



**Promotion
Santé**
Bretagne

Les déterminants de la santé

Synthèse documentaire

Morgan Calvez, juillet 2026

Introduction

Ce dossier documentaire, réalisé par le Pôle Documentation de Promotion Santé Bretagne, propose un récapitulatif des principales évolutions théoriques et des approches relatives aux déterminants de la santé. Il présente les différents courants de pensée, schémas et travaux de chercheurs qui ont contribué à définir et à conceptualiser cette notion centrale en promotion de la santé.

À travers cette synthèse, ce dossier vise à offrir des repères clairs pour mieux comprendre les déterminants de la santé, ainsi que les enjeux qu'ils soulèvent pour l'action en promotion de la santé. Il constitue ainsi un support de référence pour les professionnels souhaitant approfondir leurs connaissances et nourrir leurs pratiques.

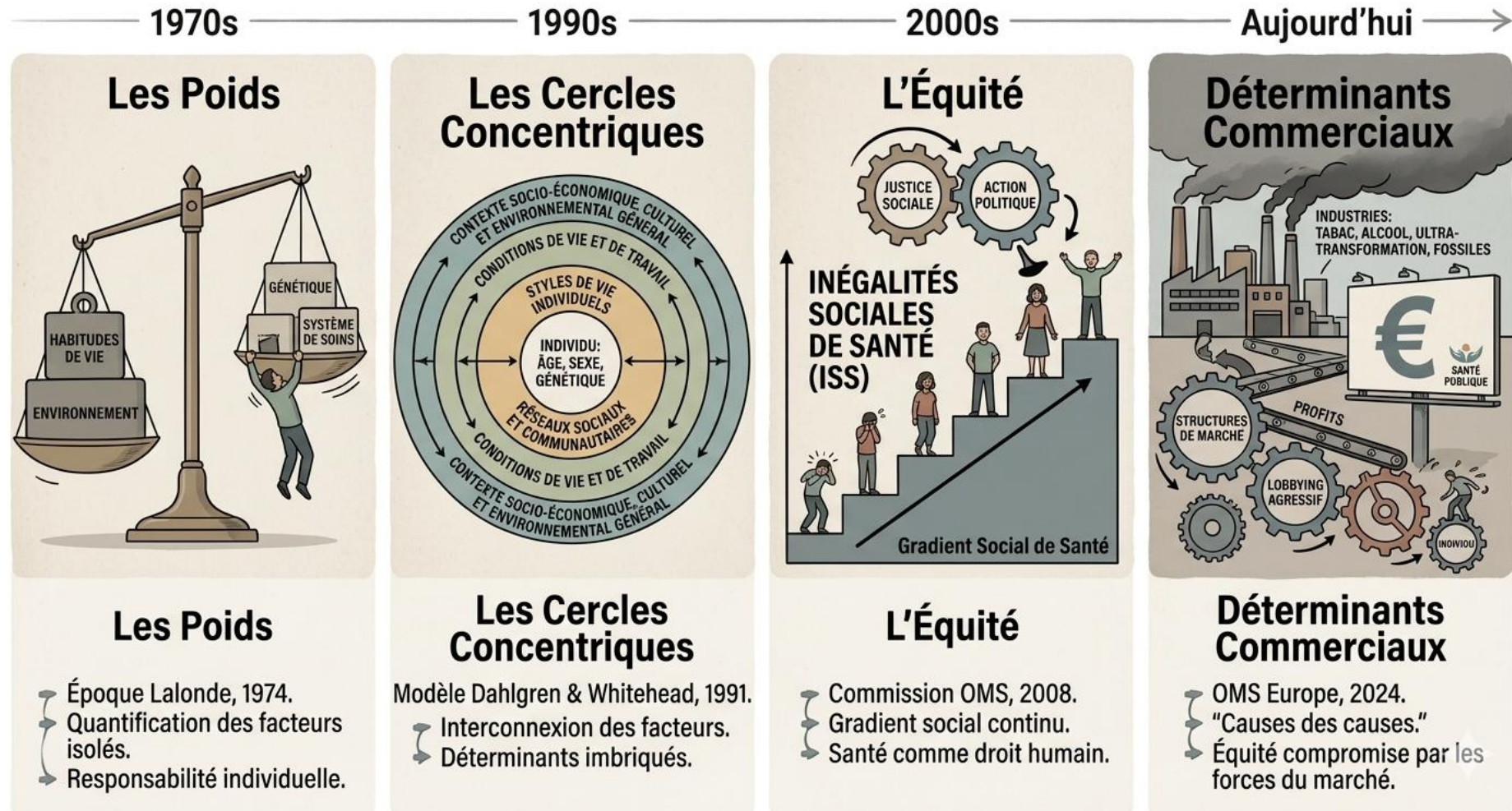
Sommaire

- **Cadre théorique et évolution des courants de pensées p.4**
- **Illustration des courants de pensées ... p.10**
 - Le poids des déterminants, Lalonde - 1974 / CIAR - 1991 p.11
 - Le poids des facteurs de santé, County Health Rankings & KFF (consensus international 2024) p.14
 - L'approche systémique : les cercles concentriques p.17
 - Les déterminants de la santé et trajectoire de vie p.19
 - L'enjeu des ISS p.21
 - Le gradient social (Insee 2024) p.23
 - L'effet du niveau de vie p.25
 - La triple charge des inégalités p.27
 - Les déterminants commerciaux. Le secteur privé => un acteur de santé p.29
 - Impact des industries sur la mortalité p.31
 - Le industry playbook : 4 tactiques p.34
 - Agir sur les causes des causes p.36
- **Références bibliographiques p.39**

Cadre théorique et évolution des courants de pensées

L'histoire de la promotion de la santé se caractérise par un élargissement constant de sa focale : d'une vision biomédicale et curative centrée sur la maladie, elle a évolué vers une approche globale, politique et structurelle de l'équité en santé.

Genèse et évolution des déterminants



Le courant des « poids » et des modèles globaux (année 1970 – 1990)

- **Les fondations** : En 1974, le rapport Lalonde (Canada) marque une rupture historique en affirmant que la santé dépend d'un "champ de la santé" composé de quatre éléments : la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins. Ce modèle est affiné en 1991 par le *Canadian Institute for Advanced Research* (CIAR).
- **Limites de l'époque** : Ces premiers modèles tentaient de quantifier le "poids" de chaque facteur. Bien que novateurs, ils présentaient le défaut de cloisonner les catégories et de surévaluer la responsabilité individuelle dans les "styles de vie", ouvrant parfois la voie à des discours culpabilisants ("si vous êtes malade, c'est parce que vous fumez ou mangez mal").

Le courant socio-économique et le modèle des cercles concentriques (années 1990-2000)

- **Le tournant conceptuel** : En 1991, Göran Dahlgren et Margaret Whitehead introduisent leur célèbre modèle en couches (ou cercles concentriques). Ce modèle révolutionne la discipline car il montre l'**interconnexion** des facteurs : les comportements individuels sont enchâssés dans des réseaux communautaires, eux-mêmes contraints par les conditions de vie et de travail, le tout englobé par le contexte socio-économique et culturel général.
- **L'apport majeur** : On comprend alors que pour changer un comportement (le style de vie), il faut modifier les conditions de vie qui le produisent.

Le courant de l'Équité et des inégalités sociales de santé (années 2000–2010)

- **L'institutionnalisation** : En 2005, l'OMS crée la *Commission des Déterminants Sociaux de la Santé*, dont le rapport final de 2008 ("*Comblar le fossé en une génération*") devient la référence mondiale.
- **Le changement de paradigme** : La santé n'est plus seulement une question de choix ou d'accès aux soins, c'est une question de justice sociale. Ce courant formalise le concept de **Gradient Social de Santé** : à chaque échelon de la société correspond un état de santé moins bon que l'échelon supérieur. On quitte la logique binaire "riches vs pauvres" pour analyser une trajectoire continue qui concerne 100 % de la population.

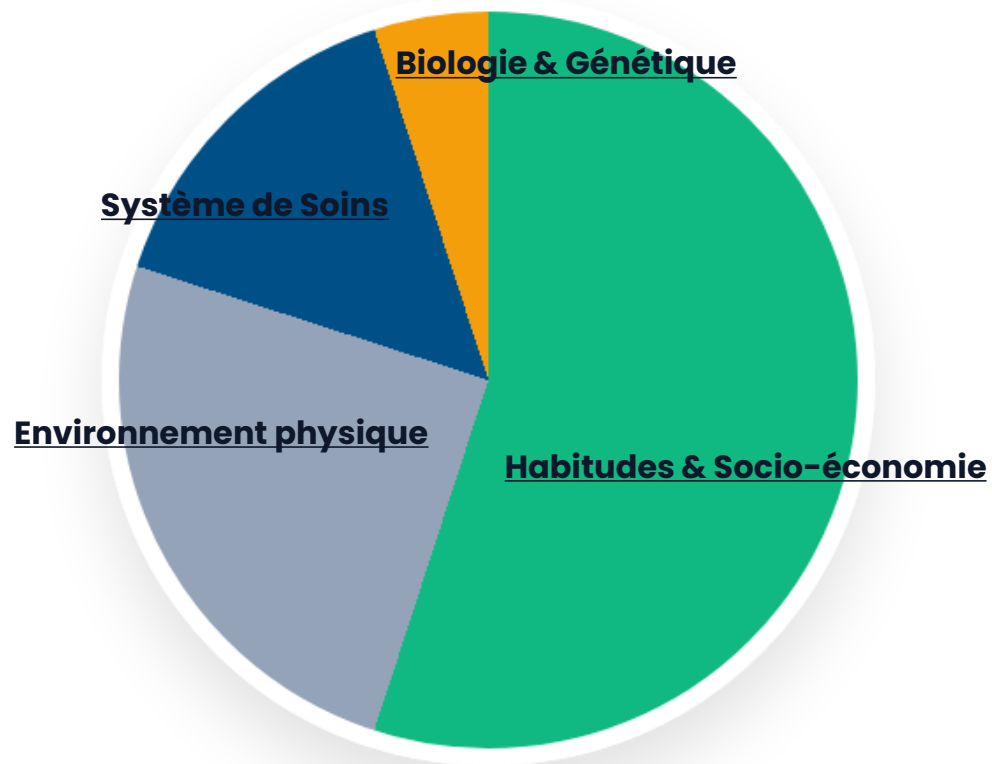
Le courant des déterminants commerciaux de la santé (années 2010–Présent)

- **L'analyse macro-économique** : Porté par des chercheurs comme Ilona Kickbusch et officialisé par un rapport majeur de l'OMS Europe en 2024, ce courant récent s'attaque aux "causes des causes".
- **Le constat** : Les choix individuels et les politiques publiques de santé se heurtent à des structures de marché globales. Ce courant analyse comment la recherche du profit par de grandes industries (tabac, alcool, ultra-transformation, énergies fossiles) façonne les environnements et pousse à la consommation de produits nocifs, notamment chez les populations les plus vulnérables, aggravant ainsi les ISS.

Illustration des courants de pensées

Le poids des déterminants

Lalonde – 1974 / CIAR – 1991



Répartition de l'influence sur l'état de santé d'une population globale.

55%

Habitudes & Socio-économie



Alimentation, sport, revenus, travail, éducation.

25%

Environnement Physique



Qualité de l'air/eau, logement, bruits, transport.

15%

Système de soins



Accès aux soins, hôpitaux, qualité et prévention.

5%

Biologie & Génétique



Patrimoine génétique, âge, sexe biologique.

Le poids des déterminants

Lalonde – 1974 / CIAR – 1991

Une première quantification de la santé publique moderne, elle s'articule en deux temps :

- **1974 – Le Rapport Lalonde (Le concept)** : Marc Lalonde, alors ministre de la Santé du Canada, publie un rapport qui propose de diviser la santé en quatre grands pôles (Biologie, Environnement, Habitudes de vie, Système de soins). Pour la première fois, un gouvernement affirme que la médecine curative n'est pas le seul producteur de santé. Cependant, ce rapport ne contient aucun pourcentage.
- **1991 – Le CIAR (La quantification)** : Le Canadian Institute for Advanced Research (CIAR) compile de nombreuses études épidémiologiques et attribue pour la première fois des poids statistiques précis à ces quatre catégories pour expliquer la mortalité évitable dans les pays développés :
 - 55% pour les Habitudes & la Socio-économie.
 - 25% pour l'Environnement physique.
 - 15% pour le Système de soins.
 - 5% pour la Biologie et la Génétique.

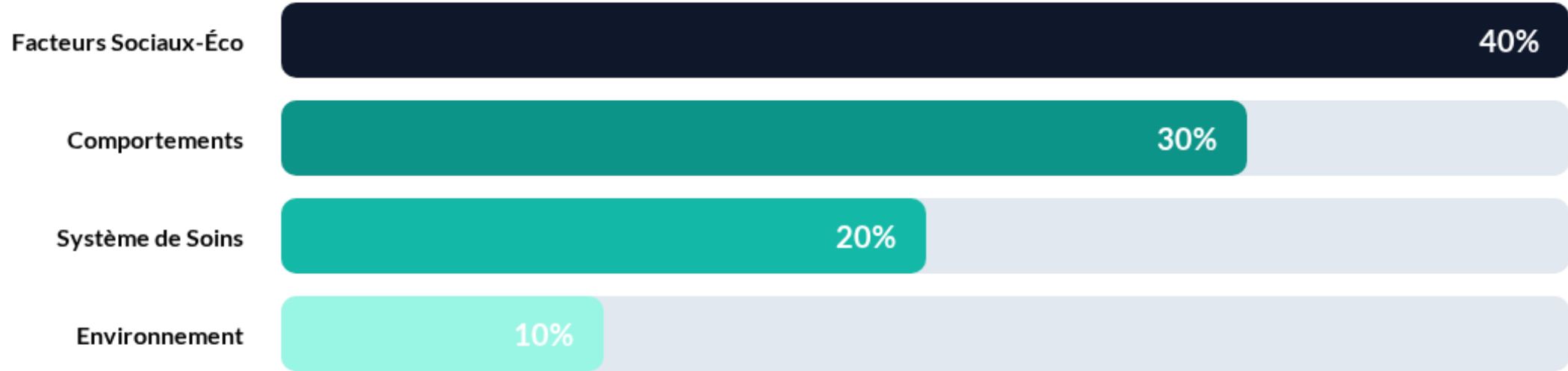


D'où viennent les pourcentages exacts (55% / 25% / 15% / 5%) ?

Pour bien comprendre d'où viennent ces chiffres, il faut savoir que ce fameux « camembert » est l'adaptation d'un consensus scientifique international né dans les années 1970 et stabilisé au début des années 2000. Les chiffres proviennent des travaux de recherche du CIAR (*Canadian Institute for Advanced Research*), affinés au cours des années 1990 et 2000. Ces pourcentages découlent d'une compilation d'études épidémiologiques nord-américaines (notamment le modèle des *County Health Rankings* de l'Université du Wisconsin). Les chercheurs ont analysé les causes de la mortalité prématurée et évitable dans les pays développés pour évaluer la part de responsabilité de chaque facteur.

Le poids des facteurs de santé

County Health Rankings & KFF (consensus international 2024)



SOCIO-ÉCONOMIQUE

Éducation, Emploi, Revenu, Soutien social, Sécurité.

SYSTÈME DE SOINS

Accès aux soins et Qualité des soins.

COMPOTEMENTS

Tabagisme, Alimentation, Activité physique, Alcool.

ENVIRONNEMENT

Qualité air/eau, Logement, Transport.



Le poids des facteurs de santé

County Health Rankings & KFF (consensus international 2024)

C'est le modèle le plus moderne et le plus validé à l'échelle internationale pour mesurer la contribution des différents facteurs à la santé d'une population.

- **L'origine (UWPHI & KFF) :** Ce modèle a été co-développé par le University of Wisconsin Population Health Institute (UWPHI) et la Kaiser Family Foundation (KFF). Contrairement aux anciens modèles des années 1990 qui présentaient des chiffres figés, ce modèle est réévalué chaque année grâce à la compilation de gigantesques bases de données épidémiologiques territoriales.
- **La rupture méthodologique :** Ce modèle corrige un biais majeur des anciens schémas. Auparavant, les conditions de vie et les comportements individuels étaient mélangés dans un grand bloc unique de 55%. Le modèle de 2024 sépare rigoureusement les facteurs socio-économiques globaux (40%) et les comportements individuels (30%).
- **La répartition moderne :**
 - 40% pour les Facteurs Sociaux et Économiques.
 - 30% pour les Comportements de santé.
 - 20% pour le Système de soins (soins cliniques).
 - 10% pour l'Environnement physique.



L'origine des chiffres : Le modèle des County Health Rankings (UWPHI / KFF)

Ces pourcentages ne sortent pas d'une seule étude isolée, mais d'un modèle de consensus scientifique robuste et continuellement mis à jour.

- **Les institutions** : Ce modèle a été développé par le **UWPHI** (*University of Wisconsin Population Health Institute*) en collaboration avec la **KFF** (*Kaiser Family Foundation*), l'une des fondations américaines les plus réputées en sciences sociales et politiques de santé.
- **La méthode** : Les chercheurs se sont posé une question simple : « *Qu'est-ce qui fait que la population d'un territoire vit vieille et en bonne santé ?* ». Ils ont compilé des décennies de données épidémiologiques massives à l'échelle des comtés américains (l'équivalent de nos départements ou intercommunalités) pour mesurer le poids relatif de chaque catégorie sur deux indicateurs clés : l'**espérance de vie** (mortalité) et la **qualité de vie** (morbidité, santé perçue).
- **La date** : Bien que les bases du modèle datent du début des années 2010, il est **actualisé chaque année (jusqu'en 2024)** avec les nouvelles données probantes. C'est aujourd'hui le modèle le plus moderne et le plus validé à l'échelle internationale.

L'approche systémique : les cercles concentriques

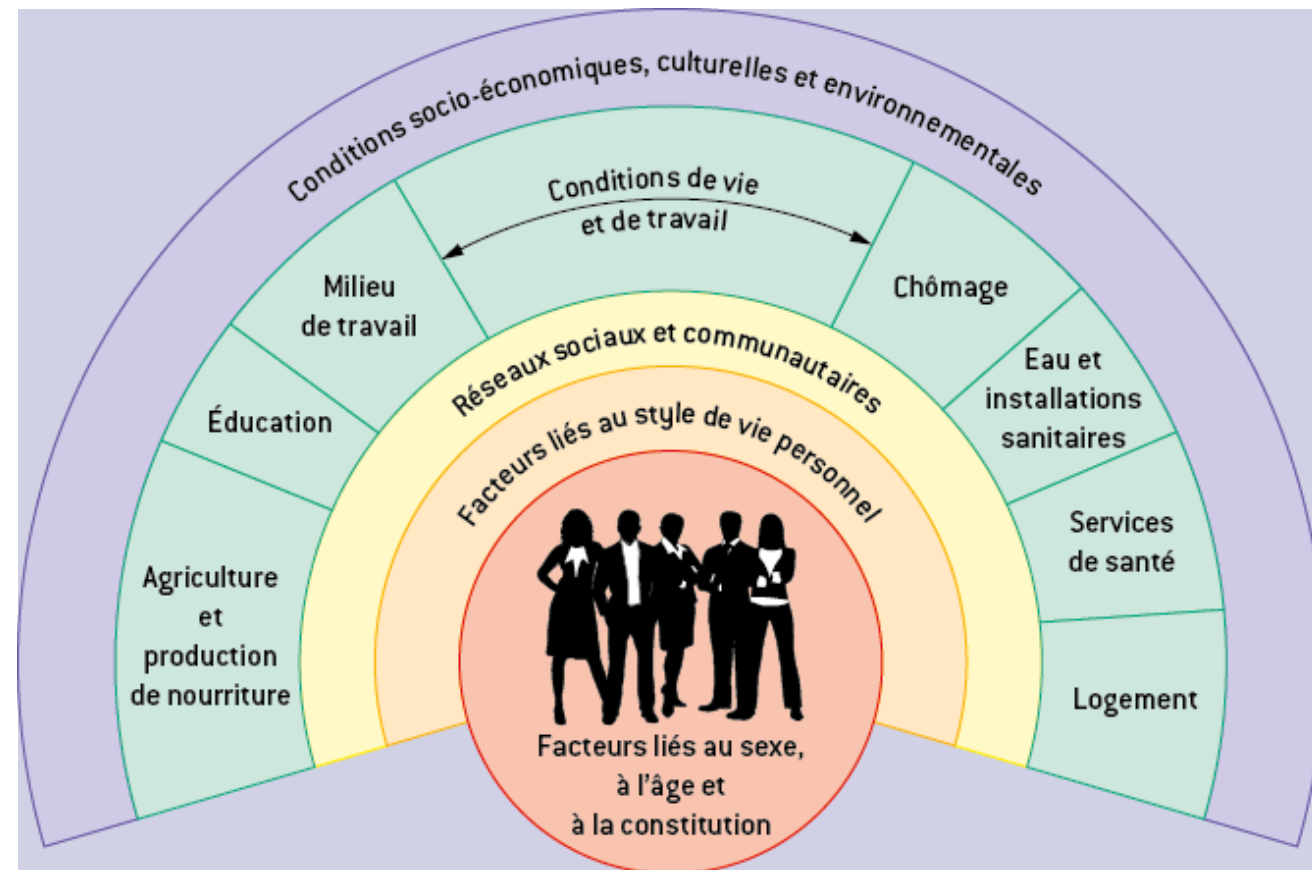
Le modèle de référence de Dahlgren & Whitehead (1991)

Le Noyau Biologique : Les caractéristiques individuelles non modifiables (patrimoine génétique, âge, sexe biologique).

Les Styles de Vie & Réseaux : Les comportements de santé influencés par les pressions et le soutien du cercle social proche (famille, amis, pairs).

Les Milieux de Vie et de Travail : L'accès à l'éducation, à l'eau potable, les conditions d'emploi, la qualité de l'habitat et l'accès aux soins de proximité.

Le Macro-environnement : Le contexte socio-économique global, les choix politiques nationaux, les valeurs culturelles et l'état de l'écosystème.



L'approche systémique : les cercles concentriques

Ce schéma, communément appelé "**l'arc-en-ciel de la santé**", a été théorisé en **1991** par deux chercheurs suédois, **Göran Dahlgren et Margaret Whitehead**, pour le compte de la Région Europe de l'OMS.

- **La rupture conceptuelle** : À l'époque, ce modèle révolutionne la santé publique. Il permet de sortir définitivement d'une vision linéaire ou purement comptable de la santé (comme le modèle Lalonde qui isolait les facteurs dans des cases).
- **L'apport du modèle** : Dahlgren et Whitehead introduisent l'idée de déterminants imbriqués. L'être humain n'évolue pas dans un bocal : sa biologie est enveloppée par des couches successives d'environnements sociaux, économiques et écologiques qui s'influencent mutuellement.

Les déterminants de la santé et trajectoire de vie

Schéma inspiré du modèle socio-écologique de Dahlgren & Whitehead (1991) et de l'adaptation « Déterminants de santé et trajectoires de vie » proposée par Bergmans (2009)

La santé d'une personne n'est pas seulement liée à ses choix individuels ou à l'accès aux soins. Elle se construit tout au long de la vie, dans l'interaction entre des facteurs individuels, sociaux, économiques, culturels et environnementaux.



Les déterminants de la santé et trajectoire de vie

Ce schéma s'appuie sur une évolution théorique majeure de la fin des années 2000. Elle croise le modèle historique de **Dahlgren & Whitehead (1991)** avec l'approche par le **parcours de vie** théorisée par **Bergmans (2009)**.

- **Le passage du statique au dynamique** : L'arc-en-ciel d'origine de 1991 était une "photographie" à un instant T. Bergmans a compris que la santé n'est pas figée : elle se construit en continu, de la conception à la mort.
- **La notion de "trajectoire"** : Le modèle montre que l'individu (au centre) traverse le temps le long d'un axe horizontal (la flèche en bas : de la Vie in utero à la Vieillesse). Tout au long de ce voyage, il est exposé de manière répétée et cumulée aux influences de ses milieux de vie et de l'environnement global.

L'enjeu des ISS

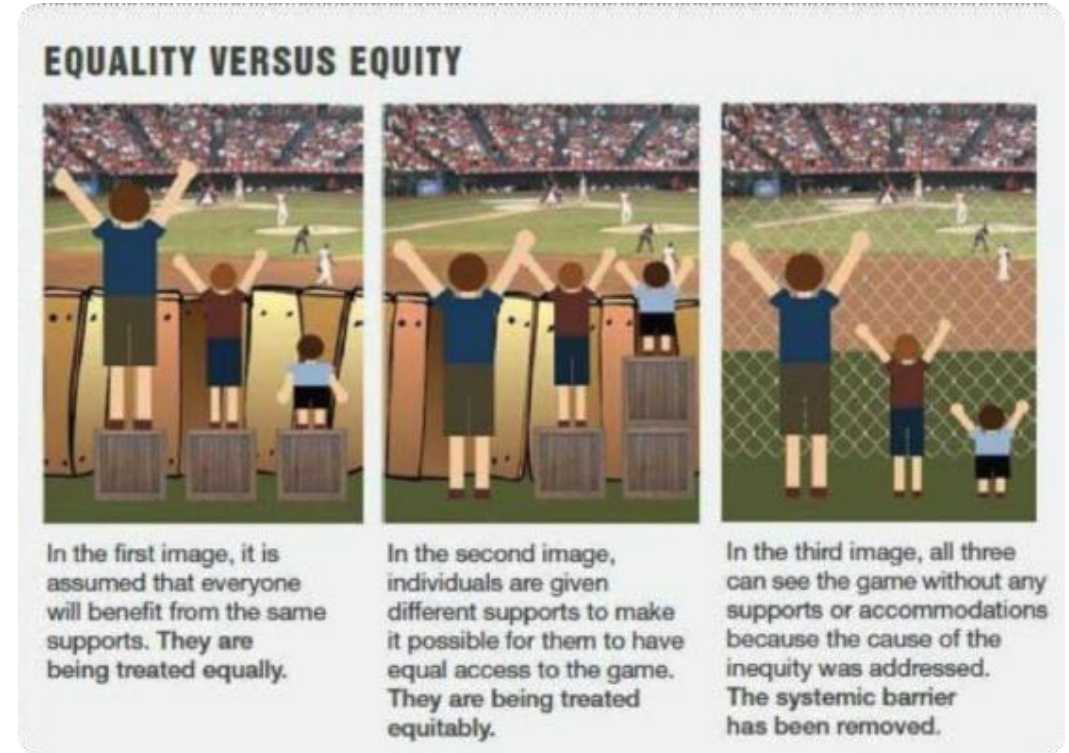
Définir les ISS

Ce sont les différences de santé entre groupes sociaux qui sont :

Systématiques : Elles suivent un ordre social.

Socialement produites : Elles ne sont pas liées au hasard ou à la biologie.

Injustes & Évitables : On peut agir dessus par les politiques publiques.



L'enjeu des ISS

Les bases définitionnelles et philosophiques de la lutte contre les inégalités sociales de santé (ISS).

- **Le cadre conceptuel (OMS, 2008)** : La définition des ISS présentée à gauche s'appuie directement sur les consensus de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'Organisation mondiale de la Santé. Elle rappelle qu'un écart de santé n'est une "inégalité sociale" que s'il est injuste, évitable, systématique et produit par les structures de notre société.
- **L'évolution de l'illustration (Equality vs Equity)** : L'image à droite est une adaptation moderne d'un dessin créé à l'origine par Craig Froehle.
 - La première version historique ne comportait que deux panneaux : l'Égalité (donner la même chose à tout le monde) et l'Équité (donner selon les besoins de chacun).
 - La version moderne de l'illustration ajoute un troisième panneau : la Justice / la Libération. Ce panneau montre que si l'on retire la barrière structurelle (la palissade opaque en bois remplacée par un grillage transparent), on n'a plus besoin d'aménagements individuels. C'est l'illustration parfaite du passage d'une action curative/ciblée à une action sur les déterminants structurels de la santé.

Le gradient social (Insee 2024)

Espérance de vie à 35 ans en France (2020-2022)



Écart : 5,3 ans chez les hommes / 3,4 chez les femmes

L'écart est plus marqué chez les ouvriers qui ont 2x plus de risque de mourir entre 35 et 65 ans.

La santé s'améliore à chaque échelon de la hiérarchie sociale.

Le gradient social (Insee 2024)

- **La source (Insee, 2024)** : Ces chiffres proviennent de l'étude de l'Insee sur la mortalité par catégorie sociale, basée sur l'Échantillon Démographique Permanent (EDP). Ils portent sur la période de calcul 2020-2022 et ont été consolidés au début de l'année 2024.
- **Le concept du Gradient Social de Santé** : Théorisé pour la première fois par **Michael Marmot** lors des études Whitehall au Royaume-Uni, ce concept démontre que la relation entre le statut social et la santé est continue. Il ne s'agit pas d'un "effet de seuil" qui séparerait uniquement les très pauvres du reste de la population, mais d'une pente : à chaque marche descendante de la hiérarchie sociale, la santé se dégrade et l'espérance de vie diminue.
- **L'analyse de genre** : Les données mettent en évidence que si les femmes vivent globalement plus longtemps que les hommes, elles n'échappent pas au gradient social. Cependant, la pente y est moins abrupte (écart de 3,4 ans chez les femmes contre 5,3 ans chez les hommes), ce qui s'explique par des expositions aux risques professionnels et des comportements de santé historiquement différents, bien que ces écarts tendent à se modifier.

L'effet du niveau de vie

+1 an

D'espérance de vie

La statistique « 100 euros »

À partir d'un seuil de 1 200 €/mois, chaque tranche de **100 € supplémentaire** ajoute statistiquement :

+ 1,0 an de vie chez les hommes.

+ 0,8 an de vie chez les femmes.

Le revenu conditionne l'habitat, l'alimentation et le niveau de stress.

L'effet du niveau de vie

- **La source (Insee Première n°2085, Décembre 2025)** : Ces données proviennent de l'étude nationale de l'Insee intitulée « L'écart d'espérance de vie entre les personnes modestes et aisées s'est accru », consolidée sur la période de calcul 2020-2024.
- **La non-linéarité (Courbe concave)** : L'apport scientifique majeur de cette étude est d'avoir démontré graphiquement que l'espérance de vie n'augmente pas de manière linéaire avec le revenu. La progression suit une courbe logarithmique : les gains de temps de vie sont extrêmement rapides et massifs dans les bas revenus, puis s'essoufflent et stagnent pour les hauts revenus (loi des rendements décroissants).
- **Le point de bascule des 1200 €** : Aux alentours du seuil de pauvreté (environ 1200 € par mois), l'impact marginal de l'argent est à son maximum. Chaque tranche de 100 € supplémentaire est associée à un gain exceptionnel de +1,0 an d'espérance de vie chez les hommes et de +0,8 an chez les femmes.
- **L'atténuation aux hauts revenus** : À l'inverse, pour un ménage aisé situé autour de 3000 € / mois, la même tranche de 100 € supplémentaire ne génère plus qu'un gain dérisoire de +0,2 an (hommes) et +0,1 an (femmes).

La triple charge des inégalités

L'effet "cascade" : les milieux modestes subissent 3 injustices cumulées.



1. Exposition inégale

On subit plus de risques.

Métiers physiques, produits chimiques, logements humides, quartiers pollués.



2. Fragilité inégale

On est plus durement touché.

Le corps est plus fragile à cause du stress de la précarité et d'une moins bonne alimentation.



3. Accès aux soins inégal

On est moins bien protégé.

Recours aux soins plus tardif (avance de frais, déserts médicaux, système complexe).

La triple charge des inégalités

Il s'agit d'un modèle simplifié épidémiologique fondamental modélisé à l'origine par **Diderichsen et al. (2001)** pour l'Organisation mondiale de la Santé.

- **Le concept de départ** : Diderichsen démontre que les inégalités sociales de santé (ISS) ne proviennent pas d'une cause unique, mais d'une rupture d'équité à trois niveaux successifs du parcours de vie des personnes.
- **La simplification sémantique** : Pour rendre ce modèle accessible aux acteurs de terrain sans perdre sa rigueur, les termes scientifiques ont été traduits de la manière suivante :
 1. *L'exposition différentielle devient **l'exposition inégale** (subir plus de risques).*
 2. *La vulnérabilité différentielle devient **la fragilité inégale** (être plus durement touché).*
 3. *Les conséquences différentielles du recours aux soins deviennent **l'accès aux soins inégal** (être moins bien protégé).*
- **La notion d'effet « cascade »** : ces trois injustices ne s'additionnent pas simplement : elles s'accumulent et s'amplifient les unes les autres au détriment des plus modestes.

Les déterminants commerciaux

Le secteur privé => un acteur de santé

Définition (OMS 2024)

Les systèmes et pratiques par lesquels les acteurs commerciaux influent sur la santé des populations et l'équité.

- ✓ **Positif** : Sport, innovation médicale.
- × **Négatif** : Marketing de produits nocifs, lobbying agressif, science.

Le profit prime souvent sur la santé publique dans ces arbitrages.



Les déterminants commerciaux

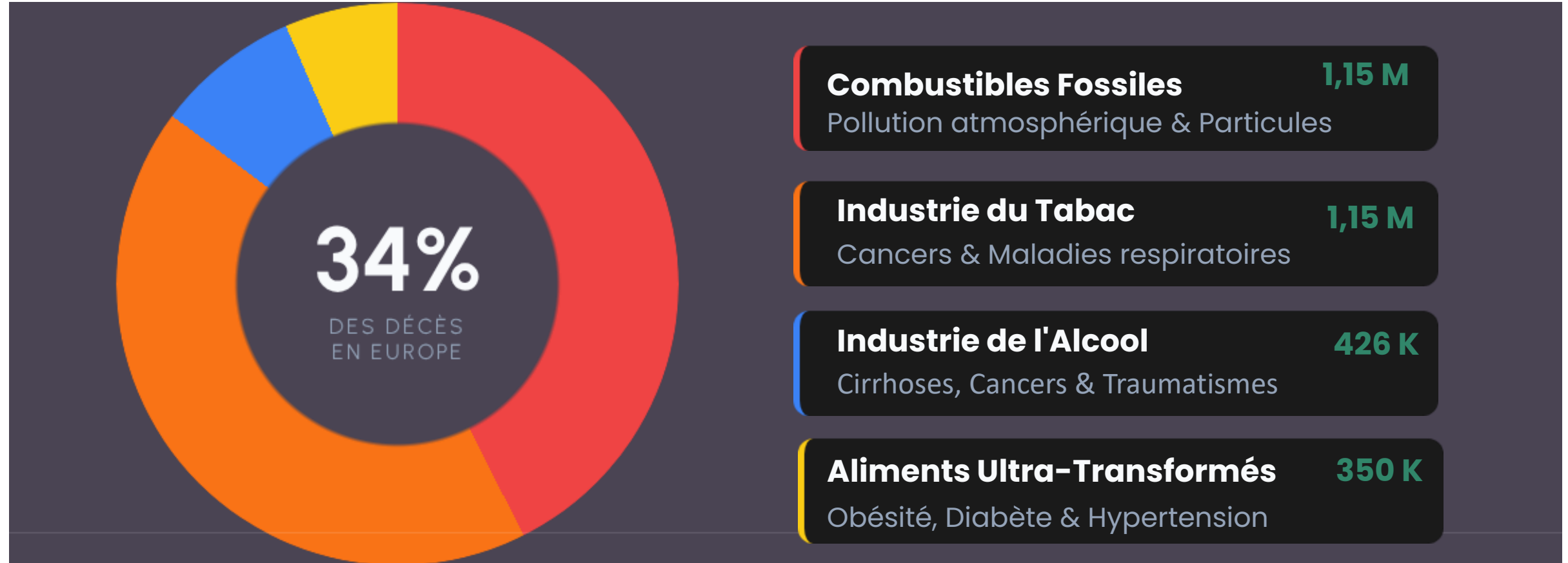
Le secteur privé => un acteur de santé

C'est le paradigme le plus récent de la promotion de la santé publique mondiale, théorisé par des chercheuses comme **Ilona Kickbusch** et formalisé dans la série spéciale du journal The Lancet (2023) ainsi que dans le rapport de l'Organisation mondiale de la Santé en 2024.

- **Le dépassement de la responsabilité individuelle** : Pendant des décennies, la prévention s'est concentrée sur les "styles de vie" individuels (manger bouger, ne pas fumer). Ce courant démontre que ces styles de vie sont en réalité le produit d'environnements de consommation construits par des acteurs économiques puissants.
- **La définition officielle** : L'OMS définit ces déterminants comme *"les systèmes et pratiques par lesquels les acteurs commerciaux influent sur la santé des populations et l'équité"*.
- **La notion d'externalité négative** : Les industries génèrent des profits massifs en vendant des produits nocifs, tout en "externalisant" le coût des maladies (cancers, diabète) vers le système de solidarité nationale (la Sécurité sociale).

Impact des industries sur la mortalité

Répartition des 2,7 millions de décès annuels liés aux secteurs commerciaux (OMS Europe, 2024).



Impact des industries sur la mortalité

Ce sont les données quantitatives publiées par **l'Organisation mondiale de la Santé (Bureau régional de l'Europe)** en juin 2024 dans son rapport sur les déterminants commerciaux des maladies non transmissibles (MNT).

- **Le constat global** : Les maladies non transmissibles (cancers, maladies cardiovasculaires, diabète, maladies respiratoires) représentent la grande majorité des décès en Europe. L'OMS a cherché à mesurer la part de responsabilité directe des acteurs commerciaux dans cette épidémie silencieuse.
- **La statistique choc des 34%** : L'OMS a calculé que 34% de **l'ensemble des décès** enregistrés dans la Région européenne sont entièrement ou partiellement causés par la consommation ou l'exposition aux produits de seulement quatre grands secteurs industriels. Cela représente **2,7 millions de vies perdues chaque année** en Europe.

Impact des industries sur la mortalité

- **La répartition interne des décès :**

- *Les combustibles fossiles* (1,15 M de décès) et *le tabac* (1,15 M de décès) pèsent à parts égales et représentent ensemble la grande majorité de cet impact commercial (environ 85% du bloc).
- *L'alcool* (426 K de décès) et *les aliments ultra-transformés* (350 K de décès) forment le reste du bloc, mais constituent les marchés à la croissance la plus agressive chez les jeunes générations.

Le industry playbook : 4 tactiques



Marketing ciblé

Publicité massive vers les enfants et populations précaires (ISS).



Lobbying politique

Bloquer les taxes (Sucre/Alcool) et les réglementations environnementales.



Science manipulée

Financer des études pour semer le doute sur la nocivité des produits.



Blanchiment (RSE)

Actions philanthropiques pour détourner l'attention des méfaits.

Le industry playbook : 4 tactiques

Ce schéma s'appuie sur des travaux de recherche, notamment la série spéciale du journal *The Lancet* (2023) sur les déterminants commerciaux de la santé, ainsi que le rapport de l'Organisation mondiale de la Santé (Europe) de 2024.

- **L'origine du concept** : Le terme de *Playbook* (ou "livre de stratégie") fait référence à l'ensemble des tactiques standardisées élaborées à l'origine par l'industrie du tabac dès les années 1950 pour nier la toxicité de la cigarette. Aujourd'hui, ces mêmes méthodes sont copiées et appliquées par les industries de l'alcool, de l'industrie agro-alimentaire et des énergies fossiles.
- **La standardisation des méthodes** : Les chercheurs démontrent que peu importe le produit vendu (bière, soda, tabac ou pétrole), les multinationales utilisent exactement les quatre mêmes piliers pour bloquer les réglementations de santé publique et maintenir leur liberté de commercer.
- **L'articulation avec les ISS** : Ces tactiques ne touchent pas tout le monde de la même manière. Elles ciblent prioritairement les populations les plus vulnérables afin de maximiser la pénétration du marché, creusant directement les Inégalités Sociales de Santé (ISS).

Agir sur les causes des causes

Approche	Action Concrète	Cible
Universalisme Proportionné	Actions pour tous, mais intensifiées pour les plus fragiles.	Réduction des ISS
Plaidoyer Structurel	Soutenir Nutriscore, zones sans tabac, taxes boissons sucrées.	Dét. Commerciaux
Empowerment	Renforcer le pouvoir d'agir et la littératie en santé.	Individus

Agir sur les causes des causes

Ce tableau présente la synthèse opérationnelle des stratégies de promotion de la santé publique moderne. Elle opérationnalise la célèbre formule de **Sir Michael Marmot** (Président de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'OMS, 2008) qui exhorte à « *agir sur les causes des causes* » plutôt que sur les seuls symptômes des maladies.

Elle structure l'action autour de 3 piliers complémentaires et validés scientifiquement :

- **L'Universalisme Proportionné** : Ce concept, théorisé par Marmot dans son rapport « *Fair Society, Healthy Lives* » en 2010, postule que pour réduire efficacement les inégalités de santé, les actions ne doivent pas être uniquement ciblées sur les plus pauvres (ce qui crée de la stigmatisation et un effet de seuil), ni uniquement uniformes (ce qui favorise les plus aisés). Elles doivent être universelles (pour tous), mais avec une intensité et des moyens proportionnels aux besoins et aux vulnérabilités.

Agir sur les causes des causes

- **Le Plaidoyer Structurel** : Né des principes de la **Charte d'Ottawa (1986)**, ce pilier s'attaque directement aux déterminants environnementaux et commerciaux de la santé. Il consiste à agir sur les lois, les taxes, l'urbanisme et l'offre du marché pour rendre les choix sains plus faciles, automatiques et accessibles à tous, sans dépendre du seul effort individuel.
- **L'Empowerment (ou renforcement du pouvoir d'agir)** : Conceptualisé par **Wallerstein (1992)**, l'empowerment est le processus par lequel des individus ou des communautés acquièrent une plus grande maîtrise des décisions et des actions qui affectent leur santé et leur vie. En développant la "littératie en santé", on donne aux personnes les clés pour décoder leur environnement et agir dessus.

Références bibliographiques

- **Poids des déterminants :**

- *University of Wisconsin Population Health Institute. (2024). County Health Rankings & Roadmaps Model. UWPHI. [En ligne]. URL : countyhealthrankings.org.*
- *Kaiser Family Foundation (KFF). (2018). Beyond Health Care: The Role of Social Determinants in Promoting Health and Health Equity. KFF Issue Brief.*

- **Inégalités Sociales de Santé (ISS) :**

- *Insee. (2024). Les inégalités de mortalité en France : espérance de vie selon la catégorie sociale et le revenu. Insee Première, n° 2002, juillet 2024.*
- *Santé publique France. (2021). Inégalités sociales de santé : concepts, déterminants et leviers d'action. SPF Dossier thématique.*
- *Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm, Institute for Futures Studies.*

Références bibliographiques

- **Déterminants Commerciaux :**

- *World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. (2024). Commercial determinants of noncommunicable diseases in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Europe.*
- *Kickbusch, I., Allen, L., & Franz, C. (2016). The commercial determinants of health. The Lancet Global Health, 4(12), e895–e896.*