



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé

Date imprimée: Juin 01, 2022

Le **Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé** a pour objet d'aider à améliorer l'efficacité des communications et des interventions concernant les déterminants sociaux et structurels de la santé et l'équité en santé. Une terminologie et une compréhension partagées des concepts permettront d'apporter plus de clarté sur les questions d'importance et d'accroître l'incidence des mesures prises pour favoriser l'équité en santé.

La version 2022 du Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé compte 34 termes (une version étoffée et élargie par rapport à celle de 2014) recensés à la suite de consultations menées auprès de professionnels et d'autres informateurs clés du domaine de la santé publique au Canada. La définition de chaque terme est le fruit d'un examen approfondi des glossaires repérés dans d'autres sources documentaires conventionnelles et non conventionnelles. Chacune a fait l'objet d'une validation par l'entremise d'un sondage d'opinion mené auprès de collègues de la santé publique d'un bout à l'autre du Canada. Pour la version francophone, un groupe de discussion a également été tenu afin d'approfondir certains concepts. Les définitions comportent des appels de note renvoyant à la description bibliographique complète de la source dans la liste des références.

En sachant que la langue obéit à l'influence du contexte et de la culture, nous avons entrepris des processus de rédaction distincts pour le glossaire des termes en français et celui des termes en anglais. En effet, nous considérons très important que les concepts et définitions qui y figurent soient adéquats, compréhensibles et applicables pour l'auditoire francophone œuvrant en santé publique et domaines connexes plutôt. Les deux versions se complètent sans représenter une traduction littérale de l'autre. Le processus s'est révélé dynamique et instructif pour les rédacteurs du glossaire, mais aussi pour les personnes appelées à donner leur avis. Le nouvel éclairage a permis de rehausser la qualité des versions dans les deux langues. Consultez le glossaire en anglais [ici](#).

Les termes sont regroupés en quatre catégories : concepts de base, facteurs associés à l'état de santé, influences relatives, et interventions et stratégies. Chaque catégorie comporte un certain nombre de termes connexes. Tous les termes sont munis d'une zone de déroulement permettant de révéler la description et les ressources connexes du CCNDS et du RÉFIPS afin de faciliter la compréhension et l'application du concept.

N'hésitez pas à nous donner votre opinion! Avez-vous trouvé le terme que vous cherchiez? Pour nous faire part de vos commentaires ou de vos impressions concernant le glossaire, envoyez-nous un courriel au ccnds@stfx.ca.

Remerciements et description bibliographique

Un grand merci aux professionnels de la santé publique qui ont fait part de leurs commentaires lors des phases de sondage auprès des utilisateurs, de validation et des mises à l'essai en groupes de consultation. Leurs points de vue ont guidé la sélection des termes et la rédaction des descriptions.

Recherche, rédaction et conceptualisation : Ines Zombre, inf. aut., M. Sc., Ph. D. (c); Sarah Chaput, coordonnatrice RÉFIPS, région des Amériques; Dianne Oickle, Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS)



Création du concept et soutien : Myrienne Richard, spécialiste du transfert des connaissances, CCNDS

Travaux préparatoires, orientation à l'interne et consultations auprès des partenaires externes : Claire O'Gorman, anciennement du CCNDS.

Soutien Web : Caralyn Vossen, coordonnatrice des connaissances. Encadrement et revue internes : Claire Betker, directrice scientifique.

Nos plus vifs remerciements s'adressent au RÉFIPS (Réseau francophone international pour la promotion de la santé), notre partenaire de travail pour l'élaboration de la version française du Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé.

Veuillez citer l'information contenue dans le présent document comme suit : Réseau francophone international pour la promotion de la santé et Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2022). Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé. Montreal (QC) : RÉFIPS; Antigonish (NS) : CCNDS, Université St. Francis Xavier.

ISBN: 978-1-989241-85-1

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.

The English version is available at www.nccdh.ca under the title [Glossary of essential health equity terms](#)

Dernière mise à jour : mars 2022

Concepts clés

Termes reflétant la mesure dans laquelle les forces structurelles et sociales du milieu de vie des individus, des familles, des groupes de population et des collectivités influent sur l'état de santé.

Santé

On associe la **santé** à l'état de bien-être physique, spirituel, mental, émotionnel, environnemental, social, culturel et financier de l'individu, de la famille et de la population. La santé va au-delà de l'absence de maladie. Chaque individu et chaque groupe en donnera une définition différente en fonction de son système de valeurs, de sa culture, de son vécu et de sa vision du monde. La conception de la santé que se font les individus vivant des inégalités sociales de santé devrait orienter les interventions et les stratégies dans le domaine et dans toutes les politiques.

Ressources connexes

- [Documents de fond sur l'équité en santé : une liste de lectures essentielles](#)
- [Arguments économiques pour investir en amont une plus grande partie des fonds consacrés à la santé](#)
- [Parcours pour l'équité en santé et résultats différenciés : un sommaire du rapport Equity, social determinants and public health programmes publié par l'OMS](#)

Santé des populations

La **santé des populations** renvoie à l'état de santé de l'ensemble de la population qui découle de facteurs interdépendants, y compris les politiques, les soins primaires, la santé publique, les facteurs sociaux et environnementaux et la répartition des inégalités.¹ Les trois principales composantes de la santé des populations sont : les résultats de santé, les déterminants de la santé et les politiques.² Les stratégies en matière de santé des populations reposent sur diverses formes de connaissances afin de promouvoir des politiques et des interventions qui améliorent la santé et le bien-être d'une population.²

Ressources connexes

- [Instaurer une culture d'équité dans le secteur de la santé publique au Canada : Une analyse du contexte](#)
- [L'intégration de la notion d'équité dans les rapports sur l'état de santé des populations : un cadre d'action](#)
- [Mesurer ce qui compte en plein cœur de la pandémie de COVID-19 – Indicateurs d'équité pour la santé publique](#)

Équité en santé

L'équité en santé signifie que tout le monde (individus, groupes de population et collectivités) a des possibilités équitables d'atteindre un état de santé optimal sans être défavorisé par les conditions sociales, économiques, environnementales et culturelles³ en raison de facteurs socialement construits, comme la race, le genre, l'orientation sexuelle, les croyances religieuses, le rang social et autres.⁴ L'atteinte de l'équité en santé passe par la reconnaissance que tous les groupes de population ne partent pas sur un même pied d'égalité pour arriver à vivre en santé, la correction des facteurs entraînant le déséquilibre s'avère nécessaire.⁵ L'équité en matière de santé survient lorsque les inégalités sociales de santé sont réduites à néant.

Ressources connexes

- [Introduction à l'équité en santé : cours en ligne](#)
- [Webinaire sur demande 1 : Introduction à l'équité en santé](#)
- [L'équité en santé : Parlons-en](#)
- [Le rôle de la santé publique dans l'amélioration de l'équité en santé: Parlons-en](#)
- [Leadership de la santé publique pour favoriser l'équité en santé : sommaire de la revue de la littérature](#)

Inégalités de santé

Les **inégalités de santé** désignent les différences, c'est-à-dire les variations dans la mesure des résultats de santé des individus et des collectivités. Autrement dit, le concept « inégalités de santé » se veut descriptif des différences de santé sans jugement moral.⁶ Néanmoins, certaines institutions définissent l'inégalité de santé comme étant une différence dans l'état de santé liée à des facteurs individuels et à l'accès inégal aux principaux déterminants sociaux de la santé.⁷

Ressources connexes

- [L'équité en santé : Parlons-en](#)
- [Au-delà de l'évaluation et de la communication des résultats : agir en présence d'iniquités dans les provinces maritimes](#)
- [Résilience face aux changements climatiques : la COVID-19 fait ressortir la nécessité de mettre un terme à l'iniquité](#)

Inégalités sociales de santé

Les **inégalités sociales de santé** réfèrent aux différences dans l'état de santé liées à un désavantage structurel et social qui est modifiable, injuste, évitable et systémique.⁴ Les inégalités sociales de santé sont enracinées dans les conditions sociales, économiques et environnementales⁴ et dans les déséquilibres des pouvoirs.³ Cela expose les groupes de population déjà en situation de défavorisation à un risque accru de connaître de moins bons résultats de santé.⁸

Le terme « health inequities » est souvent traduit en français par iniquités de santé, mais il n'existe aucun consensus sur cet usage. En outre, dans les rapports de la Commission de l'Organisation mondiale de la Santé [OMS], on emploie le terme inégalités en santé.⁷

Ressources connexes

- [L'équité en santé : Parlons-en](#)
- [Au-delà de l'évaluation et de la communication des résultats : agir en présence d'iniquités dans les provinces maritimes](#)
- [Résilience face aux changements climatiques : la COVID-19 fait ressortir la nécessité de mettre un terme à l'iniquité](#)

Racines de la santé

Concepts désignant les forces structurelles et sociales expliquant l'état de santé à l'échelle des populations et des individus, de la santé publique et de la santé communautaire.

Déterminants sociaux de la santé

Les **déterminants sociaux de la santé** désignent les facteurs sociaux, politiques, économiques, culturels et environnementaux interreliés qui façonnent les conditions de vie dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent et vieillissent.⁹ Les déterminants sociaux de la santé varient à travers le temps et les sociétés.¹⁰ La manière dont ils s'entrecroisent explique l'évolution des conditions de vie des personnes au fil du temps et tout au long du

parcours de vie. Les déterminants sociaux de la santé influent sur la santé des individus, des groupes de population et des collectivités de différentes manières. ¹¹

Liste non exhaustive des déterminants sociaux :

- incapacité et handicap
- développement du jeune enfant
- éducation
- emploi et conditions de travail
- insécurité alimentaire
- genre
- démographie
- mondialisation
- services de santé
- logement
- immigration
- revenu et répartition du revenu
- statut d'Autochtone
- race/culture
- inclusion sociale/exclusion sociale
- filet de sécurité sociale
- chômage et sécurité d'emploi

Ressources connexes

- [Parcours pour l'équité en santé et résultats différenciés : un sommaire du rapport Equity, social determinants and public health programmes publié par l'OMS](#)
- [Agir en santé publique pour démanteler la blanchité : une liste de lectures essentielles](#)
- [Traiter des déterminants sociaux de la santé : l'inégalité du revenu et la santé](#)

Déterminants de la santé

Les **déterminants de la santé** réfèrent aux facteurs exerçant une influence sur l'état de santé de la population sans pour autant être la cause directe des problèmes de santé. ¹⁰ Les déterminants de la santé impliquent des facteurs individuels (p. ex., caractéristiques biologiques et génétiques, habitudes de vie) et des facteurs sociaux, économiques et environnementaux (déterminants sociaux de la santé). ¹⁰

Ressources connexes

- [Parcours pour l'équité en santé et résultats différenciés : un sommaire du rapport Equity, social determinants and public health programmes publié par l'OMS](#)
- [Agir en santé publique pour démanteler la blanchité : une liste de lectures essentielles](#)
- [Traiter des déterminants sociaux de la santé : l'inégalité du revenu et la santé](#)

Déterminants structurels des inégalités sociales de santé

Les **déterminants dits « structurels »** réfèrent aux structures politiques, culturelles, économiques et sociales; l'environnement naturel, le colonialisme en cours et le racisme structurel ou systémique.¹² Ils forgent les processus qui créent des inégalités sociales en matière d'argent, de pouvoir et de ressources. Aussi appelés forces structurelles, les déterminants structurels génèrent et renforcent la stratification sociale basée sur la position socioéconomique,⁹ qui façonne les conditions de vie déterminant l'état de santé, comme l'éducation, le travail, le revenu, la sécurité sociale, le logement, l'environnement et l'accès aux systèmes de santé.¹²

Ressources connexes

- [Revenir à une meilleure normalité : mettre l'accent sur l'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé durant la pandémie de COVID-19](#)
- [Les valeurs et l'équité en santé : Parlons-en](#)
- [Incarner les valeurs d'équité en santé dans les organismes de santé publique : analyse et outil de discussion](#)
- [Fondements éthiques de l'équité en santé : liste de lectures essentielles](#)
- [Documents de fond sur l'équité en santé : une liste de lectures essentielles](#)

Intersectionnalité

L'**intersectionnalité** sert à décrire la mesure dans laquelle les systèmes comme le racisme, le clanisme, le sexisme, l'homophobie et les autres formes de discrimination se chevauchent et interagissent pour en avantager certains et en désavantager d'autres sur les plans individuel et structurel.^{5 13} La perspective intersectionnelle montre que l'expérience de multiples formes de discrimination vécues a un effet cumulatif plus important que la somme de ses parties.¹⁴ La nature intersectionnelle de l'oppression et des privilèges signifie que toute personne peut bénéficier de privilèges sous une forme ou plus, même si elle vit dans l'oppression sur d'autres plans.¹⁵

Ressources connexes

- [La santé publique a la parole : Intersectionnalité et équité en santé](#)
- [Webinaire : Intersections de la santé des femmes réfugiées](#)
- [Webinaire : Intersectionnalité et équité en santé : exploration des possibilités en matière de politiques et de pratiques en santé publique](#)

Racisme

Le **racisme** réfère à l'attribution de valeurs, de ressources, d'opportunités et d'un statut social en fonction d'un groupe naturel humain, désigné par la notion de « race ». ^{16 17 18 19} Le racisme peut être subtil, banalisé et renforcé par le privilège blanc et normalisé par la dominance des normes et des cultures blanches.²⁰ Le racisme se distingue du préjugé, de la haine et de la discrimination, car il part du principe qu'un groupe racial détient un pouvoir systémique et une supériorité sur les autres groupes de la société.⁵ Le racisme interagit avec d'autres systèmes d'oppression (p. ex., homophobie, sexisme, clanisme, islamophobie) pour influencer la répartition des ressources matérielles (p. ex., revenu et richesse) et symboliques ou culturelles (p. ex., pouvoir décisionnel, représentations culturelles, valeurs).

Ressources connexes

- [Le racisme et l'équité en santé : Parlons-en](#)
- [Apprendre par la pratique : le plaidoyer pour l'équité en santé - racisme environnemental](#)
- [Webinaires sur racisme, l'antiracisme et l'équité raciale](#)
- [Principales ressources en santé publique pour agir contre le racisme : Une liste de lectures essentielles](#)
- [L'impact des iniquités, de la pauvreté et du racisme sur la santé des enfants](#)
- [Webinaire sur demande 6 : Équité raciale en santé : véhiculer des pratiques décolonisatrices et dépourvues de racisme](#)

Marginalisation

La **marginalisation** désigne le processus par lequel des personnes se voient exclues en raison de leur identité sociale (genre, race, classe sociale et sexualité) et de la répartition inéquitable des ressources sociales, économiques, physiques et psychologiques.²¹ Pour éviter les étiquettes, il vaut mieux parler de personnes et de populations « marginalisées par », vivant dans des « situations qui les marginalisent » ou « forcées de se marginaliser », et non pas « de personnes ou de populations marginalisées ».

Ressources connexes

- [Les populations et le pouvoir du langage: Parlons-en](#)
- [Stigmatisation, discrimination, effets sur la santé et COVID-19](#)

Vulnérabilité

La **vulnérabilité** se produit lorsque les personnes sont exposées à de multiples formes de marginalisation, y compris des obstacles à leur accès aux ressources sociales, économiques, politiques et environnementales.²² Ces différents facteurs se chevauchent pour augmenter le risque de vivre en moins bonne santé.²³ Pour éviter les étiquettes, il vaut mieux parler de personnes et de collectivités « vulnérables à/aux », « vivant dans des conditions de vie qui les rendent vulnérables » ou « poussées dans un état de vulnérabilité », non pas « de personnes ou de populations vulnérables ».

Ressources connexes

- [Les populations et le pouvoir du langage: Parlons-en](#)
- [Stigmatisation, discrimination, effets sur la santé et COVID-19](#)

Influences relatives

Situations expliquant les façons d'aborder les approches et les résultats concernant les facteurs associés à l'état de santé.

Avantage/désavantage

L'**avantage** concerne l'accès à suffisamment d'opportunités et de ressources (sociales, politiques, économiques), donc la probable moins grande exposition à des facteurs de risque pour la santé.⁹

Le **désavantage** réfère au manque d'opportunités et de ressources (sociales, politiques, économiques), donc à la probable plus grande exposition à des facteurs nuisibles à la santé.⁹

Les groupes de population ayant un statut socioéconomique plus élevé (privilegiés) ont un meilleur accès aux ressources et aux services, ce qui leur permet de vivre en meilleure santé que ceux ayant un statut socioéconomique plus faible.^{9 24} Les inégalités sociales de santé s'estompent lorsque le pouvoir et les ressources sont répartis de manière à répondre aux besoins des personnes en situation de désavantage.

Ressources connexes

- [Les démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé : Parlons-en](#)
- [Parcours pour l'équité en santé et résultats différenciés : un sommaire du rapport Equity, social determinants and public health programmes publié par l'OMS](#)
- [Webinaire : Les ressources de proximité et la santé](#)

Privilège

Le **privilège** concerne le pouvoir,^{4 25} les avantages et les droits⁴ accordés, sans remise en question, en fonction des déterminants sociaux de la santé, y compris la race, le genre, le statut économique et l'orientation sexuelle.⁴ Les privilèges peuvent être invisibles pour ceux en bénéficiant.^{4 25} Le privilège est aussi considéré comme un « avantage structurellement facilité ou ancré », pour refléter le fait qu'il résulte de systèmes d'oppression, et non d'une caractéristique ou d'une cause individuelle.²⁶

Ressources connexes

- [Agir en santé publique pour démanteler la blanchité : une liste de lectures essentielles](#)
- [Les démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé : Parlons-en](#)
- [Parcours pour l'équité en santé et résultats différenciés : un sommaire du rapport Equity, social determinants and public health programmes publié par l'OMS](#)

Oppression

On entend par **oppression** « un système de subordination et de discrimination ». Un « groupe dominant », socialement construit, détient le pouvoir, la richesse et les ressources, ce qui crée un manque d'accès, d'opportunités, de sécurité et de ressources pour les groupes sociaux « non dominants ». ^{5 p8} Par exemple, les « groupes dominants » renvoient généralement aux individus de race blanche, hétérosexuels, anglophones, masculins et ayant un statut social et un revenu élevés. Le racisme, la colonisation, la discrimination fondée sur la diversité sexuelle et de genre, le clanisme et le refus de fournir des services de santé en raison du statut social sont des formes d'oppression.

Ressources connexes

- [La blanchité et l'équité en santé : Parlons-en](#)
- [Webinaires sur racisme, l'antiracisme et l'équité raciale](#)
- [Stigmatisation, discrimination, effets sur la santé et COVID-19](#)
- [La santé publique a la parole : Intersectionnalité et équité en santé](#)

Forces/faiblesses

Les **forces** désignent les capacités favorisant la santé et le bien-être des individus et des collectivités. Les **faiblesses** renvoient aux facteurs et aux conditions de risque pour la santé et le bien-être des individus et des collectivités, comparativement à la société en général. Les forces et les faiblesses dépendent de la répartition équitable ou inéquitable du pouvoir et des ressources sur les plans individuel, collectif et sociétal.

Ressources connexes

- [Renforcer les capacités d'adaptation des individus et des communautés en contexte de pandémie : le rôle clé du sentiment de cohérence](#)
- [Investir dans les familles : Développer la résilience pour atténuer les iniquités en santé mentale](#)
- [Série de discussion : Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité en santé pour la planification, l'intervention et le rétablissement en situation de pandémie](#)
- [Fondements : définitions et concepts pour cadrer la promotion de la santé mentale des populations pour les enfants et les jeunes](#)

Facteurs et conditions de protection

Les **facteurs et les conditions de protection** donnent de meilleures chances de vivre en bonne santé en améliorant la capacité à surmonter les difficultés, en atténuant les répercussions dommageables des influences négatives et en réduisant le risque de vivre en moins bonne santé. L'approche fondée sur l'équité en matière de santé des populations vise à renforcer les facteurs de protection, afin de diminuer la probabilité de se retrouver en situation de vulnérabilité.²⁷ . Mettre l'accent sur les facteurs de protection constitue une approche positive en matière de santé.

Ressources connexes

- [Parcours pour l'équité en santé et résultats différenciés : un sommaire du rapport Equity, social determinants and public health programmes publié par l'OMS](#)
- [Fondements : définitions et concepts pour cadrer la promotion de la santé mentale des populations pour les enfants et les jeunes](#)

Facteurs de risque

Les **facteurs de risque** augmentent la probabilité de vivre en moins bonne santé. Ils accroissent en effet le risque de contracter une maladie, de se blesser ou de mourir prématurément.²⁷ Ces facteurs peuvent être environnementaux, sociaux ou individuels, par exemple les caractéristiques individuelles ou comportementales. Une approche visant à cibler uniquement les facteurs et les éléments de risque en est une axée sur les faiblesses. Il importe de prêter attention aux facteurs de protection en plus de chercher à réduire les risques.

Ressources connexes

- [Parcours pour l'équité en santé et résultats différenciés : un sommaire du rapport Equity, social determinants and public health programmes publié par l'OMS](#)

- [Fondements : définitions et concepts pour cadrer la promotion de la santé mentale des populations pour les enfants et les jeunes](#)
- [Évacuations à long terme résultant de catastrophes naturelles : Impacts sanitaires et sociaux chez les communautés des Premières Nations](#)

Inclusion sociale/exclusion sociale

L'**inclusion sociale** réfère au processus favorisant la participation sociale des personnes en situation de marginalisation et de vulnérabilité²⁸ grâce à l'accès équitable aux ressources matérielles (économiques) et immatérielles nécessaires pour vivre dans des conditions de vie décentes,²⁹ y compris le pouvoir et les droits.

L'**exclusion sociale** réfère au processus engendrant des relations de pouvoir inégales.³⁰ Elle se manifeste lorsque des personnes sont exclues de la participation sociale en raison d'un accès inéquitable aux ressources, aux capacités, au pouvoir et aux droits, ce qui entraîne des effets et des résultats inéquitables sur leur santé.³¹

L'inclusion et l'exclusion sociales sont à la fois intersectionnelles, changeantes, relationnelles et spécifiques au contexte en fonction du lieu, ainsi que des structures sociales et institutionnelles. L'inclusion et l'exclusion sociales comptent aussi parmi les déterminants sociaux de la santé.³² Les interventions en faveur de l'inclusion et de la justice sociales (fondées sur les forces) diffèrent des interventions visant à combattre l'exclusion sociale et les injustices sociales. On ne peut pas élaborer des interventions en matière d'inclusion et de justice sociales dans le but de combattre l'exclusion sociale et les injustices sociales. Ces interventions ne sont donc pas les faces opposées d'une même médaille.³¹

Ressources connexes

- [Le Toronto Indigenous Health Advisory Circle \(TIHAC\) : Favoriser les stratégies axées sur l'autodétermination en matière de santé des Autochtones](#)

Interventions et stratégies

Approches ayant pour objet d'indiquer la voie à suivre et l'importance des effets produits sur les forces structurelles et sociales déterminant le degré d'équité en santé pour une population donnée.

Interventions et stratégies en amont

Les interventions et les stratégies **en amont** ont pour objet de transformer les structures sociales et économiques de base qui déterminent la répartition de la richesse, du pouvoir, des opportunités et du processus décisionnel puisque ces structures sont à l'origine des inégalités sociales de santé. Les changements visés par les stratégies en amont surviennent généralement à l'échelle provinciale, territoriale, nationale ou mondiale. Les stratégies en amont ont pour objectif d'atténuer les causes des causes des inégalités sociales de santé.^{33 34 35 36}

Ressources connexes

- [Se diriger vers l'amont : Parlons-en](#)
- [On-Demand Webinar 4: Moving upstream: Working across sectors to decrease health inequities](#)
- [Arguments économiques pour investir en amont une plus grande partie des fonds consacrés à la santé](#)

Interventions et stratégies intermédiaires

Les interventions et les stratégies **intermédiaires** ont pour objectifs de réduire l'exposition aux risques pour la santé, grâce à l'amélioration des conditions de vie et à la promotion de comportements sains. Aiguiller les personnes vivant des inégalités sociales de santé vers des services et ressources régionaux, locaux, communautaires et organisationnels constitue une intervention classique sur ce plan. Les stratégies intermédiaires visent à modifier les causes des inégalités sociales de santé. ^{33 34 35 36}

Ressources connexes

- [Se diriger vers l'amont : Parlons-en](#)
- [Traiter des déterminants sociaux de la santé : l'inégalité du revenu et la santé](#)

Interventions et stratégies en aval

Les interventions et les stratégies **en aval** ont pour objectifs de répondre aux besoins immédiats et d'atténuer les effets négatifs des désavantages sur la santé sur le plan individuel ou familial, grâce à la prestation de services de santé et sociaux. Les changements visés par les interventions en aval concernent la qualité des services de santé ou de l'accès aux services. Les stratégies en aval ont pour objet de modifier les effets produits par les causes des inégalités. ^{33 34 35 36}

Ressources connexes

- [Se diriger vers l'amont : Parlons-en](#)
- [Webinaire : Différences dans les points d'entrée pour les interventions dans le domaine de la promotion de la santé](#)
- [Webinaire sur demande 4 : Interventions en amont : travailler en concertation avec de multiples secteurs pour atténuer les iniquités de santé](#)

Nivellement par le haut

Le **nivellement par le haut** réfère aux efforts déployés pour améliorer l'état de santé des groupes de population en situation de défavorisation afin de rapprocher leur état de santé de celui des groupes de population privilégiés.³ Le concept de nivellement par le haut s'apparente étroitement à celui de combler le fossé en matière de santé.

Ressources connexes

- [Parcours pour l'équité en santé et résultats différenciés : un sommaire du rapport Equity, social determinants and public health programmes publié par l'OMS](#)
- [Les démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé : Parlons-en](#)

Comblent le fossé en matière de santé

L'écart de santé renvoie à la différence dans l'état de santé des personnes les plus et les moins avantagées dans la société.^{9 24} **Comblé le fossé** entre les groupes de population nécessite des interventions et des stratégies conçues pour améliorer les résultats de santé des groupes de population en situation de défavorisation. Le résultat visé est l'atténuation de l'écart de santé entre les groupes privilégiés et ceux en situation de défavorisation.³⁷ Comblé le fossé est un concept étroitement lié au concept de nivellement par le haut.

Ressources connexes

- [Les démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé : Parlons-en](#)
- [« Nous étions en avance sur la santé publique » : prendre en main l'équité en matière de vaccins contre la COVID-19 dans les communautés noires du Canada](#)
- [Faciliter l'acceptation des vaccins contre la COVID-19 chez les personnes en situation d'itinérance ou vivant dans un logement précaire au Canada](#)
- [Pratique de santé publique axée sur l'équité pour lutter contre la tuberculose](#)

Universalisme proportionné

L'**universalisme proportionné** se veut une approche visant à fournir les programmes et les services de manière universelle. Cependant, les stratégies reposent sur des mesures adaptées et proportionnelles à l'étendue du désavantage, au lieu de viser seulement les groupes de population les plus désavantagés.^{38 39}

Ressources connexes

- [Apprendre avec la pratique : ciblage dans un cadre d'universalité](#)
- [Les démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé : Parlons-en](#)

Universalisme ciblé

L'**universalisme ciblé** se veut une approche visant à fournir les programmes et les services de manière universelle. Cependant, les stratégies sont adaptées de manière à répondre aux besoins de groupes précis vivant en situation de marginalisation ou de vulnérabilité (ciblage).^{5 25}

Ressources connexes

- [Apprendre avec la pratique : ciblage dans un cadre d'universalité](#)
- [Les démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé : Parlons-en](#)

Plaidoyer

Le terme **plaidoyer** fait référence à une stratégie essentielle employée en santé des populations pour améliorer l'équité en santé. Le plaidoyer fait appel à une combinaison d'actions sur les plans individuel, collectif et social afin d'influer sur certaines politiques publiques et d'opérer un changement systémique. Le plaidoyer pour l'équité en santé vise à modifier les facteurs liés aux déterminants sociaux de la santé. Le terme plaidoyer exprime l'importance de s'engager dans les processus politiques et les démarches d'influence pour obtenir les changements souhaités sur les plans organisationnels et systémiques (local, provincial, territorial, national et international).^{40 41 42}

Ressources connexes

- [Plaidoyer et équité en santé: Parlons-en](#)
- [Plaidoyer pour la santé: un guide pratique](#)
- [Principales ressources de la santé publique sur le plaidoyer et l'équité en santé : liste des lectures essentielles](#)
- [Apprendre par la pratique : le plaidoyer pour l'équité en santé - la sécurité alimentaire](#)
- [Apprendre par la pratique : le plaidoyer pour l'équité en santé - racisme environnemental](#)
- [Apprendre par la pratique Le plaidoyer pour l'équité en santé – Les Services de santé publique de Hamilton](#)
- [Apprendre par la pratique : le plaidoyer pour l'équité en santé - Generation Squeeze](#)

Engagement communautaire pour l'équité en santé

L'**engagement communautaire pour l'équité en santé** repose sur des relations efficaces et authentiques avec les collectivités, une pratique considérée comme essentielle en santé publique.⁴³ Les membres de la communauté sont perçus comme des partenaires⁴⁴ plutôt que comme des « bénéficiaires de services », car ils sont les mieux placés pour exprimer leurs besoins en matière de santé et trouver des solutions aux inégalités sociales de santé.⁴³ L'engagement communautaire pour l'équité consiste à laisser la voix des membres des communautés vivant des inégalités sociales de santé influencer et éclairer les décisions concernant les initiatives en matière de santé publique et de population.^{45 46} Similairement à l'engagement communautaire, l'action communautaire prend appui sur les valeurs de solidarité, de démocratie, d'équité et d'autonomie adoptées par les organismes communautaires pour répondre à des besoins cernés par les groupes de population. Elle vise à améliorer les conditions de vie et à favoriser le développement du potentiel individuel et collectif.⁴⁷

Ressources connexes

- [La consultation par consensus informé. Guide de bonnes pratiques](#)
- [L'engagement communautaire axé sur l'équité en santé : Parlons-en](#)
- [Sommaire de la revue : engagement communautaire pour atténuer les inégalités de santé](#)
- [Favoriser la santé par la guérison : mobiliser la collectivité pour créer une stratégie de réduction de la pauvreté au Nunavut](#)
- [L'engagement communautaire : une stratégie de santé publique pour orienter la démarche en matière d'iniquités de santé](#)

Décolonisation

La **décolonisation** se rapporte au démantèlement des structures politiques et sociales et de la puissance coloniale.⁴⁸ Aussi appelée déconstruction de l'oppression coloniale, la décolonisation se veut un processus d'émancipation qui consiste entre autres en un changement de pouvoir apporté en faveur des peuples autochtones (autochtonisation), c'est-à-dire la valorisation des connaissances, des cultures et des philosophies autochtones, tout en effectuant un examen critique des pratiques occidentales et de celles dites « blanches ».^{5 49} La décolonisation s'accomplit sur les plans individuel, structurel et systémique et dans tous les secteurs.²⁵ Les approches de

décolonisation-réconciliation-autochtonisation (DRA) servent à transformer les structures en place et à favoriser l'autodétermination des Autochtones.^{49 50}

Ressources connexes

- [Le Toronto Indigenous Health Advisory Circle \(TIHAC\) : Favoriser les stratégies axées sur l'autodétermination en matière de santé des Autochtones](#)
- [Réflexions d'une femme noire sur le racisme, l'autochtonicité et l'altérité au Canada](#)
- [Agir en santé publique pour démanteler la blancheur : une liste de lectures essentielles](#)

Approche fondée sur les forces ou les atouts

L'**approche fondée sur les forces ou les atouts** consiste à promouvoir les compétences, les valeurs, les connaissances et les liens des individus et des collectivités comme ressources de santé. Elle a pour but de créer les facteurs de protection nécessaires pour favoriser la santé et le bien-être, en tirant parti des capacités collectives et individuelles.⁵¹

Ressources connexes

- [Renforcer les capacités d'adaptation des individus et des communautés en contexte de pandémie : le rôle clé du sentiment de cohérence](#)
- [Webinaire sur le sentiment de cohérence en temps de pandémie](#)
- [Investir dans les familles : Développer la résilience pour atténuer les iniquités en santé mentale](#)
- [Série de discussion : Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité en santé pour la planification, l'intervention et le rétablissement en situation de pandémie](#)
- [Fondements : définitions et concepts pour cadrer la promotion de la santé mentale des populations pour les enfants et les jeunes](#)

Approche fondée sur les faiblesses

L'**approche fondée sur les faiblesses** vise essentiellement les problèmes et les facteurs ou les éléments de risque susceptibles de mener à une moins bonne santé.⁵² Elle met l'accent sur la réduction du risque et la correction des lacunes sur le plan individuel ou collectif.

Ressources connexes

- [Investir dans les familles : Développer la résilience pour atténuer les iniquités en santé mentale](#)
- [Série de discussion : Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité en santé pour la planification, l'intervention et le rétablissement en situation de pandémie](#)
- [Fondements : définitions et concepts pour cadrer la promotion de la santé mentale des populations pour les enfants et les jeunes](#)

Santé dans toutes les politiques

La **santé dans toutes les politiques** se veut une approche axée sur l'élaboration de politiques qui prennent en compte l'incidence des décisions et des politiques sur la santé de la population, y compris les décisions et les politiques en dehors du secteur de la santé.⁵³ La santé dans toutes les politiques reconnaît explicitement la responsabilité des décideurs politiques en matière d'équité, de santé et d'impacts sanitaires de toutes les politiques.²⁴

Ressources connexes

- [Guide d'implantation de l'approche de la Santé dans Toutes les Politiques au palier local](#)
- [Exploration de la mise en œuvre de l'approche Santé dans toutes les politiques](#)
- [Webinaire La santé dans toutes les politiques](#)
- [Webinaire sur demande 5 : Élaboration de politiques et échange des connaissances pour diminuer les iniquités de santé](#)

Action intersectorielle

L'**action intersectorielle**, ou la collaboration intersectorielle, désigne le travail collectif entrepris par plusieurs secteurs de la société (santé, éducation, justice, communautaire et environnement) dans un domaine d'intérêt commun afin d'obtenir de meilleurs résultats que ceux atteints en travaillant indépendamment.⁵⁴ Les relations intersectorielles suivent des principes de codéveloppement, de copropriété et de coresponsabilité. Elles peuvent avoir lieu entre niveaux décisionnels (verticalité), ou entre sphères organisationnelles (ex. : départements d'une organisation) ou milieux de pratique (i.e. milieu académique et milieu communautaire) (horizontalité).⁵⁵

Ressources connexes

- [Plaidoyer pour la santé: un guide pratique](#)
- [Plaidoyer pour le plaidoyer en santé publique - Savoir communiquer en promotion de la santé](#)
- [Réflexions sur la relation entre les services de santé publique et de soins primaires](#)
- [Programme commun pour soutenir l'action de la santé publique en matière d'équité en santé](#)
- [Impact collectif et santé publique : une ancienne et une nouvelle démarche — récit de deux initiatives canadiennes](#)
- [Webinaire : L'Outil d'appréciation des effets de l'action intersectorielle locale](#)
- [Leadership pour l'équité en santé : Travail intersectoriel et engagement communautaire à la Western Health](#)

Création d'une mouvance pour l'équité en santé

La **création d'une mouvance pour l'équité en santé** est une stratégie visant à changer les façons actuelles de traiter les enjeux de justice sociale en santé publique, en accentuant les efforts collectifs pour influencer le changement systémique à grande échelle.⁵⁶ La création d'une mouvance pour l'équité en santé nécessite une « stratégie à la fois interne et externe ». À « l'interne », la santé publique s'efforce de renforcer sa capacité d'agir pour

l'équité en santé, tandis qu'à « l'externe », elle forge des alliances intentionnelles et intersectorielles avec des organismes investis dans la justice sociale, afin de contrer les déséquilibres des pouvoirs et les facteurs structurels à l'origine des inégalités sociales de santé.⁵⁷

Ressources connexes

- [La consultation par consensus informé. Guide de bonnes pratiques](#)
- [La création d'une mouvance pour atteindre l'équité en santé : une liste de lectures essentielles](#)
- [La création d'une mouvance comme pratique intersectorielle pour atteindre l'équité en santé](#)
- [La communication pour accroître la capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé](#)

Les Références

1. Jacobson, D.M. et Teutsch, S. (2012, juin). An environmental scan of integrated approaches for defining and measuring total population health by the clinical care system, the government public health system, and stakeholder organizations [Internet]. National Quality Forum [cité le 21 sept. 2021], 58 p. <https://www.qualityforum.org/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id&ItemID=70394> (en anglais)
2. Kindig, D. et Stoddart, G. (2003, mars). What is population health? American Journal of Public Health, 93(3), 380-383. <http://doi.org/10.2105/ajph.93.3.380> (en anglais)
3. Whitehead, M. et Dahlgren, G. (2006). Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health [Internet]. Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe [cité le 21 sept. 2021], 30 p. https://www.who.int/social_determinants/resources/leveling_up_part1.pdf (en anglais)
4. Southern Jamaica Plain Health Center et Racial Reconciliation and Healing Project. (2017, 10 fév.). Living glossary for racial justice, equity & inclusion [Internet]. SJPHC [modifié le 16 sept. 2020; cité le 21 sept. 2021], 7 p. <https://docs.google.com/document/d/1acNluGSKAJLWYwzCa0TtKciftWE8iKb4vJZdcGW4zqw/edit#> (en anglais)
5. Center for the Study of Social Policy. Key equity terms & concepts: a glossary for shared understanding [Internet]. Washington (DC): CSSP; 2019 Sep [cited 2021 Sep 21]. 23 p. <https://cssp.org/wp-content/uploads/2019/09/Key-Equity-Terms-and-Concepts-vol1.pdf> (en anglais)
6. Kawachi, I., S. V. Subramanian et N. Almeida-Filho. (2002, 1 sept.). Glossary : A glossary for health inequalities. Journal of Epidemiology & Community Health. p. 647-652. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.56.9.647> (en anglais)
7. Morrison, V. (2017). Approches politiques de réduction des inégalités de santé : Déterminants sociaux de la santé et déterminants sociaux des inégalités de santé. Montréal (Qc) : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 5 p. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2760_approches_politiques_reductions_inegalites_sante.pdf
8. Braveman, P. et Gruskin, S. (2003, avril). Defining equity in health. Journal of Epidemiology & Community Health, 57(4), 254-258. <http://doi.org/10.1136/jech.57.4.254> (en anglais)
9. Solar, O. et Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health [Internet]. Organisation mondiale de la Santé [cité le 12 oct. 2021], 75 p. https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf (en anglais)
10. Santé et Services Sociaux Québec. (2012). La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir. Québec (Qc) : MSSS, 24 p. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf> (en anglais)

11. Raphael D, Bryant T, Mikkonen J, Raphael A. Social determinants of health: the Canadian facts [Internet]. 2nd ed. Oshawa (ON): Ontario Tech University, Faculty of Health Sciences; 2020 [cited 2021 Sep 21]. 93 p. https://www.thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts-2nd_ed.pdf
12. Commission de l'Organisation panaméricaine de la Santé sur l'équité et les inégalités en santé dans les Amériques. (2019). Sociétés justes : équité en santé et vie digne [Internet]. OPS [cité le 21 sept. 2021], 314 p. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51614>
13. Bowleg, L. (2012, juillet). The problem with the phrase women and minorities: intersectionality—an important theoretical framework for public health. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1267-1273. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300750> (en anglais)
14. Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: a Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics [Internet]. [Cité le 21 sept. 2021] *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), article 8 [29 p.]. <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf> (en anglais)
15. Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. (2019). Trousse à outils sur l'équité [Internet]. FCSII [cité le 21 sept. 2021], 27 p. https://fcsii.ca/wp-content/uploads/2019/12/CFNU_Toolkit_web_f.pdf
16. Bonilla-Silva, E. (1997, juin). Rethinking racism: toward a structural interpretation. *American Sociological Review*, 62(3), 465-480. <http://doi.org/10.2307/2657316> (en anglais)
17. Ford, C.L. et Airhihenbuwa, C.O. (2010, avril). Critical race theory, race equity, and public health: toward antiracism praxis. *American Journal of Public Health*, 100, suppl. 1(S1), S30-S35. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2009.171058> (en anglais)
18. hooks, b. (2003). *Teaching community: a pedagogy of hope*. Routledge, 216 p.
19. Reading, C. (2013). Comprendre le racismisme [Internet]. Centre de collaboration nationale sur la santé autochtone [mis à jour en 2020; cité le 12 oct. 2021], 12 p. http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/103/understadning_racism_FR_web.pdf
20. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2020). La blanchité et l'équité en santé : parlons-en [Internet]. CCNDS, Université St Francis Xavier [cité le 21 sept. 2021], 9 p. https://nccdh.ca/images/uploads/comments/Lets-talk-whiteness-and-health-equity_2020_FR.pdf (en anglais)
21. Baah, F.O., Teitelman, A.M. et Riegel, B. (2019, janv.). Marginalization: conceptualizing patient vulnerabilities in the framework of social determinants of health—an integrative review. *Nursing Inquiry*, 26(1), e12268 [17 p.]. <https://doi.org/10.1111/nin.12268> (en anglais)
22. Havrilla, E. (2017). Defining vulnerability. *Madridge Journal of Nursing*, 2(1), 63-68. <http://doi.org/10.18689/mjn-1000111> (en anglais)
23. Walker, A.K. et Fox, E.L. (2018, oct.). Why marginalization, not vulnerability, can best identify people in need of special medical and nutrition care. *AMA Journal of Ethics*, 20(10), e941-e947. <http://doi.org/10.1001/amajethics.2018.941> (en anglais)
24. Organisation mondiale de la Santé. (1999). Glossaire de la promotion de la santé [Internet]. OMS [cité le 21 sept. 2021], 25 p. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67245/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. MP Associates, Center for Assessment and Policy Development et World Trust Educational Services. (2020, déc.). Racial Equity Tools glossary [Internet]. Racial Equity Tools [mis à jour en mai 2021; cité le 21 sept. 2021], [environ 41 écrans]. <https://www.racialequitytools.org/glossary> (en anglais)

26. Abdi, M. (2021, 14 juin). Language is important: why we are moving away from the terms ‘allyship’ and ‘privilege’ in our work. [Cité le 21 sept. 2021]. Dans : MA Education Consultancy. Blog [Internet], [2021, 17 janvier], [environ 11 écrans]. <https://ma-consultancy.co.uk/blog/language-is-important-why-we-will-no-longer-use-allyship-and-privilege-in-our-work> (en anglais)
27. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2017). Fondements : définitions et concepts pour cadrer la promotion de la santé mentale des populations pour les enfants et les jeunes [Internet]. Centres de collaboration nationale en santé publique [cité le 12 oct. 2021], 16 p. https://nccph.ca/images/uploads/general/02_Fondements_SanteMentale_CCNSP_2017_FR.pdf
28. Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales. (2016). Leaving no one behind: the imperative of inclusive development [Internet]. ONU [cité le 21 sept. 2021], 164 p. (Rapport sur la situation sociale dans le monde, 2016). <https://www.un.org/esa/socdev/rwss/2016/full-report.pdf> (en anglais)
29. Mamatis, D., Sanford, S., Ansara, D. et Roche, B. (2019, avril). Promoting health and well-being through social inclusion in Toronto: synthesis of international and local evidence and implications for future action [Internet]. Santé publique Toronto [cité le 21 sept. 2021], 62 p. <https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2019/04/9775-Social-Inclusion-April-2019.pdf> (en anglais)
30. Popay, J., E. Enoch, H. Johnston et L. Rispel. (2006). Social exclusion knowledge Network (SEKN): Scoping of SEKN and proposed approach. Lancaster (R.-U.) : Central Co-ordinating Hub for the SEKN, Lancaster University, 29 p. https://www.who.int/social_determinants/resources/sekn_scoping.pdf (en anglais)
31. Yanicki, S.M., Kushner, K. E. et Reutter, L. (2015, juin). Social inclusion/exclusion as matters of social (in)justice: a call for nursing action. *Nursing Inquiry*, 22(2), 121-133. <http://doi.org/10.1111/nin.12076> (en anglais)
32. Hunting, G., Grace, D. et Hankivsky, O. (2015, juin). Taking action on stigma and discrimination: an intersectionality-informed model of social inclusion and exclusion [Internet]. [Cité le 21 sept. 2021], *Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice*, 4(2), 101-125. <https://journals.library.mun.ca/ojs/index.php/IJ/article/view/916> (en anglais)
33. Brownson, R. C., Seiler, R. et Eyster, A. A. (2010, juillet). Measuring the impact of public health policy [Internet]. [Cité le 12 oct. 2021], *Preventing Chronic Disease*, 7(4), article A77 [7 p.]. https://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jul/pdf/09_0249.pdf (en anglais)
34. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2014). Se diriger vers l’amont : parlons-en [Internet]. CCNDS, Université St Francis Xavier [cité le 12 oct. 2021], 6 p. https://nccdh.ca/images/uploads/comments/Se_diriger_vers_lamont__finale_fr.pdf
35. Shankardass, K., Solar, O., Murphy, K., Greaves, L. et O’Campo, P. (2012, fév.). A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments. *International Journal of Public Health*, 57(1), 25-33. <http://doi.org/10.1007/s00038-011-0302-4> (en anglais)
36. Torgersen, T.P., Gaever, O., Stigen, O.T. (2007, août). Developing an intersectoral national strategy to reduce social inequalities in health: the Norwegian case [Internet]. Organisation mondiale de la Santé [cité le 12 oct. 2021], 19 p. https://www.who.int/social_determinants/resources/isa_national_strategy_nor.pdf?ua=1 (en anglais)
37. Organisation mondiale de la Santé. (2013). Closing the health equity gap: policy options and opportunities for action [Internet]. OMS [cité le 21 sept. 2021], 47 p. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78335/1/9789241505178_eng.pdf (en anglais)
38. Lu D, Tyler D. Focus on: a proportionate approach to priority populations [En ligne]. Santé publique Ontario; 2015 [cité le 28 jan 2022]. 12 p. Disponible : <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/F/2015/focus-on-priority-populations.pdf> (en anglais)

39. Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. *Public Health*. Sep 2012;126 Suppl 1:S4-10. doi: [10.1016/j.puhe.2012.05.014](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.05.014).
40. Dorfman, L., Sorenson, S. et Wallack, L. (2009). Working upstream: skills for social change [Internet]. Berkeley Media Studies Group [cité le 12 oct. 2021], 288 p. https://www.bmsg.org/wp-content/uploads/2009/02/bmsg_handbook_working_upstream.pdf (en anglais)
41. Johnson, S. A. (2009, nov.). Public health advocacy [Internet]. Alberta Health Services, Healthy Public Policy [cité le 12 oct. 2021], 7 p. <https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/07/Public-Health-Advocacy.pdf> (en anglais)
42. Vancouver Coastal Health. Vancouver Coastal Health population health advocacy: guideline and resources [Internet]. VCH [cité le 12 oct. 2021], 11 p. <http://www.vch.ca/Documents/Population-Health-Advocacy-Guideline-and-Resources.pdf> (en anglais)
43. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2021). L'engagement communautaire axé sur l'équité en santé : parlons-en [Internet]. CCNDS, Université St Francis Xavier [cité le 21 sept. 2021], 13 p. <https://nccdh.ca/images/uploads/comments/Lets-Talk-Community-Engagement-FR.pdf>
44. Reyes, D. et Meyer, K. (2020, janv.-fév.). Identifying community priorities for neighborhood livability: engaging neighborhood residents to facilitate community assessment. *Public Health Nursing*, 37(1), 87-95. <http://doi.org/10.1111/phn.12674> (en anglais)
45. Attree, P., French, B., Milton, B., Povall, S., Whitehead, M. et Popay, J. (2011, mai). The experience of community engagement for individuals: a rapid review of evidence. *Health & Social Care in the Community*, 19(3), 250-260. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00976.x> (en anglais)
46. Shapiro, I. (2002). Training for racial equity and inclusion: a guide to selected programs [Internet]. Aspen Institute [cité le 12 octobre 2021]. https://www.aspeninstitute.org/wp-content/uploads/files/content/docs/pubs/training_racial_equity.pdf (en anglais)
47. Bourque, M., Grenier, J., Pelland, D. et St-Germain L. (2016). L'action communautaire autonome, mouvance des contextes, place et autonomie des acteurs : quelles perspectives? *Sciences et Actions sociales*, 2, 31-50. doi : [10.3917/sas.004.0031](https://doi.org/10.3917/sas.004.0031)
48. Wakeham, P. (2020). Key terms: reconciliation, Indigenization, decolonization, and resurgence [Internet]. Université Western [cité le 12 oct. 2021], 4 p. <https://indigenous.uwo.ca/docs/Indigenous-Initiatives-Key-Terms.pdf> (en anglais)
49. Nassif-Gouin et al. 2021. Nassif-Gouin, C., Picard, P., Levesque, C., Boivin, M. et Blain, S. (2021, printemps). Mieux comprendre la distinction entre les principes d'équité-diversité-inclusion et les approches de décolonisation-réconciliation-autochtonisation au Québec. *Possibles*, 45(1), 140-150. <https://revuepossibles.ojs.umontreal.ca/index.php/revuepossibles/article/view/392/399>
50. Dusseux-Gicquel, G. (2017). Réconcilier, autochtoniser et décoloniser : comprendre les perspectives et tisser des relations. Centre canadien de recherche sur les francophonies en milieu minoritaire, 34 p. <https://lacite.uregina.ca/uploads/media/5b1aad3731d3d/gdg-reconcilier-autochtoniser-et-decoloniser.pdf?v1>
51. Glasgow Centre for Population Health. (2011, oct.). Asset based approaches for health improvement: redressing the balance [Internet]. GCPH [cité le 21 sept. 2021], 21 p. https://www.gcph.co.uk/assets/0000/2627/GCPH_Briefing_Paper_CS9web.pdf (en anglais)
52. Promotion de la santé Canada. (2015, nov.). Compétences pancanadiennes des promoteurs de la santé et glossaire [Internet]. PSC [cité le 21 sept. 2021], 20 p. <https://www.healthpromotioncanada.ca/wp-content/uploads/2016/07/2015-FR-HPComp-Package-new-logo.pdf>

53. Organisation mondiale de la Santé. (2013, juin). Déclaration d’Helsinki sur la santé dans toutes les politiques [Internet]. OMS [cité le 21 sept. 2021], 2 p.
https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf (en anglais)
54. Dubois, A., St-Pierre, L. et Veras, M. (2015, oct.). A scoping review of definitions and frameworks of intersectoral action. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(10), 2933-2942. <http://doi.org/10.1590/1413-812320152010.01222014> (en anglais)
55. Freiler, A., Muntaner, C., Shankardass, K., Mah, C.L., Molnar, A., Renahy, E. et O’Campo, P. (2013, déc.). Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP). *Journal of Epidemiology & Community Health*, 67(12), 1068-1072.
<http://doi.org/10.1136/jech-2013-202731> (en anglais)
56. PolicyLink. Building a movement, transforming institutions: a guide for public health professionals [Internet]. PolicyLink [cité le 12 oct. 2021], [environ 6 écrans]. <https://www.policylink.org/our-work/community/health-equity/institutionalizing-health-equity> (en anglais)
57. Human Impact Partners. Build a health equity movement [Internet]. HIP [mis à jour le 28 juin 2017; cité le 12 oct. 2021], [environ 4 écrans]. <https://healthequityguide.org/strategic-practices/build-a-health-equity-movement/> (en anglais)