du pouvoir d'accorder, de refuser ou d'ignorer la demande<sup>26</sup>.

Le terme *méritant l'équité* tend à remplacer l'expression « à la recherche d'équité ». Il laisse sous-entendre que les collectivités méritent l'équité et qu'elles ne devraient pas avoir à la demander<sup>24</sup>. La responsabilité revient par conséquent aux gens ayant le pouvoir et l'influence systémique (groupe dominant) nécessaires pour changer les conditions de vie<sup>24</sup>, en reconnaissant l'équité comme un droit<sup>26</sup>. Selon certaines personnes, le terme laisse sous-entendre que tout le monde n'est pas digne de l'équité<sup>27</sup>.

Le terme *privé d'équité* englobe les deux notions et décrit les personnes se heurtant à des barrières à l'accès et aux possibilités en raison d'une discrimination systémique<sup>27</sup>.

La question est continuellement débattue en santé publique. Le choix du terme dépendra du contexte et des préférences du groupe de population concerné.

## AUTRE TERME COURAMMENT UTILISÉ : EXPÉRIENCE VÉCUE

Le terme *expérience vécue* est généralement employé pour parler des groupes de population qui se trouvent au cœur des efforts pour assurer une plus grande équité. Or, il s'agit d'une étiquette qui revêt de multiples connotations associées aux facteurs d'influence sur la santé, chacun entrecroisant et influençant l'autre, et qui fait peu de cas du vécu propre à chaque individu.

En tant que tel, le terme « expérience vécue » ne concerne pas spécifiquement les inégalités sociales de la santé. Tout le monde fait l'expérience de quelque chose – comme c'est le cas d'une personne blanche et bien nantie, par exemple. En employant le terme sans préciser *ce qui est vécu* par l'individu ou le groupe de population, on dilue la notion d'équité en santé. De plus, même en accompagnant le terme d'une description détaillée, par exemple dire d'une personne qu'elle a « l'expérience d'avoir vécu avec un faible revenu » –, on réduit le vécu de la personne à la situation précise et on passe sous silence les nombreux facteurs qui s'entrecroisent et qui influent sur la santé et le bien-être. Le mot « expérience » n'exprime pas avec justesse la portée des connaissances acquises en vivant avec des inégalités sociales ni la valeur du savoir acquis au titre de faits probants valides et légitimes.

Dans nos activités de santé publique, si nous voulons renforcer l'engagement des personnes qui vivent des inégalités sociales, nous devons préciser les groupes avec lesquels nous nous engageons et connaître la valeur du vécu de chaque personne et la validité de cette source d'information et de connaissances concrètes.

Le terme *connaissances concrètes des inégalités sociales/connaissances acquises en vivant les inégalités sociales sur le terrain* renvoient avec plus de justesse à la validité de l'expérience en tant qu'expertise de la vie vécue dans un contexte d'inégalités sociales et structurelles. Il faut faire preuve de prudence en parlant d'une personne ayant les connaissances concrètes de... (p. ex., faible revenu), et s'assurer de situer le contexte des nombreux facteurs qui s'entrecroisent<sup>16</sup>.

**TABEAU 2 : TERMINOLOGIE CENTRÉE SUR LA PERSONNE, LES SYSTÈMES ET LES ATOUTS PAR OPPOSITION À LA TERMINOLOGIE CENTRÉE SUR LE PRÉJUGÉ, LE REPROCHE ET LES FAIBLESSES**

ÉCART EN MATIÈRE DE RENDEMENT	TERMINOLOGIE CENTRÉE SUR LE PRÉJUGÉ, LE REPROCHE ET LES FAIBLESSES
<p><b>Personnes en situation de marginalisation créée par...</b>  <b>Collectivités ou groupes de population marginalisés par...</b>  <b>Marginalisation engendrée par les systèmes d'oppression</b></p>	<p>Marginalisé                      Par exemple : les groupes marginalisés</p>
<p><b>Personne/individu vivant dans des conditions de vulnérabilité engendrées par...</b>  <b>Communautés/groupes de population rendus vulnérables en raison de...</b>  <b>Vulnérabilité causée par les systèmes d'oppression</b></p>	<p>Vulnérable                      Par exemple : les groupes vulnérables</p>
<p><b>Personnes/individus en situation de pauvreté</b>  <b>Personnes/individus sans domicile fixe/stable</b>  <b>Personnes/individus sans emploi ou sans garantie de conditions de travail décentes</b>  <b>Personnes discriminées/individus discriminés par...</b></p>	<p>Pauvre, itinérant/itinérante, chômeur/chômeuse, etc.                      Par exemple : les pauvres, les itinérants, les chômeurs</p>
<p><b>Collectivités ne recevant pas les ressources suffisantes ou recevant peu de dépenses d'investissement</b>  <b>Collectivités dans lesquelles la société n'a pas investi</b></p>	<p>Mal desservies</p>
<p><b>Groupes de population socialement/économiquement exclus par les systèmes qui pourraient bénéficier...</b>  <b>Groupes de population exploités/opprimés par les autres en position de pouvoir</b></p>	<p>Défavorisés, dans le besoin, population prioritaire, population cible</p>
<p><b>Ne participant pas encore</b>  <b>Systématiquement exclu/exclue</b></p>	<p>De contact difficile                      Difficile à rejoindre</p>
<p><b>Groupes de population vivant des effets négatifs disproportionnés/associés à une prévalence plus forte disproportionnée/présentant un taux de... disproportionné<sup>9</sup></b></p>	<p>Lourd fardeau, à risque élevé</p>
<p><b>Personnes/individus dans l'impossibilité ou pas en mesure de se conformer à...<sup>9</sup></b></p>	<p>Cas de non-conformité aux règlements</p>
<p><b>Personnes/individus n'ayant pas encore...<sup>9</sup></b>  <b>Personnes/individus ayant des problèmes d'accès ou de la difficulté à...<sup>9</sup></b></p>	<p>Les gens qui ne... (p. ex., qui ne se servent pas des services ou qui ne se rendent pas sur place) — la formulation peut laisser croire que l'accent est mis sur la personne, mais elle place en réalité la faute sur l'individu en faisant référence à la notion de choix.</p>
<p><b>Personnes possédant des atouts et des forces uniques</b></p>	<p>Compétences ou connaissances négligeables ou limitées</p>
<p><b>Personnes nécessitant une aide soutenue</b></p>	<p>Assidu/assidue, habitué/habituée, fidèle, régulier/régulière, endurci/endurcie</p>
<p><b>Personnes poursuivant des objectifs qui leur sont propres</b></p>	<p>Écart en matière de rendement</p>

## PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS

« En apprenant les meilleures pratiques au sujet de la communication inclusive, les professionnels de la santé peuvent mettre fin aux préjugés, promouvoir l'impartialité, réduire la stigmatisation et, surtout, se montrer utiles à tout le monde<sup>28</sup>. » [Traduction libre]

La terminologie et les termes comportent un potentiel de perpétuation ou de réduction des inégalités sociales de santé. Les efforts pour tendre vers l'équité en santé ne porteront pas autant de fruits si les termes ne sont pas compris de la même manière ou s'ils ne reflètent pas les priorités de la collectivité. Il importe grandement à la santé publique de s'assurer de ce qui suit :

1. entamer un dialogue ouvert et continu au sujet d'une terminologie et un vocabulaire propre à l'équité en santé qui changent et qui s'adaptent suivant le contexte;
2. employer des termes centrés sur la personne, les systèmes et les atouts en tout temps dans le travail d'équité en santé afin de briser les structures du pouvoir et d'atteindre des objectifs communs;
3. faire preuve d'humilité et de respect dans le travail d'équité en santé afin d'apprendre des collectivités et de constituer une terminologie commune.

## QUESTIONS À DÉBATTRE

- Quelles sont vos positions et vos identités sociales? Quels types de privilèges et/ou de désavantages ces positions et ces identités sociales vous amènent-elles à vivre? Quelle sorte d'influence vos positions ou vos identités exercent-elles sur le choix des mots que vous employez pour décrire les personnes et les collectivités lorsque vous parlez ou que vous écrivez au sujet de l'équité en santé?
- Quelles sont vos croyances par rapport aux personnes et aux groupes de population avec lesquels vous travaillez? Ces croyances favorisent-elles un choix de mots centrés sur la personne, les systèmes et les atouts? En quoi ces croyances influencent-elles vos choix de mots et d'activités dans votre démarche pour favoriser l'équité en santé?
- Quelles sont vos valeurs fondamentales? Quelles sont les valeurs de votre organisation? En quoi ces valeurs reflètent-elles ou influencent-elles la terminologie que vous utilisez couramment pour parler d'équité en santé?
- Songez aux plans de travail, aux plans stratégiques et aux autres documents d'orientation de votre organisme. Quels termes y sont employés pour décrire les déterminants sociaux et structurels de la santé et l'équité en santé? Quels termes y sont utilisés pour décrire les groupes de population avec lesquels travaille votre organisme? Dans quelle mesure les termes correspondent-ils ou divergent-ils de la façon dont les groupes de population et les individus se décriraient eux-mêmes?
- Quelles voix se font entendre dans la terminologie et les mots que vous employez pour parler d'équité en santé? Quelles voix y sont gardées sous silence?
- Comment communiquerez-vous avec des groupes de population pour les faire participer à une discussion sur la terminologie propre à l'équité en santé? Quels facteurs prendrez-vous en compte pour ce faire?
- Quels aspects changent dans votre façon de communiquer lorsque vous changez de milieu (p. ex., service de santé, établissement scolaire, bureau municipal)? Pourquoi? Est-ce approprié?

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. L'engagement communautaire axé sur l'équité en santé : Parlons-en [En ligne]. Antigonish (NS): CCNDS, Université St. Francis Xavier; 2021 [cité le 9 fév 2023]. 13 p. Disponible: <https://nccdh.ca/images/uploads/comments/Lets-Talk-Community-Engagement-FR.pdf>
- Bureau de santé de Windsor-comté d'Essex. No barrier – Health equity for all: toolkit & practical guide for health and community service providers [En ligne]. Windsor (ON): BSWCE; 2015 [cité le 9 jan 2023]. 44 p. Disponible: <https://www.wechu.org/sites/default/files/edit-resource/em-2015-health-equity-toolkit-and-practical-guide/wechunobarriersheqforalltoolkit2015final.pdf> (en anglais)
- Association canadienne de santé publique. Le poids des mots : Pour un langage respectueux en matière de santé sexuelle, de consommation de substances, les ITSS et de sources de stigmatisation intersectionnelles [En ligne]. Ottawa (ON): ACSP; 2019 [cité le 9 fév 2023]. 17 p. Disponible: <https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/resources/stbbi/language-tool-f.pdf>
- Polly R. Adopting inclusive language as part of patient centered care. *J Maine Med Cent.* 2021;3(2):article 1 [2 p.]. doi: 10.46804/2641-2225.1096
- American Medical Association; Association of American Medical Colleges, Center for Health Justice. Advancing health equity: a guide to language, narrative and concepts [En ligne]. Chicago (IL): AMA; 2021 [cité le 9 fév 2023]. 54 p. Disponible: <https://www.ama-assn.org/system/files/ama-aamc-equity-guide.pdf> (en anglais)
- Sullivan D, Woods R. Is the language we use hurting our equity efforts? 20 sep 2021 [cité le 9 fév 2023]. Dans : Advisory Board. The blog [En ligne]. Washington (DC): Advisory Board; 12 mai 2013; [environ 9 écrans]. Disponible: <https://www.advisory.com/blog/2021/09/equity-language-092021> (en anglais)
- Squires A, Thompson R. Learning the language of health equity. *Res Nurs Health.* Déc 2021;44(6):869-71. doi: 10.1002/nur.22192
- Office régional de la santé de Winnipeg. Language that promotes equity and dignity: suggestions for health care providers [En ligne]. Winnipeg (MB): ORSW; nov 2017 [cité le 9 fév 2023]. 2 p. Disponible: <https://wrha.mb.ca/files/health-equity-wrha-language-suggestions.pdf> (en anglais)
- Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis). CDC's health equity guiding principles for inclusive communication [En ligne]. Atlanta (GA): CDC; 7 déc 2021 [cité le 9 fév 2023]. 2 p. Disponible: <https://www.cdc.gov/healthcommunication/HealthEquityGuidingPrinciples.pdf> (en anglais)
- Débats de la Chambre de communes, 43e législature, 2e session, no 118 (15 juin 2021) à la ligne 2000 (Mumilaaq Qaqqaq). Hansard révisé. Vol. 150. Disponible: <https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/43-2/chambre/seance-118/debats>
- BC Public Service Agency (Colombie-Britannique). Words matter: guidelines on using inclusive language in the workplace [En ligne]. Victoria (BC): BC Public Service Agency; [mis à jour le 18 mai 2018; cité le 9 fév 2023]. 27 p. Disponible: <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/careers/all-employees/working-with-others/words-matter.pdf> (en anglais)
- De Weger E, Van Vooren N, Luijckx KG, Baan CA, Drewes HW. Achieving successful community engagement: a rapid realist review. *BMC Health Serv Res.* 2018;18:article 285 [18 p.]. doi: 10.1186/s12913-018-3090-1
- Reed M. Should we banish the word "stakeholder"? 2 août 2022 [mis à jour le 7 déc 2022; cité le 9 fév 2023]. Dans : Fast Track Impact. Blogue [En ligne]. Huntly (UK): Fast Track Impact; [11 jan 2012]; [environ 10 écrans]. Disponible: <https://www.fasttrackimpact.com/post/why-we-shouldn-t-banish-the-word-stakeholder> (en anglais)
- Joseph B. 9 terms to avoid in communications with Indigenous Peoples. 13 jan 2017 [mis à jour le 11 mai 2018; cité le 9 fév 2023]. Dans : Indigenous Corporate Training Inc. Blogue : Working effectively with Indigenous Peoples® [En ligne]. Saanichton (BC): ICT; [21 jan 2012]; [environ 18 écrans]. Disponible: <https://www.ictinc.ca/blog/9-terms-to-avoid-in-communications-with-indigenous-peoples> (en anglais)
- Sharfstein JM. Banishing "stakeholders". *Milbank Q.* Sep 2016;94(3):476-9. doi: 10.1111/1468-0009.12208
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Intersectionnalité : Parlons-en [En ligne]. Antigonish (NS): CCNDS, Université St. Francis Xavier; 2022 [cité le 9 fév 2023]. 15 p. Disponible: [https://nccdh.ca/images/uploads/comments/NCCDH\\_Lets\\_Talk\\_Intersectionality\\_FR.pdf](https://nccdh.ca/images/uploads/comments/NCCDH_Lets_Talk_Intersectionality_FR.pdf)
- Likis FE. Inclusive language promotes equity: the power of words. *J Midwifery Womens Health.* Jan/fév 2021;66(1):7-9. doi: 10.1111/jmwh.13225
- Buchanan NT, Perez M, Prinstein MJ, Thurston IB. Upending racism in psychological science: strategies to change how science is conducted, reported, reviewed, and disseminated. *Am Psychol.* Oct 2021;76(7):1097-112. doi: 10.1037/amp0000905
- Healy M, Richard A, Kidia K. How to reduce stigma and bias in clinical communication: a narrative review. *J Gen Intern Med.* Août 2022;37(10):2533-40. doi: 10.1007/s11606-022-07609-y
- Katz AS, Hardy BJ, Firestone M, Lofters A, Morton-Ninomiya ME. Vagueness, power and public health: use of 'vulnerable' in public health literature. *Crit Public Health.* Oct 2020;30(5):601-11, doi: 10.1080/09581596.2019.1656800
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé [En ligne]. Antigonish (NS): CCNDS, Université St. Francis Xavier; [mis à jour en mars 2022; cité le 9 fév 2023]. Disponible: <https://nccdh.ca/fr/learn/glossary/>

22. START Project. Language matters: a reflection on the critical use of language [En ligne]. Grand Rapids (MI): Grand Valley State University; 2022 [cité le 9 fév 2023]. 8 p. Disponible: [https://www.gvsu.edu/cms4/asset/64CB422A-ED08-43F0-F795CA9DE364B6BE/language\\_matters\\_a\\_reflection\\_on\\_the\\_critical\\_use\\_of\\_language\\_4-22.pdf](https://www.gvsu.edu/cms4/asset/64CB422A-ED08-43F0-F795CA9DE364B6BE/language_matters_a_reflection_on_the_critical_use_of_language_4-22.pdf) (en anglais)
23. Conseil des arts du Canada. Groupes visés par l'équité [En ligne]. Ottawa (ON): Le Conseil; [cité le 9 fév 2023]; [environ 1 écran]. Disponible: <https://conseildesarts.ca/glossaire/groupes-vises-par-l-equite>
24. Université du Nouveau-Brunswick. Glossary project [En ligne]. Fredericton (NB): UNB; [cité le 9 fév 2023]. Disponible: <https://www.unb.ca/initiatives/equity-diversity-inclusion/glossary-project.html> (en anglais)
25. Smith T. Shifting from equity-seeking to equity-deserving [En ligne]. Surrey (BC): Kwantlen Polytechnic University; 20 nov 2020 [cité le 9 fév 2023]; [environ 4 écrans]. Disponible: <https://wordpress.kpu.ca/antiracism/2020/11/20/shifting-from-equity-seeking-to-equity-deserving/> (en anglais)
26. Red River College Polytechnic. Language changes as we change: equity deserving. 2022 Nov 8 [cité le 9 fév 2023]. In: Red River College Polytechnic. Equity, diversity and inclusion on campus blog [En ligne]. Winnipeg (MB): RRC Polytech; [2 nov 2020]; [environ 4 écrans]. Disponible: <https://www.rrc.ca/diversity/2022/11/08/language-changes-as-we-change-equity-deserving/> (en anglais)
27. Comité interministériel de terminologie sur l'équité, la diversité et l'inclusion [Canada]. Guide de la terminologie liée à l'équité, la diversité et l'inclusion [En ligne]. Ottawa (ON): gouvernement du Canada; [modifié le 28 sep 2022; cité le 9 fév 2023]. Disponible: <https://www.noslangues-ourlangues.gc.ca/fr/publications/equite-diversite-inclusion-equity-diversity-inclusion-fra>
28. Bellamy R. Inclusive language in healthcare: improve outcomes with better communication. 5 juil 2022 [cité le 9 fév 2023]. Dans : The Diversity Movement. Blogue [En ligne]. Raleigh (NC): TDM; [3 fév 2020]. [environ 7 écrans]. Disponible: <https://thediversitymovement.com/inclusive-language-healthcare-improve-outcomes-better-communication/> (en anglais)



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  
Téléphone : 902-867-6133  
ccnds@stfx.ca  
www.ccnds.ca  
Twitter : @NCCDH\_CCNDS

## REMERCIEMENTS

Rédaction : Dianne Oickle, spécialiste du transfert des connaissances, et Caralyn Vossen, coordonnatrice du transfert des connaissances, Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS). Des remerciements sincères sont adressés aux réviseurs internes Jonathan Heller et Bernice Yanful, et aux réviseurs externes Christian Daboud et Svetlana Ristovski-Slijepcevic pour leurs précieux commentaires.

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

Veillez citer l'information contenue dans ce document comme suit : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. [2023]. *Terminologie propre à l'équité en santé : Parlons-en*. Antigonish (NS) : CCNDS, Université St. Francis Xavier.

ISBN : 978-1-989241-97-4

La production du présent document a été 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 le présent document ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

Une version électronique (en format PDF) du présent document est disponible au [www.ccnds.ca](http://www.ccnds.ca).

A PDF format of this publication is also available in English at [www.nccdh.ca](http://www.nccdh.ca) under the title *Let's talk: Language of health equity*.