

CADRE CONCEPTUEL DE LA SANTÉ ET DE SES DÉTERMINANTS

Résultat d'une réflexion commune

CADRE CONCEPTUEL DE LA SANTÉ ET DE SES DÉTERMINANTS

Résultat d'une réflexion commune

Version mars 2010

Le Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants - résultat d'une réflexion commune - a été élaboré à l'initiative du comité de pilotage du Projet d'implantation du cadre d'orientation en surveillance, sous la responsabilité de la Direction de la surveillance de l'état de santé de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et avec la participation de représentants et représentantes des tables de concertation nationale (TCN) en santé publique, de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux. Il a reçu l'adhésion des directeurs de santé publique le 2 octobre 2009.

Coordination et rédaction

Aline Émond, consultante

avec la participation de Jean-Clet Gosselin et de Lise Dunnigan, Direction de la surveillance de l'état de santé, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux

Secrétariat

Diane Brazeau, Direction de la surveillance de l'état de santé, ministère de la Santé et des Services sociaux

Révision linguistique

Virginie Rompré, Italiques

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux qui peuvent le consulter sur le site suivant :

<http://intranetreseau.rtss.qc.ca>

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN : 978-2-550-59233-4 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-59234-1 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2010

MEMBRES DU COMITÉ DE PILOTAGE DU PROJET D'IMPLANTATION DU CADRE D'ORIENTATION EN SURVEILLANCE (PICOS)

Lucie Bédard	Direction de santé publique de Montréal, déléguée par la Table de concertation nationale en maladies infectieuses
Josée Bourdages	Responsable du comité de pilotage du PICOS, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux
Robert Choinière	Institut national de santé publique du Québec
Huguette Crête	Direction de santé publique des Laurentides, déléguée par la Table de concertation nationale en surveillance
Lise Dunnigan	Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux
Aline Émond	Consultante
Pauline Fortin	Direction de santé publique de l'Outaouais, déléguée par la Table de concertation nationale en prévention et promotion
Jean-Clet Gosselin	Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux
Claudine Jacques	Direction de santé publique du Nord-du-Québec (jusqu'en janvier 2009)
Denis Laliberté	Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, délégué par la Table de concertation nationale en santé au travail
Marlène Mercier	Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, déléguée par la Table nationale de concertation en santé environnementale
André Simpson	Institut national de santé publique du Québec

CONTRIBUTIONS

Participants à la rencontre tripartite MSSS-INSPQ-TCN tenue le 11 mars 2009

Table de concertation nationale en maladies infectieuses

Lucie Bédard, Direction de santé publique de Montréal
Alejandra Irace-Cima, Direction de santé publique de Laval

Table de concertation nationale en prévention et promotion

Pauline Fortin, Direction de santé publique de l'Outaouais
Geneviève Perreault, Direction de santé publique des Laurentides

Table de concertation nationale en santé au travail

Paul Bouchard, Direction de santé publique de la Capitale-Nationale
Denis Laliberté, Direction de santé publique de la Capitale-Nationale

Table nationale de concertation en santé environnementale

Carolle Veilleux, Direction de santé publique de l'Estrie (absente le 11 mars, mais participante à la validation du document)

Table de concertation nationale en surveillance

Marcellin Gangbè, Direction de santé publique des Terres-Cries-de-la-Baie-James
Pierrot Richard, Direction de santé publique de l'Estrie

Institut national de santé publique du Québec

Robert Arcand, Robert Choinière, Réjean Dion, Yun Jen, Germain Lebel

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Josée Bourdages, Carole Beaudoin, Lise Dunnigan, Jean-Clet Gosselin, Marlène Mercier, Marjolaine Pigeon

Participants à l'atelier conjoint MSSS-INSPQ tenu le 20 janvier 2009

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Carole Beaudoin, Lucie Bédard (désignée pour représenter le Bureau de surveillance et de vigie sanitaire, Direction générale de la santé publique), Josée Bourdages, Lise Dunnigan, Dominique Fortin, Jean-Clet Gosselin, Lyne Jobin, Johanne Labbé, Marlène Mercier, Marjolaine Pigeon, Julie Soucy, Lise Tremblay

Institut national de santé publique du Québec

Nicole April, Robert Arcand, Claudia Blais, Robert Choinière, Marthe Deschesnes, Réjean Dion, Monique Douville-Fradet, Yun Jen, Germain Lebel, Bernard-Simon Leclerc

À ces collaborations s'ajoutent celles des membres des cinq tables de concertation nationale de santé publique et celles de leurs collègues des directions régionales de santé publique qui ont participé à la consultation menée au printemps 2008.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	1
INTRODUCTION	3
S'APPUYER SUR UN CADRE CONCEPTUEL	5
Contexte.....	5
Une définition de la santé et de ses déterminants	6
LE CADRE CONCEPTUEL	7
Présentation des composantes	8
Le contexte global.....	10
Les systèmes.....	11
Les milieux de vie	12
Les caractéristiques individuelles	14
L'état de santé de la population.....	15
APPLICATIONS POSSIBLES	17
CONCLUSION.....	18
RÉFÉRENCES COMPLÉMENTAIRES.....	19
ANNEXE I Champs d'activité de la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population	22
ANNEXE II Étapes du processus de bonification du cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants de 2008 à 2009	23
ANNEXE III Exemple d'application du modèle américain concernant les facteurs influençant le développement du cancer du poumon	24
ANNEXE IV Catégories du cadre conceptuel et exemples de sous-catégories s'y rapportant	25
ANNEXE V Glossaire.....	29

AVANT-PROPOS

Le Cadre d'orientation pour le développement et l'évolution de la fonction de surveillance au Québec, adopté en 2006 par les directeurs de santé publique, a fixé l'objectif d'« adopter un modèle conceptuel global et inclusif de la santé et de ses déterminants³ ». À cet effet, le comité responsable de l'implantation de ce cadre d'orientation a mené des travaux en collaboration avec l'ensemble des partenaires régionaux et nationaux en surveillance de même qu'avec d'autres partenaires du réseau de la santé publique. Le présent document est le résultat de cette démarche de réflexion commune.

Ce cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants se veut un outil de référence commun tant pour les acteurs en surveillance de l'état de santé de la population que pour l'ensemble des acteurs en santé publique, et éventuellement pour le réseau sociosanitaire et ses partenaires des autres secteurs. À moyen terme, ce cadre conceptuel a pour finalité :

- 1) d'influencer l'analyse des données et l'interprétation des résultats,
- 2) d'influencer les plans de surveillance en élaboration,
- 3) d'élargir les sources de données,
- 4) d'influencer l'action dans les autres secteurs de la santé publique.

Cet outil de référence n'a aucun caractère normatif et n'appelle pas à une révision immédiate des plans de surveillance. Il vise plutôt à fournir une base conceptuelle commune et des points de repère pour influencer de façon graduelle l'évolution de la surveillance au fur et à mesure du développement des sources de données, indicateurs, mesures ou méthodes utilisés.

En surveillance, ce cadre conceptuel permet de saisir l'ampleur des champs à couvrir et des déterminants à surveiller afin que les *objets* de surveillance soient graduellement bonifiés, que les données nécessaires soient rendues accessibles et que les méthodes d'analyse soient diversifiées. Son élaboration, basée sur une démarche consensuelle, permet néanmoins d'entrevoir qu'il servira d'assise au développement et à l'évolution de la fonction de surveillance.

On peut aussi espérer que ce cadre influencera le développement de la recherche en santé des populations⁴ de même que l'évaluation des effets potentiels ou réels d'une intervention ou d'un projet de loi⁵. En retour, c'est du même coup la surveillance qui sera optimisée, car la recherche fournira une meilleure compréhension des déterminants, en démontrant leurs effets et leurs interactions et en validant les indicateurs et mesures, ce qui viendra outiller les acteurs et consolider la capacité de surveillance.

Il est à espérer que toutes ces retombées se concrétiseront avec la diffusion de cette vision globale et inclusive de la santé et de ses déterminants et l'éventuelle adhésion de décideurs, d'intervenants et de citoyens. À plus long terme, la présente version est d'ailleurs appelée à évoluer à la lumière de connaissances nouvelles et d'autres améliorations qui résulteront de son usage dans différents contextes.

-
3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre d'orientation pour le développement et l'évolution de la fonction de surveillance au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2007, p. 23.
 4. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Perspectives de recherche en santé des populations au moyen de données complexes*, Québec, L'Institut, 2004.
 5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Guide pratique – Évaluation d'impact sur la santé lors de l'élaboration des projets de loi et règlement au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2006, p. 7.

INTRODUCTION

La recherche d'un consensus autour d'un cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants a pour but de se donner une compréhension commune de la diversité des champs de l'activité humaine et de l'environnement qui influencent la santé de la population. Ce consensus permet de saisir toute la portée de la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population et ainsi, ultimement, d'améliorer son efficacité. Il s'agit de se doter d'un cadre qui contribue à élargir les sources de données, à soutenir la diversification des analyses, à étendre l'interprétation des résultats et, conséquemment, à influencer un ensemble le plus large possible d'actions en faveur de la santé⁶. Un tel cadre est également destiné à orienter le secteur de la recherche sociale et en santé, les interventions diverses et les évaluations des actions qui concourent respectivement au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population québécoise.

Ce cadre conceptuel a été le sujet de discussion entre un large éventail d'acteurs en surveillance⁷ : les tables de concertation nationale de tous les domaines de la santé publique ainsi que des acteurs de la surveillance et de tous les autres domaines de santé publique à la Direction générale de la santé publique et à l'Institut national de santé publique du Québec. Des modifications ont ainsi été apportées à la figure originale proposée dans le cadre d'orientation en surveillance⁸, laquelle s'appuyait sur les travaux réalisés conjointement par le National Committee on Vital and Health Statistics (NCCHS), le National Center for Health Statistics (NCHS) et le Department of Health and Human Services Data Council (DHHS)⁹.

Le cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants comprend :

- 1) quatre grands champs de déterminants (le contexte global, les systèmes, les milieux de vie et les caractéristiques individuelles) et le champ central qu'est l'état de santé de la population;
- 2) des catégories appartenant à ces champs;
- 3) des sous-catégories qui illustrent chacune des catégories.

Les champs et catégories ont particulièrement été discutés. Les sous-catégories présentées ne sont pas exhaustives; elles ne constituent qu'une illustration des éléments que couvrent les catégories. La figure 1 présente les déterminants qui agissent à différentes échelles, allant de ceux plus près des individus jusqu'à ceux appartenant au contexte global.

Il est important de rappeler que ce cadre propose une conceptualisation des déterminants qui influencent la santé d'une population. Il n'indique et n'implique aucun lien de causalité entre les composantes. Pour certains problèmes de santé, les liens avec leurs déterminants sont mieux connus, alors que pour d'autres problèmes ou d'autres déterminants, des recherches sont à faire pour quantifier ou qualifier la relation.

6. Voir la figure « Champs d'activité de la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population » à l'annexe I, tirée de DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2004-2007. Partie I : Cadre de référence*, Québec, Gouvernement du Québec, février 2005.

7. Voir l'annexe II, « Étapes du processus de bonification du cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants ».

8. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre d'orientation pour le développement et l'évolution de la fonction de surveillance au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2007, 51 p.

9. FRIEDMAN, Daniel J., Edward L. HUNTER and R. Gibson PARRISH. *Shaping a Health Statistics Vision for the 21st Century. Final Report November 2002*, [s. l.], Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics et National Committee on Vital and Health Statistics, 2002.

S'APPUYER SUR UN CADRE CONCEPTUEL

Contexte

L'adoption du Cadre d'orientation pour le développement et l'évolution de la surveillance¹⁰ par l'ensemble des directeurs de santé publique, tant national que régionaux, a permis d'enclencher un ensemble d'actions en rapport avec les orientations et les objectifs qui y sont énoncés. L'orientation numéro 2 stipule que la surveillance doit se baser sur un modèle conceptuel global et inclusif de la santé et de ses déterminants. Cette orientation a servi de toile de fond à une réflexion collective avec les acteurs en surveillance de tous les domaines de la santé publique pour proposer un cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants adapté au contexte québécois.

Cette orientation s'appuie sur le rôle même de la surveillance, lequel est balisé par la Loi sur la santé publique de 2001. Cette loi précise qu'une surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses facteurs déterminants doit être exercée « afin d'en connaître l'évolution et de pouvoir offrir à la population des services appropriés » (art. 4). L'exercice de la fonction de surveillance exige de produire et de diffuser une information pertinente, en temps opportun, afin d'éclairer la prise de décision autant de la population et des intervenants que des décideurs du réseau sociosanitaire ou de l'intersectoriel¹¹, tels les décideurs d'organismes communautaires, d'organismes relevant d'autres ministères, des municipalités ou du secteur économique.

La surveillance est la fonction de base souvent invisible, mais essentielle, qui soutient la planification des services sociaux, des soins de santé et des autres programmes et politiques en faveur de la santé de la population. Elle doit permettre d'apprécier l'évolution de l'état de santé ainsi que les nombreux déterminants qui agissent sur la santé et leurs multiples interactions.

La fonction de surveillance est légalement sous la responsabilité directe et exclusive du ministre de la Santé et des Services sociaux et des directeurs régionaux de santé publique. Elle est exercée par différents types de professionnels et de techniciens, plus ou moins intégrés en équipe selon les milieux et qui agissent dans divers domaines. Le ministre peut aussi confier des mandats de surveillance à l'Institut national de santé publique du Québec, ce qu'il fait depuis 2003. Ce cadre conceptuel contribuera au développement d'une compréhension commune de ce qu'il est nécessaire de surveiller de manière continue.

Éventuellement, le cadre conceptuel est aussi une référence utile pour les instances nationales, à savoir le Ministère et l'Institut national de santé publique du Québec, de même que pour les instances régionales et locales. Cette vision commune permettra de diriger encore davantage les efforts de tous dans le même sens en favorisant l'amélioration de la santé de la population du Québec.

10. *Ibid.*

11. Tiré de MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *op. cit.*, p. 6.

Une définition de la santé et de ses déterminants

Ce cadre conceptuel prend en compte la définition de la santé retenue au Québec : « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité¹² ».

Ainsi, la Loi sur les services de santé et les services sociaux stipule que les actions du réseau doivent viser « le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie¹³ ».

De même, la Loi sur la santé publique vise « le maintien et l'amélioration de la santé physique, mais aussi de la capacité psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu¹⁴ » (art. 1). Cette loi précise aussi qu'on doit cibler les actions les plus efficaces à l'égard des déterminants de la santé, notamment celles qui peuvent influencer les inégalités de santé et de bien-être au sein de la population et celles qui peuvent contrecarrer les effets des facteurs de risque touchant, notamment, les groupes les plus vulnérables de la population.

Ces énoncés donnent tout son sens à la notion de santé. En utilisant une conception large de la santé incluant la maladie et la mortalité, mais aussi le bien-être, l'absence d'incapacité ou le mal de vivre, on peut s'attendre que les déterminants en cause soient multiples et variés. Et seul un cadre conceptuel **global et inclusif de la santé et de ses déterminants** permet d'intégrer les différents facteurs qui influencent la santé d'une population. Par ailleurs, s'il est essentiel d'avoir une vision globale et consensuelle parmi l'ensemble des acteurs de la surveillance, ce consensus devra éventuellement s'étendre aux praticiens de santé publique et être partagé par l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.

Les déterminants de la santé peuvent se définir comme l'ensemble des « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations¹⁵ ». Ces facteurs influencent la santé soit directement, soit par leur effet sur un comportement ou une décision qui aura des retombées sur la santé des individus ou d'une population, et ils interagissent aussi entre eux. Ils ne cessent de s'élargir en fonction de notre compréhension des liens pouvant exister entre eux et la santé. Ce processus amène à son tour un questionnement sur le choix et le suivi de nouveaux objets par la surveillance. Le cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants évoluera au rythme de l'avancement des connaissances.

12. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*, [www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf].

13. L.R.Q., chapitre S-4.2, article 1.

14. L.R.Q., chapitre S-4.2, article 1.

15. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Glossaire de la promotion de la santé*, Division de la promotion, de la communication pour la santé, service éducation sanitaire et promotion de la santé, Genève, 1999, 25 p. [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf].

LE CADRE CONCEPTUEL

Lors de l'élaboration du Plan commun de surveillance, les acteurs en surveillance impliqués ont reconnu la nécessité de s'appuyer sur un cadre conceptuel. Après analyse de différents modèles, celui du National Committee for Vital and Health Statistics¹⁶ a servi de base de discussion pour convenir d'un cadre global adapté au contexte québécois et aux préoccupations et connaissances actuelles. Une vue d'ensemble aussi large avait pour objet d'orienter l'action et l'évolution de la fonction de surveillance.

Déjà, le rapport Lalonde¹⁷ et, plus tard, la commission Rochon¹⁸ soulignaient que l'état de santé d'une population est le résultat dynamique de l'interaction de quatre grandes catégories de facteurs : les facteurs biologiques, les habitudes de vie, les conditions environnementales et l'organisation du système de soins.

Le cadre conceptuel retenu permet de reconnaître l'ampleur des champs que doit couvrir la surveillance et les catégories de déterminants à prendre en compte afin que les objets de surveillance soient graduellement étendus, que les données nécessaires soient rendues accessibles et que les méthodes d'analyse se diversifient. Les détenteurs de banques de données, ceux qui élaborent de nouvelles sources de données, ceux qui traitent les données, les analysent et en font la diffusion pourront déceler les lacunes à combler, mais aussi faire une analyse large plutôt qu'en silo d'un problème relevé. Si on applique le cadre conceptuel à une population en particulier, à un temps donné, il permettra de cerner les données manquantes. Appliqué à un problème de santé précis, il permettra de cibler les principaux facteurs qui interagissent¹⁹.

Il faut reconnaître que plus le cadre est large, plus il pose un certain nombre de difficultés opérationnelles : manque de données, accès limité à certaines sources de données – lesquelles sont, par conséquent, peu ou pas utilisées –, peu de connaissances sur les liens entre certains déterminants, analyse de données agrégées et individuelles, etc. Toutefois, l'objectif étant d'améliorer la santé de la population par des actions diverses, intersectorielles et en amont des problèmes de santé, l'ajout de nouveaux objets suscitant des actions par des décideurs de différents domaines ne peut qu'être encouragé.

Rappelons enfin que ce cadre conceptuel ne prétend pas jouer le rôle de *modèle explicatif*, n'ayant pas été conçu pour exposer les multiples liens de causalité entre chacune de ses composantes.

16. FRIEDMAN, Daniel J., Edward L. HUNTER and R. Gibson PARRISH, *op cit.*

17. LALONDE, Marc. *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens*, [Rapport Lalonde], Ottawa, Gouvernement du Canada, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1974.

18. ROCHON, Jean et autres. *Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 1988.

19. Voir à l'annexe III une application du cadre conceptuel pour le cancer du poumon de PARRISH R. G. et autres. Surveillance for Determinants of Population Health, édité par Teutsch et autres, *Principles and Practice of Public Health Surveillance*, 3rd edition, New York, à paraître en 2010.

Présentation des composantes

Le cadre conceptuel retenu est structuré à partir de **cinq champs** : le contexte global, les systèmes, les milieux de vie, les caractéristiques individuelles et l'état de santé de la population. Ce dernier champ se distingue visuellement des autres, puisqu'il constitue le but ultime de l'exercice de la surveillance et de l'action en santé publique.

Chacun des champs se décline en plusieurs catégories, lesquelles comportent des sous-catégories. Ce cadre permet de soutenir le choix des objets, mesures et indicateurs des plans de surveillance. La représentation schématique de ce cadre (figure 1) s'attarde uniquement aux champs et à leurs catégories. Le tableau des sous-catégories (annexe IV) présente plusieurs exemples d'éléments inclus à l'intérieur d'une catégorie. Cet ensemble non exhaustif de sous-catégories a pour but d'illustrer la variété d'éléments sur lesquels on doit se pencher pour comprendre la situation et agir en faveur de l'amélioration de la santé d'une population.

La ligne pointillée qui délimite chacun des cinq champs, ceux des déterminants et celui de l'état de santé, illustre l'interpénétration de ces champs. Le contexte global, les systèmes de programmes et de services, les milieux de vie et les caractéristiques individuelles s'influencent mutuellement. Ce sont les caractéristiques individuelles qui sont actuellement les plus souvent analysées quant à leurs influences sur la santé.

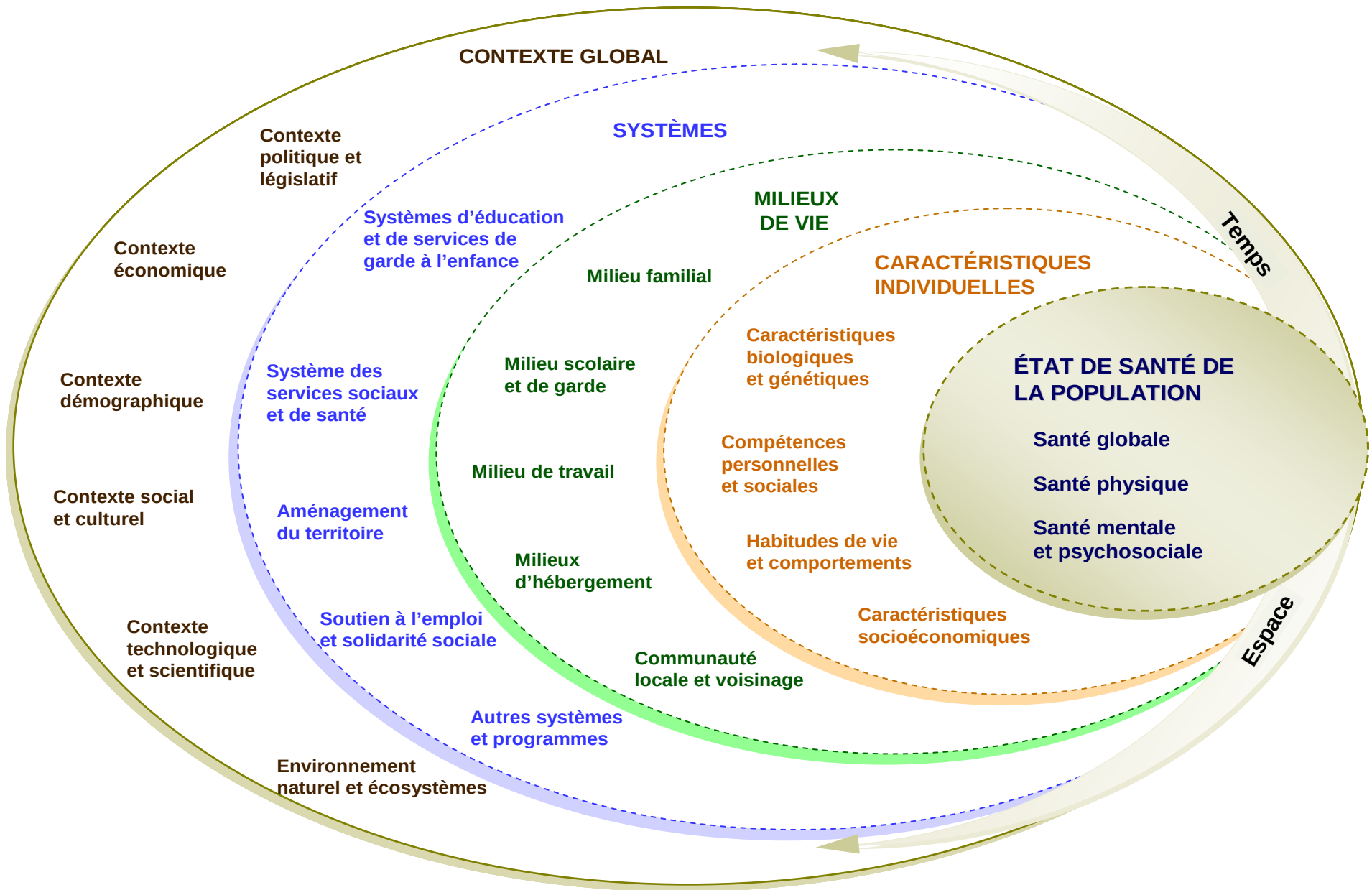
Plusieurs éléments du contexte global se déclinent dans les systèmes et les milieux de vie pour atteindre les individus. Par exemple, si le contexte politique se traduit au Québec par des politiques sur des services de santé et d'éducation publics, on observera dans les *systèmes* la création d'agences de santé et de centres de santé et de services sociaux ainsi que de commissions scolaires et d'une fédération des cégeps. Dans les *milieux*, ces systèmes se traduiront à leur tour par des centres de santé plus ou moins nombreux et accessibles ainsi que par des écoles plus ou moins bien nanties – service d'aide aux devoirs, cafétéria – ou par des cégeps plus ou moins éloignés du milieu de vie. De même, on établira à l'échelle nationale que le Québec est organisé en municipalités, et les systèmes s'organiseront ensuite en municipalités uniques ou avec des arrondissements. Dans chaque milieu, l'organisation municipale proposera des services de proximité – parcs, centres de loisirs, aide aux entreprises. Dans les milieux, on retrouvera aussi des pratiques particulières, des services organisés sur la base du bénévolat, selon les besoins de la communauté.

Et parce qu'il y a perméabilité entre les différents champs de déterminants et que les liens ne sont pas unidirectionnels, on verra plus ou moins de création d'entreprises et d'emplois dans une communauté, selon les règles et procédures plus ou moins facilitantes des municipalités, mais aussi selon la conjoncture économique nationale ou mondiale.

Enfin, une population en santé influence favorablement la richesse collective. Elle est plus à même d'agir dans son milieu et dans différents secteurs de la société; **les influences vont ainsi dans les deux sens.**

Ces échanges entre les différents champs de déterminants s'analysent dans un territoire donné et en prenant en compte l'évolution temporelle (par exemple, la richesse et le niveau d'emploi des citoyens de Schefferville doivent être observés dans le temps passé, présent et futur en tenant compte des changements survenus dans le milieu, de la conjoncture économique passée et des possibilités à venir). De même, la population québécoise avec ses caractéristiques géopolitiques sera influencée par certains déterminants alors qu'en Alberta ou au Mexique, d'autres facteurs seront présents.

Figure 1 CADRE CONCEPTUEL DE LA SANTÉ ET DE SES DÉTERMINANTS



L'analyse des déterminants, peu importe qu'ils soient individuels, liés aux milieux de vie, aux systèmes en place ou au contexte global, doit se situer **dans le temps** puisque les choses changent et **dans l'espace** puisque l'importance d'un déterminant varie d'un lieu à un autre.

Les objets de surveillance et mesures qui découleront de l'appropriation de ce cadre conceptuel s'actualiseront dans les plans de surveillance : plan commun, plan ministériel, plans régionaux ou plans thématiques.

NOTE : Dans les sections qui suivent, les termes suivis d'un astérisque sont décrits dans le glossaire de l'annexe V.

Le contexte global

Le contexte global regroupe les aspects les plus macroscopiques de l'environnement qui conditionnent globalement l'organisation d'une société²⁰. Il comprend les contextes politique, économique, démographique, social et culturel, technologique et scientifique ainsi que l'environnement naturel et les écosystèmes.

Les éléments de ce champ ne se prêtent pas toujours à des mesures quantitatives. Ils se mesurent souvent de façon qualitative (ex. : par l'existence d'une charte des droits, la portée d'un programme d'assistance sociale, l'existence d'un programme de congés parentaux, les normes en vigueur dans le domaine du travail, etc.) ou encore à l'aide de mesures de type écologique (c'est-à-dire des mesures qui caractérisent le territoire ou le milieu dans lequel vit une population plutôt que les caractéristiques individuelles).

Chacun de ces contextes influence l'ensemble des autres champs et ultimement la santé de la population. Leur compréhension est utile à la fois pour l'analyse des problèmes de santé, pour saisir l'évolution des déterminants à prendre en compte et pour comprendre jusqu'où doit remonter la surveillance. Ce faisant, nous serons en mesure de poser les actions nécessaires pour améliorer la santé de chacun.

Le **contexte politique et législatif** renvoie à plusieurs sous-catégories. Tout d'abord, il est l'expression des normes et valeurs de la culture politique* d'une population et d'une zone géopolitique données (ex. : le Canada, le Québec, les réserves amérindiennes). Il se traduit ensuite dans un système*, un régime* et des institutions politiques*, qui correspondent à un modèle de gouvernance* particulier, caractérisé par un degré de participation* plus ou moins élevé des citoyens aux processus décisionnels. Le contexte politique et législatif se définit aussi à travers les politiques publiques* adoptées à différents niveaux de gouverne, ainsi que les lois, les règlements, les traités internationaux* et tout autre instrument de mise en œuvre de ces politiques.

Le **contexte économique** fait référence aux structures* et aux phénomènes à caractère économique qui influencent les sociétés modernes tels les différents types d'économie (ex. : économie de type capitaliste ou socialiste, avec divers degrés d'intervention de l'État)²¹, l'état du marché, la croissance et la décroissance de l'activité économique, la mondialisation des marchés*, la création et la perte d'emplois. C'est aussi le coût des biens de consommation*, l'inflation, les pratiques de commercialisation* qui viennent influencer l'ensemble des façons de vivre et le niveau de vie d'une société. Ce contexte peut générer des effets bénéfiques, comme un plus grand bien-être, ou au contraire plus d'iniquités, l'acceptation d'une certaine pauvreté, l'émergence de nouvelles criminalités, etc. Un système économique comprend l'ensemble des

20. FRIEDMAN, Daniel J., Edward L. HUNTER and R. Gibson PARRISH, *op cit.* p. 8.

21. HOWLET, Michael et autres. *Studying Public Policy*, New York, Oxford University Press, 2009, p. 52-54.

institutions, des lois, des activités, des principales valeurs et des motivations qui servent de fondement à la prise de décisions économiques²².

Le **contexte démographique** se rapporte aux particularités d'une population, comme la fécondité*, le vieillissement, la multiethnicité et la distribution selon l'âge et le sexe. Ce contexte implique aussi l'analyse des mouvements* de cette population, comme l'immigration internationale, l'exode rural ou la croissance des banlieues.

Le **contexte social et culturel** inclut, entre autres, les normes et valeurs* prédominantes dans une société, les pratiques religieuses²³, la stratification sociale*, le racisme*, le sexisme* ou encore la présence de collaboration ou de compétition parmi les membres de la communauté. Il se rapporte aussi à la culture propre à une société, aux arts et aux médias de masse.

Le **contexte technologique et scientifique** sous-tend tout l'univers du développement des connaissances scientifiques et technologiques, que ce soit dans le domaine des sciences exactes (biologie, chimie, génie, etc.) ou des sciences humaines (sociologie, psychologie, anthropologie, etc.). Il inclut par exemple les nouvelles technologies de l'information et des communications, les nouveaux matériaux utilisés en habitation, les nouveaux équipements et véhicules de transport ainsi que l'innovation en génomique, en biotechnologie et en nanotechnologie.

L'**environnement naturel et les écosystèmes*** assurent le maintien de la vie sur terre (régulation des gaz, du climat, des eaux, pollinisation, etc.). Ils fournissent notamment la base de l'alimentation humaine par les sols cultivables, les sources d'eau de consommation, la biodiversité, les océans, etc. La dégradation de l'environnement se manifeste par diverses formes de pollution de l'air, de l'eau, du sol et des aliments²⁴. On retrouve également dans l'environnement différents pathogènes – qu'il s'agisse d'agents microbiens, de contaminants chimiques ou de vecteurs biologiques* – qui favorisent la transmission des maladies. Cette catégorie du contexte global inclut aussi les caractéristiques du territoire : son étendue, sa topographie, son hydrographie, etc.

Les systèmes

Ce champ couvre les grands systèmes qui découlent des cadres politiques, des valeurs d'un pays ou d'une société dans son ensemble. Ces grands systèmes sont regroupés en cinq catégories, soit les systèmes d'éducation et de services de garde à l'enfance, le système de services sociaux et de santé, l'aide à l'emploi et la solidarité sociale, l'aménagement du territoire et les autres systèmes et services publics.

Tous ces systèmes sont définis à l'échelon national, au-delà des milieux de vie. Ils reposent sur la philosophie politique, le contexte social, l'évolution de la science et des technologies, etc., lesquels appartiennent au contexte global. Ces systèmes sont ajustés à l'environnement et aux contextes démographique et économique. Ils comportent des modes de gouvernance, des ressources humaines, matérielles et financières. L'organisation de ces systèmes constitue le moyen que se donne une société pour actualiser ses politiques et ses lois.

Les **systèmes d'éducation et de services de garde à l'enfance** font référence à l'ensemble des infrastructures nationales se rapportant à ces deux réseaux, aux règles de pratique et aux modes d'organisation et de financement mis en place dans une société pour faciliter le travail

22. GROUPE D'ÉTUDE EN MODÉLISATION ÉCONOMIQUE ET ANALYSE DE POLITIQUE. *Lexique*, 1996.

23. FRIEDMAN, Daniel J., Edward L. HUNTER and R. Gibson PARRISH, *op cit.*, p. 69.

24. GUÉRIN, Michel et autres. *Environnement et santé publique: Fondements et pratiques*, Paris, Tec & Doc Lavoisier, 2003.

des organisations locales et permettre à l'ensemble des individus de jouir de services éducatifs et de services de garde de qualité, généralisés et accessibles. Cette catégorie inclut tous les ordres d'enseignement et tous les types de services de garde à l'enfance, tant publics que privés.

Le **système de services sociaux et de santé** comprend l'ensemble des infrastructures nationales, les règles de pratique et les modes d'organisation visant à ce que tous aient accès à des services sociaux et de santé* de qualité, incluant ceux relevant du secteur public et du secteur privé ou communautaire. Il comprend des éléments qui touchent à la fois l'accessibilité*, l'offre des services, la structure et les processus tant administratifs que de traitement. Il peut s'agir de services de santé physique ou mentale, de soins dentaires, de soins palliatifs, de réadaptation ou d'intégration sociale. Les programmes de santé publique, tant de promotion, de prévention que de protection, sont aussi inclus dans cette catégorie.

Le **système de soutien à l'emploi et de solidarité sociale** inclut les différents programmes et services conçus pour aider les individus à s'intégrer au marché du travail et à disposer d'une source de revenus permettant d'assurer leur bien-être. On y retrouve par exemple les services d'aide à l'emploi et de soutien aux travailleurs licenciés, les programmes d'aide de dernier recours pour les personnes ou les familles démunies, le régime d'assurance parentale et les différentes mesures de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

L'**aménagement du territoire** renvoie aux modifications de l'environnement naturel effectuées pour soutenir l'implantation d'une communauté ou générées par l'activité humaine. Il s'agit par exemple des règles sur l'habitation, les routes, les infrastructures de télécommunication, les lieux de travail et les écoles. L'aménagement du territoire est une composante majeure de l'environnement physique. Il prend des formes différentes en milieu urbain et en milieu rural, que ce soit par exemple les pratiques d'agriculture intensive, l'étalement urbain, la cohabitation des usages résidentiels, commerciaux et industriels à l'intérieur d'un territoire, ou encore la place donnée aux espaces publics et communautaires.

Enfin, les **autres systèmes et programmes** regroupent tous ceux qui ne font pas partie des quatre catégories définies plus haut et qui font l'objet d'une planification et d'une organisation globales relevant d'instances nationales. Par exemple, l'organisation des services de sécurité (ex. : Sûreté du Québec), certains services municipaux (ex. : contrôle et gestion de l'eau potable), les programmes de sécurité des aliments et de santé animale sont autant d'éléments qui reposent sur les contextes présentés plus haut et qui agissent sur le développement des collectivités et sur le bien-être des individus.

Les milieux de vie

« Un milieu est l'endroit où les gens vivent, apprennent et travaillent, qui comprend un lieu et son contexte social dans lequel les gens interagissent quotidiennement. La maison, l'école, le milieu de travail, le village, le quartier sont des endroits où les gens vivent et travaillent²⁵. » Les individus sont ainsi intégrés à plusieurs milieux au cours de leur vie. Ils vivent dans un milieu familial plus ou moins étendu, ils s'intègrent à un milieu scolaire ou à un milieu de travail, tout en participant à des loisirs ou à des activités sociales dans la communauté. Certains sous-groupes nécessitent par ailleurs des milieux d'hébergement à une étape ou une autre de leur vie. Dans tous les cas, les personnes vivent et interagissent dans ces milieux avec les individus qui les entourent et y sont exposées à des conditions particulières à la fois sur le plan matériel et sur le plan social. Ces milieux de vie agissent directement sur les individus : ils favorisent ou entravent leur développement et leur capacité d'agir et d'exercer les rôles qu'ils entendent assumer.

25. Définition de l'OMS tirée de *The setting approach* (voir le site www.afro.who.int/eph/setting_approach.html).

On peut découper les milieux de vie en cinq grandes catégories : le milieu familial, le milieu scolaire et le milieu de garde à l'enfance, le milieu de travail, le milieu d'hébergement, et enfin, la communauté locale et le voisinage.

Le **milieu familial** doit être considéré tant dans ses aspects sociaux (c'est-à-dire la composition de la famille et ses transformations, les pratiques éducatives des parents et la qualité des rapports entre les membres de la famille) que dans ses aspects matériels et économiques, telles que les caractéristiques du logement et les ressources matérielles dont disposent les individus qui en font partie. Le milieu familial joue un rôle déterminant dans le développement physique, cognitif, social et affectif des enfants, et il continue d'agir sur les comportements des individus et sur leur santé à tous les âges de la vie.

Le **milieu scolaire et le milieu de garde** sont habituellement le second milieu de vie dans lequel évoluent les enfants et les jeunes, milieu qui agira de façon importante sur tous les aspects de leur développement et de leur santé. Cette catégorie comprend tous les types de milieux de garde et de milieux scolaires, qu'ils soient privés ou publics, et s'étend jusqu'au milieu d'enseignement postsecondaire. Elle comprend les ressources et les services éducatifs, les services préventifs et les activités parascolaires qui y sont offerts. La façon dont s'exerce la gouvernance locale (les politiques et les règles de l'école ou du milieu de garde) et la part qu'y prennent les jeunes ou leur famille auront aussi des répercussions sur leur bien-être et leur santé²⁶. Cela inclut les conditions matérielles telles que la salubrité et la sécurité des lieux ainsi que la qualité du climat et des relations entre les jeunes, les familles et le personnel.

Les caractéristiques du **milieu de travail** viendront renforcer les habiletés et connaissances déjà acquises et confronter l'individu à un environnement physique plus ou moins sain ou dangereux (contaminants, bruit, sécurité des équipements, etc.). Ce milieu se caractérisera aussi par des facteurs psychosociaux plus ou moins favorables à la santé tels que le degré de soutien social* dont dispose un travailleur, le degré de contrôle qu'il exerce sur son travail ou la précarité de son emploi.

La catégorie des **milieux d'hébergement** regroupe les divers milieux qui accueillent pour des périodes plus ou moins longues des personnes de tout âge vivant une perte d'autonomie, une déficience physique ou intellectuelle importante, ou encore des personnes vivant des difficultés (ex. : centres jeunesse, centres de désintoxication). Ces milieux viennent se substituer au milieu familial ou au ménage privé et constituent pour ces personnes un milieu de vie. Les conditions matérielles et sociales qu'elles y trouvent, la nature et la qualité des services et des ressources qui leur sont offerts et même le type de gouvernance qui s'observe dans ces milieux contribueront, selon les cas, à leur rétablissement et à leur intégration, ou tout au moins favoriseront un plus haut niveau de bien-être.

La **communauté locale et le voisinage** peuvent englober les autres milieux de vie décrits plus haut, mais recouvrent un ensemble encore plus large de conditions matérielles et sociales auxquelles les individus sont exposés. On peut diviser ce milieu de proximité en deux sous-ensembles²⁷. Il y a d'abord le pâti de maisons, milieu le plus près du citoyen, qui est la zone la plus souvent fréquentée autour du lieu de résidence, plus petite que le quartier et plus propice à l'instauration de liens affectifs et sociaux. Elle peut être plus ou moins sécuritaire, salubre ou propice à la pratique de l'activité physique. À ce milieu s'ajoute ensuite une zone un peu plus étendue, comprenant les endroits que l'individu fréquente pour se rendre par exemple à l'école,

26. MARTIN, Catherine et Lyne ARCAND. *École en santé – Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires*, Québec, Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2005.

27. VILLEMAGNE, Carine. « Le milieu de vie comme point d'ancrage pour l'éducation relative à l'environnement : réalité ou chimère? », *Éducation relative à l'environnement*, vol. 5, 2004-2005.

au travail, ou pour utiliser des services commerciaux (banque, épicerie, pharmacie), de loisirs et communautaires. La communauté peut être vue au sens plus large comme un système social structuré de personnes vivant à l'intérieur d'un espace géographique donné (ville, village, quartier, arrondissement)^{28,29}. C'est dans le milieu de proximité d'une communauté que la cohésion sociale* et les réseaux communautaires se créent. La gouvernance locale et la place qu'y occupent les citoyens constituent des facteurs importants dans la capacité d'une communauté à résoudre ses problèmes et à favoriser la santé de ses membres.

Les caractéristiques individuelles

Tous les déterminants qui précèdent, allant des plus éloignés, c'est-à-dire les contextes, aux systèmes puis aux milieux de vie les plus rapprochés, agissent sur les individus à différents égards et influencent leurs choix et leurs comportements. Le champ des caractéristiques individuelles comprend quatre grandes catégories : les caractéristiques biologiques et génétiques, les compétences personnelles et sociales, les habitudes de vie et les comportements et, enfin, les caractéristiques socioéconomiques.

On inclut dans les **caractéristiques biologiques et génétiques** l'âge, le sexe, l'origine ethnique ainsi que certains facteurs génétiques particuliers à une communauté ou propres à certains individus. Il peut s'agir par exemple de maladies héréditaires ou de prédispositions biologiques et génétiques. Les facteurs génétiques sont plus ou moins modifiables, mais il est de plus en plus reconnu que leur manifestation sur le plan de l'état de santé est sujette à l'influence de certains facteurs de l'environnement.

La catégorie des **compétences personnelles et sociales** recouvre un ensemble de ressources personnelles (connaissances, compétences et attitudes) qui permettent à un individu de faire face aux demandes et aux défis de la vie quotidienne. Elles englobent les habiletés physiques, cognitives, affectives et sociales, et incluent par exemple les habiletés de communication, la capacité de gérer ses émotions, de résoudre des problèmes, la résilience* ainsi que les habiletés à coopérer et à établir des relations sociales de qualité³⁰.

Les **habitudes de vie et les comportements** agissent directement sur l'état de santé de la population. Ils incluent les comportements liés à l'alimentation, à l'activité physique, à l'usage de tabac, d'alcool et de drogues, les comportements sexuels ainsi que les voyages internationaux qui augmentent l'exposition aux maladies et leur propagation. On y ajoute les comportements liés à la sécurité que ce soit au travail, dans les transports ou dans les loisirs, tels que le port du casque à vélo, la prudence dans la conduite des véhicules ou l'utilisation d'équipement de sécurité au travail. Ils se rapportent aussi aux mesures d'hygiène telles que le lavage des mains, aux mesures de protection comme l'utilisation de crème solaire ou l'installation de détecteurs de monoxyde de carbone, ainsi qu'aux gestes qui favorisent un environnement plus sain comme le recyclage ou l'utilisation du transport en commun. Les comportements et habitudes de vie sont vus comme des déterminants individuels, parce qu'ils relèvent des choix personnels, mais on reconnaît que ces choix sont largement influencés par les conditions socioéconomiques et les milieux de vie ainsi que par des facteurs liés aux systèmes et au contexte global.

28. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, sous la coordination de Julie Lévesque, Québec, L'Institut, 2002, p. 17.

29. Les communautés virtuelles et ce qu'on appelle les « réseaux sociaux » qui se créent sur Internet ou sur d'autres supports technologiques pourraient s'apparenter aux réseaux sociaux inclus dans cette catégorie de déterminants.

30. DESJARDINS, Nicole et autres. *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2008, p. 20 et p. 49 et suivantes.

La catégorie des **caractéristiques socioéconomiques** recouvre des déterminants comme la scolarité, le revenu et l'occupation (c'est-à-dire le fait de travailler ou non), et le type d'emploi. Ces trois grands facteurs constituent la base de ce qu'on appelle le statut socioéconomique des individus. Ils ont une très grande influence sur l'état de santé de la population, soit par leurs effets directs, soit par leurs effets sur un grand nombre d'autres déterminants tels que les comportements individuels et les facteurs de risque auxquels un individu est exposé au cours de sa vie. L'appartenance à un groupe social, linguistique ou ethnoculturel peut aussi être associée à des écarts de santé importants (ex. : appartenance à une communauté autochtone).

L'état de santé de la population

Le concept d'état de santé de la population ne se limite pas uniquement à la somme des données se rapportant à la santé de chacun des individus; il implique aussi une analyse de la distribution de la santé dans cette population³¹.

On peut regrouper les composantes de l'état de santé en trois catégories : la santé globale, la santé physique et la santé mentale et psychosociale.

L'**état de santé global** correspond aux mesures qui donnent une vue d'ensemble de la santé ne se rapportant pas à des problèmes particuliers comme le cancer, le diabète ou le suicide, mais à des mesures plus globales comme la mortalité générale, l'espérance de vie ou la perception de l'état de santé physique et mentale.

La **santé physique** recouvre l'ensemble des maladies touchant tous les systèmes du corps humain, tels que le système respiratoire, digestif, nerveux, reproducteur, etc., et tous les types de traumatismes qu'il peut subir. On peut y inclure les événements survenant à l'échelle d'un milieu ou d'une population (épidémies).

La troisième catégorie est celle de la **santé mentale et psychosociale**. Elle englobe à la fois la santé mentale en tant que telle dans ses composantes positives (ex. : satisfaction à l'égard de la vie) et négatives (ex. : troubles mentaux, idées suicidaires), les problèmes d'adaptation sociale (ou fonctionnement social) – incluant les différentes formes de violence, de négligence et d'abus – ainsi que l'intégration sociale et le développement de l'enfant.

Chacune de ces catégories peut s'observer par l'analyse de la morbidité et de la mortalité, de l'incapacité et du bien-être, lesquels constituent les principales mesures habituellement utilisées pour décrire l'état de santé.

Selon la catégorie à laquelle on se réfère, la *morbidité** suppose la présence de problèmes de santé, qu'ils soient de nature physique, psychique ou psychosociale. Elle peut être évaluée par les individus eux-mêmes (morbidité ressentie) et par les diagnostics posés dans des contextes de soins ambulatoires et hospitaliers (ex. : morbidité hospitalière).

La *mortalité** peut être mesurée dans un groupe ou une population plus large. C'est souvent la principale et la plus importante mesure de la gravité d'un problème dans une communauté ou chez un individu. Elle représente la conséquence ultime des problèmes de santé (physique ou

31. STARFIELD, B. "Basic concepts in population health and health care", *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 55, 2001, p. 452-454, cité dans FRIEDMAN, Daniel J., Edward L. HUNTER and R. Gibson PARRISH (2002), *op. cit.*, [Traduction libre]. Voir aussi KINDIG, David et Greg STODDART. "What is population health?", *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 3, 2003, p. 380-383.

mentale) et constitue, par le fait même, une mesure essentielle de l'état de santé d'une population.

L'*incapacité* fait référence aux conséquences des problèmes de santé sur les activités physiques et sociales des individus³², en l'occurrence aux limitations qu'ils peuvent entraîner. On peut aussi observer les effets de ces incapacités sur l'environnement social et physique des individus.

Le *bien-être*, souvent mesuré par des concepts plus subjectifs comme la satisfaction à l'égard de la vie sociale ou le fait de se considérer comme en bonne santé physique ou mentale, rend surtout compte de la dimension positive de la santé.

32. PINEAULT, R. et C. DAVELUY. *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*, Montréal, Éditions Nouvelles, 1995, 480 p.

APPLICATIONS POSSIBLES

Les partenaires impliqués dans cette démarche ont relevé de nombreuses utilités pouvant découler de l'adoption d'un cadre conceptuel de la santé.

Pour la surveillance, mentionnons que cet outil de référence contribuera à :

- la création de nouvelles banques de données et à l'amélioration des banques existantes;
- l'inclusion d'approches qualitatives et quantitatives dans les analyses;
- étendre l'interprétation pour remonter jusqu'aux déterminants sociaux, moins près de l'action individuelle, sur lesquels les communautés peuvent agir;
- mettre en contexte un phénomène analysé;
- reconnaître les influences à l'échelle internationale qui agissent sur la santé;
- permettre une meilleure couverture des problèmes en émergence;
- ce que les objets inscrits dans les plans de surveillance soient plus nombreux, mieux intégrés entre les domaines, et à ce qu'ils influencent l'action intersectorielle, tant pour le Plan commun de surveillance que pour les autres plans de surveillance régionaux ou thématiques³³;
- permettre une meilleure surveillance.

Pour l'action dans tous les domaines, tant préventive que curative, le cadre conceptuel :

- incite à agir en amont des problèmes sur différents plans;
- amène l'action dans tous les milieux de vie;
- élargit les champs d'action;
- permet de cibler les décideurs à interpeller;
- aide à mieux comprendre la nature des décisions à influencer;
- soutient la modélisation d'une problématique ou d'un domaine (voir exemple du cancer du poumon à l'annexe III);
- donne une vision globale des objets d'intervention;
- soutient l'intervention sur une problématique qui a des liens avec plusieurs déterminants;
- permet de concevoir des programmes en visant de multiples actions.

Globalement, l'élargissement des déterminants agissant sur la santé pourra influencer des décisions permettant d'aller plus loin dans nos actions. Si l'absence de maladie et le recul de la mortalité sont les préoccupations premières des services de santé et des programmes de santé publique, l'organisation de ces services ne suffit pas à améliorer la santé et le bien-être. Ceux-ci se détériorent ou s'améliorent selon un ensemble d'interactions complexes entre plusieurs déterminants tant personnels que sociaux et environnementaux. Cette vision encourage des actions diversifiées tant du réseau de la santé que des acteurs de différents secteurs, des groupes du milieu et de la population elle-même, l'objectif étant toujours d'améliorer la santé et le bien-être de cette dernière.

33. L'article 35 de la Loi sur la santé publique oblige le ministre et les directeurs de santé publique à se doter d'un plan de surveillance.

CONCLUSION

Les discussions menées à ce jour avec différents acteurs se sont appuyées sur le fait que :

- la santé a un sens très large dans notre société;
- toutes les dimensions et tous les déterminants qu'elle recouvre doivent être exposés dans une vision commune;
- l'amélioration de la santé des Québécoises et des Québécois passe non seulement par l'amélioration des soins de santé, mais surtout par des actions efficaces sur les déterminants de la santé.

Il est établi dans le cadre d'orientation en surveillance³⁴ qu'un consensus sur un cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants cohérent et le plus large possible est nécessaire afin de convenir de ce qui doit être suivi pour apprécier la santé de la population. Un tel consensus facilitera les ententes relatives aux données pertinentes à recueillir, aux recherches utiles à cet effet, à l'élargissement des sources de données et à la conception de nouveaux indicateurs. Il permettra de préciser plus aisément les analyses et interprétations ainsi que la diffusion qui sont nécessaires. Toutes ces améliorations de l'ampleur de la surveillance devraient soutenir l'atteinte de l'objectif ultime, c'est-à-dire concevoir des actions efficaces qui visent à contrer les facteurs de risque et à promouvoir les facteurs de protection, afin d'améliorer la santé du plus grand nombre et de réduire les inégalités sociales de santé*.

Il convient d'admettre que plus la portée du cadre conceptuel est élargie, plus cette façon de se représenter l'univers de la santé et ses déterminants fait ressortir un « écart » entre la situation actuelle de l'exercice de la surveillance et la situation « idéale » vers laquelle on doit tendre. Le cadre vient donc illustrer un certain nombre de défis à relever en matière d'évolution de la fonction de surveillance et par ricochet, d'intervention en santé publique. Il souligne notamment des besoins au regard de certaines données, un accès limité à des sources de données – lesquelles sont, par conséquent, peu ou pas utilisées –, le peu de connaissances sur les liens entre certains déterminants ou encore le besoin de développer ou de consolider la capacité d'analyse tant pour des données écologiques que pour des données individuelles. Au regard du but ultime poursuivi en matière d'amélioration de la santé de la population, l'ajout de nouveaux objets de surveillance constitue une entreprise non négligeable lorsqu'il s'agit de s'instrumenter pour mieux soutenir la conduite d'actions efficaces par divers acteurs dans différents domaines. Peut-on faire l'économie de ces nouveaux objets de surveillance devant les défis actuels comme le vieillissement démographique et les efforts à déployer en ce ^{xxi} siècle pour réduire les écarts persistants en matière de santé? L'élaboration du présent cadre se veut ainsi une contribution en ce sens.

Les étapes suivantes prévues pour élargir le consensus consisteront à faire connaître ce document à un plus large ensemble d'intervenants en santé publique et à encourager l'application de ce cadre à des thèmes particuliers dans chacun des domaines.

34. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre d'orientation pour le développement et l'évolution de la fonction de surveillance au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2006, 51 p.

RÉFÉRENCES COMPLÉMENTAIRES

ANDERSON, Laurie M. et autres. "The Community Guide's Model for Linking the Social Environment to Health", *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 24, n° 3S, 2003, p. 12-20.

BENITA, E. et R. COHEN. "Population Health as a Framework for Public Health Practice: A Canadian Perspective", *American Journal of Public Health*, vol. 96, n° 9, 2006, p. 1574-1576.

BERKMAN, L. F. et T. GLASS. "Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health", dans BERKMAN, L. F., et I. KAWACHI. *Social Epidemiology*, New York, Oxford University Press, 2000, p. 137-173.

CARDINAL, L. et autres. *Perspectives pour un vieillissement en santé: proposition d'un modèle conceptuel*, Québec, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et Institut national de santé publique du Québec, 2008, 58 p.

CARPIANO, R. M. et D. M. DALEY. "A guide and glossary on postpositivist theory building for population health", *Journal of Epidemiological Community Health*, 2006, p. 564-570.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). "Addressing emerging infectious disease threats: A prevention strategy for the United States executive summary", *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, vol. 43, n° RR-5, 1994, p. 1-18.

COBURN, David et autres. "Population Health in Canada: A Brief Critique", *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 3, 2003, p. 392-396.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, Genève, World Health Organization, 2007.

COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health closing health*, Genève, World Health Organization, 2008, 247 p.

DIRECTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants 2004-2007. Partie I: Cadre de référence*, Québec, Gouvernement du Québec, février 2005.

EURO-REVES. *Overview of recent developmental work in Europe. Setting up a coherent set of indicators for the EU. A project for the Health Monitoring Programme*, [Euro-REVES, Washington 2002].

EVANS, Robert, et Greg L. STODDART. "Producing health, consuming health care", *Social Science & Medicine*, vol. 31, n° 12, 1990, p. 1347-1363.

EVANS, Robert G. et Greg L. STODDART. "Consuming Research, Producing Policy?", *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 3, 2003, p. 371-379.

EVANS, Timothy et autres. *Challenging inequities in health*, New York, Oxford University Press, 2001, 368 p.

FRIEDMAN, Daniel J. et Barbara STARFIELD. "Models of Population Health: Their Value for US Public Health Practice, Policy, and Research", *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 3, 2003, p. 366-369.

FRIEDMAN, Daniel J., Edward L. HUNTER and R. Gibson PARRISH. *Shaping a Health Statistics Vision for the 21st Century. Final Report November 2002*, [s. l.], Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics et National Committee on Vital and Health Statistics, 2002.

GLOUBERMAN, Sholom et John MILLAR. "Evolution of the Determinants of Health, Health Policy, and Health Information Systems in Canada", *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 3, 2003, p. 388-392.

GROUPE D'ÉTUDE EN MODÉLISATION ÉCONOMIQUE ET ANALYSE DE POLITIQUE, [En ligne] [www0.umoncton.ca/gemeap/glossaire.htm] (Consulté en juin 2009).

GUÉRIN, Michel et autres. *Environnement et santé publique: Fondements et pratiques*, Paris, Tec & Doc Lavoisier, 2003, 1023 p.

- HOWLET, Michael et autres. *Studying Public Policy*, New York, Oxford University Press, 2009, 320 p.
- HUYNEN, Maud M., et autres. "The health impacts of globalization: a conceptual framework", *Globalization and Health*, vol. 1, n° 14, 2005.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Perspectives de recherche en santé des populations au moyen de données complexes*, Québec, L'Institut, 2004, 72 p.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *La santé des communautés: perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, Québec, L'Institut, 2002, 17 p.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Québec, L'Institut, 2008, 150 p.
- INSTITUTE OF MEDICINE. *Emerging infections : Microbial threats to health in the United States*, Washington (DC), National Academy Press, 1992, 312 p.
- INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA. *Schéma – Déterminants de la santé à l'amont*. [www.cihr-irsc.gc.ca/f/31024.html] (Consulté en juin 2009).
- KAPLAN, George A. "What's Wrong with Social Epidemiology, and How Can We Make It Better?", *Epidemiologic Reviews*, vol. 26, 2004, p. 124-135.
- KINDIG, David et Gregg STODDART. "What Is Population Health?", *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 3, 2003, p. 380-383.
- LALONDE, Marc. *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens*, [Rapport Lalonde], Ottawa, Gouvernement du Canada, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1974, 82 p.
- LECLERC, Bernard-Simon. « L'épidémiologie contemporaine en crise de paradigme », *Revue transdisciplinaire en santé*, vol. 10, n° 2, 2005, p. 178-198.
- MARTIKAINEN, Pekka, et autres. "Psychosocial determinants of health in social epidemiology", *International Journal of Epidemiology*, vol. 31, 2002, p. 1091-1093.
- McDOWELL, Ian et autres. "On the Classification of Population Health Measurements", *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 3, 2003, p. 388-393.
- McLAREN, Lindsay et Penelope HAWA. "Ecological perspectives in health research", *Journal of Epidemiology Community Health*, vol. 59, 2005, p. 6-14.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre d'orientation pour le développement et l'évolution de la fonction de surveillance au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2007, 51 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Évaluation d'impact sur la santé lors de l'élaboration de projets de loi et règlement au Québec. Guide pratique*, Québec, Gouvernement du Québec, 2006, 27 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Genève, OMS, 1986.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé* [www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf] (consulté en novembre 2009).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Glossaire de la promotion de la santé*, Division de la promotion, de l'éducation et de la communication pour la santé, Service Éducation sanitaire et promotion de la santé, Genève, 1999, 25 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *The setting approach* [www.afro.who.int/eph/setting_approach.html] (Consulté en juin 2009).
- KRAMERS, P. G. N. and the ECHI TEAM. "Examples and Discussion of Conceptual Models of Health", dans KRAMERS, P. *Public Health Indicators for Europe: Context, selection, definition. Final report by the ECHI project. Phase II*, Luxembourg, European Commission, 2005.

PARRISH, R. G., D. J. FRIEDMAN et E. L. HUNTER. "Defining health statistics and their scope", dans FRIEDMAN, D. J., E. L. HUNTER et R. G. PARRISH (Eds.). *Health Statistics: Shaping Policy and Practice to Improve the Population's Health*, New York, Oxford University Press, 2005, p. 3-23.

PARRISH, R. G., S. M. MCDONNELL et P.L. REMINGTON. "Surveillance for Determinants of Population Health", dans TEUTSCH et autres, (Eds). *Principles and Practice of Public Health Surveillance*, 3rd edition, New York, Oxford University Press, 2010.

PINEAULT, Raynald et Carole DAVELUY. *La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies*, Montréal, Éditions Nouvelles, 1995, 480 p.

POLAND, B. D., I. W. GREEN et I. ROOTMAN. *Settings for Health Promotion: Linking Theory and Practice*, Thousand Oak/Newbury Park, Sage Publications, 2000, 362 p.

RIDDE, Valéry. *Les inégalités sociales de santé à Québec – Proposition d'un cadre d'analyse intégrateur*, Québec, Université Laval, 2003, 56 p.

ROCHON, Jean et autres. *Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 1988.

SZRETER, S. et M. WOOLCOCK. "Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health", *International Journal of Epidemiology*, vol. 33, 2004, p. 650-667.

STARFIELD, B. "Basic concepts in population health and health care", *Journal of Epidemiology and Community Health*, n° 55, 2001, p. 452-454.

TARLOV, Alvin R. "Social determinants of health: the sociobiological translation", dans BLANE, D., E. BRUNNER et R. WILKINSON (Eds.). *Health and social organization*, London, Routledge, 1996, p. 71-93.

VILLEMAGNE, Carine. « Le milieu de vie comme point d'ancrage pour l'éducation relative à l'environnement : réalité ou chimère? », *Éducation relative à l'environnement*, vol. 5, 2004-2005, p. 89-95.

VANLEEUEWEN, J. A. et autres. "Evolving Models of Human Health Toward an Ecosystem Context", *Ecosystem Health*, vol. 5, n° 3, 1999, p. 204-219.

WARNECKE, Richard B. et autres. "Approaching Health Disparities From a Population Perspective: The National Institutes of Health Centers for Population Health and Health Disparities", *American Journal of Public Health*, vol. 98, n° 9, 2008, p. 1608-1625.

WILKINSON, Richard et Michael MARMOT. *Social determinants of health: the solid facts*, World Health Organization, 2003, 31 p.

ANNEXE I Champs d'activité de la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population

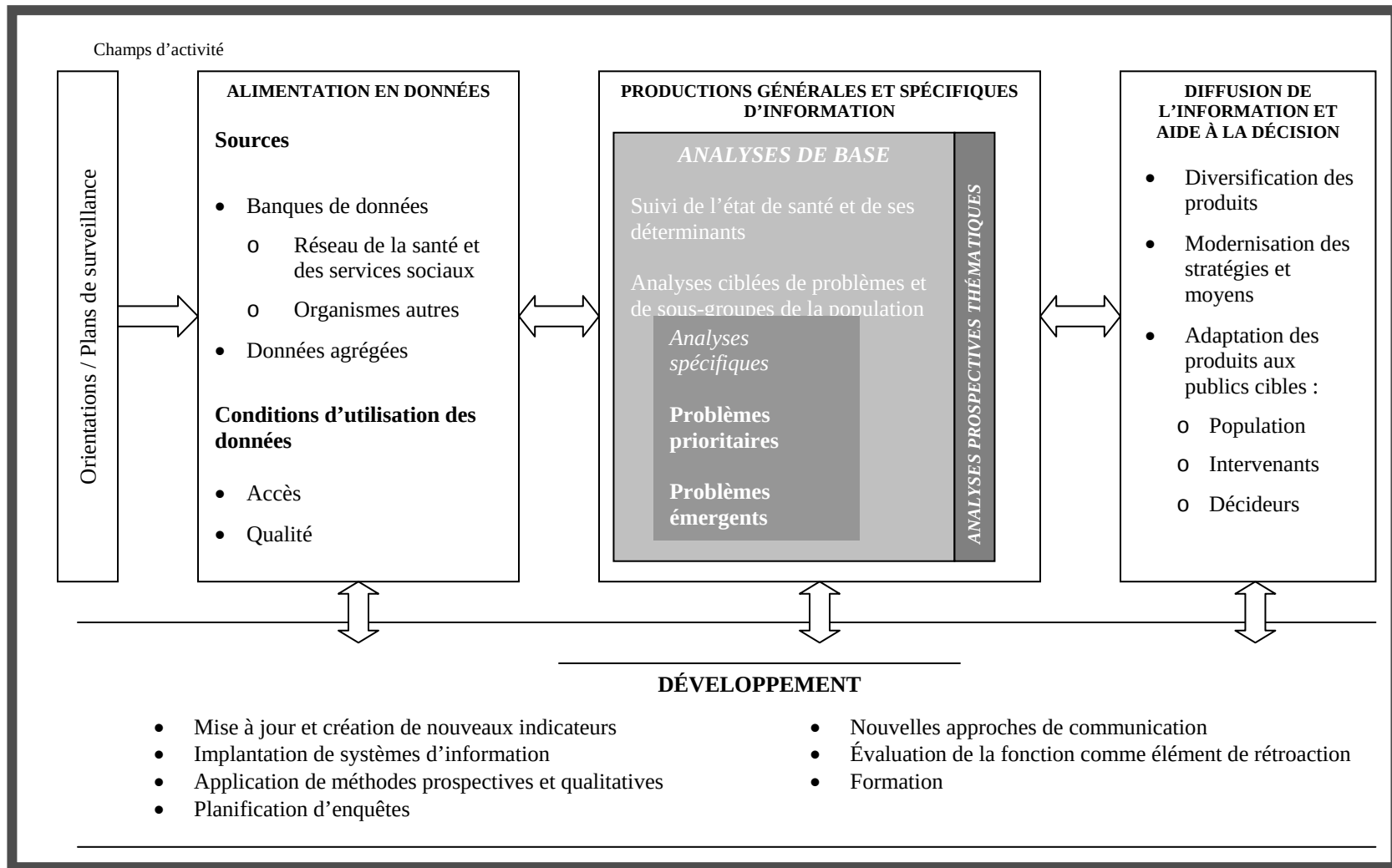
Schéma adapté de : A. LEBEAU et A. ÉMOND, *Cadre conceptuel pour la fonction de surveillance et de l'analyse de l'état de santé et du bien-être de la population et de ses déterminants*, [Document de travail présenté aux membres du comité élargi du Programme national de santé publique], 10 octobre 2001, 10 p.

Hors Québec

Québec

Régions

Sous-régions



Analyses tenant compte de la perspective historique

Analyses actuelles

Scénarios prospectifs

ANNEXE II Étapes du processus de bonification du cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants de 2008 à 2009

Le cadre conceptuel retenu a été le sujet de plusieurs étapes de discussions avec différents acteurs :

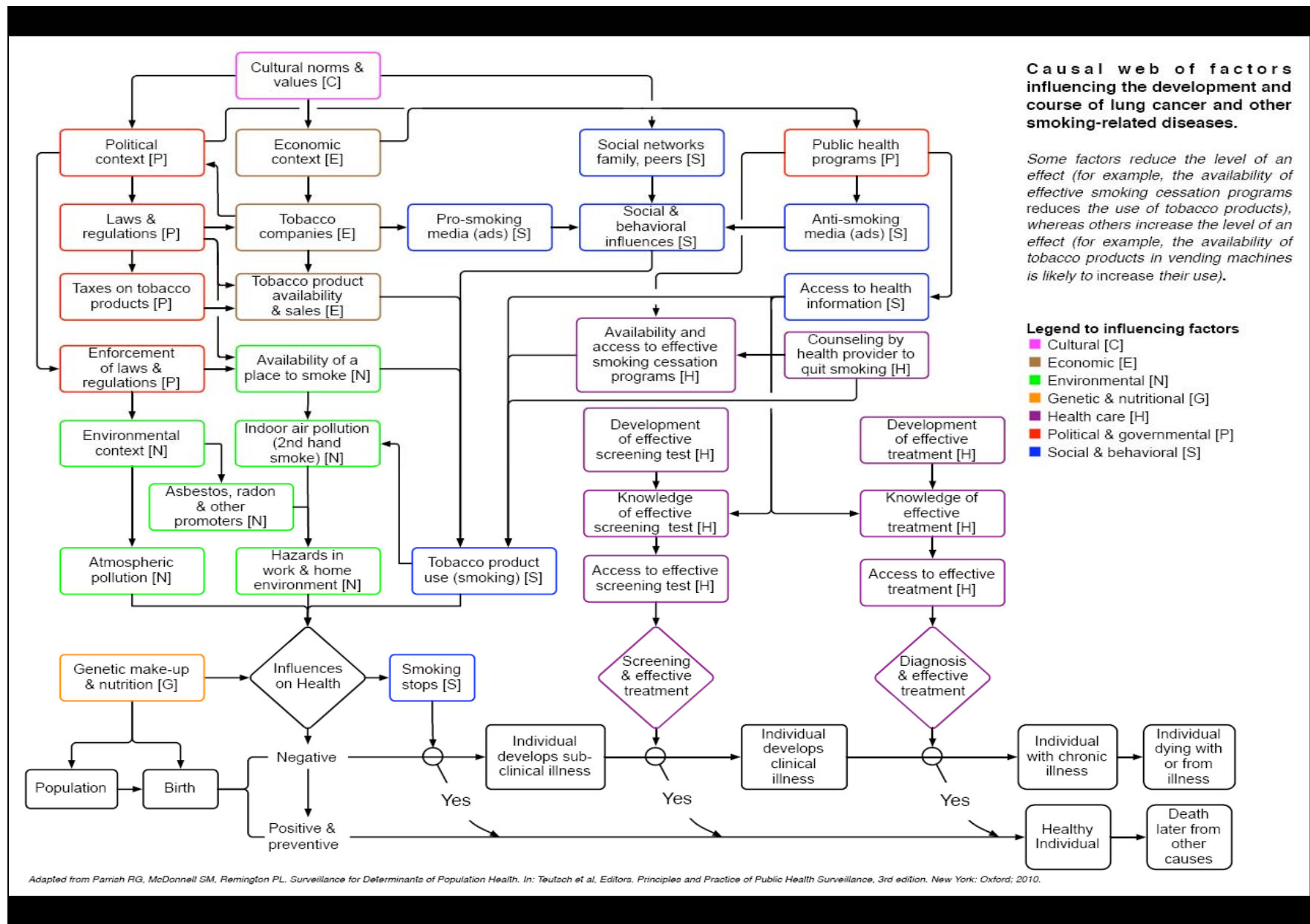
- 1) des commentaires ont été apportés par les tables nationale de concertation en 2008;
- 2) des discussions ont eu lieu au comité de pilotage du Projet d'implantation du cadre d'orientation pour le développement et l'évolution de la fonction de surveillance au Québec (PICOS);
- 3) deux ateliers de discussion ont été tenus;
 - le 20 janvier 2009 : partenaires nationaux, ministère de la Santé et des Services sociaux et Institut national de santé publique du Québec;
 - le 11 mars 2009 : partenaires nationaux et régionaux.

La présente version du cadre conceptuel se veut une vision globale intégrée et partagée de la santé et de ses déterminants. Ce document a été présenté à la Table de coordination nationale de santé publique et a obtenu l'adhésion de tous les directeurs de santé publique le 2 octobre 2009.

Ce document est maintenant diffusé afin d'élargir le consensus et la conscientisation sur l'ampleur des champs qui influencent la santé et ainsi diversifier les actions, inciter à l'amélioration des connaissances et influencer la recherche.

ANNEXE III* Exemple d'application du modèle américain concernant les facteurs influençant le développement du cancer du poumon

(Source : adapté de PARRISH R. G., S. M. McDONNELL et P. L. REMINGTON. "Surveillance for Determinants of Population Health", dans *Principles and Practice of Public Health Surveillance*, 3rd édition, édité par Teutsch et autres, New York, Oxford, à paraître en 2010.)



ANNEXE IV Catégories du cadre conceptuel et exemples de sous-catégories s'y rapportant

Champ du CONTEXTE GLOBAL	
Contexte politique et législatif	Contexte économique
• Système politique, culture politique : - régime politique, institutions politiques - gouvernance - participation citoyenne • Politiques publiques : - sociales (travail, habitation, éducation...) - économiques (fiscales, monétaires, développement économique...) - de santé (touchant les services sociaux et de santé, la salubrité des aliments, l'alcool, les drogues et les jeux de hasard, les médicaments...) - environnementales (eau, air, sol...) - de sécurité (armes à feu...) • Instruments des politiques (lois et règlements, application des politiques...) • Droit international, traités internationaux	• Mondialisation des marchés • Structure économique (ex. : importance des différents secteurs économiques) • Conjoncture économique: croissance économique ou récession (variations du PIB), croissance de la rémunération réelle • Marché du travail : création et pertes d'emplois, niveau du chômage... • Distribution de la richesse et des revenus • Niveau d'endettement des ménages, accès au crédit • Coûts des biens de consommation (ex. : coût du logement, des biens essentiels...) • Pratiques de commercialisation (ex. : stratégies de marketing)
Contexte démographique	Contexte social et culturel
• Mouvements migratoires : mouvement de population, immigration, exode rural, embourgeoisement (<i>gentrification</i>), voyages... • Natalité et fécondité • Structure de la population (distribution selon l'âge et le sexe)	• Normes et valeurs • Religions • Préjugés et discrimination • Coopération et compétition • Stratification sociale (selon le revenu, la scolarité, l'emploi, l'origine ethnique, le genre...) • Arts et culture • Médias de masse, campagnes publicitaires • Changements sociaux • Diversité ethnoculturelle • Situation linguistique
Environnement naturel et écosystèmes	Contexte technologique et scientifique
• Climat et changements climatiques • Topographie, latitude, étendue du territoire et autres caractéristiques physiques • Contaminants (air, eau, sols...) • Animaux et plantes • Vecteurs biologiques et agents pathogènes • Niveaux de risque de sinistres • Radiations • Nuisances • Provision et régulation issues des écosystèmes • Champs électromagnétiques	• Informatisation • Technologies de l'information et de la communication • Technologies et modes d'intervention en santé (appareils et équipements, procédures médicales et chirurgicales...) • Évolution de la pharmacologie • Innovation en génomique, en biotechnologie et en nanotechnologie • Connaissances et innovations dans le domaine social

Champ des SYSTÈMES	
Systèmes d'éducation et de services de garde à l'enfance	Services sociaux et services de santé
- Types de services : - système scolaire : enseignement primaire, secondaire, postsecondaire - système de services de garde à l'enfance : services en centre de la petite enfance (CPE), en milieu familial - Structure : - nombre de ressources (humaines, équipements...) - type de ressources - organisation - points de service - accessibilité - Qualité des services - Financement	- Type de services : curatifs vs préventifs, première ligne, spécialisés, programmes de santé publique, privé et public... - Structure : - nombre de ressources (ressources humaines, équipements...) - type de ressources - organisation - points de service - accessibilité (géographique, financière...) - Qualité des services - Financement (services publics vs privés, couverture d'assurance des services de santé, médicaments, soins dentaires...)
Aménagement du territoire	Autres systèmes et programmes
- Aménagement urbain et rural (planification régionale ou par municipalité régionale de comté) : - habitation, logement social - lieux de travail et de loisirs - établissements publics (construction et emplacement des écoles, centres d'accueil...) - moyens et infrastructures de transport - espaces publics - moyens et infrastructures de communication	- Programmes de contrôle et de surveillance de l'environnement (protection des écosystèmes et de la biodiversité, prévention et réduction de la contamination de l'eau, de l'atmosphère et du sol, qualité de l'eau potable...) - Services de sécurité publique (prévention et lutte contre la criminalité, intervention policière, services correctionnels, sécurité civile et incendie...) - Programme d'intégration des immigrants et de promotion de la diversité culturelle (intégration linguistique et sociale, insertion professionnelle, rapprochement interculturel...) - Programmes de salubrité des aliments et de santé animale (système d'inspection et de traçabilité, programme de surveillance...)
Soutien à l'emploi et solidarité sociale	
- Services d'aide à l'emploi - Soutien aux entreprises - Aide de dernier recours aux personnes et aux familles démunies	
Champ des MILIEUX DE VIE	
Milieu familial	Milieu de travail
- Structure familiale - Relations dans la famille, lien d'attachement - Encadrement parental, acquisition des valeurs, bases de l'éducation - Soutien social et affectif - Violence intrafamiliale - Conditions matérielles et socioéconomiques (qualité du logement, qualité de l'air, sécurité, propriétaire vs locataire, exposition aux risques, revenu familial, scolarité des parents...)	- Conditions de travail (rémunération, congés de maladie, régime d'assurance collective, régime de retraite...) - Exposition aux contaminants - Organisation du travail - Facteurs psychosociaux (soutien social, latitude décisionnelle...) - Réseaux sociaux (structure, fréquence, réciprocité, durée...) - Pratiques et comportements préventifs ou à risque
Communauté locale et voisinage	Milieu scolaire et milieu de garde à l'enfance
- Cohésion sociale et capital social - Soutien social et réseaux sociaux (structure, fréquence, réciprocité, durée...) - Ressources communautaires - Caractéristiques socioéconomiques	- Milieu d'enseignement primaire, secondaire, postsecondaire, milieu de garde à l'enfance : services en CPE, en milieu familial, avec ou sans but lucratif... - Ressources (humaines, équipements...)

• Conditions matérielles (espaces verts, sécurité des rues, espaces de loisirs, espaces publics, sécurité et salubrité des bâtiments, offre d'aliments frais...) • Gouvernance locale et politiques publiques locales • Sécurité dans le quartier (criminalité...) • Réseaux associatifs et de loisirs (ressources, accessibilité, participation...) • Organismes communautaires, participation citoyenne • Caractéristiques environnementales (qualité de l'air, de l'eau, des sols...)	• Accessibilité • Services (aide aux devoirs, transport, services préventifs, activités parascolaires, programme éducatif en milieu de garde, repas...) • Climat scolaire (relations avec le personnel, encadrement, soutien scolaire, exposition à la violence...) • Vie scolaire et parascolaire (accès, participation, qualité) • Sécurité dans l'école, dans le milieu de garde • Conditions matérielles • Caractéristiques socioéconomiques du milieu • Gouvernance locale
Milieus d'hébergement	
• Type de milieu (pour aînés, personnes handicapées, jeunes en difficulté, itinérants, victimes de violence, détenus...) • Ressources (humaines, équipements...) • Accessibilité • Conditions sociales et matérielles (soutien social, sécurité, salubrité...) • Gouvernance locale	
Champ des CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES	
Caractéristiques biologiques et génétiques	Habitudes de vie et comportements
• Âge et sexe • Particularités génétiques • Imprégnation biologique • Statut immunitaire et vaccinal	• Nutrition, alimentation • Mode de vie actif • Tabagisme • Pratiques sexuelles • Consommation d'alcool • Consommation de drogues, de médicaments ou d'autres psychotropes • Jeux de hasard et d'argent • Hygiène et soins • Participation aux services préventifs • Comportements sécuritaires (pratique sportive, conduite de véhicules, sécurité au travail...) • Attitudes • Voyages
Caractéristiques socioéconomiques	Compétences personnelles et sociales
• Type d'emploi • Revenu individuel • Niveau de scolarité • Statut socioéconomique • Insécurité alimentaire • Origine ethnoculturelle et langue	• Capacités physiques • Habiletés cognitives • Compétences sociales • Résilience • Sentiment de contrôle • Sentiment de sécurité • Connaissances sur la santé • Littératie

ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION	
Santé globale	
• Perception de la santé globale • Incapacité, santé fonctionnelle • Bien-être • Inégalités de santé, inégalités sociales de santé	
Santé mentale et psychosociale	Santé physique
• Santé mentale positive et négative, suicide • Développement de l'enfant • Adaptation sociale (abus, négligence, violence...), rôles sociaux • Intégration sociale	• Maladies et traumatismes³⁵ • Mortalité, létalité • Morbidité (prévalence, nombre et taux d'incidence...) • Comorbidité • Éclosions et épidémies

35 Cette sous-catégorie sera remplacée ultérieurement par d'autres sous-catégories plus détaillées.

ANNEXE V Glossaire

LE CONTEXTE GLOBAL

➤ Contexte politique et législatif

Système politique : Ordre constitutionnel et forme de gouvernement (le régime politique) et environnement plus large, c'est-à-dire les interactions du régime avec les autres composantes de la communauté politique, les formes économiques et les traits culturels (ex. : systèmes féodal, monarchique, autoritaire, démocratique et totalitaire)³⁶.

Culture politique : Croyances, aspirations et attitudes, largement partagées dans une population, qui sous-tendent l'émergence, le maintien et le fonctionnement d'un système politique³⁷.

Régime politique : Aménagement constitutionnel du pouvoir et des rapports entre les institutions politiques (ex. : dans un système démocratique : régimes parlementaire, présidentiel et mixte)³⁸.

Institutions politiques : Ensemble de règles et de pratiques organisées, associées à un système d'idées et à des ressources, qui se maintiennent dans le temps malgré l'évolution du contexte et le renouvellement des acteurs qui les actualisent³⁹.

Gouvernance : 1) Définition centrée sur l'État : Ensemble d'activités par lesquelles l'État gouverne la société et l'économie, notamment la conciliation politique d'intérêts variés et la définition d'objectifs et de priorités d'action; 2) Définition englobant les autres acteurs sociaux : Processus de coordination des interactions formelles et informelles entre des acteurs publics et privés, qui attribue un rôle important aux réseaux de politiques⁴⁰.

Participation citoyenne : Participation des membres d'une collectivité (État, municipalité, etc.) à la prise de décision publique et éventuellement à la mise en œuvre des politiques retenues. La participation prend diverses formes qui varient selon le contexte politique et institutionnel et les préférences individuelles des citoyens : le vote lors des élections, la délibération publique par l'intermédiaire des médias ou la participation aux consultations publiques formelles, par exemple⁴¹.

Politiques publiques : Ensemble de décisions interreliées prises par un acteur ou un groupe d'acteurs politiques concernant la sélection d'objectifs et de moyens pour les atteindre dans une situation donnée et selon les limites de leur pouvoir d'action⁴². Le contenu d'une politique publique correspond donc aux objectifs et aux instruments retenus (lois et règlements, mesures financières, services directs à la population, etc.)⁴³.

36. ROUQUIÉ, Alain. « Changement politique et transformation des régimes », dans Madeleine GRAWITZ et Jean LECA (dir.), *Traité de science politique*, Paris, Presses universitaires de France, 1985, p. 600-601, cité dans : Mamoudou GAZIBO et Jane JENSON, *La politique comparée : Fondements, enjeux et approches théoriques*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2004, p. 98-108.

37. Définition adaptée de WELZEL, Christian et Ronald INGLEHART, "Mass Beliefs and Democratic Institutions", dans Carles BOIX et Susan C. STOKES (Eds.), *Oxford Handbook of Comparative Politics*, New York, Oxford University Press, 2007, p. 297.

38. ROUQUIÉ, Alain, *op. cit.*

39. Définition adaptée de James G. MARCH et Johan P. OLSEN, "Elaborating the 'New Institutionalism'", dans R. A. W. RHODES, S. A. BINDER et B. A. ROCKMAN (Eds.), *Oxford Handbook of Political Institutions*, New York, Oxford University Press, 2007, p. 3.

40. Définitions adaptées de PIERRE, Jon (Ed.). *Debating Governance: Authority, Steering, and Democracy*, New York, Oxford University Press, 2000, p. 3.

41. Définition élaborée à partir de FUNG, Archon. "Democratizing the Policy Process", dans Michael MORAN, Martin REIN et Robert E. GOODIN (Eds.), *Oxford Handbook of Public Policy*, New York, Oxford University Press, 2008, p. 669-685.

42. JENKINS, William I. *Policy Analysis : A Political and Organizational Perspective*, Londres, Martin Robertson, 1978, cité dans M. HOWLETT, M. RAMESH et A. PERL, *Studying Public Policy: Policy Cycles & Policy Subsystems*, Don Mills (ON), Oxford University Press, 2009, p. 6.

43. HOWLETT, M., M. RAMESH et A. PERL, *op. cit.*, p. 117-135.

Droit international : Ensemble de règles régissant les relations internationales des États, des groupes et des individus dans différents domaines (gouvernance, économie, affaires sociales, communications, environnement, etc.). Ces règles ont pour origine différentes sources. Les sources traditionnelles sont le consentement des États, les principes, la coutume, les conventions et les traités internationaux⁴⁴.

Traités internationaux : Accords formels entre deux ou plusieurs États ou d'autres acteurs internationaux reconnus comme sujets du droit international⁴⁵.

➤ Contexte économique

Mondialisation des marchés : L'internationalisation des échanges économiques et, de ce fait, la mondialisation des phénomènes de consommation. À l'échelle internationale, des accords sont conclus et des institutions sont mises en place, dont l'objet principal est la construction d'un marché élargi à travers la libéralisation des flux de produits et de services et la disparition progressive des obstacles au libre-échange. Cela soulève plusieurs questions nouvelles qu'il s'agit de prendre en compte : (i) la reconnaissance des déséquilibres nouveaux qui caractérisent la position du consommateur national sur le marché mondial, (ii) la constatation et la réduction des fractures nord-sud alimentées par les différences dans les modes de production et les comportements de consommation à l'échelle planétaire, (iii) l'incidence pour les consommateurs nationaux du déplacement d'un ordre public de protection national vers un ordre public de protection international, et (iv) les fondements, les objectifs et les instruments d'un droit international de la consommation encore à construire⁴⁶.

Structure économique : Traduit habituellement la répartition des différents secteurs d'activité dans l'économie d'un pays, d'une région, d'une ville : secteur primaire (mine, foresterie, etc.), secondaire (manufacture, etc.) ou tertiaire (services, tourisme, etc.).

Produit intérieur brut (PIB) : Une des principales mesures utilisées par les décideurs, les institutions financières et autres entreprises pour évaluer la santé de l'économie. On interprète une augmentation du PIB réel comme un signe d'une économie qui se porte bien, tandis qu'une diminution indique que l'économie ne fonctionne pas à sa pleine capacité. Le PIB réel est en rapport direct avec d'autres variables macroéconomiques tels l'emploi, les cycles économiques, la productivité et la croissance économique à long terme. C'est la valeur sans double compte des biens et services produits dans le territoire économique d'un pays ou d'une région au cours d'une période donnée⁴⁷.

Coût des biens de consommation : Valeur totale des biens et des services achetés par les consommateurs au cours d'une période donnée⁴⁸.

Pratiques de commercialisation : Du point de vue du client, toutes mesures utilisées lors de transactions – publicité, mise de côté, garanties, réparations, législation.

44. Définitions adaptées de HELD, David et autres. *Global Transformations: Politics, Economics, and Culture*, Stanford (CA), Stanford University Press, 1999, p. 62-63.

45. Définition adaptée de David ROBERTSON. *The Routledge Dictionary of Politics*, Londres, Routledge, 2004, p. 483.

46. GROUPE DE RECHERCHE EN DROIT INTERNATIONAL ET COMPARÉ DE LA CONSOMMATION. *Consommateurs et globalisation des marchés*, 2008 [www.gredicc.uqam.ca/spip.php]. Voir aussi la définition citée dans Orielle SOLAR et Alec IRWIN, *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, [Document produit pour la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS], 2007, 77 p.

47. Institut de recherche sur les politiques publiques de Montréal : [www.irpp.org/fr/index.htm].

48. GROUPE D'ÉTUDE EN MODÉLISATION ÉCONOMIQUE ET ANALYSE DE POLITIQUE, *op. cit.*

➤ Contexte démographique

Mouvements migratoires : Une **migration humaine** est un déplacement du lieu de vie d'individus. C'est un phénomène probablement aussi ancien que l'humanité. Les statistiques officielles évaluent entre 185 et 192 millions le nombre de migrants internationaux pour les années 2000⁴⁹ pour les personnes ayant quitté leur pays pour vivre et se fixer dans un autre pays pour au moins un an. Ce chiffre augmente de 2 % par an, malgré les restrictions à l'immigration qui ont vu le jour dans de nombreux pays. Il comprend la migration volontaire et la migration forcée. Les migrations internes aux pays sont également en augmentation, mais on parle alors plutôt de déplacements de populations (qui sont également volontaires ou forcés).

Natalité et fécondité : Le **taux de natalité** est une statistique qui exprime le nombre de naissances vivantes par habitant (population moyenne de l'année). L'**indice de fécondité** est un indice statistique permettant de mesurer la tendance d'une population à augmenter ou à diminuer naturellement (c'est-à-dire sans tenir compte des flux migratoires). Les indicateurs les plus utilisés par les démographes sont l'indice synthétique de fécondité et la descendance finale.

- L'**indice synthétique de fécondité** est obtenu en faisant la somme des taux de fécondité par âge (ou événements réduits) entre 15 et 49 ans mesurés durant une année donnée (le taux de fécondité par âge correspond au rapport entre le nombre de naissances vivantes issues des femmes d'un âge donné et l'effectif moyen des femmes de cet âge). Cet indicateur mesure le nombre moyen d'enfants que des femmes auraient au cours de leur vie si, à tout âge, leur niveau de fécondité était celui de l'année considérée.
- La **descendance finale** se mesure dans chaque génération : c'est tout simplement le nombre moyen d'enfants que les femmes de cette génération qui ont vécu jusqu'à 49 ans ont eus.

➤ Contexte social et culturel

Normes et valeurs : Règles de conduite dans une société ou un groupe social, notamment les manières d'agir. Les normes et valeurs sociales définissent le domaine de l'action sociale en précisant ce que l'individu peut ou ne peut pas faire. Elles traduisent les valeurs et les idéaux dominants de la société ou du groupe.

Racisme : Le racisme est une idéologie établie sur la croyance qu'il existe une hiérarchie entre les groupes naturels humains, désignés par le terme de *rac*es, qui ont des caractères semblables (physiques, psychiques, culturels, etc.). Le terme *racisme* peut également désigner un comportement inspiré de cette idéologie ou une attitude d'hostilité systématique à l'égard d'une catégorie déterminée de personnes. Le racisme peut se traduire par des actes d'hostilité ou de discrimination envers les personnes et prendre la forme de la xénophobie ou de l'ethnocentrisme.

Sexisme : Le terme *sexisme* sert à désigner l'ensemble des institutions (sociopolitiques, économiques, juridiques, symboliques) et des comportements, individuels ou collectifs, qui semblent perpétuer et légitimer la domination des hommes sur les femmes. Il est utilisé, plus couramment, pour caractériser les aspects idéologiques du phénomène et leurs expressions culturelles ou individuelles.

Stratification sociale : La stratification sociale est le découpage de la société en **catégories sociales** : groupes présentant une homogénéité en leur sein, mais distincts les uns des autres et hiérarchisés. Elle résulte de l'ensemble des différences sociales associées aux inégalités de richesse, de pouvoir, de prestige, de savoir.

49. PROGRAMME DES NATIONS UNISE POUR LE DÉVELOPPEMENT. Le temps des ambitions hardies, Rapport annuel 2005, 44 p.

➤ Environnement naturel et écosystèmes

Écosystème : Ensemble dynamique d'organismes vivants (plantes, animaux et micro-organismes) qui interagissent entre eux et avec le milieu (sol, climat, eau, lumière) dans lequel ils vivent. Un écosystème peut se limiter à un espace très réduit ou s'étendre à toute la terre⁵⁰.

Services rendus par les écosystèmes : Les principaux services rendus aux populations humaines par les écosystèmes incluent la régulation du climat et de ses perturbations, la régulation des eaux et l'alimentation en eau, la formation des sols et la lutte contre l'érosion, la pollinisation, la lutte contre les ravageurs, les refuges pour les animaux, les matières premières et les ressources énergétiques. Les écosystèmes offrent aussi un cadre pour les loisirs et la culture⁵¹.

Vecteur biologique et agent pathogène : Le vecteur biologique est un animal (le plus souvent des insectes, araignées, pucerons, crustacés) qui assure la transmission des maladies parasitaires comme le paludisme, ou de maladies virales ou bactériennes telles que les encéphalites virales et la maladie de Lyme. Dans le cas d'une maladie parasitaire, le vecteur biologique puise l'agent chez un sujet hôte qui en assure la maturation, le conserve, le transporte et va l'inoculer à un nouvel hôte⁵². Les changements qui surviennent chez les agents pathogènes et leur adaptation ont aussi une influence importante sur la santé (ex. : l'adaptation d'un agent microbien qui devient plus virulent ou résistant aux antimicrobiens).

LES SYSTÈMES

➤ Système des services sociaux et de santé

Services de santé : « L'efficacité et la qualité des services de santé dépendent de leur capacité et de leur structure (incluant le nombre, le type et la formation du personnel, la qualité et la disponibilité des installations, le mode et le niveau de financement), de leur processus (organisation de la dispensation des soins, pratiques professionnelles et utilisation) et de leur accessibilité⁵³. »

Accès et utilisation :

« Accessibilité des services de santé : Aspects de la structure des services de santé ou des installations de santé (*facilities*) qui favorisent la capacité de la population à entrer en contact avec un praticien de la santé, en matière de localisation, de temps et de facilité d'approche (*ease of approach*)⁵⁴. »

« Accès aux services de santé : Les perceptions et l'expérience de la population au sujet de la facilité d'entrer en contact avec les services de santé ou les installations de santé en matière de localisation, de temps et de facilité d'approche⁵⁵. »

« Utilisation des services de santé : Expérience de la population au sujet des différents types de services de santé reçus.⁵⁶ »

50. Traduction du glossaire du GRID-Arendal, centre collaborateur du Programme des Nations Unies pour l'environnement (UNEP), sur le site de Greenfacts [www.greenfacts.org/fr/glossaire/def/ecosysteme.htm] (consulté en novembre 2009).

51. Exemples tirés de la classification des services rendus par les écosystèmes adoptée par l'OMS dans le cadre du volet santé du *Millennium Ecosystem Assessment*, publié en 2005.

52. PRATLONG, F. *Cycles parasitaires*, [s. l.], Faculté de médecine Montpellier-Nîmes, 2008, 6 p. [www.med.univ-montp1.fr/enseignement/cycle_1/PCEM2/mod-base/MB7_Bio_Med/Ressources_locales/PARASITO-MYCO/PCEM2_MB7_Parasito-P2.pdf] (consulté en novembre 2009).

53. FRIEDMAN, Daniel J., Edward L. HUNTER and R. Gibson PARRISH (2002), *op. cit.*, [Traduction libre], p. 12.

54. STARFIELD, B. *Op. cit.*, [Traduction libre].

55. *Ibid.*

56. *Ibid.*

LES MILIEUX DE VIE

Cadre de vie : « Lieu ou contexte social dans lequel les individus vaquent à leurs activités quotidiennes et où les facteurs environnementaux, organisationnels et personnels influent les uns sur les autres et ont ainsi des effets sur la santé et le bien-être [...]. Les cadres de vie sont par exemple l'école, le lieu de travail, l'hôpital, le village et la ville⁵⁷. » Cette définition est celle qui se rapproche le mieux de celle des milieux de vie tels que décrits dans ce document.

Communauté : « Groupe de personnes qui vivent bien souvent dans une zone géographique bien définie, partagent une culture, des valeurs et des normes, et ont une place dans une structure sociale qui est conforme à des relations que la communauté a créées au cours d'une certaine période. Les membres d'une communauté acquièrent leur identité personnelle et sociale en partageant des convictions, des valeurs et des normes qui ont été conçues par la communauté dans le passé et pourront évoluer à l'avenir. Ils sont dans une certaine mesure conscients de leur identité de groupe, ont des besoins communs et souhaitent les satisfaire⁵⁸. »

Cohésion sociale : La cohésion sociale est définie, selon différentes approches, soit comme un mécanisme psychosocial, soit comme une extension des relations sociales et des normes de réciprocité sociale, soit comme un ensemble de ressources qui circulent à l'intérieur des réseaux sociaux⁵⁹.

Capital social : « Le capital social représente le degré de cohésion sociale qui existe dans les communautés. Il désigne les processus interpersonnels qui établissent des réseaux, des normes et la confiance sociale, et facilitent la coordination et la coopération dans l'intérêt des différentes parties. [...] Plus ces réseaux et ces liens sont solides, plus il est probable que les membres d'une communauté coopèrent dans l'intérêt de tous. De cette façon, le capital social crée la santé [...]»⁶⁰.

Réseaux sociaux : « Relations et liens d'ordre social entre les individus qui permettent d'obtenir un soutien social favorable à la santé⁶¹. »

Soutien social : « Assistance dont les individus et les groupes peuvent bénéficier au sein de communautés et qui peut atténuer les effets négatifs d'événements de la vie et de conditions de vie, et constituer une ressource positive pour l'amélioration de la qualité de vie. Le soutien social peut comprendre le soutien affectif, le partage d'information et la fourniture des ressources matérielles et de services. On reconnaît maintenant largement que le soutien social est un important déterminant de la santé et un élément essentiel du capital social⁶². »

LES CARACTÉRISTIQUES INDIVIDUELLES

➤ Caractéristiques biologiques et génétiques

Imprégnation biologique : Présence dans un organisme d'éléments auxquels il a été exposé et qui peuvent produire des pathologies, par exemple le mercure ou le plomb.

57. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *op. cit.*

58. *Ibid.*

59. SOLAR, O. et A. IRWIN, *op. cit.*, p. 40-41.

60. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *op. cit.*

61. *Ibid.*

62. *Ibid.*

➤ **Caractéristiques socioéconomiques**

Statut socioéconomique : « Terme qui décrit la position d'un groupe particulier au sein d'une population ou d'une société, qui est le reflet de la hiérarchie globale. Les indicateurs les plus utilisés pour décrire le statut socioéconomique sont les catégories de revenu, d'éducation et d'emploi⁶³. »

➤ **Compétences personnelles et sociales**

Résilience : La résilience est un processus qui consiste à bien s'adapter devant l'adversité, un traumatisme, une situation tragique, une menace, ou des sources importantes de stress – problèmes familiaux ou relationnels, problèmes de santé graves, stress financier ou stress lié au travail. Cela consiste à « rebondir » à la suite d'expériences difficiles⁶⁴.

Littératie : Le terme *littératie* est un néologisme créé par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) pour étendre le sens du mot *alphabétisation*. La littératie se définit comme les capacités de lecture et d'écriture que les adultes utilisent dans leur vie quotidienne. Elle désigne un mode de comportement particulier qui permet aux gens d'atteindre leurs buts, de perfectionner leurs connaissances et de réaliser leur potentiel. Il existe également des études sur la littératie en santé⁶⁵.

L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

Inégalités sociales de santé : Les inégalités sociales de santé sont ces écarts, pourtant évitables, entre hommes et femmes, entre groupes socioéconomiques et entre territoires, qui s'observent sur de nombreux aspects de la santé des populations. L'expression *gradient de santé* désigne cette association entre la position dans la hiérarchie sociale et l'état de santé. En d'autres mots, les personnes qui jouissent d'une position sociale plus élevée sont en meilleure santé que celles qui sont juste au-dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus démunies. Les « inégalités sociales de santé » renvoient aussi à toute relation entre la santé et l'appartenance à un groupe social⁶⁶.

Mortalité : Nombre de décès survenus durant une période donnée calculé sur une population donnée.

Morbidité : Prévalence et incidence d'une maladie ou d'un problème de santé; la morbidité peut se mesurer par le nombre d'hospitalisations liées à un diagnostic particulier.

Comorbidité : Atteinte simultanée par plusieurs pathologies physiques ou mentales. Présence d'un ou de plusieurs troubles associés à un trouble ou à une maladie primaires.

63. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. « Glossaire », *Réponse du Canada à la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé*, 2007 [www.phac-aspc.gc.ca/sdh-dss/glos-fra.php] (consulté en novembre 2009).

64. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. *The Road to Resilience*, [Traduction libre], Washington, L'Association [www.apahelpcenter.org/dl/the_road_to_resilience.pdf] (consulté en novembre 2009).

65. ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE. *La littératie en santé* [www.cpha.ca/fr/portals/h-l.aspx] (consulté en novembre 2009).

66. CENTRE LÉA-ROBACK. *Un aperçu du bilan 2004-2007 des réalisations du Centre Léa-Roback*, 2008. [www.centrelearoback.org/fr/accueil] (consulté en novembre 2009). Voir aussi Katherine FROHLICH et autres (dir.), *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 2008, 408 p.

➤ **Santé globale**

Santé fonctionnelle : L'état de santé fonctionnelle est estimé au moyen du *système de mesure de l'état de santé globale*⁶⁷ qui s'appuie sur huit attributs : la vue, l'ouïe, la parole, la mobilité, la dextérité, la connaissance (mémoire et pensée), les émotions (sentiments) ainsi que la douleur et l'inconfort⁶⁸.

➤ **Santé mentale et psychosociale**

Santé mentale : La santé mentale d'une personne s'apprécie à sa capacité d'utiliser ses émotions de façon appropriée dans les actions qu'elle pose (affectif), d'établir des raisonnements qui lui permettent d'adapter ses gestes aux circonstances (cognitif) et de composer de façon significative avec son environnement (relationnel)⁶⁹. La santé mentale, définie brièvement comme l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, s'apprécie, entre autres, à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu⁷⁰.

Développement de l'enfant : Le développement de l'enfant désigne le processus de maturation par lequel l'enfant évolue de sa naissance jusqu'à l'adolescence sur les plans physiologique et psychologique. Les principaux aspects du développement de l'enfant sont le développement cognitif-langagier, social, affectif et psychomoteur⁷¹.

67. Furlong W. et autres. The Health Utilities Index (HUI®) System for Assessing Health-Related Quality of Life in Clinical Studies, McMaster University Centre Research Working Paper Series # 01-02, March 2001. [www.chepa.org/Files/Working%20Papers/01-02.pdf] (consulté en novembre 2009).

68. Voir aussi [www.statcan.gc.ca/pub/82-221-x/2008001/def/5202297-fra.htm#hf1fhx] (consulté en novembre 2009).

69. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La politique de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 1989.

70. BLANCHET, L. et autres (dir.). *La prévention et la promotion en santé mentale: Préparer l'avenir*, Montréal, Gaëtan Morin, 1993.

71. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité: Cadre de référence*, Québec, Gouvernement du Québec, 2004.

www.msss.gouv.qc.ca

**Santé
et Services sociaux**

Québec

