

## LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

### POSITION DE L'AIIC

Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Ils sont l'une des principales causes des inégalités en santé.

L'AIIC reconnaît l'influence importante, mais restreinte, du système de santé sur les résultats pour la santé et qu'il faut aborder les déterminants sociaux de la santé en priorité.

L'AIIC croit en une approche de la santé dans toutes les politiques pour promouvoir l'équité en santé. À l'étape de la planification, il faut évaluer les politiques qui traitent du revenu, de l'emploi, de l'éducation, du logement, du transport et d'autres domaines afin de déterminer leurs effets sur la santé.

L'AIIC est d'avis que les infirmières et infirmiers autorisés ont la responsabilité professionnelle et déontologique de promouvoir l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé.

L'AIIC croit que la priorité de tous les domaines de la pratique infirmière, en collaboration avec d'autres à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé, doit consister à réduire les inégalités en santé dans le but de les éliminer.

L'AIIC croit que les infirmières et infirmiers autorisés doivent incorporer les déterminants sociaux de la santé lorsqu'ils évaluent et traitent les personnes, les familles et les collectivités.

L'AIIC croit que la formation infirmière doit inclure l'analyse des déterminants sociaux de la santé, en commençant par une compréhension plus critique des facteurs économiques et sociopolitiques qui causent les inégalités en santé.

### CONTEXTE

Les **déterminants sociaux de la santé** s'entendent des « circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces circonstances qui reflètent des choix politiques, dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, mondial, national et local »<sup>1</sup>.

Ces déterminants sociaux comprennent les conditions de la petite enfance et l'accès à l'éducation, la nature de l'emploi et les conditions de travail, l'accès à des aliments sains et un revenu suffisant, l'inclusion sociale, l'accès au logement et la qualité du milieu créé et du milieu naturel où vivent les personnes. Les déterminants sociaux touchent également la capacité d'accéder aux soins de santé et de les utiliser, ce qui a des conséquences sur la promotion de la santé et du bien-être, la prévention des maladies, ainsi que le rétablissement et la survie à la suite d'une maladie<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2013, parag. 1)

<sup>2</sup> (Muntaner, Ng et Chung, 2012; OMS, 2008, p. 3)

---

Des groupes différents auront des expériences distinctes des conditions matérielles, du soutien psychosocial et des choix comportementaux, qui les rendent plus ou moins vulnérables à une mauvaise santé<sup>3</sup>. Ces conditions favorisent ou limitent les choix individuels. L'OMS fait donc référence aux déterminants sociaux de la santé comme les « causes des causes ».

Les déterminants sociaux de la santé sont l'une des principales causes des **inégalités en santé**<sup>4</sup>, « qui sont considérées comme injustes ou qui découlent d'une forme d'injustice »<sup>5</sup>. Elles sont non nécessaires et évitables et placent systématiquement un fardeau sur les personnes vulnérables en raison de structures sociales, économiques et politiques sous-jacentes<sup>6</sup>. L'**équité en santé** est possible lorsque « toute personne a l'occasion d'atteindre sa pleine capacité en matière de santé et que personne n'[est] défavorisé en raison de son statut social ou d'autres circonstances sociales déterminées »<sup>7</sup>.

De plus en plus de données probantes associent les résultats sur la santé à la façon dont l'économie crée et répartit la richesse et le pouvoir. De plus, puisque « les personnes plus pauvres vivent moins longtemps et sont plus souvent malades que les personnes riches, cette disparité a mis l'accent sur l'incroyable sensibilité de la santé selon le milieu social »<sup>8</sup>.

Ces liens économiques sont évidents même dans un pays développé comme le Canada, où les statistiques révèlent que près d'un Canadien sur dix vit dans la pauvreté, dont un sur quatre est un enfant des Premières Nations<sup>9</sup>. Les populations qui sont souvent surreprésentées parmi celles ayant les moins bons résultats sur leur santé incluent les personnes handicapées, les minorités ethnoculturelles, les personnes vivant en milieu rural et dans le Nord, les familles monoparentales, les immigrants et les réfugiés ainsi que les personnes ayant de la difficulté à lire et à écrire<sup>10</sup>. Les peuples des Premières Nations, les Inuits et les Métis rencontrent des obstacles liés à la santé en raison de leur histoire de colonisation, du racisme, de l'exclusion sociale et de la répression de l'autodétermination dont ils font l'objet au sein de la société et des soins de santé<sup>11</sup>.

Les personnes qui sont les plus vulnérables ne sont pas les seules touchées par ces écarts, toute la société l'est aussi en raison du lien très solide qui unit le milieu de la santé et le milieu social. L'incidence suit un gradient social, où il y a généralement une dégradation des résultats sur la santé, même entre les personnes de la classe moyenne et celles de la classe supérieure. L'ensemble de la santé des collectivités est touchée en outre par une baisse de la productivité, ainsi que des troubles sociaux et un taux de criminalité plus élevés liés à la diminution de la cohésion communautaire et à la lutte quotidienne des familles afin de répondre à leurs besoins fondamentaux<sup>12</sup>.

---

<sup>3</sup> (OMS, 2008, p. 3)

<sup>4</sup> (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2010)

<sup>5</sup> (Kawachi, Subramanian et Almeida-Filho, 2002, p. 647)

<sup>6</sup> (Krieger, 2001, p. 698)

<sup>7</sup> (Whitehead et Dahlgren, 2006, p. 5)

<sup>8</sup> (Wilkinson et Marmot, 2003, couverture arrière, paragr. 1)

<sup>9</sup> (Ressources humaines et Développement des compétences Canada, 2013; Raphael, 2011)

<sup>10</sup> (Ressources humaines et Développement des compétences Canada, 2013; Agence de la santé publique du Canada, 2008; Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2009)

<sup>11</sup> (Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie, s.d., p. 2; Reading et Wien, 2009)

<sup>12</sup> (Wilkinson et Marmot, 2003) (OMS, 2008)



---

## INTERVENTIONS TOUCHANT LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Lorsqu'il s'agit d'aborder l'immense fardeau de la maladie, la priorité n'est pas la prestation de soins de santé. La principale intervention touchant les déterminants sociaux de la santé doit provenir de l'extérieur du secteur de la santé : en tenant compte du revenu et du logement adéquats, de la sécurité alimentaire, de l'inclusion sociale et du développement de la petite enfance, entre autres<sup>13</sup>.

Afin de réduire les inégalités en santé, la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, oriente ses efforts sur les trois principes suivants :

1. améliorer les conditions de vie quotidiennes – les circonstances dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.
2. lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources – les facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie quotidiennes aux niveaux mondial, national et local.
3. mesurer l'ampleur du problème, évaluer l'efficacité de l'action, étendre la base de connaissances, se doter d'un personnel formé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et sensibiliser l'opinion publique aux questions de déterminants sociaux de la santé<sup>14</sup>.

L'approche de la **santé dans toutes les politiques** tient compte des effets des politiques sur la santé dans les secteurs des finances, de l'éducation, du logement, de l'emploi et du transport. Elle permet aux dirigeants et aux responsables politiques d'« intégrer les facteurs de la santé, du bien-être et de l'équité au cours de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation de tels services et politiques »<sup>15</sup>.

En majeure partie, les interventions des professionnels de la santé, y compris des infirmières et infirmiers, visent à changer les comportements<sup>16</sup> et à améliorer l'accès aux soins de santé. En fait, même si ces démarches peuvent être les « causes » proximales, ou intermédiaires, d'une mauvaise santé<sup>17</sup>, ce sont les déterminants sociaux de la santé au niveau structurel qui importent le plus, car ils ont une incidence directe et indirecte sur la santé<sup>18</sup>. Il faut prêter attention aux « structures et processus qui maintiennent le pouvoir et le privilège de certains et la marginalisation d'autres »<sup>19</sup>.

Le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* indique que « dans la mesure du possible, les infirmières devraient tenter, individuellement et collectivement, de préconiser l'élimination des injustices sociales »<sup>20</sup>. De même, le *Code déontologique du CII pour la profession infirmière* énonce que « l'infirmière partage avec la société la responsabilité

---

<sup>13</sup> (OMS, 2008)

<sup>14</sup> Ibid., p. 2

<sup>15</sup> (OMS, 2010, p. 2)

<sup>16</sup> (Schrecker et Taler, 2013)

<sup>17</sup> (OMS, 2010)

<sup>18</sup> (Reutter et Kushner, 2010, p. 270)

<sup>19</sup> (Kerri Nuku, citée dans la New Zealand Nurses Organisation, 2011, p. 1)

<sup>20</sup> (AIIC, 2008, p. 20)



---

du lancement et du soutien d'initiatives permettant de satisfaire les besoins sociaux et de santé de la population, en particulier des groupes les plus vulnérables. L'infirmière plaide pour l'équité et pour la justice sociale dans la répartition des ressources et dans l'accès aux soins de santé et aux autres services sociaux et économiques »<sup>21</sup>.

Les infirmières et infirmiers de tous les domaines de la pratique tiennent compte des inégalités sociales comme suit :

- en reconnaissant l'importance des déterminants sociaux de la santé sur le plan individuel et collectif et en les incluant dans les évaluations, les diagnostics, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des résultats;
- en prodiguant aux personnes qui connaissent des inégalités des soins adaptés et habilitants sur le plan individuel, familial et communautaire;
- en participant à l'analyse et à la défense des politiques afin de promouvoir l'équité en santé avec les organismes de santé et sociaux et en prônant le changement des politiques, des lois et des règlements sanitaires et sociaux inévitables;
- en préconisant des services de soins de santé sans but lucratif du secteur public accessibles à tous;
- en appuyant la préservation et la restauration de l'environnement<sup>22</sup>.

*Approuvé par le conseil d'administration de l'AIIC*

*Novembre 2013*

## RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada. (2008). *L'administrateur en chef de la santé publique, Rapport sur l'état de la santé publique au Canada : s'attaquer aux inégalités en santé*. Tiré de <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cphorsphc-respcacsp/pdf/CPHO-Report-f.pdf>

Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie. (s.d.). *Cultural safety for First Nations, Inuit and Métis people* [énoncé de position]. Tiré de <http://www.canac.org/Positions/Cultural%20Safety%20PS.pdf>

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2005). *Les déterminants sociaux de la santé et les soins infirmiers : résumé des enjeux* [document d'information]. Tiré de [http://www.cna-aiic.ca/BG8\\_Social\\_Determinants\\_F](http://www.cna-aiic.ca/BG8_Social_Determinants_F)

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Tiré de [http://www.cna-aiic.ca/Code\\_of\\_Ethics\\_2008\\_F](http://www.cna-aiic.ca/Code_of_Ethics_2008_F)

---

<sup>21</sup> (Conseil international des infirmières, 2012, p. 2)

<sup>22</sup> (AIIC, 2005; AIIC, 2009; Muntaner, Ng et Chung, 2012; New Zealand Nurses Organisation, 2011; Reutter et Kushner, 2010; Royal College of Nursing, 2012)



- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2009). *La justice sociale en pratique* (Déontologie pratique pour infirmières et infirmiers). Tiré de [http://www.cna-aiic.ca/Ethics\\_in\\_Practice\\_Social\\_Justice\\_F](http://www.cna-aiic.ca/Ethics_in_Practice_Social_Justice_F)
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2010). *La justice sociale... un moyen de parvenir à une fin, une fin en soi* (2<sup>e</sup> éd.). Tiré de [http://www.cna-aiic.ca/Social\\_Justice\\_2010\\_F](http://www.cna-aiic.ca/Social_Justice_2010_F)
- Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. (2009). *Pauvreté, logement, itinérance : les trois fronts de la lutte contre l'exclusion*. (Rapport du Sous-comité sur les villes). Tiré de <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/citi/rep/rep02dec09-f.pdf>
- Conseil international des infirmières. (2012). *Code déontologique du CII pour la profession infirmière*. Tiré de [http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode\\_french.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_french.pdf)
- Kawachi, I., Subramanian, S. V. et Almeida-Filho, N. (2002). A glossary for health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 647-652. Tiré de <http://jech.bmj.com/content/56/9/647.full>
- Krieger, N. (2001). A glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 693-700. Tiré de <http://jech.bmj.com/content/55/10/693.full.pdf+html>
- Muntaner, C., Ng, E. et Chung, H. (2012). *Better health: An analysis of public policy and programming focusing on the determinants of health and health outcomes that are effective in achieving the healthiest populations*. Tiré du site Web de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : <http://archives.enap.ca/bibliotheques/2013/06/030429303.pdf>
- New Zealand Nurses Organisation. (2011). *Closing the gap: How nurses can help achieve health access and equity* [énoncé de position]. Tiré de <http://www.nzno.org.nz/LinkClick.aspx?fileticket=5FOI9QPaNxI%3D>
- Organisation mondiale de la Santé. (2008). *Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Tiré de [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf)
- Organisation mondiale de la Santé, gouvernement de l'Australie-Méridionale. (2010). *Adelaide statement on health in all policies — Moving towards a shared governance for health and well-being*. Tiré de [http://www.who.int/social\\_determinants/hiap\\_statement\\_who\\_sa\\_final.pdf](http://www.who.int/social_determinants/hiap_statement_who_sa_final.pdf)
- Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Les déterminants sociaux de la santé*. Tiré de [http://www.who.int/topics/social\\_determinants/fr/index.html](http://www.who.int/topics/social_determinants/fr/index.html)
- Raphael, D. (2011). *Poverty in Canada: Implications for health and quality of life* (2<sup>e</sup> éd.). Toronto : Canadian Scholars' Press.
- Reading, C. L. et Wien, F. (2009). *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*. Tiré du site Web du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone : [http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/46/health\\_inequalities\\_FR\\_web.pdf](http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/46/health_inequalities_FR_web.pdf)
- Ressources humaines et Développement des compétences Canada. (2013). *Indicateurs de mieux-être au Canada : Sécurité financière – Incidence du faible revenu*. Tiré de <http://www4.rhdcc.gc.ca/.3nd.3c.1t.4r@-fra.jsp?iid=23>
- Reutter, L. et Kushner K. E. (2010). Health equity through action on the social determinants of health: Taking up the challenge in nursing. *Nursing Inquiry*, 17(3), 269-280.
- Royal College of Nursing. (2012.) *Health inequalities and the social determinants of health* [énoncé de position]. Tiré de



---

[http://www.rcn.org.uk/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/438838/01.12\\_Health\\_inequalities\\_and\\_the\\_social\\_determinants\\_of\\_health.pdf](http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0007/438838/01.12_Health_inequalities_and_the_social_determinants_of_health.pdf)

Schrecker, T. et Taler, V. (2013). *How to think about social determinants of health: Revitalizing the agenda in Canada*.  
Tiré de [http://www.rrasp-phirn.ca/images/stories/SDOH\\_T\\_Schrecker\\_Jul\\_2013\\_TS\\_FINAL\\_FOR\\_UPLOADING.pdf](http://www.rrasp-phirn.ca/images/stories/SDOH_T_Schrecker_Jul_2013_TS_FINAL_FOR_UPLOADING.pdf)

Whitehead, M. et Dahlgren, G. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*.  
Tiré du site Web de l'OMS : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/74737/E89383.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf)

Wilkinson, R. et Marmot, M. (2003). *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*. (2<sup>e</sup> éd.). Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Tiré du site Web de l'OMS (Danemark) : [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/98439/E82519.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98439/E82519.pdf)

**Remplace :**

*Les déterminants de la santé* (novembre 2009)

EP-124

