



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé



LES POPULATIONS ET LE POUVOIR DU LANGAGE

PARLONS-EN

FAIT PARTIE DE LA SÉRIE « PARLONS-EN »

Le présent document est conçu pour aider les praticiens, les équipes et les organismes à choisir intentionnellement une forme de langage qui reflète les besoins des personnes et des collectivités et qui les habilite.

QU'EST-CE QU'UN GROUPE DE POPULATION?

Dans le domaine de la santé publique, nous faisons une distinction entre les **groupes de population** — souvent définis en fonction de caractéristiques sociales, économiques, démographiques ou géographiques — dans le but d'atténuer la répartition inéquitable du pouvoir et des ressources dans la société¹.

En santé publique, nous définissons certaines populations au moment de concevoir et de mettre en œuvre des programmes et des interventions. Nous devons nous appuyer sur des termes descriptifs pour :

- cerner les groupes subissant les contrecoups d'une répartition inéquitable du pouvoir et des ressources;
- définir et évaluer les activités de santé publique qui visent à améliorer les résultats de santé de groupes de personnes particuliers;
- clarifier les objectifs des programmes, établir les critères d'admissibilité et allouer des ressources suffisantes.

L'approche axée sur la santé de la population vise à améliorer l'état de santé d'une population entière et l'équité entre les diverses sous-populations². Une telle démarche suppose de reconnaître que certains groupes de population ont une meilleure santé, non pas en raison de choix personnels, mais plutôt grâce à leur milieu et à leurs conditions sociales et économiques tout au long de leur vie³.



LE LANGAGE DES POPULATIONS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Les iniquités en santé sont façonnées par les normes sociales, y compris celles concernant le choix du langage. Le langage influence notre attitude. Les mots qui traduisent un préjugé, qui simplifient exagérément la nature complexe des relations ou qui minimisent le contexte historique peuvent amplifier les préjugés et l'exclusion. Les mots peuvent tout aussi bien favoriser la compassion, l'autonomisation, l'inclusion et l'équité⁴.

Voici quelques termes employés en santé publique pour parler des groupes moins en santé, plus exposés aux risques de maladie et ayant une espérance de vie plus courte :

- | | | |
|---------------------------------|--|----------------------------|
| » Prioritaires | » Désavantagés | » Privés de pouvoir |
| » Marginalisés | » Mal desservis | » Défavorisés |
| » Vulnérables | » Les plus susceptibles de profiter de l'intervention | » À risque |
| » Difficiles à atteindre | » Privés de leurs droits | » À risque élevé |
| » Ciblés | | » En mal d'équité |

On peut trouver dans la documentation du domaine de la santé publique et des sciences sociales des définitions et des analyses critiques de bon nombre de ces termes³.

LES PRINCIPES SERVANT DE FONDEMENTS AU LANGAGE

LA DIVERSITÉ EST UNE RÉALITÉ AU SEIN DES GROUPES DE POPULATION. Or, on définit souvent ces groupes à l'aide d'une seule caractéristique (p. ex. faible revenu), même si les personnes qui en font partie ont des avantages et des besoins divergents. Les individus vivent souvent de multiples désavantages qui se recoupent⁵. Le langage n'arrive jamais à cerner toute la diversité au sein d'un groupe de population.

IL Y A COEXISTENCE DE L'AVANTAGE ET DU DÉSAVANTAGE.

Pour se concentrer sur les désavantages, il faut aussi s'intéresser aux avantages. Les praticiens et les chercheurs en santé publique doivent réfléchir à leur propre position sociale, historique et matérielle au sein de la structure sociale⁶. Mieux nous comprenons le lien entre l'avantage et le désavantage — y compris le

pouvoir des normes sociales, des injustices historiques et de la discrimination structurelle — mieux nous serons en mesure d'agir sur l'injustice⁷. Il s'agit également de chercher dans nos systèmes d'où vient et comment est renforcé l'avantage structurel.

LE LANGAGE INFLUENCE LA DYNAMIQUE DU POUVOIR.

Le fait d'étiqueter les populations risque de nous séparer d'elles et de mener à blâmer la victime, à la stigmatisation et à un plus grand déséquilibre du pouvoir entre les praticiens en santé publique et les membres des collectivités^{8,9}. Nous choisissons parfois des mots que n'utilisent pas les membres de la collectivité pour se définir et qui risquent de produire du stress et de l'anxiété, même si notre intention n'est pas malicieuse⁴.

a. Voir par exemple le glossaire de l'équité en santé de l'Office régional de la santé de Winnipeg à l'adresse www.wrha.mb.ca/about/healthequity/files/HealthEquityGlossary.pdf (en anglais) et le glossaire annoté produit par les Services de santé de l'Alberta afin de faciliter une meilleure compréhension de l'équité en santé à l'adresse www.albertahealthservices.ca/poph/hi-poph-surv-shsa-tpgwg-annotated-glossary.pdf (en anglais).

EXAMEN DE TERMES COURANTS

POPULATIONS À RISQUE ÉLEVÉ. Dans le *Rapport Lalonde* paru en 1974, on suggérait que les interventions en santé publique devaient chercher à réduire les comportements dangereux chez les populations à risque élevé. Le ministre Lalonde recommandait de cerner les groupes à risque élevé à partir des comportements dangereux (p. ex. tabagisme, consommation d'alcool) et de marqueurs biologiques (p. ex. indice de masse corporelle, pression sanguine)¹⁰. Certains ont critiqué ce modèle axé sur le comportement dangereux parce qu'il ne modifie en rien les forces sociales entrant en jeu dans les comportements de santé⁸.

POPULATIONS PRIORITAIRES. L'expression population prioritaire apparaît dans un certain nombre de documents en santé publique. Dans les *Normes de santé publique de l'Ontario*, on emploie le concept de « populations prioritaires » pour définir celles qui présentent des risques et pour qui il est raisonnable de croire que les interventions en santé publique auront une incidence très positive à l'échelle de la population¹¹. La formule suppose que la détermination de ces populations s'effectue par l'entremise d'une surveillance et d'une recherche épidémiologique. Cela dit, sans la prise en compte des valeurs de justice sociale, nous risquons d'interpréter l'expression seulement au sens large et de l'utiliser pour définir des populations qui ne vivent aucun désavantage.

POPULATIONS VULNÉRABLES. Aux Services de santé de l'Alberta, on définit les populations vulnérables comme étant des « groupes plus susceptibles de présenter de moins bons résultats de santé en raison d'un accès inéquitable aux ressources nécessaires pour atténuer les risques pour la santé » [traduction

libre] (p. 13; en anglais)¹². Le concept de vulnérabilité repose sur la prémisse voulant que « la même exposition peut produire des effets différents selon les groupes socioéconomiques » [traduction libre] (p. 6; en anglais)¹³. L'expression est critiquée parce qu'elle minimise les processus multidimensionnels menant à une répartition inégale des ressources matérielles, culturelles, sociales et politiques^{8,14}. Qui plus est, le fait de caractériser ainsi la susceptibilité et la vulnérabilité peut se révéler paralysant.

POPULATIONS MARGINALISÉES. L'expression populations marginalisées désigne généralement les groupes à qui on ne donne pas l'occasion de participer positivement à la société en raison de leur manque de ressources financières, de connaissances au sujet de leurs droits politiques et de reconnaissance et d'autres formes d'oppression¹⁵. La nature générale du terme peut poser problème au moment de l'appliquer aux programmes et aux politiques dans le domaine de la santé publique.

GROUPES EN MAL D'ÉQUITÉ. L'expression groupes en mal d'équité peut s'utiliser pour définir des groupes jouant un rôle actif afin de modifier les processus et les structures ayant une incidence sur la santé. Cohen et coll. emploient cette formule pour parler des groupes de population socialement désavantagés, exclus ou marginalisés¹⁶. À la Ville de Toronto, on l'utilise pour tenter d'enrayer toute forme de discrimination et faire référence à diverses collectivités¹⁷. Comme pour l'expression populations marginalisées, il faut une bonne compréhension du contexte communautaire avant d'utiliser la tournure dans la pratique de santé publique parce que les mots « en mal d'équité » font allusion à une grande variété de personnes et de collectivités.

PRINCIPALES CONSIDÉRATIONS

Les praticiens de la santé publique font une distinction entre les groupes de population pour allouer les ressources et mesurer les résultats. Cependant, si nous posons une étiquette sur des groupes de population, nous risquons de porter davantage attention aux personnes, comme les « sans-abris », qu'aux structures, comme le chômage, le logement et les facteurs sociétaux tel le racisme, qui façonnent les iniquités en santé.



En y allant avec intention et délicatesse dans le choix de nos mots et en faisant participer les membres de la collectivité aux conversations sur le langage approprié à employer, nous gardons à l'œil la dynamique du pouvoir. Nous pourrions préférer un langage plus technique ou un jargon quand nous sommes au bureau. Il s'agit simplement de toujours faire preuve de respect.

L'habitude de porter une attention au langage que nous véhiculons joue un rôle déterminant dans la transformation des croyances discriminatoires et la prise de mesures pour éliminer les relations de pouvoir inégalitaires. Elle nous permet de bâtir des ponts entre les secteurs. Choisir soigneusement nos mots nous aide à créer et à réaliser des programmes adaptés au contexte et aux besoins locaux, en plus de nous aider à œuvrer en amont dans le système.

QUESTIONS À DÉBATTRE

- Quels mots utilisez-vous habituellement pour définir des populations?
- Quels sont les avantages, les inconvénients et la dynamique du pouvoir que véhicule votre langage?
- À quelle dynamique du pouvoir fait-on allusion dans les expressions *les gens pauvres* et *les gens vivant dans la pauvreté*?
- En quoi change votre langage lorsque vous changez de milieu (p. ex. ministère de la santé, école, bureau municipal)? Est-ce approprié?
- Un changement dans le langage utilisé peut-il changer la dynamique du pouvoir?
- Quelles mesures prenez-vous pour modifier la dynamique du pouvoir qui génère une mauvaise santé?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *L'équité en santé... Parlons-en*. Antigonish (N.-É.), Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier, 2013.
2. Santé Canada. *Le modèle de promotion de la santé de la population : Éléments clés et mesures qui caractérisent une approche axée sur la santé de la population : ébauche*. Ottawa (Ont.), Santé Canada, 2001.
3. Butler-Jones, D. *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2008 : S'attaquer aux inégalités en santé*. Ottawa (Ont.), Agence de la santé publique du Canada, 2008.
4. Alex, M. et J. Whitty-Rogers. « Time to disable the labels that disable: the power of words in nursing and health care with women, children, and families ». *Advances in Nursing Science*. 2012, vol. 35, no 2, p. 113-126.
5. Hankivsky, O., D. Grace, G. Hunting et O. Ferlatte. « Introduction: why intersectionality matters for health equity and policy analysis », dans Hankivsky O., éditeur. *An intersectionality-based policy analysis framework*. Vancouver (C. B.), Institute for Intersectionality Research and Policy, Université Simon Fraser, 2012.
6. Frohlich, K.L. et L. Potvin. « Commentary: structure or agency? The importance of both for addressing social inequalities in health ». *International Journal of Epidemiology*. Avril 2010, vol. 39, no 2, p. 378-379.
7. Edwards, N. et E. Di Ruggiero. « Exploring which context matters in the study of health inequities and their mitigation ». *Scandinavian Journal of Public Health*. Mars 2011, vol. 39, suppl. no 6, p. 43-49.
8. Frohlich, K.L. et L. Potvin. « Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations ». *American Journal of Public Health*. Février 2008, vol. 98, no 2, p. 216-221.
9. Link, B.G. et J.C. Phelan. « Conceptualizing stigma ». *Annual Review of Sociology*. Août 2001, vol. 27, p. 363-385.
10. Lalonde, M. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ottawa (Ont.), ministère de l'Approvisionnement et des Services, 1974.
11. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Normes de santé publique de l'Ontario 2008*. Toronto (Ont.), ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2013.
12. Alberta Health Services. « Towards an understanding of health equity: glossary ». Alberta Health Services Tri-Project Glossary Working Group, Population and Public Health, 2011.
13. Organisation mondiale de la Santé. « Equity, social determinants and public health programmes ». Genève (CHE), Organisation mondiale de la Santé, 2010.
14. Popay, J., S. Escorel, M. Hernandez, H. Johnston, J. Mathieson et L. Rispel. « Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Social Exclusion Knowledge Network: Understanding and tackling social exclusion ». Social Exclusion Knowledge Network, Organisation mondiale de la Santé, 2008.
15. Jenson, J. « Backgrounder: thinking about marginalization: what, who and why? » Ottawa (Ont.), Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, 2000.
16. Cohen, B.E., A. Schultz, E. McGibbon, M. VanderPlaat, R. Bassett, K. Germann et coll. « A Conceptual Framework of Organizational Capacity for Public Health Equity Action (OC-PHEA) ». *Revue canadienne de santé publique*. Mai 2013, vol. 104, no 3, p. e262-e266.
17. Ville de Toronto. « City of Toronto grants policy. Anti-racism, access and equity policy and guidelines Applicable to recipients of grants from the City of Toronto and its agencies, boards and commissions ». Toronto (Ontario), Ville de Toronto, 1998.



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 (CCNDS)

Université St. Francis Xavier
Antigonish NÉ B2G 2W5
tél : 902-867-5406
téléc: 902-867-6130
ccnds@stfx.ca www.ccnds.ca
Twitter: @NCCDH_CCNDS

Hannah Moffatt et Karen Fish ont rédigé le présent document en tenant compte des commentaires de Sume Ndumbe-Eyok et de Connie Clement. Ruby Lam, Santé publique de Toronto, et Marion Alex, Université St. Francis Xavier, ont effectué l'examen par les pairs.

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé est situé à l'Université St. Francis Xavier.

Veillez citer l'information contenue dans le présent document comme suit :

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2013). *Les populations et le pouvoir du langage... Parlons-en*. Antigonish (N.-É.), Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.

ISBN : 978-1-926823-63-8

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de l'Agence de la santé publique du Canada, qui finance le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé.

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 dans le site Web du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé à l'adresse www.ccnds.ca.

A PDF format of this publication is also available in English at www.nccdh.ca under the title *Let's Talk... Populations and the power of language*.