



Examen des cadres relatifs aux déterminants de la santé

20 mai 2015



Examen des cadres relatifs aux déterminants de la santé

Également disponible en français sous le titre :
A Review of Frameworks on the Determinants of Health

ISBN : 978-0-9937151-7-4

Pour obtenir plus de renseignements ou des copies supplémentaires, veuillez
communiquer avec le Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé
Courriel : CCSDH.Correspondence@phac-aspc.gc.ca

La présente publication peut être fournie dans différents formats sur demande.



Préface

Le présent rapport repose sur une recherche commandée par le Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé (CCDSS).

Le CCDSS est un groupe de collaboration composé d'intervenants de plusieurs secteurs dont le mandat est le suivant :

- conseiller l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) sur les questions ayant trait à la mise en œuvre de la *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé*, y compris la planification, la surveillance et la production de rapports;
- favoriser l'action sur les déterminants sociaux de la santé par l'intermédiaire de ses réseaux membres et d'initiatives intersectorielles précises.

Le CCDSS comprend des organisations intersectorielles qui ont toutes un rôle important à jouer par rapport aux facteurs qui façonnent la santé. Le CCDSS regroupe

également des particuliers choisis en fonction de leur connaissance et de leur expérience des politiques, de la recherche et des actions intersectorielles sur les déterminants sociaux de la santé.

Le Conseil remplit son mandat en exerçant diverses activités, notamment en créant des rapports qui favorisent la compréhension des déterminants sociaux de la santé et l'action sur ceux-ci. Le présent rapport, *Examen des cadres relatifs aux déterminants de la santé* (l'*Examen*), en est un. Le CCDSS a réalisé l'*Examen* afin de souligner l'utilité des outils pour améliorer la sensibilisation et favoriser l'action sur les déterminants de la santé, nous permettre de comprendre les problèmes complexes et soutenir l'innovation en matière de planification et d'élaboration de politiques.

Le groupe d'étude du CCDSS sur les cadres relatifs aux déterminants sociaux de la santé a guidé l'élaboration du présent document.

CONSEIL CANADIEN SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

**KRISTA OUTHWAITE,
COPRÉSIDENTE**

Présidente, Agence de la santé publique du Canada

**PEGGY TAILLON,
COPRÉSIDENTE**

Présidente et directrice générale, Conseil canadien de développement social

**KIMBERLY ELMSLIE
(À TITRE D'OFFICE)**

Sous-ministre adjointe – Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada

JANET AUSTIN

Présidente et directrice générale, YWCA Metro Vancouver

MICHAEL BLOOM

Vice-président, Efficacité organisationnelle et Apprentissage, Conference Board du Canada

PAUL BORN

Président et directeur général, Tamarak Institute for Community Engagement

BARBARA BYERS

Vice-présidente exécutive, Congrès du travail du Canada

CONNIE CLEMENT

Directrice scientifique, Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé

IAN CULBERT

Directeur général, Association pour la santé publique de l'Ontario

JEFFREY CYR

Directeur exécutif, Association nationale des centres d'amitié

ERICA DI RUGGIERO

Directrice scientifique adjointe, Instituts de recherche en santé du Canada, Institut de la santé publique et des populations

JOEY EDWARDH

Directeur, Community Development Halton

LAURA-LEE ELLIOT-CHASSÉ

Gestionnaire, Institut canadien des urbanistes

GERRY GALLAGHER

Directeur général, Direction des déterminants sociaux et de l'intégration scientifique, Agence de la santé publique du Canada

MARGO GREENWOOD

Leader académique, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone

MARTIN GUHN

Professeur adjoint, Human Early Learning Partnership, School of Population and Public Health, Université de la Colombie-Britannique

TREVOR HANCOCK

Professeur et chercheur principal, School of Public Health and Social Policy, Université de Victoria

JEAN HARVEY

Directrice, Initiative sur la santé de la population canadienne de l'Institut canadien d'information sur la santé

BEN HENDERSON

Représentant, Fédération canadienne des municipalités et conseiller de la ville d'Edmonton

CORY NEUDORF

Médecin-hygiéniste en chef, Saskatoon

HILARY PEARSON

Présidente, Fondations philanthropiques Canada

LOUISE POTVIN

Directrice scientifique, Centre Léa-Roback sur les inégalités sociales de Montréal

MARY-LUISA KAPELUS

Directrice générale, Politique stratégique, Planification et Information, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada

MARJOLAINE SIOUÏ

Directrice exécutive, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador



Groupe d'étude sur les cadres relatifs aux déterminants sociaux de la santé

**CORY NEUDORF
(RESPONSABLE)**

Médecin-hygiéniste en chef,
Saskatoon

CONNIE CLEMENT

Directrice scientifique,
Centre de collaboration
nationale des déterminants
de la santé

MARIE DESMEULES

Directrice, Division des
déterminants sociaux de
la santé, Agence de santé
publique du Canada

MARGO GREENWOOD

Leader académique, Centre de
collaboration nationale de la
santé autochtone

TREVOR HANCOCK

Professeur et chercheur
principal, School of Public
Health and Social Policy,
Université de Victoria

JEAN HARVEY

Directrice, Initiative sur la santé
de la population canadienne
de l'Institut canadien
d'information sur la santé

ARUNA SADANA

Ancienne directrice
générale intérimaire,
Politique stratégique,
Planification et Information,
Direction générale de la santé
des Premières Nations et
des Inuits, Santé Canada

PEGGY TAILLON

Présidente et directrice
générale, Conseil canadien
de développement social

Remerciements et déclarations

Le présent document s'inspire des travaux réalisés par Mme Diana Daghofer, de Wellspring Strategies, pour le Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé. Le Conseil remercie M^{me} Daghofer de sa contribution au projet.

Le CCDSS tient à souligner l'inclusion des cadres par le Dr Trevor Hancock et M^{me} Erica Di Ruggiero, membres du Conseil, ainsi que par l'auteure des versions antérieures du présent examen, M^{me} Diana Daghofer. Le Conseil tient également à noter les références à un rapport faites par le Dr Cory Neudorf, membre du Conseil.



Table des matières

Préface	i
Résumé	1
1. Introduction	2
2. Le compendium	4
2.1. Sélection des cadres	4
2.2. Catégorisation et regroupement des cadres	4
2.3. Aperçu du compendium	5
3. L'étude approfondie	9
3.1. Sélection de sept cadres	9
3.2. Description, évaluation et énoncé des éléments clés	9
<i>Description et évaluation</i>	9
<i>Énoncé des éléments clés</i>	10
3.3. Points saillants de la description, de l'évaluation et de l'énoncé des éléments clés	10
3.4. Explication des éléments clés	19
<i>Éléments 1 et 2 – Recours à une approche holistique et intersectorielle</i>	19
<i>Élément 3 – Reconnaissance de l'exclusion sociale</i>	21
<i>Élément 4 – Compréhension du rôle des individus et des communautés</i>	22
<i>Élément 5 – Reconnaissance de l'importance de l'action en amont</i>	24
<i>Élément 6 – Énoncé des interactions entre les déterminants</i>	26
4. Autres considérations	27
5. Conclusion	28
Annexe A – Compendium de 36 cadres relatifs aux déterminants de la santé	29
Annexe B – Étude approfondie – description des sept cadres	53
Annexe C – Évolution des perspectives relatives aux déterminants sociaux de la santé	71
Bibliographie	74



Résumé

Notre santé est influencée par de nombreux facteurs, notamment notre travail, notre scolarité, notre revenu, notre milieu de vie, la qualité de notre vécu pendant la petite enfance et l'environnement physique dans lequel nous vivons (ASPC, 2008). On appelle ces facteurs les déterminants de la santé.

Les cadres, ou représentations visuelles, peuvent nous aider à comprendre des enjeux complexes comme ceux entourant les déterminants de la santé en expliquant l'impact des déterminants sur le bien-être des personnes, des communautés et des populations. En représentant clairement les relations complexes entre les déterminants, ces cadres peuvent soutenir l'innovation en matière de planification et d'élaboration de politiques en relevant les possibilités qui s'offrent au secteur de la santé et aux autres secteurs afin d'agir dans le but de réduire les inégalités en santé¹ qui caractérisent certains groupes de la population.

Le Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé (CCDSS) a entrepris l'examen des cadres relatifs aux déterminants de la santé qui existent au Canada et à l'étranger, afin de produire le présent *Examen des cadres relatifs aux déterminants de la santé*. Ce faisant, il a créé un *Compendium de cadres relatifs aux déterminants sociaux de la santé* qui présente les perspectives de différents secteurs et ordres de gouvernement. Chacun des 36 cadres compris dans le compendium représente une approche unique permettant de comprendre et de décrire les déterminants,

leur manière d'influer sur la santé et ce que les différents secteurs peuvent faire pour agir sur ces déterminants. La grande diversité des manières dont chaque cadre représente les déterminants de la santé et les interactions entre eux reflète les nombreuses façons dont ces cadres peuvent servir à communiquer les déterminants de la santé à divers auditoires.

Sept cadres du compendium ont été sélectionnés (voir *l'Étude approfondie*) pour leurs descriptions détaillées, tenant compte d'éléments qui se rapportent au contexte canadien. *L'étude approfondie* aborde les éléments clés faisant partie des sept cadres qui devraient être envisagés dans la prise de mesures pour agir sur les déterminants de la santé, par exemple l'importance de mobiliser des partenaires hors du secteur de la santé et les avantages d'agir en amont.

Le présent *Examen* a pour but de servir de ressource aux responsables des orientations politiques, aux chercheurs, aux praticiens et aux autres intervenants qui contribuent à la sensibilisation et à la promotion de l'action sur les déterminants de la santé, tant au sein du secteur de la santé qu'à l'extérieur de celui-ci. Cet *Examen* alimentera également notre compréhension de problèmes complexes et appuiera l'innovation en matière de planification et d'élaboration de politiques. Le présent rapport ne constitue pas un catalogue complet de tous les cadres relatifs aux déterminants de la santé. Il n'a pas non plus été conçu pour donner une évaluation formelle des cadres qu'il comprend.

¹ Les inégalités sont des différences dans l'état de santé qui découlent d'inégalités dans les conditions sociales et économiques essentielles à la santé (Edwards et Di Ruggiero, 2011).

1. Introduction

Notre santé est influencée par de nombreux facteurs, notamment notre travail, notre scolarité, notre revenu, notre milieu de vie, la qualité de notre vécu pendant la petite enfance et l'environnement physique dans lequel nous vivons (ASPC, 2008). On appelle ces facteurs les déterminants sociaux de la santé.

Même si la recherche a démontré l'importance des déterminants sociaux de la santé pour la santé de la population ainsi que pour d'autres résultats sociaux et économiques, ceux-ci demeurent peu connus et compris du public. La plupart des Canadiens croient que leur santé est principalement influencée par leurs choix individuels, par exemple en matière de tabagisme, d'alimentation et d'activité physique. L'influence sur la santé de facteurs sociaux plus globaux, comme le revenu ou le niveau d'instruction, n'est pas aussi largement reconnue, ni comprise (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2005). La sensibilisation aux déterminants de la santé varie également beaucoup d'un secteur à l'autre. Certains (par exemple celui de la santé) ont une meilleure compréhension que d'autres (par exemple, l'industrie) des déterminants et de leur influence (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2008).

Les cadres peuvent améliorer la compréhension d'idées ou de concepts complexes en les représentant visuellement. Par exemple, les cadres peuvent illustrer comment le vécu d'une personne relativement aux déterminants sociaux de la santé entraîne différents résultats sur sa santé au cours de sa vie (Raphael, 2009), exprimer ce que sont les déterminants et la portée de leur influence (cadres explicatifs), ou encore montrer les

interactions entre les déterminants ainsi que leurs effets combinés sur la santé (cadres interactifs). Les cadres qui alimentent le plus efficacement l'élaboration de politiques et la prise de décisions illustrent également comment, quand, où et par qui des mesures peuvent être prises pour améliorer la trajectoire de santé d'une personne ou d'une communauté (cadres axés sur l'intervention). La portée d'un cadre relatif aux déterminants de la santé peut varier, d'étroite (par exemple, un cadre axé sur un sous-groupe de la population) à vaste (par exemple, un cadre tenant compte de la population entière), selon le type et la portée des déterminants qu'il comprend (Raphael, 2009).

Pour appuyer les responsables des orientations politiques, les chercheurs, les praticiens et les autres intervenants qui travaillent à faire progresser l'action sur les déterminants de la santé, le Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé (CCDSS) a entrepris un Examen des cadres relatifs aux déterminants de la santé (l'Examen). Ce faisant, le CCDSS a créé :

Le compendium de 36 cadres relatifs aux déterminants de la santé, qui rassemble une gamme de cadres provenant de différents secteurs afin d'illustrer comment les cadres peuvent contribuer à l'innovation en matière d'action sur les déterminants de la santé, en faisant ce qui suit :

- expliquer les déterminants de la santé à un vaste auditoire;
- relever les occasions de créer des liens entre secteurs pour un meilleur impact;
- orienter l'action intersectorielle;

- mettre en évidence les domaines à cibler en priorité;
- modéliser des scénarios d'intervention;
- déterminer les cibles d'intervention où le potentiel d'impact est le plus grand;
- étudier les conditions de réussite;
- relever les occasions de mobilisation, de collaboration et de partenariat.

L'*étude approfondie*, constituée de descriptions détaillées d'une sélection de cadres qui comprennent des éléments se rapportant au contexte canadien.

Vous trouverez à la section 2.3 un aperçu des cadres qui forment le compendium. Le compendium complet, comprenant les liens vers le Web ainsi que la description des déterminants de chaque modèle et ses principales caractéristiques, se trouve à l'annexe A. La section 3, intitulée *Étude approfondie*, nomme (section 3.1) et décrit brièvement les sept cadres sélectionnés pour faire partie de l'étude approfondie (section 3.3), en plus de présenter un exposé sur les éléments clés relevés dans ceux-ci (section 3.4).

En vue de fournir le contexte stratégique et historique associé à l'élaboration de bon nombre des cadres inclus dans le présent *Examen*, l'annexe C, intitulée *Évolution des points de vue sur les déterminants sociaux de la santé*, présente une brève chronologie de certains développements, au Canada et ailleurs dans le monde, qui ont joué un rôle important dans l'avancement des déterminants de la santé.

Le présent *Examen* a pour but de démontrer qu'il existe de nombreuses manières de décrire et de représenter les facteurs qui influencent la santé, et que différentes approches sont indiquées dans différentes situations. Ainsi, cet *Examen* se présente comme une ressource qui contribue à la sensibilisation et à la promotion de l'action sur les déterminants de la santé, qui nous permet de comprendre les problèmes complexes et qui appuie l'innovation en matière de planification et d'élaboration de politiques. À ce titre, cet *Examen* ne constitue pas un examen complet de tous les cadres relatifs aux déterminants de la santé et en aucun cas ne sous-entend-il qu'il existe un seul cadre relatif aux déterminants de la santé qui pourrait répondre aux besoins de tous les secteurs ou de tous les auditoires.

2. Le compendium

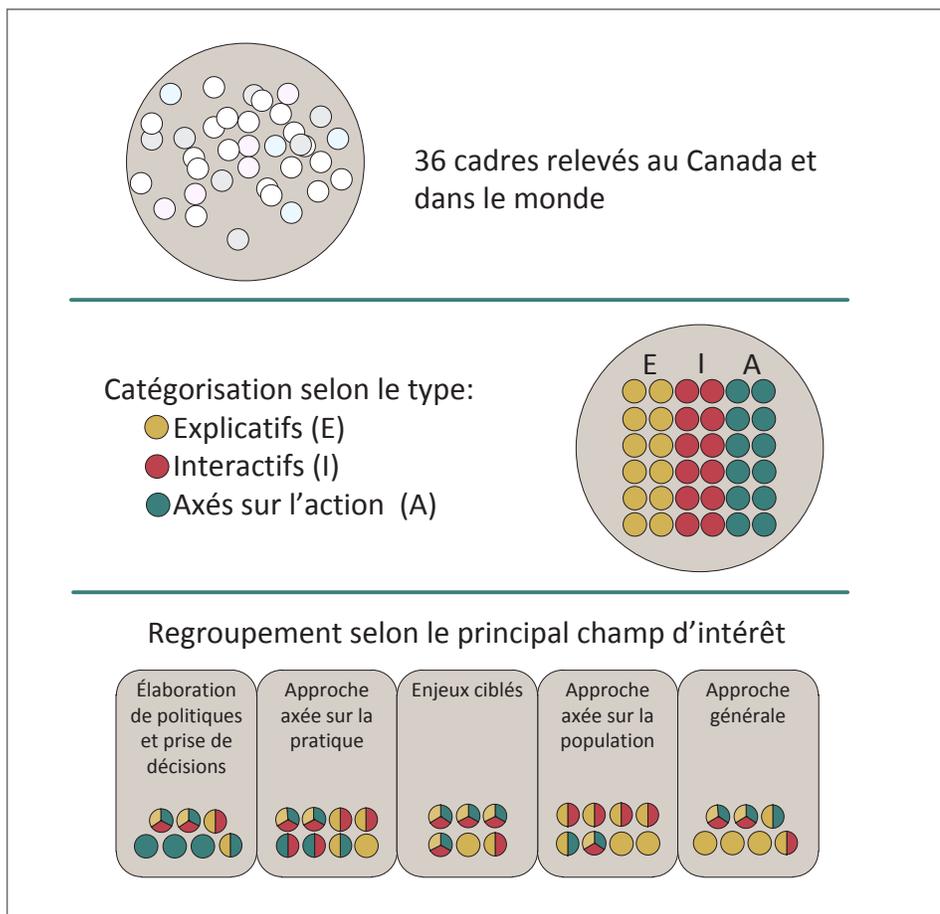
2.1 SÉLECTION DES CADRES

Une revue de la littérature a permis de relever 36 cadres relatifs aux déterminants de la santé élaborés par différents pays, secteurs et ordres de gouvernement. Divers cadres, dont la portée et les publics cibles varient, ont été inclus dans le compendium afin de démontrer l'éventail des représentations possibles des déterminants de la santé, de leurs interactions complexes et du rôle que peuvent jouer les différents secteurs pour agir sur ceux-ci. Des cadres axés particulièrement sur les Autochtones ont également été inclus.

2.2 CATÉGORISATION ET REGROUPEMENT DES CADRES

La **figure 1**, ci-dessous, illustre la catégorisation et le regroupement des cadres qui forment le compendium. Les cadres ont d'abord été catégorisés selon trois types : **cadres explicatifs**, **cadres interactifs** et **cadres axés sur l'action**. Plus d'une catégorie peut s'appliquer à un même cadre. Lorsqu'un cadre répond aux exigences de plusieurs catégories, il est désigné comme tel.

FIGURE 1 - CATÉGORISATION ET REGROUPEMENT DES CADRES



TYPES DE CADRES :

- **Explicatifs** – Ces cadres présentent une liste des déterminants de la santé, précisant parfois leurs contributions relatives. Ils servent principalement à expliquer le concept des déterminants de la santé à des lecteurs qui ne le connaissent pas beaucoup ou en ont une compréhension limitée.
- **Interactifs** – Parfois appelés « cadres conceptuels », ils indiquent les points d'interaction et les liens entre les déterminants de la santé, mais en général, ils ne définissent pas de stratégies d'intervention. Les cadres interactifs aident à cerner les causes systémiques ou fondamentales de différences en matière de santé entre divers groupes de la population, ainsi que les voies par lesquelles ces causes mènent aux inégalités en question. Habituellement, les cadres interactifs énoncent les principes théoriques qui peuvent guider l'élaboration logique et systématique d'un plan de recherche, d'une politique donnée ou d'une méthode de résolution de problèmes.
- **Axés sur l'action** – Également appelés « cadres d'action », ils reposent sur les processus de prise de décisions ou d'élaboration de politiques. Ils peuvent aider les responsables des orientations politiques, les chercheurs et les praticiens à prendre des mesures à l'égard des déterminants sociaux de la santé en cernant les exigences relatives à l'action et les points d'entrée pour l'intervention. Ils peuvent également aider à déterminer les enjeux prioritaires et à évaluer le potentiel de réussite des interventions en permettant de modéliser ces dernières (p. ex. modélisation microéconomique).

Les cadres ont ensuite été regroupés en fonction de leur **principal champ d'intérêt**, comme suit :

1. **Élaboration de politiques et prise de décisions**
2. **Approche axée sur la pratique**
 - Santé de la population
 - Rapports sur la santé
 - Développement communautaire
3. **Enjeux ciblés**
 - Écosystèmes et environnement
 - Conditions de vie et de travail
4. **Approche axée sur la population**
 - Sexe
 - Autochtones
 - Enfants
 - Milieu rural
5. **Approche générale**

2.3 APERÇU DU COMPENDIUM

Cette section présente les 36 cadres compris dans le *Compendium de 36 cadres relatifs aux déterminants de la santé* qui se trouve à l'annexe A.

Ce compendium représente les travaux réalisés par divers secteurs et ordres de gouvernement et reflète l'évolution de la compréhension des déterminants de la santé durant les dernières décennies, tant au Canada que dans le monde. Par conséquent, certains cadres qui datent de plus longtemps peuvent ne pas tenir compte des idées plus récentes sur les déterminants de la santé, comme la place importante du sexe et du genre. Néanmoins, chaque cadre contribue grandement à la compréhension des déterminants et des domaines où une intervention est nécessaire pour agir sur ceux-ci.

Parmi les cadres compris dans le présent *Examen*, 86 % (n=31) ont été désignés comme explicatifs, 64 % (n=23) comme interactifs et 56 % (n=20) comme axés sur l'action. Ces chiffres démontrent qu'un certain nombre de cadres répondent aux critères

correspondant à plus d'un type de cadre (par exemple, un cadre peut être à la fois explicatif et interactif). Le tableau 1, énumère les 36 cadres compris dans le compendium, regroupés selon leur principal champ d'intérêt et classés dans l'ordre chronologique inversé.

Tableau 1 – Cadres compris dans le compendium

LÉGENDE :	
	Explicatif,
	Interactif,
	Axé sur l'action,
	Explicatif, interactif et axé sur l'action,
	Explicatif et interactif,
	Explicatif et axé sur l'action,
	Interactif et axé sur l'action

1. ÉLABORATION DE POLITIQUES ET PRISE DE DÉCISIONS	
	<i>Relations entre les cinq thèmes de la Conférence mondiale sur les déterminants de la santé</i> (OMS, 2011a)
	<i>Modèle de l'intégration de la santé dans toutes les politiques et Analyse sanitaire</i> (gouvernement d'Australie-Méridionale, 2011)
	<i>Cadre conceptuel pour planifier l'établissement d'une communauté en santé</i> (Gudes et coll., 2010)
	<i>Cadre conceptuel et Cadre d'action à l'égard des déterminants sociaux des inégalités en santé</i> (OMS, 2007)
	<i>Déterminants sociaux de la santé : établir une base de données probantes en vue d'une action politique</i> (Kelly et coll., 2007)
	<i>Spectre d'action en matière d'inégalités en santé</i> (Whitehead, 1998)
	<i>Modèle d'élaboration des politiques</i> (Kingdon, 1995)

Tableau 1 – Cadres compris dans le compendium (suite)

LÉGENDE :	
	Explicatif,
	Interactif,
	Axé sur l'action,
	Explicatif, interactif et axé sur l'action,
	Explicatif et interactif,
	Explicatif et axé sur l'action,
	Interactif et axé sur l'action
2. APPROCHE AXÉE SUR LA PRATIQUE	
Santé de la population	
	<i>Liens entre le plan national pour réduire les inégalités en santé et les autres plans et programmes</i> (ministère des Affaires sociales et de la Santé de la Finlande, 2008)
	<i>Cadre conceptuel de la santé des populations</i> (Etches et coll., 2006)
	<i>Cadre pour aborder les déterminants sociaux de la santé et du mieux-être</i> (Queensland Health, 2001)
	<i>Modèle de promotion de la santé de la population</i> (ASPC, 1996)
Rapports sur la santé	
	<i>Cadre conceptuel des indicateurs de santé</i> (ICIS, 2013)
	<i>Classement des comtés selon l'état de santé de la population</i> (Institut de la santé des populations de l'Université du Wisconsin, 2003)
	<i>Cadre d'information sur la santé, Consortium de La Trobe</i> (OMS, 2003)
Développement communautaire	
	<i>Réduire les inégalités et améliorer la santé des populations : le rôle d'un secteur communautaire dynamique</i> (Danaher, 2011)
3. ENJEUX CIBLÉS	
Écosystèmes et environnement	
	<i>Cadre de santé publique destiné à évaluer les incidences sur la santé et à établir l'état de santé</i> (Schulz et Northridge, 2004)
	<i>Cadre prismatique de la santé et de la durabilité</i> (Parkes, Panelli et Weinstein, 2003)
	<i>Relations entre les principaux déterminants de la santé et le développement durable</i> (Hancock, 2001)
	<i>Mandala de la santé</i> (Hancock et Perkins, 1985)
Conditions de travail et de vie	
	<i>Déterminants socioéconomiques de la santé</i> (Munro, 2008)
	<i>Déterminants sociaux de la santé et voies vers la santé et la maladie</i> (Brunner et Marmot, 2006)

Tableau 1 – Cadres compris dans le compendium (suite)

LÉGENDE :	
	Explicatif,
	Interactif,
	Axé sur l'action,
	Explicatif, interactif et axé sur l'action,
	Explicatif et interactif,
	Explicatif et axé sur l'action,
	Interactif et axé sur l'action

4. APPROCHE AXÉE SUR LA POPULATION	
Sexe	
	<i>Cadre des déterminants de la santé selon le sexe : l'importance de la santé des filles et des femmes</i> (Benoit et Shumka, 2009)
	<i>Cadre de l'utilisation du sexe et de l'équité comme indicateurs de la santé dans l'Étude POWER</i> (Clark et Bierman, 2009)
	<i>Cadre conceptuel de la santé et de la migration axé sur le sexe</i> (Bierman, 2007)
Autochtones	
	<i>Modèle holistique de planification et de politique des Premières Nations</i> (APN, 2013)
	<i>Modèle intégré de parcours de vie et des déterminants sociaux de la santé autochtone</i> (Loppie Reading et Wien, 2009)
	<i>Déterminants sociaux de la santé des Inuits : document de discussion</i> (Inuit Tapiriit Kanatami, 2007)
Enfants	
	<i>Modèle de l'évaluation des environnements qui influent sur le développement de la petite enfance</i> (Siddiqi, Irwin et Hertzman, 2007)
Milieu rural	
	<i>Modèle d'action en santé communautaire : un modèle de développement et d'action communautaires</i> (Annis, 2005)
5. APPROCHE GÉNÉRALE	
	<i>Vers l'équité en santé : un cadre d'action</i> (Daghofer et Edwards, 2009)
	<i>Déterminants sociaux de la santé</i> (Raphael, 2009)
	<i>Cadre écosocial</i> (Krieger, 2008)
	<i>Cadre des déterminants sociaux de la santé de l'Alberta</i> (O'Hara, 2005)
	<i>Agence de la santé publique du Canada – Déterminants de la santé</i> (ASPC, 1994)
	<i>Modèle élargi des déterminants sociaux de la santé</i> (Dahlgren et Whitehead, 1991)
	<i>Le gradient de la santé, groupe de travail mixte de l'OMS sur l'action intersectorielle</i> (Taket, 1990)



3. L'étude approfondie

3.1 SÉLECTION DE SEPT CADRES

Une fois les cadres catégorisés (par type) et regroupés (par principal champ d'intérêt) afin de former le compendium, sept ont été sélectionnés parmi ces trente-six afin d'en faire une étude approfondie fondée sur la présence d'éléments qui se rapportent au contexte canadien. Les voici :

1. *Modèle holistique de planification et de politique des Premières Nations* (Assemblée des Premières Nations [APN], 2013);
2. *Cadre conceptuel pour planifier l'établissement d'une communauté en santé* (Gudes et coll., 2010);
3. *Vers l'équité en santé : un cadre d'action* (Daghofer et Edwards, 2009);
4. *Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS – Cadre conceptuel et Cadre d'action à l'égard des déterminants sociaux des inégalités en santé* (OMS, 2007);
5. *Cadre pour aborder les déterminants sociaux de la santé et du mieux-être* (Queensland Health, 2001);
6. *Modèle élargi des déterminants sociaux de la santé* (Dahlgren et Whitehead, 1991);
7. *Mandala de la santé* (Hancock et Perkins, 1985).

3.2 DESCRIPTION, ÉVALUATION ET ÉNONCÉ DES ÉLÉMENTS CLÉS

DESCRIPTION ET ÉVALUATION

Les sept cadres sélectionnés ont ensuite été décrits et évalués en fonction des critères suivants :

- **Description** : aperçu général.
- **Origines** : créateurs du cadre et contexte entourant son élaboration.
- **Type** : cadre explicatif, interactif ou axé sur l'action.
- **Principal champ d'intérêt** : approche principale ou champ d'intérêt principal.
- **Déterminants cités** : déterminants compris dans le cadre.
- **Éléments importants** : caractéristiques uniques ou dignes de mention.
- **Forces** : évaluation des forces.
- **Limites** : évaluation des éléments qui sont faibles ou manquants.
- **Exemples d'utilisation** : exemples de mise en pratique et d'utilisation, si de tels exemples sont connus.
- **Public cible** : publics cibles auxquels s'adresse le cadre.

Les **points saillants** de la description et de l'évaluation de chacun des sept cadres se trouvent ci-dessous, à la section 3.3, accompagnés d'une illustration de chaque cadre. La description et l'évaluation complètes de chaque cadre se trouvent à l'annexe B.

ÉNONCÉ DES ÉLÉMENTS CLÉS

La description et l'évaluation des sept cadres sélectionnés ont permis de relever plusieurs éléments clés pertinents, qui contribuent à l'action sur les déterminants de la santé, à savoir les suivants :

- Éléments 1 et 2 – recours à une approche holistique et intersectorielle²
- Éléments 3 – reconnaissance de l'exclusion sociale
- Éléments 4 – rôle des individus et des communautés
- Éléments 5 – importance de l'action en amont
- Éléments 6 – énoncé clair des interactions entre les déterminants

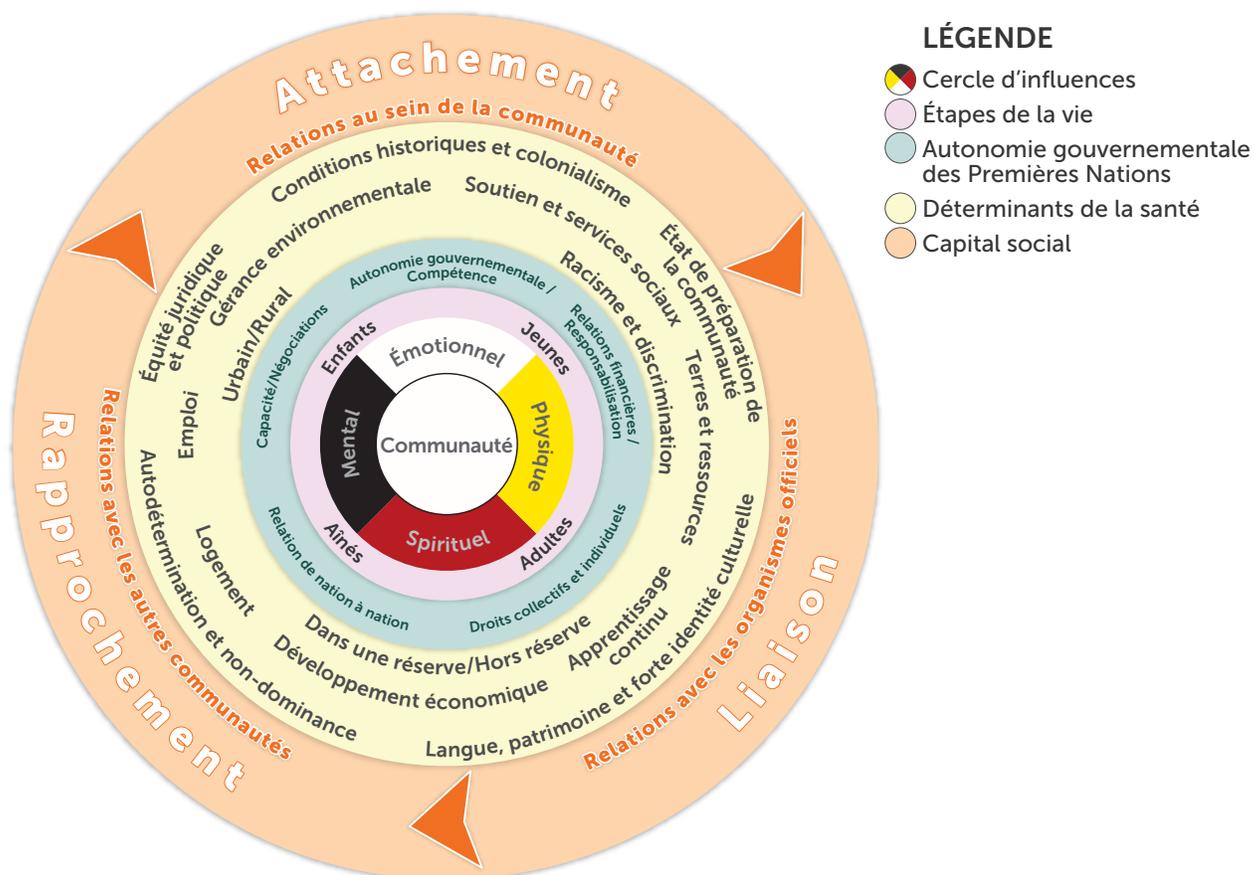
Ces éléments sont énoncés à la section ci-dessous portant sur les points saillants, et examinés plus en détail à la section 3.4, intitulée Explication des éléments clés.

3.3 POINTS SAILLANTS DE LA DESCRIPTION, DE L'ÉVALUATION ET DE L'ÉNONCÉ DES ÉLÉMENTS CLÉS

Ci-dessous, les points saillants de la description, de l'évaluation et de l'énoncé des éléments clés accompagnent une illustration de chacun des sept cadres sélectionnés pour faire partie de l'*étude approfondie*. L'annexe B fournit les descriptions complètes.

² Les éléments de ces deux approches étant interreliés, ils sont abordés à titre de concept unique.

CADRE 1 - MODÈLE HOLISTIQUE DE PLANIFICATION ET DE POLITIQUE DES PREMIÈRES NATIONS (APN, 2013)



Type : Explicatif, interactif et axé sur l'action

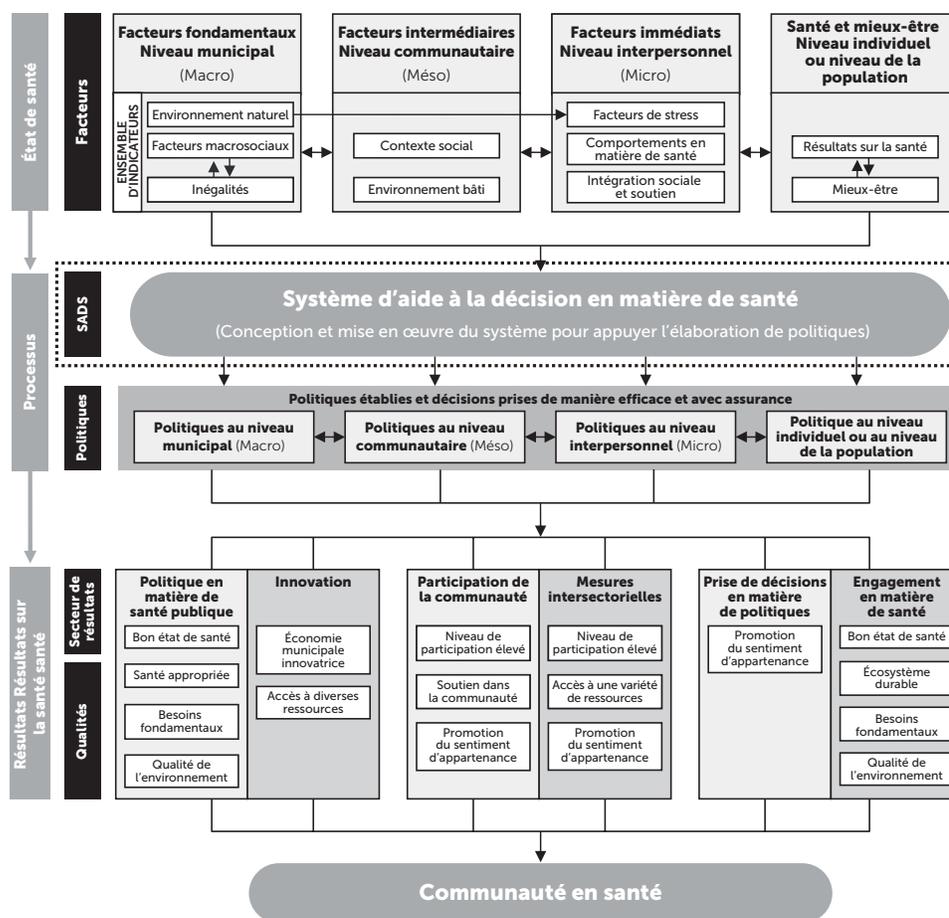
Principal champ d'intérêt : Approche axée sur la population – Autochtones

Description :

- Cadre créé pour prendre des mesures à l'égard du fait que les membres des Premières Nations ont plus de problèmes de santé que la plupart des Canadiens, notamment des taux de morbidité et de mortalité disproportionnellement élevés relativement à plusieurs maladies.
- Il tient compte de l'autonomie gouvernementale des Premières Nations et s'appuie sur leur cercle d'influences traditionnel pour décrire leur situation unique en matière de santé.
- Il indique que la santé environnementale, le développement durable, ainsi que les aspects sociaux et culturels sont des éléments clés à prendre en considération pour comprendre les inégalités en santé chez les Autochtones.
- Axé très précisément sur les Premières Nations.

Éléments clés relevés : Recours à une approche holistique et intersectorielle, reconnaissance de l'exclusion sociale, rôle des individus et des communautés.

CADRE 2 - CADRE CONCEPTUEL POUR PLANIFIER L'ÉTABLISSEMENT D'UNE COMMUNAUTÉ EN SANTÉ (GUDES ET COLL., 2010)



Type : Explicatif, interactif et axé sur l'action

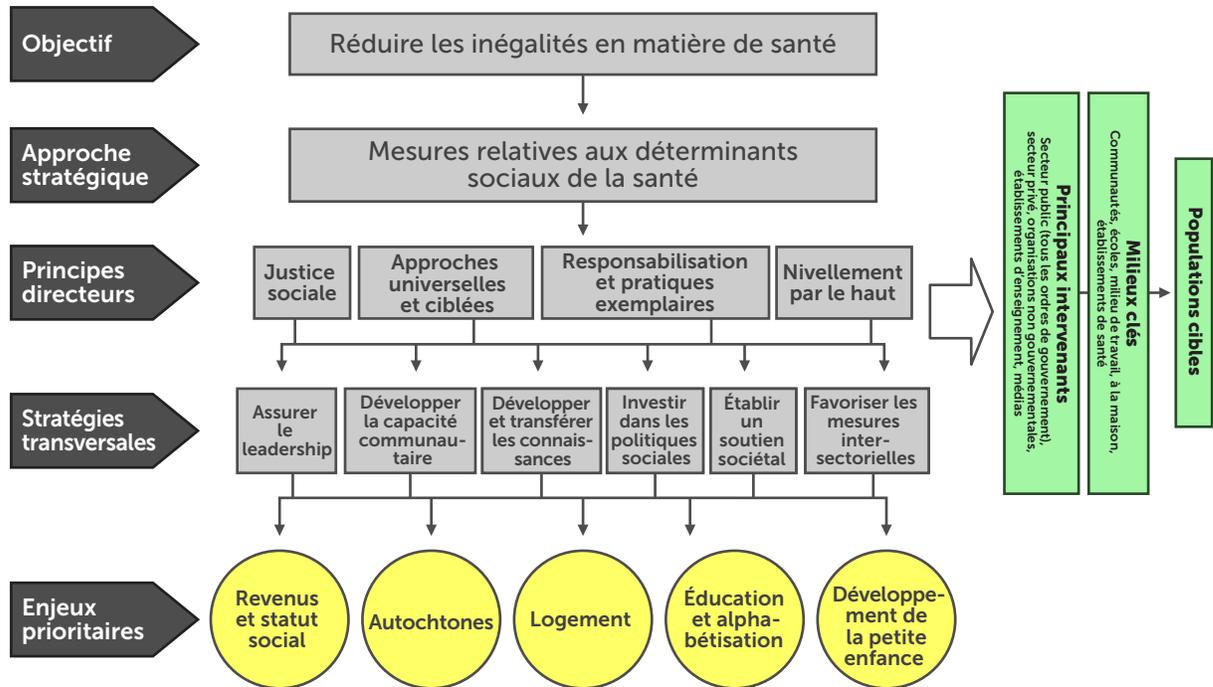
Principal champ d'intérêt : Élaboration de politiques et prise de décisions

Description :

- Ce cadre décrit les déterminants de la santé et les sphères d'influence nécessaires pour bâtir des communautés en santé.
- Il comprend les facteurs de santé, l'environnement naturel et l'environnement bâti.
- Approche collaborative s'adressant aux urbanistes.
- Cadre fortement axé sur l'action intersectorielle.
- Dépend largement de la fiabilité des données sur la santé et provenant des systèmes d'information géographique (SIG).

Éléments clés relevés : Recours à une approche holistique et intersectorielle, rôle de la communauté.

CADRE 3 - VERS L'ÉQUITÉ EN SANTÉ : UN CADRE D'ACTION
(DAGHOFER ET EDWARDS, 2009)



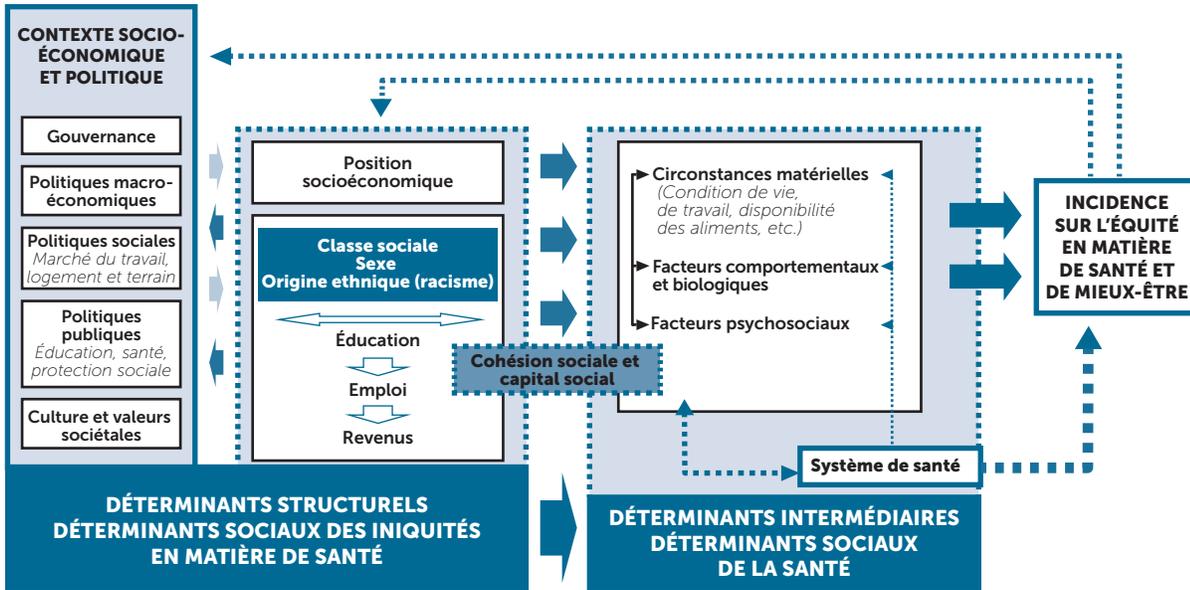
	Type : Explicatif et axé sur l'action	Principal champ d'intérêt : Approche générale
--	--	--

Description :

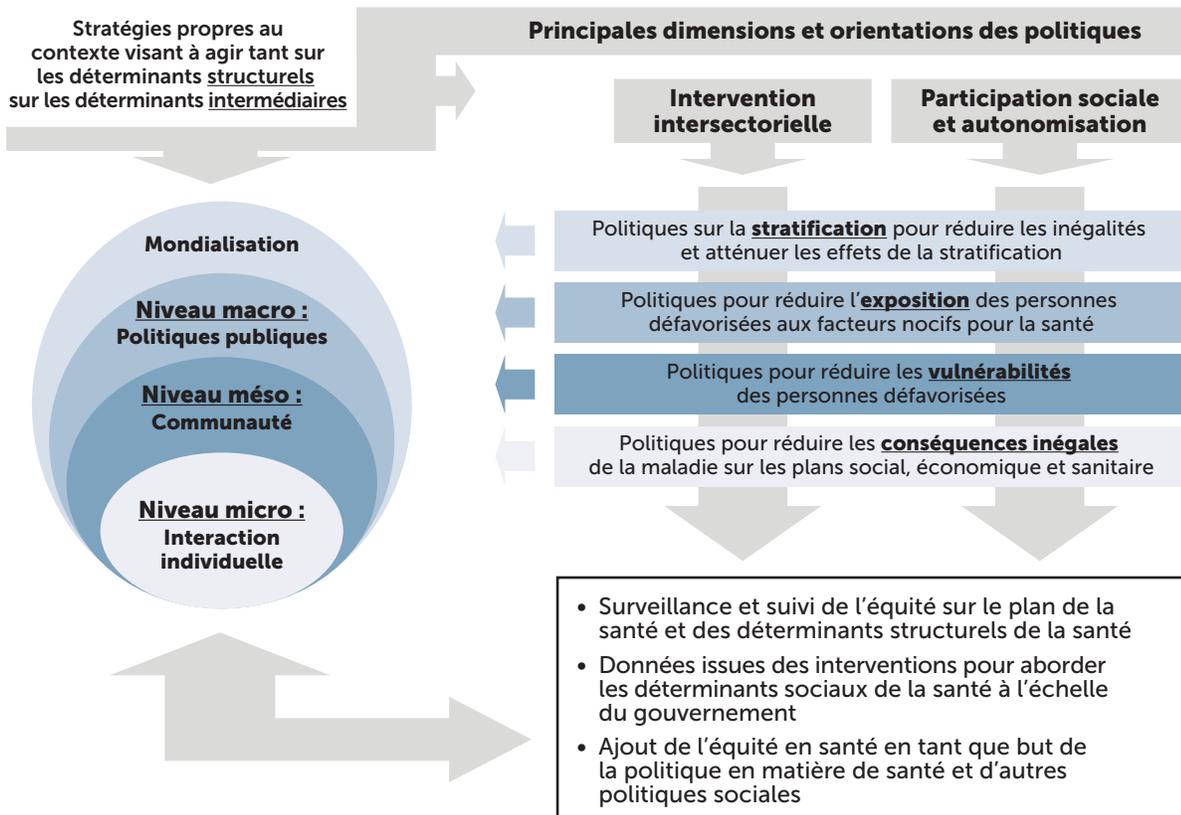
- Ce cadre décrit le contexte canadien et les priorités au Canada.
- Il est axé sur cinq enjeux prioritaires : revenu et statut social, logement, éducation et alphabétisation, Autochtones et développement de la petite enfance.
- Il énonce six stratégies transversales permettant d'agir sur les déterminants de la santé : assurer le leadership, développer la capacité communautaire, développer et transférer les connaissances, investir dans les politiques sociales, établir un soutien sociétal et favoriser les mesures intersectorielles.

Éléments clés relevés : Recours à une approche intersectorielle, importance de l'action en amont.

CADRE 4A - COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ - CADRE CONCEPTUEL (OMS, 2007)



CADRE 4B - CADRE D'ACTION À L'ÉGARD DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DES INÉGALITÉS EN SANTÉ (OMS, 2007)





Type : Explicatif, interactif et axé sur l'action

Principal champ d'intérêt : Élaboration de politiques et prise de décisions

Description :

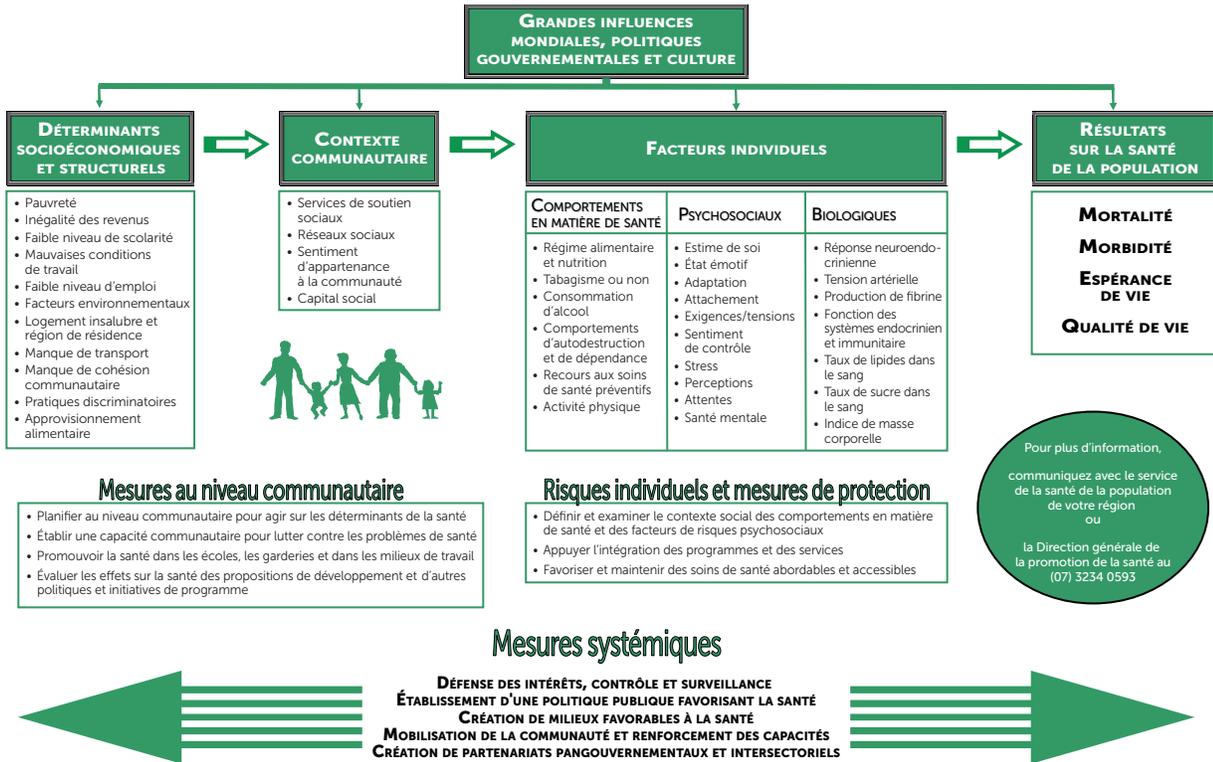
- Ces cadres comprennent à la fois des facteurs structurels et intermédiaires à titre de déterminants de la santé.
- Ils énoncent les principales dimensions et orientations des politiques
- Ils mettent l'accent sur l'action intersectorielle, la participation sociale et l'habilitation à l'échelle mondiale, à l'échelle communautaire et à l'échelle individuelle, ainsi que dans les politiques publiques.
- Les deux cadres doivent être utilisés conjointement pour décrire les déterminants, leurs interactions et les interventions possibles.

Éléments clés relevés : Recours à une approche holistique et intersectorielle, reconnaissance de l'exclusion sociale, rôle des individus et des communautés, importance de l'action en amont, énoncé clair des interactions entre les déterminants.

CADRE 5 - CADRE POUR ABORDER LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ ET DU MIEUX-ÊTRE (QUEENSLAND HEALTH, 2001)

Cadre pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et du mieux-être

La santé englobe bien plus que la prestation de services de santé, car la santé des personnes ne peut être dissociée des contextes sociaux, culturels et économiques dans lesquels elles vivent, travaillent et se divertissent.



Type : Explicatif, interactif et axé sur l'action

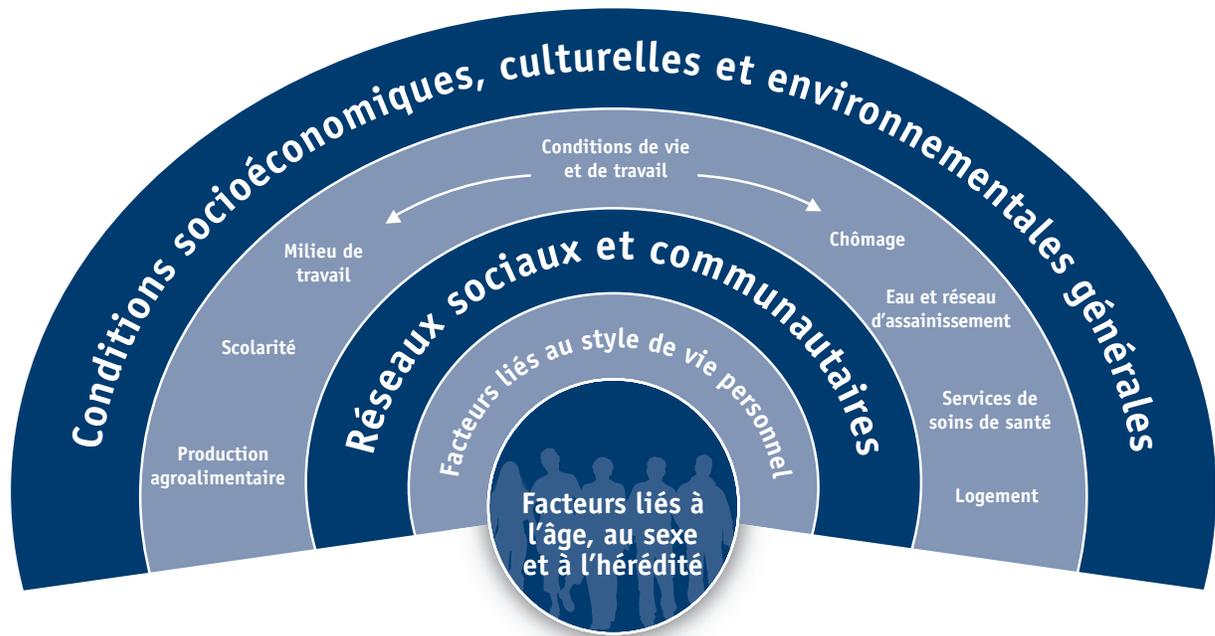
Principal champ d'intérêt : Approche axée sur la pratique – Santé de la population

Description :

- Ce cadre définit clairement le rôle de la santé publique dans la promotion de l'égalité en matière de santé.
- Il décrit le rôle de la santé publique en matière de collaboration intersectorielle et d'action communautaire.
- Il présente une gamme de déterminants et de mesures à l'échelle individuelle, à l'échelle communautaire et à l'échelle systémique.

Éléments clés relevés : Recours à une approche holistique et intersectorielle, reconnaissance de l'exclusion sociale, rôle des individus et des communautés, importance de l'action en amont.

CADRE 6 - MODÈLE ÉLARGI DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ (DAHLGREN ET WHITEHEAD, 1991)



E

Type : Explicatif

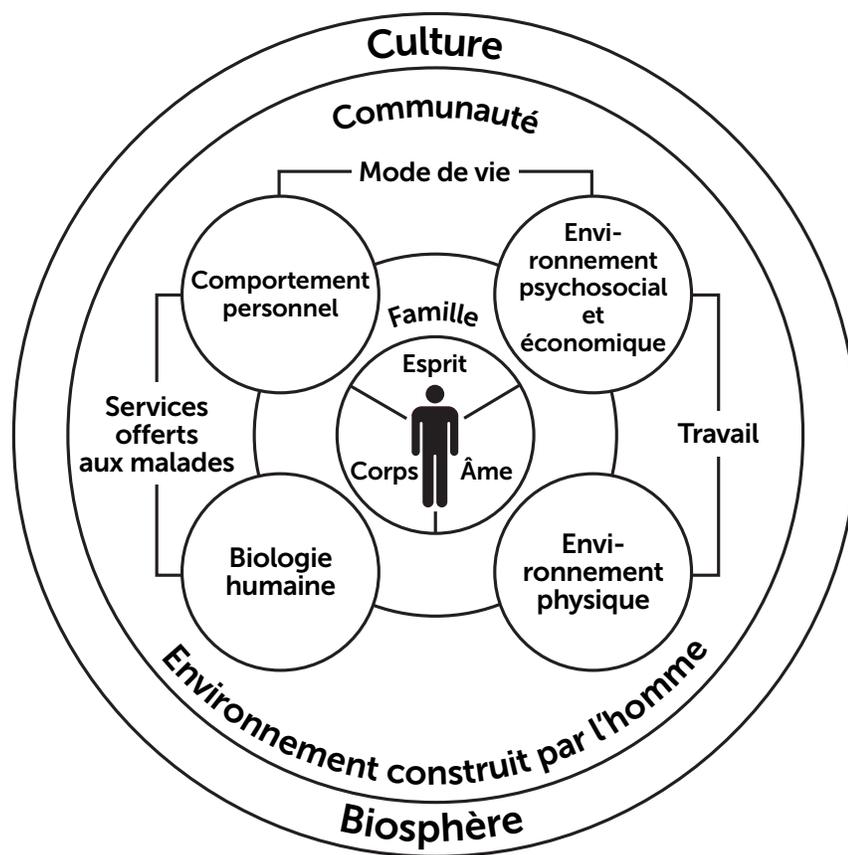
Principal champ d'intérêt : Approche générale

Description :

- Le modèle sur les déterminants de la santé le plus connu et le plus utilisé.
- Il illustre l'influence de divers facteurs sur la santé et le bien-être des personnes, en commençant par les plus fondamentaux (conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales) pour aller jusqu'aux plus malléables (facteurs liés au style de vie personnel).
- Il est utile pour expliquer le concept d'équité en santé à un vaste auditoire intersectoriel.

Éléments clés relevés : Recours à une approche holistique et intersectorielle, importance de l'action en amont.

CADRE 7 - MANDALA DE LA SANTÉ (HANCOCK ET PERKINS, 1985)



Type : Explicatif et interactif

Principal champ d'intérêt : Approche générale

Description :

- Ce cadre relatif aux déterminants de la santé fait figure de précurseur au Canada.
- Il illustre des éléments du rapport intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* (Lalonde, 1974).
- Il reflète une approche écologique en illustrant comment les interactions entre la culture et l'environnement influent sur la santé.
- Le modèle clarifie les rôles du mode de vie et du comportement personnel, précisant que le mode de vie est influencé, modifié et contraint par un processus de socialisation qui dure toute la vie, ainsi que par l'environnement psychosocial, qui comprend la famille, la communauté, les valeurs culturelles et les normes.
- Il est utile pour expliquer une approche écologique à un vaste auditoire.

Éléments clés relevés : Recours à une approche holistique, énoncé des interactions entre les déterminants.

3.4 EXPLICATION DES ÉLÉMENTS CLÉS

La description et l'évaluation des sept cadres sélectionnés pour faire partie de l'étude approfondie ont permis de relever plusieurs éléments importants, qui sont mentionnés à la section 3.2. La présente section explique en quoi ces éléments sont pertinents et comment ils contribuent à notre compréhension des déterminants de la santé.

ÉLÉMENTS 1 ET 2 - RECOURS À UNE APPROCHE HOLISTIQUE ET INTERSECTORIELLE

Les éléments interreliés caractérisant le recours à une approche holistique et intersectorielle sont largement reconnus, tant au Canada qu'à l'échelle internationale, comme des composantes importantes d'une approche en matière de santé de la population³ qui vise l'équité en santé⁴. Parmi les documents de politiques marquants qui mettent l'accent sur le besoin d'une action holistique et intersectorielle pour assurer la progression des déterminants de la santé, figure *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* (OMS, 2008) – qui enjoint tous les secteurs à s'assurer que leurs politiques n'ont pas de répercussions négatives sur la santé ou l'équité en santé – et la *Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques* (OMS, 2010) – qui explique que le secteur

de la santé doit « associer l'ensemble des secteurs gouvernementaux afin qu'ils prennent en compte les aspects de leurs activités qui touchent à la santé et au bien-être ».

Les sept cadres sélectionnés pour l'étude approfondie comprennent des représentations uniques d'approches holistiques et intersectorielles. En voici quelques exemples.

« L'action sur les déterminants sociaux de la santé doit donc faire intervenir l'ensemble des pouvoirs publics, la société civile, les communautés locales, les entreprises, les instances mondiales et les organismes internationaux. Les politiques et programmes doivent englober tous les grands secteurs de la société sans s'en tenir au seul secteur de la santé. »

– OMS, 2008

Le cadre canadien *Mandala de la santé* est une représentation fondamentale de la manière dont la santé humaine est à la fois influencée par la biologie humaine, le comportement individuel, l'environnement psychosocial, l'environnement physique et l'environnement naturel (Hancock et Perkins, 1985). Ce cadre est le premier modèle connu qui fait la distinction entre le mode de vie (en tant que constellation d'éléments psycho-socio-économiques sur lesquels les individus ont peu d'emprise) et le comportement individuel (par exemple, bien s'alimenter et faire de l'exercice). Il conceptualise de nombreux aspects du document *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* (Lalonde, 1974), qui officialisait la notion selon laquelle

³ La santé de la population est une approche de la santé qui vise à améliorer la santé de l'ensemble d'une population et à réduire les inégalités en matière de santé parmi certains groupes de population. Pour atteindre ces objectifs, cette approche observe le large éventail des facteurs et des conditions qui ont une forte influence sur notre santé et agit sur ces facteurs.

⁴ Selon Whitehead (1992), les inégalités en matière de santé se définissent comme des écarts de santé qui, en plus de ne pas être nécessaires et inévitables, sont considérés comme inéquitables et injustes.

la santé n'est pas uniquement le résultat de comportements individuels.

Le *Modèle élargi des déterminants sociaux de la santé* (Dahlgren et Whitehead, 1991) est probablement le cadre le plus facile à reconnaître et le plus utilisé des cadres représentant les déterminants de la santé. Ce modèle indique quelles sphères d'influence environnementales, sociales et individuelles, en plus de la myriade des secteurs, peuvent dégrader ou améliorer l'état de santé des individus et des populations (par exemple, l'agriculture et l'alimentation, l'éducation, l'emploi, l'eau et la salubrité, les services de soins de santé, ainsi que le logement). La principale force de ces deux cadres – *Mandala de la santé* et *Modèle élargi des déterminants sociaux de la santé* – réside dans leur capacité de représenter les éléments qui sont essentiels à l'atteinte de l'équité en santé et de décrire les déterminants de la santé en s'adressant à un vaste auditoire provenant de différents secteurs.

À mesure que la compréhension des déterminants de la santé évolue, notre propre compréhension de la meilleure manière d'agir sur ceux-ci évolue également. McDavid Harrison et Dean (2011) ont décrit une approche holistique comme étant une approche qui « aborde les déterminants individuels, sociaux, structurels et environnementaux (...) qui rassemble un vaste éventail de secteurs, tels que la santé, l'éducation, la justice, l'environnement et l'emploi [ainsi que] divers types de données, notamment sur les maladies, la surveillance, les lois, l'utilisation du territoire, le marketing, la main-d'œuvre, l'éducation et les finances. » Cette approche a été mise en application par Gudes et coll. (2010) dans l'élaboration de leur *Cadre conceptuel pour planifier l'établissement d'une communauté en santé*. Ce cadre est un système de soutien décisionnel (SSD) s'appuyant sur les systèmes d'information

géographique (SIG), conçu pour améliorer « l'état de santé des populations [grâce à] des méthodes fondées sur des données probantes dans le continuum qui s'étend des déterminants de la santé jusqu'aux interventions axées sur la prestation de services » (Gudes et coll., 2010). Ce modèle recherché intègre des données sur des facteurs fondamentaux (macrofacteurs) – comme l'environnement naturel et les facteurs sociaux –, des facteurs intermédiaires (mésosfacteurs) – comme l'environnement bâti et le contexte social – et des facteurs de proximité ou interpersonnels (microfacteurs) – comme les facteurs de stress, les comportements liés à la santé et les relations interpersonnelles – avec des données décrivant l'état de santé et le bien-être d'un individu.

« La santé étant un catalyseur important et les problèmes de santé un obstacle à la réalisation des politiques, le secteur de la santé doit systématiquement associer l'ensemble des secteurs gouvernementaux afin qu'ils prennent en compte les aspects de leurs activités qui touchent à la santé et au bien-être. »

– OMS, 2010

Il existe d'autres exemples fiables du recours à une approche holistique et intersectorielle, comme les cadres interdépendants créés par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (la Commission), soit le **Cadre conceptuel** et le **Cadre d'action à l'égard des déterminants sociaux des inégalités en santé**. Le *Cadre conceptuel* de la Commission est un cadre axé sur l'action qui illustre comment les mécanismes sociaux, économiques et politiques créent des conditions socioéconomiques entraînant soit la pauvreté et un mauvais état de santé (inégalités en santé), soit l'opulence et

le bien-être. Ce cadre fait la distinction entre les facteurs sociaux qui influent sur la santé et les processus sociaux qui déterminent leur répartition inégale. Le *Cadre conceptuel* de la Commission énonce également plusieurs éléments du contexte sociopolitique qui engendrent des inégalités, notamment le marché du travail, le logement, les terres, l'éducation, la santé et les éléments ayant une valeur culturelle et sociale (OMS, 2007). Ce cadre mentionne également l'origine ethnique et le racisme en tant que facteurs qui influencent la situation socioéconomique. Quant au cadre complémentaire au *Cadre conceptuel* de la Commission, le *Cadre d'action à l'égard des déterminants sociaux des inégalités en santé* (OMS, 2007), il énonce les points d'entrée pour l'action, des interventions situées le plus « en amont » (comme les politiques visant à réduire les inégalités et à atténuer les effets de la stratification sociale à l'échelle mondiale) jusqu'à celles situées le plus « en aval » (comme les politiques visant à atténuer les inégalités des conséquences de la maladie à l'échelle individuelle).

Le **Modèle holistique de planification et de politique des Premières Nations** (APN, 2013) est unique en ce qu'il est axé sur les Premières Nations. Employant une approche holistique, il désigne les secteurs de la justice, du développement économique, du logement, des soins de santé et de l'environnement (entre autres) comme des éléments indispensables chez les populations des Premières Nations pour atteindre la santé et le bien-être. L'approche holistique est particulièrement importante pour refléter autant les obstacles historiques que les obstacles actuels à la santé et au bien-être auxquels font face les Autochtones du Canada.

La capacité d'un cadre de promouvoir efficacement l'action intersectorielle sur les

déterminants de la santé est influencée par sa capacité de reconnaître et de représenter des enjeux qui sont importants pour de multiples secteurs et de décrire comment, quand et où un soutien est requis pour produire l'effet le plus marqué. Une approche holistique, par exemple une approche qui tient compte des interactions entre la culture et l'environnement, peut servir à transcender les secteurs en sensibilisant tous les publics cibles.

ÉLÉMENT 3 - RECONNAISSANCE DE L'EXCLUSION SOCIALE

En raison de la grande diversité qui caractérise le contexte et la population du Canada, l'exclusion sociale est un élément important dans tout cadre relatif aux déterminants de la santé destiné à être utilisé au Canada. L'exclusion sociale peut être engendrée par la pauvreté, le chômage, l'itinérance, le racisme et la discrimination, et elle entraîne une difficulté d'accès au logement, à l'éducation, au transport « et aux autres facteurs qui sont essentiels à la pleine participation à la vie » (Wilkinson et Marmot, 2003). De nombreuses preuves illustrent les différences entre les sous-groupes culturels et raciaux de la population canadienne relativement aux déterminants de la santé, ainsi qu'aux résultats sociaux, économiques et sur la santé (Nestel, 2012). Parmi ces sous-groupes, la prévalence de problèmes de santé et de problèmes sociaux continue d'être disproportionnellement plus élevée chez les Autochtones du Canada que chez d'autres sous-groupes culturels et raciaux (Nestel, 2012).

« La vie est courte quand elle est de piètre qualité. En provoquant souffrances et amertume, la pauvreté, l'exclusion sociale et la discrimination entraînent des décès prématurés. »

– Wilkinson et Marmot, 2003

Les effets de l'exclusion sociale se font sentir tout au long du parcours de vie et influent sur l'endroit où une personne habite, le métier qu'elle exerce, le salaire qu'elle reçoit, le niveau d'instruction qu'elle atteint et les relations qu'elle établit (Wilkinson et Marmot, 2003). Les interactions d'une personne avec le système de soins de santé peuvent également être influencées par l'exclusion sociale, par exemple en se manifestant par un accès inadéquat à des services de soins de santé et solutions de traitement appropriés sur le plan culturel ou linguistique (Nestel, 2012). Cela s'applique tout particulièrement aux Autochtones du Canada, dont les solutions traditionnelles de guérison ne sont généralement pas comprises ou accessibles à l'intérieur du système canadien de soins de santé ordinaire.

Le **Modèle holistique de planification et de politique des Premières Nations**

(APN, 2013) illustre l'exclusion sociale vécue par les Autochtones du Canada, en raison du racisme et de la discrimination et d'autres éléments comme le contexte historique et le colonialisme. Ce modèle comporte également des composantes comme l'autodétermination, la langue, le patrimoine et la culture, ainsi que les relations au sein des communautés, entre elles et avec les institutions officielles, afin d'illustrer pourquoi une approche holistique et intersectorielle est indispensable pour réduire l'exclusion sociale que vivent les Autochtones du Canada (APN, 2013).

Les cadres qui tiennent compte de cet aspect important qu'est l'exclusion sociale peuvent servir à indiquer des occasions d'aplanir les obstacles et d'améliorer l'accès aux services de santé et aux services sociaux chez les populations marginalisées.

ÉLÉMENT 4 - COMPRÉHENSION DU RÔLE DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS

L'importance du rôle des individus dans l'établissement et le maintien de communautés en santé (mobilisation de la base) a été étudiée au cours des dernières décennies. De plus en plus d'études se sont penchées sur l'influence du voisinage sur la santé, tout en contrôlant des caractéristiques individuelles confusionnelles, comme la race et le statut socioéconomique (Clark, 2005; Diez-Roux, 2001). Les recherches ont démontré les liens entre les principaux déterminants de la santé (tels que l'éducation et l'état de santé) et l'engagement et l'interdépendance parmi les résidents d'une communauté. Ce « capital social » – ou cette « cohésion sociale » – se caractérise par des « caractéristiques de l'organisation sociale telles que les réseaux, les normes et la confiance, qui facilitent la coordination et la coopération pour un bénéfice mutuel » (Putnam, 2005).

Bien que les sept cadres examinés comportent ces éléments importants que sont l'action à l'échelle individuelle et l'action à l'échelle communautaire, cinq d'entre eux mettent plus fortement l'accent sur ces aspects.

*Pour être significatif, l'engagement des communautés doit comprendre tous les éléments suivants : **informer** (fournir des informations), **consulter** (obtenir des commentaires), **participer** (travailler avec les communautés), **collaborer** (former des partenariats avec les communautés quant à chaque aspect de la décision) et **transférer le pouvoir** (s'assurer que les communautés ont « le dernier mot » au sujet des décisions essentielles qui ont des répercussions sur leur bien-être).*

– OMS, 2007

L'objectif du cadre de Gudes et coll. (2010), intitulé **Cadre conceptuel pour planifier l'établissement d'une communauté en santé**, était de développer la capacité d'une communauté à agir sur des enjeux locaux en matière de santé en améliorant l'accessibilité, la compréhension et l'intégration des données politiques, économiques, environnementales, sociales et sur la santé. Ce cadre théorique robuste synthétise des ensembles de données complexes afin de faciliter l'action sur les déterminants de la santé à l'échelle locale.

« Le développement du capital social (...) s'appuie sur la participation citoyenne. La véritable participation sous-entend une (re)distribution de l'autonomisation, c'est-à-dire une redistribution du pouvoir qui permet à la communauté d'avoir une grande influence sur les processus décisionnels et l'élaboration de politiques qui ont des répercussions sur son bien-être et sa qualité de vie. »

– OMS, 2007

Le **Cadre conceptuel** de la Commission de l'OMS (2007) met en évidence les déterminants transversaux de la cohésion sociale. En plus d'affirmer l'importance de la confiance et de la coopération au sein de réseaux communautaires aux identités sociales similaires⁵, le *Cadre*

⁵ Szreter et Woolcock (2004) définissent le « capital social affectif » comme le degré confiance et de coopération atteint au sein de réseaux communautaires aux identités sociales similaires, le « capital social relationnel » comme des relations respectueuses et de mutualité entre des individus et des groupes qui sont conscients de ne pas présenter les mêmes caractéristiques sociodémographiques, et le « capital social instrumental » comme les normes du respect et des relations de confiance entre des individus, des groupes, des réseaux et des institutions qui interagissent, chacun ayant son propre point de vue, en suivant des gradients explicites de pouvoir institutionnalisés.

conceptuel souligne l'importance d'établir des relations de coopération entre les citoyens et les institutions en représentant la cohésion sociale et le capital social comme des éléments qui chevauchent à la fois les déterminants structurels et intermédiaires de la santé dans le modèle (OMS, 2007). Le **Cadre d'action** de la Commission de l'OMS (2007), complémentaire au *Cadre conceptuel*, met en évidence la nécessité de mobiliser et d'habiliter les citoyens afin d'assurer la durabilité des politiques et processus qui peuvent améliorer la santé des individus et des communautés. Pour cette raison, l'élément « participation sociale et autonomisation » occupe une place prépondérante dans le Cadre d'action, en plus des différents niveaux d'intervention permettant d'avoir une influence sur les politiques, les processus et les décisions (OMS, 2007).

Les rôles importants de la personne et de la communauté sont mis en évidence dans le **Modèle holistique de planification et de politique des Premières Nations** (APN, 2013). Cette approche, empruntant au cercle d'influences et au cœur de laquelle se trouve la communauté, reflète celle axée sur les trois types de capital social – affectif, relationnel et instrumental – décrite par Szreter et Woolcock (2004) afin d'illustrer l'importance de développer les capacités et l'autonomisation des communautés à l'interne, de collaborer avec d'autres communautés et de promouvoir des changements à la base qui sont marqués et durables grâce à un engagement formel auprès des institutions officielles. La nécessité du capital social affectif, du capital social relationnel et du capital social instrumental s'applique tout particulièrement aux communautés des Premières Nations en ce qui concerne l'atteinte de l'autodétermination (qui est désignée dans ce modèle comme un déterminant clé de la santé).

Le **Cadre pour aborder les déterminants sociaux de la santé et du mieux-être**

(Queensland Health, 2001) énonce également les actions nécessaires à l'échelle de la communauté, à l'échelle individuelle et à l'échelle systémique pour permettre des progrès significatifs relativement aux déterminants de la santé. Ce cadre combine le concept de « capital social affectif » (urbanisme et renforcement des capacités pour agir sur les enjeux en santé) avec les concepts de création d'environnements favorisant la santé, d'engagement communautaire et de renforcement des capacités pour prévenir les problèmes de santé, ainsi qu'avec une « approche pangouvernementale » qui comprend des partenariats intersectoriels (« capital social instrumental ») (Queensland Health, 2001; Szreter et Woolcock, 2004).

Enfin, Daghofer et Edwards (2009) attribuent à l'engagement communautaire un rôle dans leurs six stratégies transversales pour l'action sur les déterminants de la santé dans leur cadre **Vers l'équité en santé : un cadre d'action**. Par exemple, le leadership, la capacité communautaire, le développement et le transfert de connaissances, les investissements dans des politiques sociales, le renforcement des soutiens sociaux et la promotion de l'action intersectorielle sont tous nécessaires pour agir sur les enjeux en amont, comme le revenu et le statut social, ou encore développement de la petite enfance. Bien que ce modèle illustre l'aspect « affectif » du capital social (par l'amélioration des capacités communautaires), il semble principalement axé sur le « capital social instrumental » puisqu'il met fortement l'accent sur la justice sociale et la responsabilité gouvernementale relativement à l'action sur les déterminants de la santé.

Le fait que ces cadres tiennent compte du capital social démontre comment les responsables des orientations politiques, les chercheurs et les praticiens peuvent s'engager de façon concrète auprès des individus ou des communautés pour contribuer à l'action sur les déterminants de la santé. De façon similaire, les cadres qui mettent l'accent sur le capital social peuvent être utilisés au sein des communautés à des fins de sensibilisation aux avantages de l'interdépendance et de la collaboration.

ÉLÉMENT 5 - RECONNAISSANCE DE L'IMPORTANCE DE L'ACTION EN AMONT

Les cadres relatifs aux déterminants de la santé qui comptent l'action en amont parmi leurs éléments essentiels démontrent de manière convaincante que les causes fondamentales de nombreuses inégalités résident dans les déterminants structurels et intermédiaires de la santé, comme les conditions matérielles, le statut socioéconomique et les contextes politique et économique (Irwin, Siddiqui et Hertzman, 2007). Pour agir sur ces causes fondamentales, des interventions en amont sont souvent nécessaires en plus d'interventions qui visent un changement des comportements individuels. Parmi les actions en amont les plus importantes se trouvent celles qui sont axées sur un développement sain durant l'enfance. L'effet formateur des expériences de la petite enfance sur le bien-être mental, physique et social tout au long de la vie est abondamment documenté. L'investissement efficace dans la petite enfance est considéré comme une pierre angulaire du développement humain, un élément crucial pour des sociétés prospères et un objectif auquel de nombreux secteurs peuvent contribuer (Irwin et coll., 2007). D'autres importantes actions en amont concernent le développement économique, le revenu (la pauvreté), le logement abordable, la sécurité alimentaire, l'éducation et l'alphabétisation (Munro, 2008).

« (...) l'investissement dans la petite enfance est le plus rentable des investissements que peut faire un pays, et (...) ses retombées, qui sont étalées sur une vie entière, représentent bien des fois le montant investi à l'origine. »

– Irwin et coll. 2007

Cinq des sept cadres examinés comprennent une composante fortement axée sur l'intervention en amont. Comme on le mentionne plus haut, Daghofer et Edwards (2009) présentent le revenu et le statut social, le logement, l'alphabétisation et l'éducation, ainsi que le développement de la petite enfance en plus des stratégies qui sont nécessaires à l'action comme celles axées sur le leadership, la capacité communautaire et l'action intersectorielle. Le **Cadre pour aborder les déterminants sociaux de la santé et du mieux-être** (Queensland Health, 2001) et le **Modèle élargi des déterminants sociaux de la santé** (Dahlgren et Whitehead, 1991) relèvent également des éléments en amont qui ont une influence sur la santé et qui devraient être considérés comme des domaines d'intervention afin de réaliser les gains les plus importants sur le plan de la santé des populations. Toutefois, on remarque l'absence du développement de la petite enfance dans le deuxième cadre (Dahlgren et Whitehead, 1991).

Le **Modèle holistique de planification et de politique des Premières Nations** (APN, 2013) comprend en amont les éléments habituels que sont le logement, les soins de santé, l'emploi et le développement économique, aux côtés de considérations propres à la réalité autochtone comme la conservation de la langue, du patrimoine et de la culture, la gérance environnementale et l'utilisation des terres et des ressources – des enjeux d'une

grande importance pour les Autochtones du Canada et qui sont intimement liés à la santé émotionnelle, physique et spirituelle (Loppie Reading et Wein, 2009). Même si le développement de la petite enfance ne fait pas partie des éléments ciblés par l'action en amont, les considérations entourant l'enfant et l'enfance font partie du cercle qui représente le parcours de vie (APN, 2013).

Enfin, le **Cadre conceptuel** de l'OMS (2007) relève des domaines d'action en amont qui touchent le contexte social, économique et politique (en ce qui a trait au travail, au logement, aux terres, à l'éducation et à la santé), en passant par les inégalités des déterminants structurels de la santé (éducation, emploi et revenu), jusqu'aux déterminants intermédiaires de la santé comme les conditions de vie et de travail et la disponibilité des aliments. Le document connexe, le **Cadre d'action** (OMS, 2007), décrit comment l'action en cascade des politiques à l'échelle mondiale visant la stratification sociale peut réduire les inégalités. Par exemple, en améliorant les politiques au niveau « macro » (à l'échelle publique), on peut réduire l'exposition aux facteurs nocifs pour la santé chez les populations défavorisées, tandis que des politiques au niveau « méso » (à l'échelle communautaire) peuvent être mises en place pour réduire les vulnérabilités chez ces mêmes populations. Les politiques au niveau « micro » (à l'échelle individuelle) sont également désignées comme celles qui peuvent être conçues pour atténuer les conséquences inégales de la maladie chez les populations défavorisées en ce qui a trait aux résultats sociaux, économiques et sur la santé qui peuvent servir à faire progresser de façon durable les déterminants de la santé (OMS, 2007).

Les cadres peuvent servir à mettre en évidence les causes des problèmes de santé et les voies qui y mènent, ainsi qu'à étudier les bienfaits possibles de l'action en amont à divers points d'un parcours de vie. Dans cette optique, les cadres peuvent orienter vers des occasions de collaboration et d'intervention qui permettront d'obtenir le plus grand impact en amont.

ÉLÉMENT 6 - ÉNONCÉ DES INTERACTIONS ENTRE LES DÉTERMINANTS

Le dernier élément désigné comme partie intégrante d'un cadre relatif aux déterminants de la santé est l'inclusion de représentations claires des interactions entre les déterminants au sein du cadre lui-même.

Les sept cadres sélectionnés pour l'*étude approfondie* reflètent cet élément en énonçant les interactions entre les déterminants de la santé. Ceux qui démontraient de la manière la plus marquante les interactions entre les déterminants étaient le cadre de Gudes et coll. (2010) intitulé **Cadre conceptuel pour planifier l'établissement d'une communauté en santé** et les deux cadres interdépendants de l'OMS (2007). La force de ces approches réside dans les représentations bidirectionnelle et multidirectionnelle des interactions entre les déterminants. Ces modèles reflétaient de manière fluide comment les déterminants des niveaux « macro », « méso » et « micro » influent les uns sur les autres.

Le **Mandala de la santé** (Hancock et Perkins, 1985) représente certaines interactions bidirectionnelles et multidirectionnelles au sein du cercle d'influences d'un environnement communautaire et créé par l'humain. Cependant, les interactions entre les autres niveaux ne sont pas indiquées. Parmi les autres cadres, celui de Queensland Health (2001) et celui de Daghofer et Edwards ont recours à une approche linéaire et unidirectionnelle quant aux interactions, sans illustrer la rétroaction entre les niveaux. Le **Modèle élargi des déterminants sociaux de la santé** (Dahlgren et Whitehead, 1991) et le **Modèle holistique de planification et de politique des Premières Nations** (APN, 2013) utilisent des arches et des cercles concentriques pour représenter les niveaux d'influence, sans représenter les interactions entre les niveaux eux-mêmes.

Des représentations claires des interactions entre les déterminants peuvent contribuer à la sensibilisation et promouvoir l'action sur les déterminants de la santé en mobilisant des secteurs autres que celui de la santé, en particulier ceux qui pourraient ne pas faire appel au langage entourant les « déterminants de la santé ». L'énoncé des interactions entre les déterminants peut également contribuer à mieux faire comprendre le besoin d'agir d'un niveau à l'autre – de l'action à l'échelle individuelle à l'action en amont.



4. Autres considérations

Les 29 autres cadres qui forment le compendium présentent aussi des caractéristiques uniques et intéressantes, qui pourraient être utiles dans d'autres contextes et à des publics cibles différents. Par exemple, le cadre **Déterminants sociaux de la santé et voies vers la santé et la maladie** (Brunner et Marmot, 2006) illustre les effets physiologiques et psychologiques du stress en tant que déterminant de la santé. Les auteurs du **Classement des comtés selon l'état de santé de la population** (Institut de la santé des populations de l'Université du Wisconsin, 2003) ont créé un système de classement des mesures pondérées des résultats sur la santé et des facteurs liés à la santé. Le **Cadre des déterminants sociaux de la santé de l'Alberta** (O'Hara, 2005) met en évidence des stratégies portant sur la collaboration entre secteurs, la sensibilisation et l'éducation, ainsi que sur les

pratiques exemplaires, qui pourraient aider à déterminer le ou les rôles des différents secteurs dans l'action sur les déterminants de la santé. Pour les responsables des orientations politiques, les chercheurs et les praticiens qui tiennent compte du sexe comme un facteur favorisant l'amélioration ou le maintien de la santé, le **Cadre des déterminants de la santé selon le sexe : l'importance de la santé des filles et des femmes** (Benoit et Shumka, 2009), le **Cadre de l'utilisation du sexe et de l'équité comme indicateurs de la santé dans l'étude POWER (Projet d'élaboration du Rapport basé sur des données probantes de l'Ontario sur la santé des femmes)** [Clark et Bierman, 2009] et le **Cadre conceptuel de la santé et de la migration axé sur le sexe** (Bierman, 2007) fournissent des indications sur les manières d'intégrer cet important déterminant.

5. Conclusion

Le présent rapport illustre les nombreuses manières de représenter les déterminants de la santé dans des cadres, ainsi que la vaste gamme d'utilisations que l'on peut faire de tels cadres. Entre autres, les cadres peuvent servir à sensibiliser aux déterminants de la santé, à améliorer notre compréhension de problèmes complexes, ainsi qu'à soutenir l'innovation en matière de planification et d'élaboration de politiques pour contribuer à l'action sur les déterminants de la santé. Les cadres compris dans l'*Examen* prennent des formes variées, d'une représentation simple dans le cas de ceux conçus pour expliquer les déterminants de la santé à un vaste auditoire, jusqu'à une représentation complexe dans le cas des cadres conçus pour agir sur les causes fondamentales des inégalités en santé.

Annexe A

COMPENDIUM DE 36 CADRES RELATIFS AUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ



trajectoire de santé d'une personne ou d'une communauté (cadres axés sur l'intervention). La portée d'un cadre relatif aux déterminants de la santé peut varier, d'étroite (par exemple, un cadre axé sur un sous-groupe de la population) à vaste (par exemple, un cadre tenant compte de la population entière), selon le type et la portée des déterminants qu'il comprend (Raphael, 2009).

Le présent *Compendium* a été créé pour rassembler une gamme de cadres provenant de différents secteurs afin d'illustrer comment les cadres peuvent contribuer à l'innovation en matière d'action sur les déterminants de la santé, en faisant ceci :

- expliquer les déterminants de la santé à un vaste auditoire;
- relever les occasions de créer des liens entre secteurs pour un meilleur impact;
- orienter l'action intersectorielle;
- mettre en évidence les domaines à cibler en priorité;
- modéliser des scénarios d'intervention;
- déterminer les cibles d'intervention où le potentiel d'impact est le plus grand;
- étudier les conditions de réussite;
- relever les occasions de mobilisation, de collaboration et de partenariats.

Les cadres ont d'abord été catégorisés par type, comme suit :

TYPES DE CADRES :

- **Explicatifs** – Ces cadres présentent une liste des déterminants de la santé, précisant parfois leurs contributions relatives. Ces

cadres servent principalement à expliquer le concept des déterminants de la santé à des lecteurs qui ne le connaissent pas beaucoup ou en ont une compréhension limitée.

- **Interactifs** – Parfois appelés « cadres conceptuels », ils indiquent les points d'interaction et les liens entre les déterminants de la santé, mais en général, ils ne cernent pas de stratégies d'intervention. Les cadres interactifs aident à cerner les causes systémiques ou fondamentales de différences en matière de santé entre divers groupes de la population, ainsi que les voies par lesquelles ces causes mènent aux inégalités en question. Habituellement, les cadres interactifs énoncent les principes théoriques qui peuvent guider l'élaboration logique et systématique d'un plan de recherche, d'une politique donnée ou d'une méthode de résolution de problèmes.

- **Axés sur l'action** – Également appelés « cadres d'action », ils reposent sur les processus de prise de décisions ou d'élaboration de politiques. Ils peuvent aider les responsables des orientations politiques, les chercheurs et les praticiens à prendre des mesures à l'égard de déterminants sociaux de la santé en cernant les exigences relatives à l'action et les points d'entrée pour l'intervention. Ils peuvent également aider à déterminer les enjeux prioritaires et à évaluer le potentiel de réussite des interventions en permettant de modéliser ces dernières (p. ex. modélisation microéconomique).

Les cadres ont ensuite été regroupés en fonction de leur **principal champ d'intérêt**, comme suit :

1. Élaboration de politiques et prise de décisions

2. Approche axée sur la pratique

- a. Santé de la population
- b. Rapports sur la santé
- c. Développement communautaire

3. Enjeux ciblés

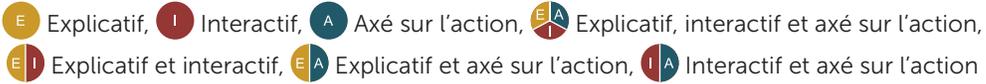
- a. Écosystèmes et environnement
- b. Conditions de vie et de travail

4. Approche axée sur la population

- a. Sexe
- b. Autochtones
- c. Enfants
- d. Milieu rural

5. Approche générale

Tableau A1 – Catégorisation et évaluation des cadres relatifs aux déterminants de la santé

LÉGENDE :			
			
NOM DU CADRE	TYPE	DÉTERMINANTS ET POLITIQUES CITÉS	ÉLÉMENTS IMPORTANTS
1. ÉLABORATION DE POLITIQUES ET PRISE DE DÉCISIONS			
<p>1. Relations entre les cinq thèmes de la Conférence mondiale sur les déterminants de la santé (OMS, 2011a)</p> <p>http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-FR.pdf</p>		<p>Emploi, économie et commerce, éducation, justice, logement et environnement, agriculture et alimentation, transport.</p>	<p>Souligne les mécanismes clés par lesquels les pays peuvent incorporer les mesures prises relativement aux déterminants sociaux dans des buts stratégiques et des efforts de mise en œuvre. S'appuie sur des preuves selon lesquelles la progression des déterminants de la santé exige une action holistique dans tous les secteurs, sur les cinq thèmes (gouvernance, participation, rôle du secteur de la santé, action mondiale et suivi des progrès).</p>

LÉGENDE :

-  Explicatif,
  Interactif,
  Axé sur l'action,
  Explicatif, interactif et axé sur l'action,
  Explicatif et interactif,
  Explicatif et axé sur l'action,
  Interactif et axé sur l'action

NOM DU CADRE	TYPE	DÉTERMINANTS ET POLITIQUES CITÉS	ÉLÉMENTS IMPORTANTS
<p>2. Modèle de l'intégration de la santé dans toutes les politiques et Analyse sanitaire, Australie-Méridionale (gouvernement d'Australie-Méridionale, 2011)</p> <p>Cité (en anglais) dans :</p> <p>http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/cb6fa18043aece9fb510fded1a914d95/HiAPBackgroundPracticalGuide-v2.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=cb6fa18043aece9fb510fded1a914d95</p>		<p>Étapes de l'analyse sanitaire : mobiliser, recueillir des données, générer, naviguer et évaluer.</p>	<p>Cherche à faire de la santé un critère pour les responsables des orientations politiques qui ne considèrent pas la santé comme faisant partie de leur responsabilité, ou qui ne voient pas la valeur d'une telle approche. Enrichit les techniques d'évaluation de l'incidence sur la santé⁶ de manière à employer diverses autres méthodes, notamment la recherche qualitative, l'analyse de politiques et la modélisation économique.</p>
<p>3. Cadre conceptuel pour planifier l'établissement d'une communauté en santé (Gudes et coll., 2010)</p> <p>http://www.academia.edu/243531/Rethinking_health_planning_a_framework_for_organising_information_to_underpin_collaborative_health_planning (en anglais)</p>		<p>Environnement naturel et facteurs macrosociaux (à l'échelle municipale), contexte social et environnement bâti (à l'échelle communautaire), facteurs de stress, comportements de santé et intégration sociale, soutien (au niveau interpersonnel) pour cerner les politiques qui font la promotion de communautés en santé et qui mènent à la santé et au bien-être des individus de la population.</p>	<p>Incorpore les données de systèmes d'information géographique (SIG) dans un processus décisionnel qui combine les facteurs de santé et l'environnement bâti et naturel tout en mettant l'accent sur l'établissement des caractéristiques des communautés en santé (politiques de santé publique, innovation, participation communautaire, mesures intersectorielles, processus décisionnel politique et engagement à l'égard de la santé).</p>

⁶ L'évaluation de l'incidence sur la santé (EIS) est un moyen d'évaluer l'incidence sur la santé qu'ont les politiques, les plans et les projets dans divers secteurs économiques à l'aide de techniques quantitatives, qualitatives et participatives. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le site suivant (en anglais) : <http://www.who.int/hia/en/>.

LÉGENDE :

-  Explicatif,
  Interactif,
  Axé sur l'action,
  Explicatif, interactif et axé sur l'action,
  Explicatif et interactif,
  Explicatif et axé sur l'action,
  Interactif et axé sur l'action

NOM DU CADRE	TYPE	DÉTERMINANTS ET POLITIQUES CITÉS	ÉLÉMENTS IMPORTANTS
4A. Commission des déterminants sociaux de la santé – Cadre conceptuel (OMS, 2007) http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf (en anglais)		<p>Déterminants structurels : contexte et situation socioéconomique (classe sociale, sexe, origine ethnique, éducation, emploi, revenu).</p> <p>Déterminants intermédiaires : facteurs matériels, comportementaux, biologiques et psychosociaux.</p> <p>La cohésion sociale et le capital social font le lien entre les déterminants structurels et les déterminants intermédiaires.</p>	Tente de mieux comprendre : <ul style="list-style-type: none"> • les origines des différences relatives à la santé entre les groupes sociaux; • les liens entre les causes fondamentales et les différences relatives à la santé des populations; • les options d'intervention.
4B. Commission sur les déterminants sociaux de la santé – Cadre d'action à l'égard des déterminants sociaux des inégalités en santé (OMS, 2007) http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf (en anglais)		<p>Politiques nécessaires à divers niveaux :</p> <p>Mondial : stratification pour réduire les inégalités.</p> <p>Public : pour diminuer l'exposition des personnes défavorisées aux facteurs nocifs.</p> <p>Communautaire : pour réduire les vulnérabilités des populations défavorisées.</p> <p>Individuel : pour réduire les conséquences inégales de la maladie sur les plans social, économique et sanitaire.</p>	Décrit les principales dimensions et directives pour les politiques en mettant l'accent sur les mesures intersectorielles ainsi que la participation et la responsabilisation sociales à l'échelle mondiale, communautaire et individuelle, et des politiques publiques.

LÉGENDE :

-  Explicatif,
  Interactif,
  Axé sur l'action,
  Explicatif, interactif et axé sur l'action,
  Explicatif et interactif,
  Explicatif et axé sur l'action,
  Interactif et axé sur l'action

NOM DU CADRE	TYPE	DÉTERMINANTS ET POLITIQUES CITÉS	ÉLÉMENTS IMPORTANTS
5. Déterminants sociaux de la santé : établir une base de données probantes en vue d'une action politique (Kelly et coll., 2007) http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_report_10oct07.pdf (en anglais)		Processus visant à inscrire les déterminants sociaux au programme stratégique : <ul style="list-style-type: none"> • générer des données probantes; • synthétiser les données et intervenir en fonction de celles-ci; • mettre en œuvre et évaluer; • tirer des leçons de la pratique; • assurer une surveillance à toutes les étapes. 	vise à aider les responsables des orientations politiques, les chercheurs et les praticiens à examiner les déterminants et à en établir l'ordre de priorité, à favoriser le dialogue social, à appliquer et à évaluer les propositions stratégiques, et à tirer des leçons de la mise en œuvre.
6. Spectre d'action en matière d'inégalités en santé (Whitehead, 1998) http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1468-0009.00099/abstract (en anglais)		Déroulement du processus d'élaboration de politiques, allant de l'inaction complète à des efforts coordonnés, selon les étapes suivantes : mesure, reconnaissance, sensibilisation, volonté à passer à l'action, initiatives isolées, efforts d'élaboration plus structurés, processus d'élaboration exhaustif et coordonné.	Aide à mieux comprendre le processus de sensibilisation aux inégalités socioéconomiques en matière de santé, ainsi qu'à gagner du terrain sur les plans politique et stratégique. Ce cadre a été utilisé pour cerner et analyser les facteurs indispensables à la mise en œuvre de politiques visant à réduire les inégalités sociales en matière de santé.

LÉGENDE :

 Explicatif,
  Interactif,
  Axé sur l'action,
  Explicatif, interactif et axé sur l'action,
  Explicatif et interactif,
  Explicatif et axé sur l'action,
  Interactif et axé sur l'action

NOM DU CADRE	TYPE	DÉTERMINANTS ET POLITIQUES CITÉS	ÉLÉMENTS IMPORTANTS
<p>7. Modèle d'élaboration des politiques (Kingdon, 1995)</p> <p>Cité dans :</p> <p>http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/110228/E93431.pdf</p>		<p>Déterminants structurels.</p>	<p>Fournit une représentation graphique de la façon dont les enjeux sont inscrits au programme lorsque les trois volets suivants sont interreliés : définition du problème, stratégie d'orientation et processus politique. Ces liens peuvent être dus au hasard, à des facteurs politiques (par exemple une élection) ou à des cycles organisationnels (par exemple le roulement du personnel) ainsi qu'aux gestes d'entrepreneurs en politique (par exemple les facilitateurs qui mettent en jeu la réputation ou leur statut ou encore l'exercice du temps relativement à la question).</p>

LÉGENDE :

-  Explicatif,
  Interactif,
  Axé sur l'action,
  Explicatif, interactif et axé sur l'action,
  Explicatif et interactif,
  Explicatif et axé sur l'action,
  Interactif et axé sur l'action

NOM DU CADRE	TYPE	DÉTERMINANTS ET POLITIQUES CITÉS	ÉLÉMENTS IMPORTANTS
2. APPROCHE AXÉE SUR LA PRATIQUE			
SANTÉ DE LA POPULATION			
<p>8. Liens entre le plan national pour réduire les inégalités en santé et les autres plans et programmes (ministère des Affaires sociales et de la Santé de la Finlande, 2007)</p> <p>http://web.archive.org/web/20130719193151/http://pre20090115.stm.fi/pr1227003636140/passthru.pdf</p>		<p>Application d'une approche pangouvernementale allant des politiques à l'environnement social :</p> <ul style="list-style-type: none"> • s'attaque aux inégalités sociales à l'aide de politiques (statut social); • réduit l'exposition aux dangers (travail, conditions de vie, modes de vie); • réduit la vulnérabilité (maladies ou blessures); • prévient les conséquences inégales (conséquences sociales d'une mauvaise santé). 	<p>Visé à améliorer la santé publique et à réduire les inégalités en matière de santé. Démontrer les liens intergouvernementaux entre divers programmes et projets sur la santé dans le cadre du plan d'action national finlandais.</p>

LÉGENDE :

-  Explicatif,
  Interactif,
  Axé sur l'action,
  Explicatif, interactif et axé sur l'action,
  Explicatif et interactif,
  Explicatif et axé sur l'action,
  Interactif et axé sur l'action

NOM DU CADRE	TYPE	DÉTERMINANTS ET POLITIQUES CITÉS	ÉLÉMENTS IMPORTANTS
<p>9. Cadre conceptuel de la santé des populations (Etches et coll., 2006)</p> <p>Cité dans :</p> <p>http://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102141</p>		<p>Facteurs en amont : facteurs politiques, sociaux, culturels, économiques, spirituels, écologiques et technologiques.</p> <p>Facteurs proximaux : environnements physiques et sociaux, facteurs biologiques (y compris les interactions entre les gènes et l'environnement).</p> <p>Disparités entre sous-populations : race, origine ethnique, sexe, statut socioéconomique et géographie.</p>	<p>Met en évidence les interactions complexes entre les facteurs sociaux, proximaux et en amont. Ce cadre constitue une excellente base à la mise en œuvre de stratégies axées sur l'intervention.</p>
<p>10. Cadre pour aborder les déterminants sociaux de la santé et du mieux-être (Queensland Health, 2001)</p> <p>Version originale anglaise :</p> <p>http://web.archive.org/web/20120506050300/http://www.health.qld.gov.au/ph/documents/hpu/24310.pdf</p>		<p>Déterminants : pauvreté, inégalités en matière de revenu, éducation, conditions de travail, facteurs environnementaux, logement, transport, cohésion communautaire et sécurité alimentaire.</p> <p>Interventions du système : sensibiliser la population, coordonner la planification de la santé, développer les techniques <i>d'évaluation de l'incidence sur la santé</i>, renforcer les l'action communautaire et intersectorielle et améliorer la capacité organisationnelle.</p>	<p>Examine le rôle que joue la santé publique relativement aux déterminants sociaux de la santé pour mener et appuyer les efforts de collaboration intersectorielle et les interventions communautaires.</p>

LÉGENDE :

-  Explicatif,
  Interactif,
  Axé sur l'action,
  Explicatif, interactif et axé sur l'action,
  Explicatif et interactif,
  Explicatif et axé sur l'action,
  Interactif et axé sur l'action

NOM DU CADRE	TYPE	DÉTERMINANTS ET POLITIQUES CITÉS	ÉLÉMENTS IMPORTANTS
<p>11. Modèle de promotion de la santé de la population (ASPC, 1996)</p> <p>http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/php-ppsp/psp3-fra.php</p>		<p>Déterminants : revenu et statut social, réseau de soutien social, environnements physiques, biologie et génétique, habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles, développement sain à l'enfance, services de santé.</p> <p>Stratégies : renforcer l'action communautaire, établir une politique publique saine, créer des milieux favorables, développer les aptitudes personnelles, réorienter les services de santé.</p>	<p>Se fonde sur la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986) pour répondre aux questions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • QUI? : Avec qui pouvons-nous agir? Les niveaux de la société auxquels il est possible d'intervenir. • QUOI? : Sur quoi pouvons-nous intervenir? Déterminants de la santé – domaines où l'intervention pourrait améliorer la santé. • COMMENT? : Comment pouvons-nous intervenir pour améliorer la santé?

LÉGENDE :

-  Explicatif,
  Interactif,
  Axé sur l'action,
  Explicatif, interactif et axé sur l'action,
  Explicatif et interactif,
  Explicatif et axé sur l'action,
  Interactif et axé sur l'action

NOM DU CADRE	TYPE	DÉTERMINANTS ET POLITIQUES CITÉS	ÉLÉMENTS IMPORTANTS
RAPPORTS SUR LA SANTÉ			
12. Cadre conceptuel des indicateurs de santé (ICIS, 2013) https://secure.cihi.ca/free_products/HI2013_FR.pdf		<p>État de santé : bien-être, problèmes de santé, fonction humaine, décès.</p> <p>Déterminants non médicaux de la santé : comportements liés à la santé, conditions de vie et de travail, ressources personnelles, facteurs environnementaux.</p> <p>Rendement du système de santé : acceptabilité, accessibilité, pertinence, compétence, continuité, efficacité, rentabilité, sécurité.</p> <p>Caractéristiques communautaires et du système de santé : communauté, système de santé, ressources.</p>	Comprend quatre niveaux d'indicateurs fortement axés sur les systèmes de santé. Une version révisée du cadre des indicateurs fondamentaux en santé a été publiée en 1999.
13. Classement des comtés selon l'état de santé de la population (Institut de la santé des populations de l'Université du Wisconsin, 2003) http://www.countyhealthrankings.org/our-approach		<p>Composantes du modèle relatif à la santé de la population : état de santé (durée et qualité de vie), comportements liés à la santé, soins cliniques, facteurs sociaux et économiques, environnement physique.</p>	Compile les mesures prises à l'échelle des États américains à partir de diverses sources de données nationales et étatiques, qui sont normalisées et combinées à l'aide d'outils de pondération fondés sur des données scientifiques. Ce cadre présente la contribution relative des diverses catégories de déterminants de la santé.

LÉGENDE :

-  Explicatif,
  Interactif,
  Axé sur l'action,
  Explicatif, interactif et axé sur l'action,
  Explicatif et interactif,
  Explicatif et axé sur l'action,
  Interactif et axé sur l'action

NOM DU CADRE	TYPE	DÉTERMINANTS ET POLITIQUES CITÉS	ÉLÉMENTS IMPORTANTS
<p>14. Cadre d'information sur la santé, Consortium de La Trobe (OMS, 2003)</p> <p>http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_WKC_Tech.Ser._03.2.pdf</p>		<p>Environnement, statut socio-économique, milieu social et communautaire, ménage, médiateurs liés à la santé (comportements liés à la santé et facteurs psychosociaux), facteurs biomédicaux.</p>	<p>Permet d'établir des comparaisons à l'échelle internationale et d'effectuer des analyses en matière d'équité entre les sexes au sein des systèmes de santé. Opte pour une approche consistant à intégrer la dimension des sexes dans un cadre conventionnel relatif à la santé. Examine, dans une perspective d'égalité entre les sexes, quatre niveaux de données sur la santé : état de santé, déterminants, rendement du système de santé et caractéristiques de la communauté et du système d'aide social.</p>
DÉVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE			
<p>15. Réduire les inégalités et améliorer la santé des populations : le rôle d'un secteur communautaire dynamique (Danaher, 2011)</p> <p>http://www.wellesleyinstitute.com/publications/reducing-disparities-and-improving-population-health-the-role-of-a-vibrant-community-sector/</p>		<p>Déterminants : communauté, alphabétisation, santé mentale, accès aux services de santé et aux services sociaux.</p> <p>Politiques : soins aux enfants, soutien aux aînés, accès aux services, renforcement des capacités et de la résilience des communautés.</p>	<p>Montre comment un secteur communautaire adapté et efficace peut contribuer à réduire les disparités en santé, par trois moyens : fournir des services, bâtir des communautés en santé et mobiliser la communauté afin d'influer sur les politiques relatives aux déterminants sociaux de la santé.</p>

LÉGENDE :

-  Explicatif,
  Interactif,
  Axé sur l'action,
  Explicatif, interactif et axé sur l'action,
  Explicatif et interactif,
  Explicatif et axé sur l'action,
  Interactif et axé sur l'action

NOM DU CADRE	TYPE	DÉTERMINANTS ET POLITIQUES CITÉS	ÉLÉMENTS IMPORTANTS
3. ENJEUX CIBLÉS			
ÉCOSYSTÈMES ET ENVIRONNEMENT			
16. Cadre de santé publique destiné à évaluer les incidences sur la santé et à établir l'état de santé (Schulz et Northridge, 2004) http://heb.sagepub.com/content/31/4/455.full.pdf+html		<p>Niveau global (macro) : environnement et facteurs macrosociaux.</p> <p>Niveau communautaire (méso) : environnement bâti et contexte social.</p> <p>Niveau interpersonnel (micro) : facteurs de stress, comportements liés à la santé, intégration sociale et soutien social.</p> <p>Niveau individuel (population) : état de santé et bien-être.</p>	Expose les mécanismes par lesquels les facteurs sociaux contribuent aux disparités en matière d'exposition environnementale et aux inégalités en santé. Souligne les points d'interaction entre les processus sociaux et les caractéristiques de l'environnement bâti et naturel, y compris les liens entre les inégalités sociales, les espaces physiques où les gens vivent et la santé de la population, et ce, compte tenu des disparités raciales.
17. Cadre prismatique de la santé et de la durabilité (Parkes, Panelli et Weinstein, 2003) http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1241473/pdf/ehp0111-000669.pdf		Gestion des ressources naturelles et de l'écosystème, services de santé et infrastructure, collectivités équitables et développement social, réseaux sociaux, cohésion, promotion de la santé et éducation.	Intègre les sciences biophysiques et sociales dans la santé environnementale. Établit des liens entre les écosystèmes et les systèmes sociaux, ce qui constitue le fondement de la santé et de la durabilité.
18. Relations entre les principaux déterminants de la santé et le développement durable (Hancock, 2001) http://heapro.oxfordjournals.org/content/16/3/275.full		Capital naturel, capital social, capital bâti, capital humain, capital économique.	Évalue diverses formes de capital – naturel, bâti, social, économique et humain. Illustre le lien entre la santé et le développement durable.

LÉGENDE :

-  Explicatif,
  Interactif,
  Axé sur l'action,
  Explicatif, interactif et axé sur l'action,
  Explicatif et interactif,
  Explicatif et axé sur l'action,
  Interactif et axé sur l'action

NOM DU CADRE	TYPE	DÉTERMINANTS ET POLITIQUES CITÉS	ÉLÉMENTS IMPORTANTS
19. Mandala de la santé (Hancock et Perkins, 1985) Cité (en anglais) dans : http://isecn.org/2013/05/07/vision-and-values-matter-and-so-do-sailing-lessons/		Les quatre facteurs qui influent sur la santé : biologie humaine, comportements personnels, environnement psychosocial et environnement physique.	Présente un modèle écologique de santé humaine qui représente l'interaction entre la culture et l'environnement dans le contexte de la nature holistique, interactive et hiérarchique de la santé. Met l'accent sur les liens entre le mode de vie et le comportement personnel, précisant que le mode de vie est influencé par l'environnement social et psychosocial.
CONDITIONS DE VIE ET DE TRAVAIL			
20. Déterminants socioéconomiques de la santé (Munro, 2008) http://www.conferenceboard.ca/Libraries/NETWORK_PUBLIC/dec2008_report_healthypeople.sflb (en anglais)		Inclusion, infrastructure, eau, littératie, blessures, choix, capacité d'adaptation, petite enfance, nutrition, sécurité, services de santé, soutien social, culture, environnement, sexe, revenu, biologie et logement.	Fait valoir qu'une amélioration de la santé professionnelle et communautaire peut accroître la productivité et favoriser la croissance économique. Comprend les mesures prises par l'employeur pour favoriser les approches coopératives entre les entreprises et le gouvernement, et ce, pour améliorer l'état de santé des Canadiens.

LÉGENDE :

-  Explicatif,
  Interactif,
  Axé sur l'action,
  Explicatif, interactif et axé sur l'action,
  Explicatif et interactif,
  Explicatif et axé sur l'action,
  Interactif et axé sur l'action

NOM DU CADRE	TYPE	DÉTERMINANTS ET POLITIQUES CITÉS	ÉLÉMENTS IMPORTANTS
21. Déterminants sociaux de la santé et voies vers la santé et la maladie (Brunner et Marmot, 2006) Cité dans : http://www.thecanadianfacts.org/Les_realites_canadiennes.pdf		Structure sociale, environnement social, facteurs matériels, emploi, facteurs psychologiques et comportements liés à la santé. Souligne les facteurs de stress : faible revenu, logement de piètre qualité, et sécurité alimentaire, mauvaises conditions de travail, emplois précaires et diverses formes de discrimination fondée sur l'origine ethnique autochtone, le sexe ou la race.	Considère le stress comme un déterminant de la santé, en particulier l'effet du stress sur notre santé sur les plans physiologique et psychologique. Fortement axé sur les comportements individuels.

4. GROUPES DE POPULATION

SEXE

22. Cadre des déterminants de la santé selon le sexe : l'importance de la santé des filles et des femmes (Benoit et Shumka, 2009) http://people.stfx.ca/accamero/Gender and Health/Concept of Gender and Health/Health-Determinants-Framework-Why-Girls-and-Womens-Health-Matters.pdf (en anglais)		<p>Macro : sexe, genre, classe sociale, race, origine ethnique, statut d'immigrant, âge et géographie.</p> <p>Méso : emploi, éducation, soins des enfants, milieu de vie sûr et services de santé.</p> <p>Micro : tabagisme, alimentation et exercice.</p>	Met l'accent sur le sexe et le genre en tant que déterminants fondamentaux de la santé qui recourent d'autres types de statuts sociaux et non seulement les caractéristiques des individus.
--	---	---	---

LÉGENDE :

-  Explicatif,
  Interactif,
  Axé sur l'action,
  Explicatif, interactif et axé sur l'action,
  Explicatif et interactif,
  Explicatif et axé sur l'action,
  Interactif et axé sur l'action

NOM DU CADRE	TYPE	DÉTERMINANTS ET POLITIQUES CITÉS	ÉLÉMENTS IMPORTANTS
23. Cadre de l'utilisation du sexe et de l'équité comme indicateurs de la santé dans l'Étude POWER (Clark et Bierman, 2009) http://powerstudy.ca/wp-content/uploads/downloads/2012/10/Chapitre2-LeCadre.pdf		<p>Facteurs non médicaux : conditions de vie et de travail, comportements liés à la santé et ressources personnelles.</p> <p>Facteurs communautaires : conditions et ressources appuyant des modes de vie sains.</p> <p>Caractéristiques et rendement du système de santé.</p>	Considère le sexe comme un élément central qui façonne tous les autres déterminants de la santé et qui est influencé par chacun d'entre eux.
24. Cadre conceptuel de la santé et de la migration axé sur le sexe (Bierman, 2007) Accès : http://hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/2007-bierman-fra.php		<p>Déterminants de la santé avant la migration et la réinstallation :</p> <p>Macro : politiques en matière de migration, économie, positionnement à l'échelle mondiale et marché du travail.</p> <p>Méso : caractéristiques communautaires, normes sociales et réseaux.</p> <p>Micro : revenu, éducation, structure familiale, emploi, origine ethnique, âge, croyances et comportements liés à la santé, etc.</p>	Axé sur la santé des femmes immigrantes, en particulier l'environnement géopolitique qui, selon le cadre, engloberait tous les autres déterminants de la santé. Le sexe est un déterminant clé; il interagit avec des facteurs qui précèdent la migration et ceux liés au nouveau domicile pour influencer sur l'état de santé.

LÉGENDE :

-  Explicatif,
  Interactif,
  Axé sur l'action,
  Explicatif, interactif et axé sur l'action,
  Explicatif et interactif,
  Explicatif et axé sur l'action,
  Interactif et axé sur l'action

NOM DU CADRE	TYPE	DÉTERMINANTS ET POLITIQUES CITÉS	ÉLÉMENTS IMPORTANTS
AUTOCHTONES			
25. Modèle holistique de planification et de politique des Premières Nations (APN, 2013) Version originale anglaise : http://health.afn.ca/uploads/files/sdoh_afn.pdf		Déterminants : autodétermination, gérance de l'environnement, services sociaux, justice, sexe, apprentissage continu, langues, patrimoine et culture, urbain/rural, terres et ressources, développement économique, emploi, soins de santé, dans/ hors réserve, logement.	Présente des considérations uniques se rapportant aux Premières Nations et emploie une approche s'appuyant sur le cercle d'influences. L'autonomie gouvernementale et le capital social interagissent avec les déterminants de la santé tout au long de la vie.
26. Modèle intégré de parcours de vie et des déterminants sociaux de la santé autochtone (Loppie Reading et Wien, 2009) http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/nccah%20reports/French%20reports/NCCAH-LoppieWein-2%20-%20French%20-%20FINAL.pdf		Facteurs proximaux : comportements liés à la santé, environnement, emploi et revenu, éducation et insécurité alimentaire. Facteurs intermédiaires : soins de santé, éducation, infrastructure communautaire, ressources et capacités, gérance de l'environnement et continuité culturelle. Facteurs distaux : colonialisme, racisme, exclusion sociale et autodétermination.	Reflète les idéologies autochtones qui adoptent un concept holistique de la santé comportant des dimensions physique, spirituelle, émotionnelle et mentale ainsi que leurs interactions. Reflète également les interactions complexes et dynamiques entre les facteurs sociaux, politiques, historiques, culturels, environnementaux, économiques et autres qui façonnent directement et indirectement la santé des Autochtones.

LÉGENDE :

-  Explicatif,
  Interactif,
  Axé sur l'action,
  Explicatif, interactif et axé sur l'action,
  Explicatif et interactif,
  Explicatif et axé sur l'action,
  Interactif et axé sur l'action

NOM DU CADRE	TYPE	DÉTERMINANTS ET POLITIQUES CITÉS	ÉLÉMENTS IMPORTANTS
27. Déterminants sociaux de la santé des Inuits : document de discussion (Inuit Tapiriit Kanatami, 2007) http://ahrnets.ca/files/2011/02/ITK_Social_Determinants_paper_2007.pdf (en anglais)		Acculturation, productivité, répartition des revenus, logement, éducation, sécurité alimentaire, services de soins de santé, filet social, qualité de vie pendant l'enfance, dépendance, environnement.	Comprend certains éléments uniques, par exemple l'acculturation, la productivité et l'environnement. Ces déterminants ne résultent pas de dialogues communautaires et n'ont pas fait l'objet d'un cadre complet.
ENFANTS			
28. Modèle de l'évaluation des environnements qui influent sur le développement de la petite enfance (Siddiqi, Irwin et Hertzman, 2007) http://www.who.int/social_determinants/resources/ecd_kn_evidence_report_2007.pdf?ua=1 (en anglais)		Positionne chaque enfant au centre de sphères interreliées et interdépendantes : famille et domicile, collectivités résidentielles et relationnelles, programmes et services, et environnements régional, national et mondial	Créé pour mettre en évidence les environnements et les expériences qui influent sur le développement de la petite enfance. S'appuie sur le modèle bioécologique, la psychologie du développement et le concept de conditionnement biologique.

LÉGENDE :

 Explicatif,
  Interactif,
  Axé sur l'action,
  Explicatif, interactif et axé sur l'action,
  Explicatif et interactif,
  Explicatif et axé sur l'action,
  Interactif et axé sur l'action

NOM DU CADRE	TYPE	DÉTERMINANTS ET POLITIQUES CITÉS	ÉLÉMENTS IMPORTANTS
MILIEU RURAL			
29. Modèle d'action en santé communautaire : un modèle de développement et d'action communautaire (Annis, 2005) http://www.brandonu.ca/rdi/files/2011/03/SSHRC_FinalReport-Public.pdf (en anglais)		Montre les interactions entre les forces sociales, économiques et environnementales, soulignant 10 facteurs déterminants : santé, sûreté et sécurité, économie, éducation, environnement, processus communautaire, infrastructure, loisirs, patrimoine, soutien social et population.	Trois cadres axés sur les éléments suivants : résilience communautaire; santé et bien-être des collectivités rurales; modèle d'action en santé communautaire. Conçu en vue de la production et de l'adaptation d'indicateurs de santé dont les populations et les collectivités rurales pourraient se servir pour évaluer leur situation en matière de santé et de durabilité.

LÉGENDE :

-  Explicatif,
  Interactif,
  Axé sur l'action,
  Explicatif, interactif et axé sur l'action,
  Explicatif et interactif,
  Explicatif et axé sur l'action,
  Interactif et axé sur l'action

NOM DU CADRE	TYPE	DÉTERMINANTS ET POLITIQUES CITÉS	ÉLÉMENTS IMPORTANTS
5. APPROCHE GÉNÉRALE			
<p>30. Vers l'équité en santé : un cadre d'action, Agence de la santé publique du Canada (Daghofer et Edwards, 2009)</p> <p>http://opha.on.ca/getmedia/c4536b04-2ce1-44e8-8b40-81bfe75be8f9/HealthEquity-ComparativeAnalysis-FinalReport-Mar2009.pdf.aspx?ext=.pdf (en anglais)</p>		<p>Stratégies à multiples facettes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • perfectionner le leadership; • renforcer la capacité communautaire; • développer et transmettre les connaissances; • investir dans les politiques sociales; • établir un soutien social; • favoriser l'action intersectorielle. <p>Cinq questions prioritaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> • niveau de revenu et statut social; • logement; • alphabétisation et éducation; • Autochtones; • développement du jeune enfant. 	<p>Créé à partir de l'analyse de recommandations communes découlant de 12 rapports nationaux et internationaux majeurs concernant les déterminants de la santé, en tenant compte du contexte canadien.</p>
<p>31. Déterminants sociaux de la santé (Raphael, 2009)</p> <p>Cité dans : http://www.thecanadianfacts.org/Les_realites_canadiennes.pdf</p>		<p>Statut d'Autochtone, sexe, invalidité, logement, enfance, revenu et répartition du revenu, éducation, race, conditions d'emploi et de travail, exclusion sociale, insécurité alimentaire, filet social, services de santé, chômage et sécurité d'emploi.</p>	<p>Créé par des participants à une conférence tenue en 2002 à l'Université York; surtout utile pour expliquer pourquoi certains Canadiens sont plus en santé que d'autres.</p>

LÉGENDE :

-  Explicatif,
  Interactif,
  Axé sur l'action,
  Explicatif, interactif et axé sur l'action,
  Explicatif et interactif,
  Explicatif et axé sur l'action,
  Interactif et axé sur l'action

NOM DU CADRE	TYPE	DÉTERMINANTS ET POLITIQUES CITÉS	ÉLÉMENTS IMPORTANTS
32. Cadre écosocial (Krieger, 2008) http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2376874/ (en anglais)		Sexe, classe sociale, race et origine ethnique. Parcours et pouvoir à l'échelle de la société et à l'échelle de l'écosystème.	Montre la complexité avec laquelle les facteurs sociaux, politiques, économiques et écologiques façonnent la santé, établissant des liens entre les diverses formes d'inégalité.
33. Cadre des déterminants sociaux de la santé de l'Alberta (O'Hara, 2005) http://www.who.int/social_determinants/resources/paper_ca.pdf (en anglais)		<p>Déterminants : égalité sociale et économique, inclusion sociale, logement à prix abordable, éducation.</p> <p>Stratégies : stimulation de la volonté politique, collaboration entre les secteurs, politiques publiques sur la santé, sensibilisation et éducation, surveillance, pratiques exemplaires, recherche et évaluation.</p>	Reposant sur quatre principes fondamentaux (égalité sociale et économique, inclusion sociale, logement abordable et éducation), ce cadre décrit les mesures prises par les intervenants pour s'attaquer aux enjeux prioritaires.
34. Agence de la santé publique du Canada – Qu'est-ce qui détermine la santé? (ASPC, 1994) Site énumérant les déterminants : http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php Image (en anglais) : http://www.wrha.mb.ca/community/commdev/files/CommDev-Framework.pdf		Revenu et situation sociale, réseaux de soutien social, éducation et littératie, conditions d'emploi et de travail, milieux sociaux, milieux physiques, pratiques de soins personnels et des habiletés d'adaptation, développement des enfants en santé, patrimoine biologique et génétique, services de santé, sexe, éducation et culture.	Liste de 12 déterminants de la santé, fondée sur les résultats de recherche présentés dans les documents « Stratégies d'amélioration de la santé de la population : investir dans la santé des Canadiens » (1994) et « Pour un avenir en santé – Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne » (1999).

LÉGENDE :

-  Explicatif,
  Interactif,
  Axé sur l'action,
  Explicatif, interactif et axé sur l'action,
  Explicatif et interactif,
  Explicatif et axé sur l'action,
  Interactif et axé sur l'action

NOM DU CADRE	TYPE	DÉTERMINANTS ET POLITIQUES CITÉS	ÉLÉMENTS IMPORTANTS
35. Modèle élargi des déterminants sociaux de la santé (Dahlgren et Whitehead, 1991) Cité dans : http://www.inpes.sante.fr/international/docs/rapport_final_DETERMINE.pdf		Déterminants agencés en trois anneaux : <ol style="list-style-type: none"> 1. Conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales 2. Réseaux sociaux et communautaires 3. Facteurs liés au style de vie personnel 	L'objectif était de clarifier le concept d'équité dans le contexte de la santé et son incidence sur l'élaboration de politiques de santé. Le cadre a été largement utilisé pour sensibiliser un vaste auditoire à l'équité en santé. Le graphique multicolore montre comment l'anneau externe (1) a plus d'effet que l'anneau du milieu (2), qui a plus d'effet que l'anneau interne (3).
36. Le gradient de la santé, groupe de travail mixte de l'OMS sur l'action intersectorielle (Taket, 1990) Cité dans : http://fr.nexussante.ca/sites/fr.nexussante.ca/files/resources/annual_reports/primertoaction-frversion2.pdf		Pauvreté, logement, emploi, alimentation et nutrition, éducation, risques environnementaux pour la santé	Souligne les efforts supplémentaires qu'il faut faire au niveau individuel quand les conditions sociales et les conditions de vie sont difficiles.

Annexe B

ÉTUDE APPROFONDIE – DESCRIPTION DES SEPT CADRES



Introduction

Après la formation du compendium, sept cadres ont été sélectionnés parmi les 36 afin d'en faire une étude approfondie fondée sur la présence d'éléments qui se rapportent au contexte canadien. Les voici :

1. *Modèle holistique de planification et de politique des Premières Nations* (Assemblée des Premières Nations [APN], 2013);
2. *Cadre conceptuel pour planifier l'établissement d'une communauté en santé* (Gudes et coll., 2010);
3. *Vers l'équité en santé : un cadre d'action* (Daghofer et Edwards, 2009);
4. *Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS – Cadre conceptuel et Cadre d'action à l'égard des déterminants sociaux des inégalités en santé* (OMS, 2007);
5. *Modèle élargi des déterminants sociaux de la santé* (Dahlgren et Whitehead, 1991);
6. *Cadre pour aborder les déterminants sociaux de la santé et du mieux-être* (Queensland Health, 2001);
7. *Mandala de la santé* (Hancock et Perkins, 1985)..

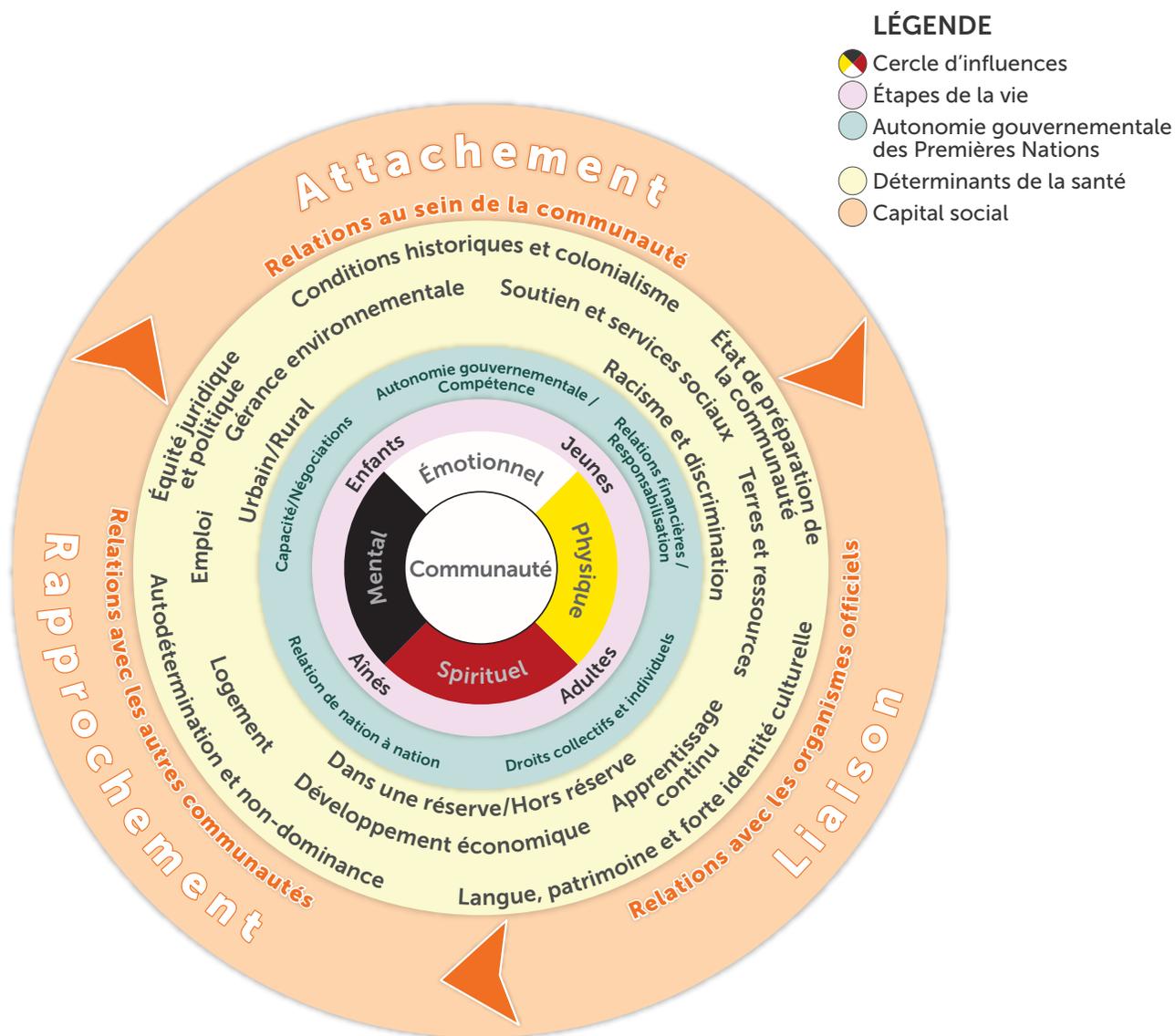
Les sept cadres sélectionnés ont été décrits et évalués en fonction des critères qui suivent.

- **Description** : aperçu général.
- **Origines** : créateurs du cadre et contexte entourant son élaboration.
- **Type** : cadre explicatif, interactif ou axé sur l'action.
- **Principal champ d'intérêt** : approche principale ou champ d'intérêt principal.
- **Déterminants cités** : déterminants compris dans le cadre.
- **Éléments importants** : caractéristiques uniques ou dignes de mention.
- **Forces** : évaluation des forces.
- **Limites** : évaluation des éléments qui sont faibles ou manquants.
- **Exemples d'utilisation** : exemples de mise en pratique et d'utilisation, si de tels exemples sont connus.
- **Public cible** : publics cibles auxquels s'adresse le cadre.

La description et l'évaluation des sept cadres sélectionnés ont permis de relever les **éléments clés** ci dessous : **recours à une approche holistique et intersectorielle, reconnaissance de l'exclusion sociale, rôle des individus et des communautés, importance de l'action en amont et énoncé clair des interactions entre les déterminants.**

La description de chaque cadre mentionne les éléments clés qu'il comporte.

CADRE 1 - MODÈLE HOLISTIQUE DE PLANIFICATION ET DE POLITIQUE DES PREMIÈRES NATIONS (APN, 2013)



Description : Selon ce modèle, les inégalités en matière de santé reflètent des facteurs systémiques, sociaux et individuels qui influent sur la santé des peuples des Premières Nations. Quinze déterminants de la santé sont mentionnés, appartenant aux catégories suivantes :

- **Déterminants environnementaux –**
Les Premières Nations doivent être reconnues comme les gardiens légitimes des terres et des ressources de leurs régions afin de favoriser une utilisation écologique et un développement durable, renouvelable, pour éliminer la pauvreté, créer la richesse et protéger le futur de la terre.

- **Déterminants économiques** – Axés sur la sécurité financière.
- **Déterminants culturels et sociaux** – Ces déterminants aident à lutter contre l'anxiété, l'insécurité, le manque d'estime de soi, l'isolement social et le manque de contrôle sur sa vie professionnelle et familiale, facteurs qui peuvent tous avoir des répercussions sur la santé.

Origines : Pour prendre des mesures à l'égard du fait que les membres des Premières Nations ont plus de problèmes de santé que la plupart des Canadiens, notamment des taux de morbidité et de mortalité disproportionnellement élevés relativement à plusieurs maladies, l'Assemblée des Premières Nations a créé ce cadre dans le but d'améliorer la santé individuelle et communautaire.

Type : Cadre explicatif, interactif et partiellement axé sur l'action.

Principal champ d'intérêt : Population – Autochtones (porte sur les Premières Nations)

Déterminants cités : Facteurs individuels : collectivité (au centre); facteurs mentaux, spirituels, émotionnels et physiques (anneau suivant); facteurs économiques, sociaux, environnementaux et culturels. Déterminants précis : Autodétermination et non-dominance; langues, patrimoine et forte identité culturelle, état de préparation de la communauté; contexte historique et colonialisme; équité juridique et politique; emploi; gérance environnementale; services et soutiens sociaux; terres et ressources, apprentissage continu, développement économique; logement; racisme et discrimination; vie en réserve ou hors réserve, en milieu urbain ou rural.

Forces : Dans ce cadre complexe, le cercle d'influences autochtone, l'autonomie gouvernementale des Premières Nations et le capital social interagissent avec les déterminants de la santé tout au long de la vie. Le modèle présente la situation unique des Premières Nations en matière de santé, intégrant la santé environnementale et le développement durable aux éléments culturels et sociaux – des considérations clés en ce qui a trait aux inégalités chez les peuples des Premières Nations. Il se fonde sur des approches traditionnelles des Premières Nations (le cercle d'influences) et incorpore l'autonomie gouvernementale aux déterminants de la santé et au capital social.

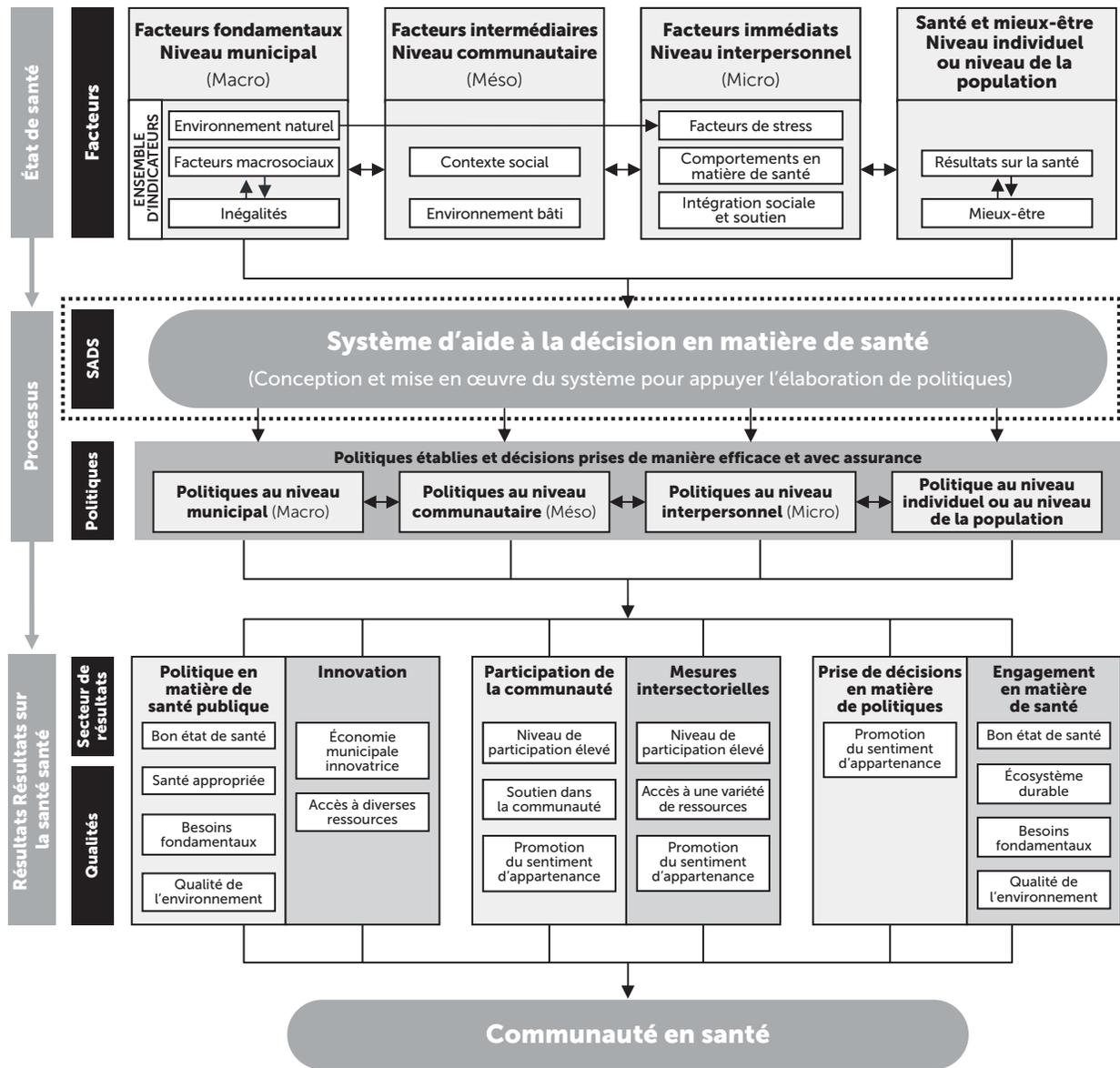
Limites : Ce cadre est conçu précisément pour se pencher sur la question de la santé des Premières Nations. Il présente les interactions entre divers éléments, mais n'indique pas les interventions. (Remarque : Le rapport portant sur ce cadre propose 105 recommandations en matière d'intervention.)

Exemples d'utilisation : La mesure dans laquelle ce cadre est utilisé est inconnue.

Public cible : Destiné à être utilisé auprès des populations des Premières Nations. Aucune information sur son utilisation par d'autres peuples Autochtones ou en s'adressant à des publics cibles non autochtones.

Éléments clés relevés : Recours à une approche holistique et intersectorielle, reconnaissance de l'exclusion sociale, rôle des individus et des communautés.

**CADRE 2 – CADRE CONCEPTUEL POUR PLANIFIER L'ÉTABLISSEMENT
D'UNE COMMUNAUTÉ EN SANTÉ (GODES ET COLL., 2010)**



Description : Ce cadre a été conçu pour soutenir un système d'aide à la décision en matière de santé (SADS), un mécanisme visant à faciliter un processus décisionnel coopératif et fondé sur des données probantes entre divers secteurs – y compris les urbanistes et les professionnels de la santé – pour améliorer la santé des communautés. Le projet de SADS utilise des méthodes de modélisation de données cartographiques et statistiques spatiales de systèmes d'information géographique (SIG), en combinaison avec un cadre relatif aux déterminants sociaux de la santé et aux maladies chroniques. Le cadre est conçu pour traduire des ensembles complexes de données en décisions significatives. Il incite les planificateurs à s'attaquer à l'ensemble des déterminants de la santé, mais confère également suffisamment de souplesse pour qu'ils puissent tenir compte des situations locales.

Origines : Ce cadre découle du projet de SADS mené dans le Queensland, en Australie, sous la direction d'Orí Gudes, expert en cartographie par SIG. Il a été créé en réponse à l'absence relative de données de santé utilisées dans la planification de services de santé et l'évaluation du rendement dans le Queensland. Il repose sur des théories de planification concertée des services de santé, elles-mêmes fondées sur des théories de planification des communications et de santé de la population. Le projet a reçu le prix Queensland Spatial Excellence Award de 2011 dans la catégorie de la recherche et de l'innovation.

Type : Cadre explicatif, interactif et axé sur l'action.

Champ d'intérêt : Élaboration de politiques et prise de décisions.

Déterminants cités : Incorpore des facteurs liés à la santé, notamment l'environnement naturel et les facteurs macrosociaux

(à l'échelle municipale), le contexte social et l'environnement bâti (à l'échelle communautaire), les facteurs de stress, les comportements de santé et l'intégration sociale, ainsi que le soutien (au niveau interpersonnel) pour cerner les politiques qui font la promotion de communautés en santé et qui mènent à la santé et au bien-être des individus et de la population.

Forces : Le cadre adopte une approche pragmatique quant à l'application de données de santé et de SIG dans la prise de décisions qui permettront de planifier l'établissement de collectivités en santé, y compris la prestation de services de santé. Il décrit un processus décisionnel qui combine les facteurs de santé et l'environnement bâti et naturel tout en mettant l'accent sur l'établissement des caractéristiques des collectivités en santé (politiques de santé publique, innovation, participation communautaire, mesures intersectorielles, processus décisionnel politique et engagement à l'égard de la santé).

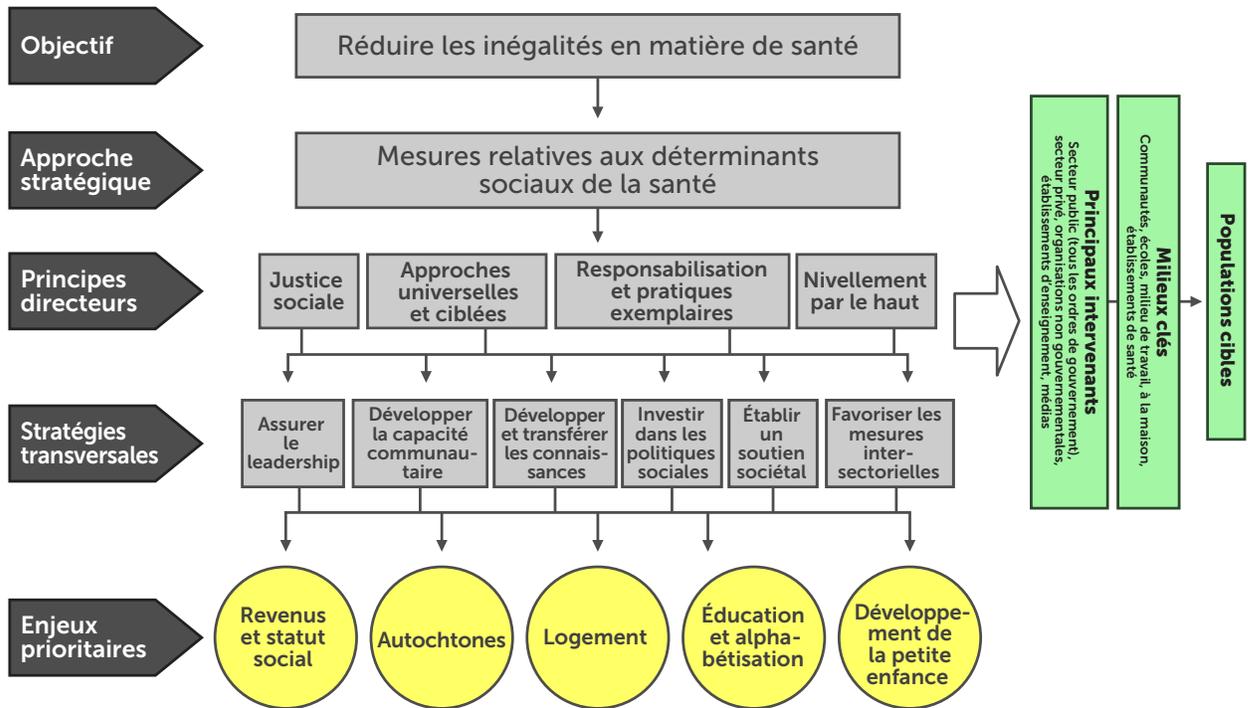
Limites : Nécessite de nombreuses données de diverses sources (environnement naturel, facteurs macrosociaux, contexte social, environnement bâti, facteurs de stress, comportements de santé, intégration sociale et soutien et état de santé).

Exemples d'utilisation : Aucun exemple disponible.

Public cible : Vise les urbanistes, mais pourrait avoir une portée plus globale pour alimenter l'interaction entre le secteur de la santé et la planification urbaine.

Éléments clés relevés : Recours à une approche holistique et intersectorielle, rôle de la communauté.

CADRE 3 - VERS L'ÉQUITÉ EN SANTÉ : UN CADRE D'ACTION
(DAGHOFER ET EDWARDS, 2009)



Description : Ce cadre a été créé par Diana Daghofer et Peggy Edwards pour l'Agence de la santé publique du Canada, après l'analyse des recommandations découlant de 12 rapports nationaux et internationaux majeurs relatifs aux déterminants de la santé. Il repose sur l'examen du contexte canadien et suggère les paramètres d'un vaste plan de réduction des inégalités en matière de santé grâce à la prise de mesures multisectorielles à l'égard des déterminants sociaux de la santé. Quatre principes directeurs sous-tendent l'utilisation de six stratégies transversales permettant d'agir sur cinq enjeux prioritaires dans le contexte canadien.

Origines : Le cadre a été créé pour faire partie d'un article de synthèse conçu pour guider une réunion tenue en 2009 et coprésidée par l'Agence de la santé publique du Canada, le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, l'Initiative sur la santé de la population canadienne, l'Association canadienne de santé publique, l'Institut de la santé publique et des populations et le Groupe d'experts en promotion de la santé de la population du Réseau pancanadien de santé publique.

Type : Cadre explicatif et axé sur l'action.

Champ d'intérêt : Approche générale.

Déterminants cités : Les déterminants concernent cinq enjeux prioritaires : revenu et statut social, logement, éducation et alphabétisation, Autochtones et développement de la petite enfance. Les recommandations se fondent sur six stratégies transversales : assurer le leadership, développer la capacité communautaire, développer et transférer les connaissances, investir dans les politiques sociales, établir un soutien sociétal et favoriser les mesures intersectorielles.

Forces : Ce cadre axé sur l'action met l'accent sur les priorités canadiennes et tient compte de l'opinion publique. Il a été créé à partir de l'analyse de recommandations communes découlant de 12 rapports nationaux et internationaux majeurs concernant les déterminants de la santé

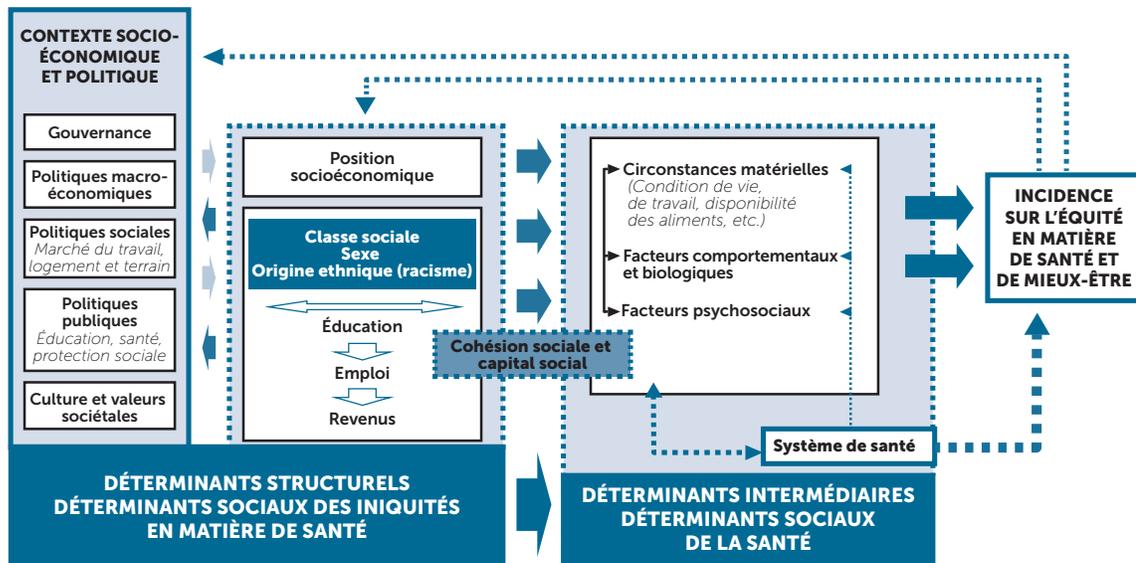
Limites : Les recommandations en matière de stratégies et de questions prioritaires sont fondées sur des suggestions communes découlant des 12 rapports analysés. Bien que tous les rapports soient fondés sur des données probantes, les auteurs n'ont pas revérifié celles-ci pour pondérer les déterminants et mesurer l'efficacité des mesures proposées.

Exemples d'utilisation : Le cadre a été cité dans plusieurs listes de ressources canadiennes en matière de déterminants sociaux de la santé, y compris celles du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, de l'Association pour la santé publique de l'Ontario, de la bibliothèque Leddy (Université de Windsor) et de l'Université d'Ottawa.

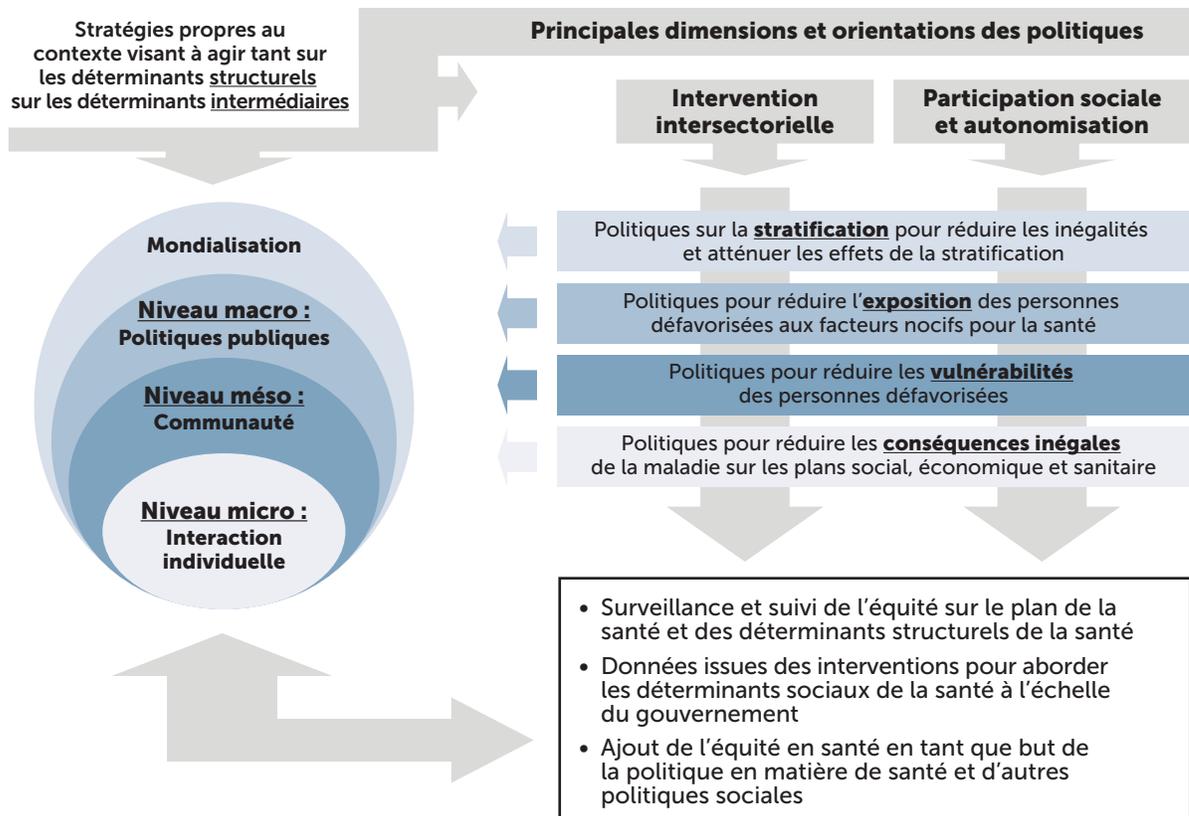
Public cible : Il s'adresse principalement aux décideurs et aux responsables des orientations politiques, mais il peut également être utile à un vaste auditoire intersectoriel, notamment à l'extérieur du secteur de la santé.

Éléments clés relevés : Recours à une approche intersectorielle, importance de l'action en amont.

CADRE 4A - COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ - CADRE CONCEPTUEL (OMS, 2007)



CADRE 4B - CADRE D'ACTION À L'ÉGARD DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DES INÉGALITÉS EN SANTÉ (OMS, 2007)



Description : Ces deux cadres ont été conçus pour répondre aux questions suivantes :

1. Quelles sont les causes fondamentales des différences en matière de santé entre les groupes sociaux?
2. Quelles sont les voies qui mènent des causes fondamentales aux différences marquées en matière de santé à l'échelle de la population?
3. Compte tenu des réponses aux questions précédentes, où et comment faudrait-il intervenir pour réduire les inégalités en santé? (Accent mis sur le *Cadre d'action à l'égard des déterminants sociaux des inégalités en santé.*)

Les deux cadres se fondent sur trois orientations théoriques principales en épidémiologie sociale :

1. approches psychosociales;
2. facteurs sociaux favorisant la maladie / économie politique de la santé;
3. théorie écosociale et cadres connexes à niveaux multiples.

Origines : Ces cadres ont été conçus pour guider le travail de la Commission des déterminants sociaux de la santé (la Commission). Une première ébauche a été rédigée en mai 2005 par le Secrétariat de la Commission. Une version révisée a été déposée en juin 2007 à Vancouver. Plusieurs examinateurs ont apporté une contribution au

document de travail qui a servi à la création du cadre, notamment les chercheurs Canadiens Ron Labonte et Ted Schrecker.

Type : Ensemble, les cadres sont explicatifs, interactifs et axés sur l'action.

Champ d'intérêt : Élaboration de politiques et prise de décisions.

DÉTERMINANTS CITÉS :

CADRE 4A

Divisé en déterminants « **structurels** » – contexte et situation socioéconomique (classe sociale, sexe, origine ethnique, éducation, emploi, revenu) – et « **intermédiaires** » – facteurs matériels, comportementaux et biologiques, et psychosociaux. La cohésion sociale et le capital social font le pont entre les deux catégories.

CADRE 4B – POLITIQUES REQUISES À DIVERS NIVEAUX

- **Mondial :** stratification pour réduire les inégalités.
- **Politiques publiques :** pour diminuer l'exposition des personnes défavorisées aux facteurs nocifs.
- **Communautaire :** pour réduire les vulnérabilités des populations défavorisées.
- **Individuel :** pour réduire les conséquences inégales de la maladie sur les plans social, économique et sanitaire.

Forces : Comprend les contextes socioéconomique et politique comme déterminants structuraux, la situation socioéconomique étant un élément clé d'autres déterminants structuraux et intermédiaires; énonce les dimensions et orientations clés en matière de politiques, mettant l'accent sur les mesures intersectorielles et la participation sociale ainsi que l'autonomisation à l'échelle mondiale, communautaire, individuelle et des politiques publiques. Ensemble, ces deux cadres offrent une approche conceptuelle et axée sur l'intervention pour s'attaquer aux inégalités en matière de santé. Le premier cadre cerne les causes fondamentales et les voies vers les différences en matière de santé parmi les groupes sociaux, et le deuxième indique où et comment intervenir pour réduire les inégalités en matière de santé.

Limites : Il faut deux cadres distincts pour représenter les déterminants, leurs interactions et les interventions possibles.

Exemples d'utilisation : Les cadres ont été utilisés dans de nombreux efforts mobilisés dans l'Union européenne, notamment le projet « DETERMINE » – un consortium de l'Union européenne visant l'action sur les déterminants socioéconomiques de la santé – ainsi que par le Health Officers Council de la Colombie-Britannique.

Public cible : Utile à un vaste auditoire intersectoriel, notamment à l'extérieur du secteur de la santé.

Éléments clés relevés : Recours à une approche holistique et intersectorielle, reconnaissance de l'exclusion sociale, rôle des individus et des communautés, importance de l'action en amont, énoncé clair des interactions entre les déterminants.

CADRE 5 - CADRE POUR ABORDER LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ ET DU MIEUX-ÊTRE (QUEENSLAND HEALTH, 2001)

Cadre pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et du mieux-être

La santé englobe bien plus que la prestation de services de santé, car la santé des personnes ne peut être dissociée des contextes sociaux, culturels et économiques dans lesquels elles vivent, travaillent et se divertissent.



Description : Ce cadre présente le rôle de multiples secteurs dans l'action sur les déterminants sociaux de la santé, tout en soulignant l'importante responsabilité des intervenants travaillant dans le système de santé en général – en particulier ceux qui offrent des services de santé publique – pour appuyer les efforts de collaboration intersectorielle et les interventions communautaires pour améliorer la santé et le bien-être de la population.

Origines : Ce cadre a été élaboré en 2001 par Queensland Health, un ministère de l'État de Queensland, dans le cadre du Communities and Local Government Partnership. Il repose sur le principe selon lequel « la santé est une question qui va au-delà de la prestation de services de santé, étant donné que la santé de la population est indissociable des milieux social, culturel et économique dans lesquels les personnes vivent, travaillent et se divertissent ».

Type : Cadre explicatif, interactif et axé sur l'action.

Champ d'intérêt : Approche axée sur la pratique (santé de la population).

Déterminants cités : Déterminants socioéconomiques et structuraux, contexte communautaire et facteurs individuels.

Forces : Le cadre souligne le rôle que joue la santé publique relativement aux déterminants sociaux de la santé pour mener et appuyer les efforts de collaboration intersectorielle et les interventions communautaires.

Ce cadre définit clairement le rôle de la santé publique dans la promotion de l'égalité en matière de santé. Il présente une gamme de déterminants et de mesures à l'échelle individuelle, à l'échelle communautaire et à l'échelle systémique.

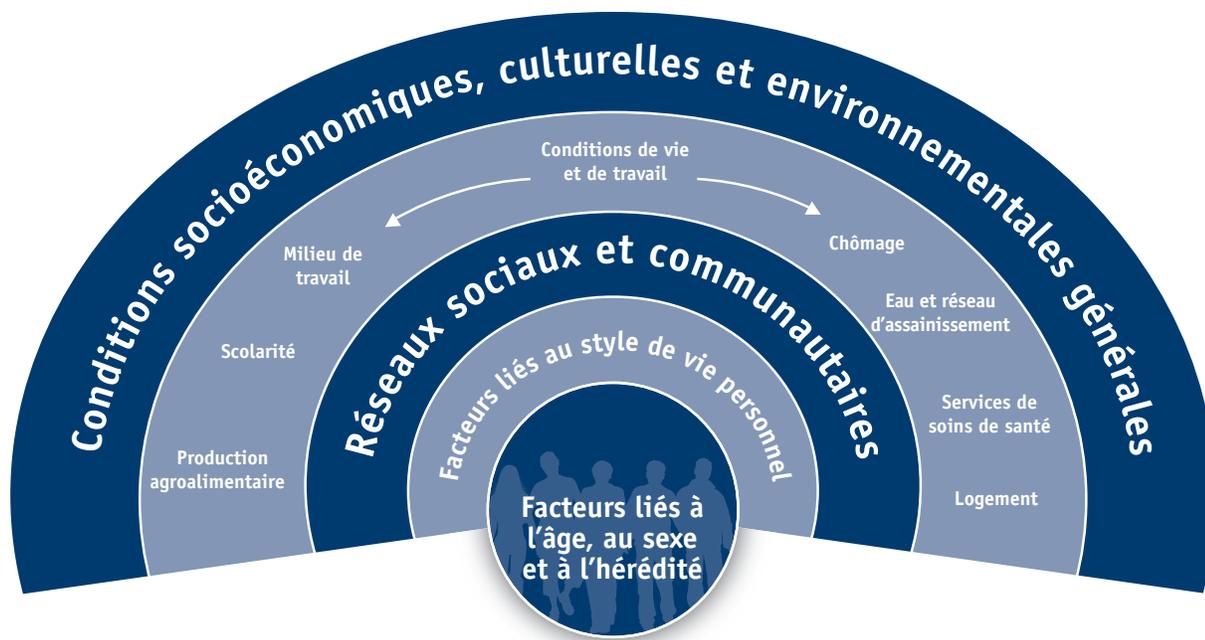
Limites : Le cadre pourrait être amélioré en améliorant la représentation des interactions entre les déterminants.

Exemples d'utilisation : La mesure dans laquelle ce cadre est utilisé est inconnue. Cependant, il existe une trousse d'accompagnement qui comprend une série de fiches d'information portant sur les étapes de la vie, le revenu, la nutrition, la santé des Autochtones, le capital social, l'éducation, le chômage, la santé mentale, le logement et l'origine ethnique.

Public cible : Ce cadre s'adresse principalement aux personnes travaillant dans le domaine de la santé publique. Cependant, puisqu'il représente clairement les déterminants de la santé et les voies vers la santé et la maladie, il peut également être utile à un vaste auditoire intersectoriel, notamment à l'extérieur du secteur de la santé.

Éléments clés relevés : Recours à une approche holistique et intersectorielle, reconnaissance de l'exclusion sociale, rôle des individus et des communautés, importance de l'action en amont.

CADRE 6 - MODÈLE ÉLARGI DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ
(DAHLGREN ET WHITEHEAD, 1991)



Description : Ce cadre qui est souvent cité a été conçu pour clarifier le concept d'équité dans le contexte de la santé et son incidence sur l'élaboration de politiques de santé. Le cadre, ainsi que les documents d'information connexes, aide à sensibiliser les gens et à alimenter le débat concernant l'équité en santé auprès d'un public général.

Origines : Le cadre a été préparé par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe pour faire partie d'un document complémentaire sur les politiques et les stratégies : *The Concepts and Principles of Equity and Health* (Whitehead, 1990)

Type : Explicatif.

Déterminants cités : Déterminants répartis sur trois niveaux :

- 1 – conditions socioéconomiques, culturelles et environnementales;
- 2 – réseaux sociaux et communautaires;
- 3 – facteurs liés au style de vie personnel.

Forces : Le cadre aide à clarifier le concept d'équité et son incidence sur l'élaboration de politiques de santé. Reconnu mondialement pour son utilité à sensibiliser les gens et à alimenter le débat concernant l'égalité en matière de santé.

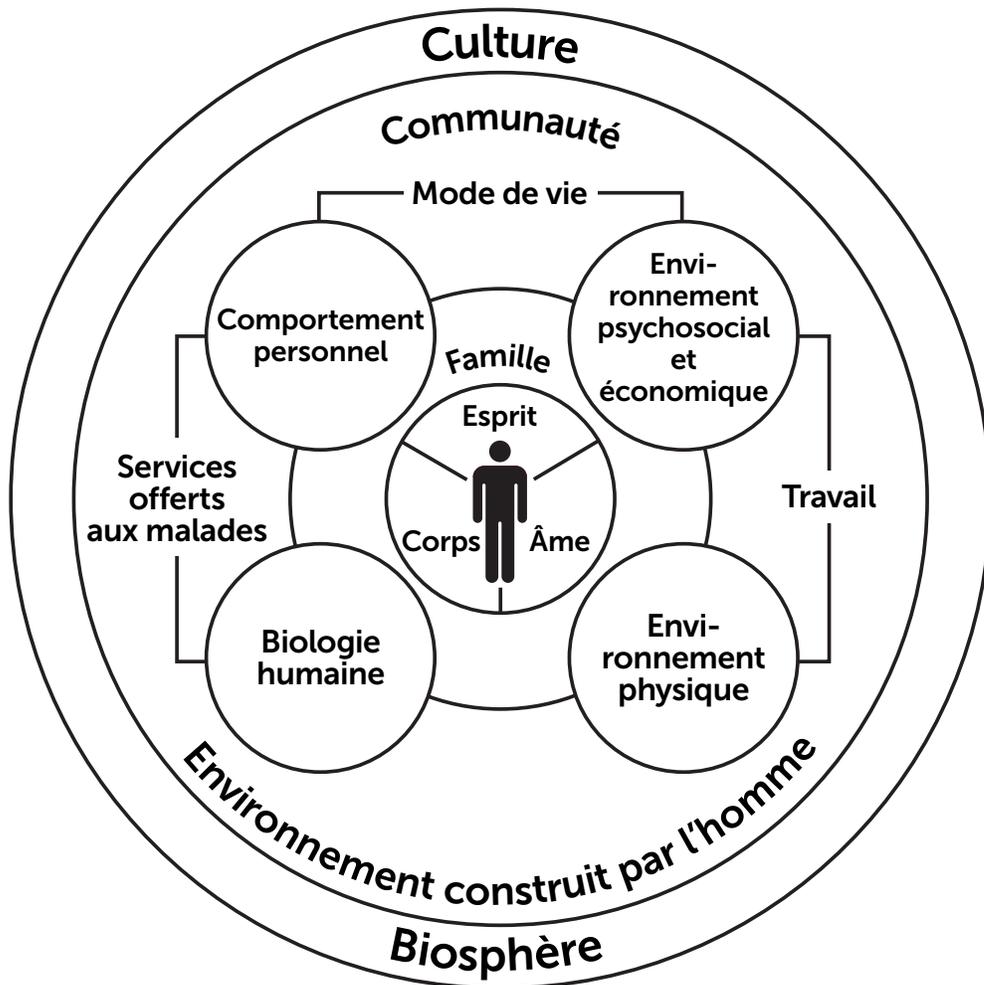
Limites : Bien que l'utilisation des niveaux aide à déterminer l'effet relatif de divers facteurs sur la santé, les interactions ne sont pas clairement définies et les secteurs d'intervention potentielle ne sont pas indiqués.

Exemples d'utilisation : Les documents d'information sont amplement utilisés en Europe, en Amérique du Nord et en Australasie, traduits dans 20 langues et incorporés dans le matériel de formation dans de nombreuses disciplines. Le cadre a été utilisé dans les documents « La santé dans toutes les politiques » (Gouvernement d'Australie-Méridionale, 2011), « Les réalités canadiennes » (2010) et par le Service de santé publique de Sudbury et du district, l'Unité sanitaire Northwestern et l'Unité sanitaire du district de Simcoe-Muskoka.

Public cible : Utile à un vaste auditoire intersectoriel, notamment à l'extérieur du secteur de la santé.

Éléments clés relevés : Recours à une approche holistique et intersectorielle, importance de l'action en amont.

CADRE 7 - MANDALA DE LA SANTÉ (HANCOCK ET PERKINS, 1985)



Description : Le Mandala de la santé est un modèle écologique de la santé humaine, qui tient compte des interactions entre la société humaine (la culture) et l'environnement. Ce modèle met l'accent sur les différences entre le style de vie et le comportement personnel, précisant que le style de vie est influencé, modifié et contraint par un processus de socialisation qui dure toute la vie, ainsi que par l'environnement psychosocial, qui comprend la famille, la communauté, les valeurs culturelles et les normes.

Origines : Le Mandala de la santé a été créé par Trevor Hancock et Fran Perkins au début des années 1980, au Service de santé publique de Toronto.

Type : Explicatif et relativement interactif.

Champ d'intérêt : Enjeux ciblés : écosystèmes et environnement.

Déterminants cités : Quatre facteurs immédiats, qui correspondent assez bien aux quatre domaines de la santé nommés dans le document *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* (Lalonde, 1974) et qui affecteraient la santé des personnes et des familles :

1. **Biologie humaine :** caractéristiques et prédispositions génétiques;
2. **Comportement personnel :** habitudes alimentaires et autres, y compris les comportements à risque et préventifs;
3. **Environnement psychosocial :** statut socioéconomique, pression des pairs, réseau de soutien social et autres facteurs;
4. **Environnement physique :** logement, état physique du lieu de travail et environnement immédiat.

(Le système de soins de santé est également inclus, ses priorités étant la biologie humaine et le comportement.)

Forces : C'est un modèle simple relatif à la santé publique qui clarifie l'interaction entre la culture et l'environnement dans le contexte de la nature holistique, interactive et hiérarchique de la santé. Le cadre clarifie également le rôle du mode de vie et des comportements personnels, qui sont souvent confondus.

Limites : Le cadre ne mentionne aucune intervention pouvant réduire les inégalités en santé.

Exemples d'utilisation : Ce modèle a été utilisé dans plusieurs manuels et articles didactiques, y compris dans le document *Notion de santé des populations* de l'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC, 2013), dans le programme *Indigenous Communities Environmental Health National Workforce Capacity Building Program* et dans le plan stratégique *Health Promotion Board 2005-2008 Strategic Plan* de l'Australian Capital Territory (2005).

Public cible : Utile à un vaste auditoire intersectoriel, notamment à l'extérieur du secteur de la santé.

Éléments clés relevés : Approche holistique et énoncé clair des interactions entre les déterminants

Annexe C

ÉVOLUTION DES PERSPECTIVES RELATIVES AUX DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ



Évolution des perspectives relatives aux déterminants sociaux de la santé, de 1974 à 2014

Afin de mettre en contexte, politiquement et historiquement, l'élaboration de bon nombre des cadres compris dans le présent *Examen*, voici une brève chronologie de certains événements qui, au Canada et ailleurs dans le monde, ont eu lieu entre 1974 et 2014 et ont joué un rôle important dans la sensibilisation et l'action relativement aux déterminants de la santé.

1974 – Rapport canadien important	<i>Nouvelle perspective de la santé des Canadiens</i> (Lalonde, 1974) : désigne le mode de vie, l'environnement social et l'environnement physique comme des éléments clés de la santé.
1978	Le Canada adhère à la <i>Déclaration d'Alma-Ata</i> de l'Assemblée mondiale de la Santé de 1978, stipulant que la santé est un droit de l'être humain et réclamant que toutes les nations permettent « la santé pour tous d'ici l'an 2000 » (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 1978).
1986	À la suite de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé de l'OMS, deux rapports primordiaux sont publiés : <i>La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé</i> (Santé et Bien-être social Canada, 1986) et la <i>Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé</i> (OMS, 1986), qui définit huit conditions préalables à la santé : paix, logement, éducation, nourriture, revenu, écosystème stable, ressources durables, ainsi que justice sociale et égalité.
2000	Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) commencent à financer des projets de recherche sur les questions d'inégalité en matière de santé liées à la pauvreté et au revenu.
2004	L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) publie <i>Améliorer la santé des Canadiens</i> (ICIS, 2004) pour promouvoir l'idée selon laquelle « notre état de santé est empreint de nos modes de vie, d'apprentissage et de travail. ».
2005	L'OMS forme la Commission sur les déterminants sociaux de la santé afin de « favoriser le changement au chapitre des politiques en compilant des données obtenues de la science et de la pratique en matière de déterminants sociaux de la santé (...) et en proposant des programmes d'action stratégiques nationaux et mondiaux ».
2005	L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) met sur pied six centres de collaboration nationale (CCN) en santé publique, notamment des CCN sur les déterminants de la santé, sur la santé des Autochtones et sur les politiques publiques et la santé.
2005	L'ASPC crée le Groupe de référence canadien sur les déterminants sociaux de la santé (GRC) pour soutenir la participation du Canada à la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS et donner les grandes lignes des répercussions de la Commission pour le Canada.

2006 – Rapport canadien important	<i>Health Disparity in Saskatoon: Analysis to Intervention</i> (Lemstra et Neudorf, 2006).
2008	La Commission des déterminants sociaux de la santé publie le document <i>Comblé le fossé en une génération</i> , qui présente les trois recommandations générales suivantes : améliorer les conditions de vie quotidiennes, lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, et mesurer le problème, le comprendre et évaluer l'efficacité de l'action. (OMS, 2008).
2008 – Rapport canadien important	<i>Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada – S'attaquer aux inégalités en santé</i> (ASPC, 2008) traite des responsabilités des individus et des collectivités relatives à l'avancement de la santé publique au Canada.
2009	Le mandat du GRC est renouvelé. Il porte désormais sur le contexte canadien et devient intersectoriel, accueillant des membres de divers secteurs.
2009 – Rapport canadien important	<i>Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé, Sous-comité sénatorial sur la santé des populations, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, de la science et de la technologie</i> (Sénat du Canada, 2009)
2009 – Rapport canadien important	<i>Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones</i> (Loppie Reading et Wein, 2009) décrit les inégalités en santé auxquelles sont confrontés divers peuples autochtones au Canada.
2009	Les IRSC font savoir que la réduction des inégalités en santé au sein des populations autochtones et d'autres populations vulnérables constitue une priorité de recherche dans leur document, produit collectivement, intitulé <i>L'innovation au service de la santé (2009-2014)</i> . De plus, le plan stratégique 2009-2014 de l'Institut de la santé publique et des populations des IRSC intitulé <i>L'équité en santé : une nécessité</i> est axé sur la compréhension de la santé et de l'équité en santé (IRSC, 2009).
2011	L'OMS tient une conférence à Rio de Janeiro, au Brésil, pour améliorer la compréhension de ce qui détermine la santé. Cette conférence donne naissance à une entente non contraignante intitulée <i>Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (la Déclaration)</i> (OMS, 2011b).
2012	La <i>Déclaration</i> est adoptée par les États membres, dont fait partie le Canada. Le GRC devient le Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé (CCDSS), avec un mandat à deux volets : conseiller l'ASFC sur les questions ayant trait à la mise en œuvre de la <i>Déclaration</i> et contribuer à l'action sur les déterminants de la santé.
2012 – Rapport canadien important	Le <i>Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada : Le sexe et le genre – leur influence importante sur la santé</i> (ASPC, 2012) souligne le rôle important du sexe et du genre en matière de santé.
2014 – Rapport canadien important	Le <i>Profil statistique de la santé des Premières Nations au Canada : Déterminants de la santé, de 2006 à 2010</i> (Santé Canada, 2014) dresse un portrait national des déterminants sociaux de la santé chez les adultes des Premières Nations vivant dans des communautés des Premières Nations au Canada.

Bibliographie

Agence de la santé publique du Canada (1994). *Qu'est-ce qui détermine la santé?* (<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php#What>). Image (en anglais) obtenue auprès de l'Office régional de la santé de Winnipeg. Community Development Framework. (2010) Winnipeg (Manitoba) : Auteur. Document consulté le 7 mai 2013 à l'adresse : <http://www.wrha.mb.ca/community/commdev/files/CommDev-Framework.pdf>.

Agence de la santé publique du Canada (1996). *Promotion de la santé de la population : Modèle d'intégration de la santé de la population et de la promotion de la santé*. Ottawa (Ontario) : Auteur. Document consulté le 7 mai 2013 à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/php-ppsp/psp3-fra.php#modele>.

Agence de la santé publique du Canada (2008). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2008 : S'attaquer aux inégalités en santé*. Ottawa (Ontario) : Auteur. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/fr-rc/index-fra.php>.

Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Pour un Canada en meilleure santé : faire de la prévention une priorité – Déclaration sur la prévention et la promotion des ministres de la Santé et de la Promotion de la santé/Vie saine du Canada*. Ottawa (Ontario) : Auteur. Document consulté le 8 décembre 2014 à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/declaration/index-fra.php>.

Agence de la santé publique du Canada (2012). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2012 – Le sexe et le genre : leur influence importante sur la santé*. Ottawa (Ontario) : Auteur. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2012/index-fra.php>.

Annis, R.C. (2005). *Determinants of Health of Rural Populations and Communities Research Project, Final Report*. Brandon, M.B. : Rural Development Institute, Brandon University. http://www.brandonu.ca/rdi/files/2011/03/SSHRC_FinalReport-Public.pdf.

Assemblée des Premières Nations. (2013). *First Nations Wholistic Policy and Planning A Transitional Discussion Document on the Social Determinants of Health*. Ottawa (Ontario) : Auteur. Document consulté en octobre 2014 à l'adresse : http://health.afn.ca/uploads/files/sdoh_afn.pdf (version française : « Modèle holistique de planification et de politique des Premières Nations : document de travail pour la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé »).

Association des facultés de médecine du Canada (2013). *Notions de santé des populations de l'AFMC*. Ottawa (Ontario) : Auteur. Document consulté à l'adresse : http://www.afmc.ca/pdf/AFMC-Primer-on-Population-Health-2013-07-24_Fr.pdf.

Australian Capital Territory (2005). *ACT Health Promotion board (Healthpact) Strategic Plan 2005-2008*. Canberra, Australie : Auteur.

Benoit, C., et Shumka, L. (2009). *Gendering the Health Determinants Framework: Why Girls' and Women's Health Matters*. Vancouver (Colombie-Britannique) : Women's Health Research Network. <http://people.stfx.ca/accamero/Gender%20and%20Health/Concept%20of%20Gender%20and%20Health/Health-Determinants-Framework-Why-Girls-and-Womens-Health-Matters.pdf>.

Bierman, A.S. (2007). *Mesure des inégalités en matière de santé entre les Canadiennes : Établissement d'un bassin d'indicateurs*. Toronto (Ontario) : Hôpital St. Michael, Université de Toronto. Document consulté le 7 mai 2013 à l'adresse : <http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/2007-bierman-fra.php>.

Brunner, E., et Marmot, M. G. (2006). *Social Organization, Stress, and Health*. Cité dans : M. G. Marmot et R. G. Wilkinson (Eds.). (2010), *Social Determinants of Health*. Oxford : Oxford University Press, figure 2.2, p. 9. http://www.thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf (version française : « Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes. »; accès : http://www.thecanadianfacts.org/Les_realites_canadiennes.pdf).

Clark, J.P., et Bierman, A.S. (2009). *The POWER Study Framework, Chapter 2*. Cité dans : Bierman AS, éditeur. (2009). *Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report : Volume 1*. Toronto (Ontario) : Hôpital St. Michael et l'Institut de recherche en services de santé. <http://powerstudy.ca/wp-content/uploads/downloads/2012/10/Chapter2-hePOWERStudyFramework.pdf> (version française : « Chapitre 2. Le cadre de l'Étude POWER »; accès : <http://powerstudy.ca/wp-content/uploads/downloads/2012/10/Chapitre2-LeCadre.pdf>).

Clark, W. A. V. (2005). *Intervening in the residential mobility process: Neighborhood outcomes for low-income populations*. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 102, 15307-15312. DOI : 10.1073/pnas.0507308102.

Daghofer, D., et Edwards, P. (2009). *Toward Health Equity: Comparative Analysis and Framework for Action*. Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada. Document consulté le 6 mai 2013 à l'adresse : <http://opha.on.ca/getmedia/c4536b04-2ce1-44e8-8b40-81bfe75be8f9/HealthEquityComparativeAnalysis-FinalReport-Mar2009.pdf.aspx?ext=.pdf>.

Dahlgren, G., et Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm, Suède : Institute for Future Studies. Document consulté le 7 mai 2013 à l'adresse : <http://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/DETERMINE-Final-Publication-Story.pdf>.

Danaher A. (2011). *Reducing Disparities and Improving Population Health: The Role of a Vibrant Community Sector*. Toronto (Ontario) : Wellesley Institute. <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2011/10/Reducing-Disparities-and-Improving-Population-Health.pdf>.

Diez-Roux, A. V. (2001). Investigating neighborhood and area effects on health. *American Journal of Public Health*, 91(11). www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1446876/

Edwards, E. et Di Ruggiero, E. (2011). « Exploring which context matters in the study of health inequities and their mitigation ». *Scandinavian Journal of Public Health*. 39 (6 Suppl), 43-9. DOI : 10.1177/1403494810393558

Etches, V., Frank, J., Di Ruggiero, E., et Manuel, M. (2006). « Measuring Population Health: A Review of Indicators ». *Annual Reviews of Public Health*, 27, 29–55. DOI : 10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102141

Gouvernement d'Australie-Méridionale. (2011). *The South Australian Approach to Health in All Policies: Background and Practical Guide, Version 2*. Rundle Mall, Australie-Méridionale : Ministère de la Santé. Document consulté le 7 mai 2013 à l'adresse : <http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/cb6fa18043aece9fb510fded1a914d95/%20%20HiAPBackgroundPracticalGuide-v2.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=cb6fa18043aece9fb510fded1a914d95>.

Gudes, O., Kendall, E., Yigitcanlar, T., Pathak, V., et Scott, B. (2010). « Rethinking health planning: a framework for organising information to underpin collaborative health planning ». *Health Information Management Journal*. 39(2), p. 18-29. http://academia.edu/243531/Rethinking_health_planning_a_framework_for_organising_information_to_underpin_collaborative_health_planning.

Hancock, T. (2001). « People, Partnerships and Human Progress: "Building Community Capital" ». *Health Promotion International*. 16(3) : 275–280. DOI : 10.1093/heapro/16.3.275

Hancock, T., et Perkins, F. (1985). « The mandala of health: a conceptual model and teaching tool ». *Health Education*. Vol. 24, N° 1, p. 8-10. Document consulté à l'adresse : <http://isecn.org/2013/05/07/vision-and-values-matter-and-so-do-sailing-lessons/>

Institut canadien d'information sur la santé (2004). *Améliorer la santé des Canadiens est une série de rapports de l'Initiative sur la santé de la population canadienne*. Ottawa (Ontario) : Auteur. https://secure.cihi.ca/free_products/IHC2004rev_f.pdf.

Institut canadien d'information sur la santé (2005). *Quelques points saillants de l'opinion du public sur les déterminants de la santé*. Ottawa (Ontario) : Auteur. https://secure.cihi.ca/free_products/CPHI_Public_VIEWS_fr.pdf

Institut canadien d'information sur la santé (2013). *Indicateurs de santé 2013*. Ottawa (Ontario) : Auteur. Document consulté à l'adresse : https://secure.cihi.ca/free_products/Hi2013_FR.pdf.

Instituts de recherche en santé du Canada. (2009). *L'innovation au service de la santé : de meilleurs soins et services par la recherche, Plan stratégique des IRSC 2009-2010 – 2013-2014*. Ottawa (Ontario) : Auteur. Document consulté le 27 octobre 2014 à l'adresse : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/40490.html>.

Instituts de recherche en santé du Canada, Institut de la santé publique et des populations (2009). *L'équité en santé : une nécessité – Plan stratégique de l'ISPP*. Ottawa (Ontario) : Auteur. Document consulté le 27 octobre 2014 à l'adresse : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/40524.html>.

Inuit Tapiriit Kanatami. (2007). *Social Determinants of Inuit Health : A discussion paper*. Ottawa (Ontario) : Auteur. Document consulté le 6 mai 2013 à l'adresse : http://ahrnets.ca/files/2011/02/ITK_Social_Determinants_paper_2007.pdf

Irwin, L., Siddiqui, A. et Hertzman, C. (2007). *Le développement de la petite enfance : un puissant égalisateur – Rapport final à la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé*, Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé.

Kelly, M.P., Morgan, A., Bonnefoy, J., Butt, J. et Bergman, V. (2007). *The social determinants of health: Developing an evidence base for political action*. Royaume-Uni : Measurement and Evidence Knowledge Network, National Institute for Health and Clinical Excellence. http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_report_10oct07.pdf

Kingdon, J.W. (1995). *Agendas, Alternatives and Public Policies*, (2^e édition). Royaume-Uni : Longman.

Krieger, N. (2008). « Proximal, distal and the politics of causation: What's level got to do with it? » *American Journal of Public Health*. February; 98(2), p. 221-230. DOI : 10.2105/AJPH.2007.111278.

Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : un document de travail*. Ottawa (Ontario) : Ministre des Approvisionnements et Services. Document consulté le 27 octobre 2014 à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-fra.pdf>.

Lemstra, M. et Neudorf, C. (2008). *Health Disparity in Saskatoon: analysis to intervention*. Saskatoon, <http://www.caledoninst.org/Special%20Projects/CG-COP/Docs/HealthDisparityRept-complete.pdf>

Loppie Reading, C. et Wien, F. (2009). *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*. Prince George, Colombie-Britannique : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. [http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/46/Health%20Inequalities%20&%20Social%20Determinants%20of%20Aboriginal%20Peoples'%20Health%20\(French\).pdf](http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/46/Health%20Inequalities%20&%20Social%20Determinants%20of%20Aboriginal%20Peoples'%20Health%20(French).pdf).

McDavid Harrison, K. et Dean, H. (2011). Use of Data Systems to Address Social Determinants of Health: A need to do more. *Public Health Reports*. 126 (Suppl 3) : 1-5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3150121/pdf/phr126s30001.pdf>.

Mikkonen, J. et Raphael, D. (2010). *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. Toronto : York University School of Health Policy and Management (version française : « Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes »).

Ministère des Affaires sociales et de la Santé. (2008). *National Action Plan to Reduce Health Inequalities, 2008–2011*. Helsinki, Finlande : Auteur. Document consulté le 7 mai 2013 à l'adresse : <http://web.archive.org/web/20130719193151/http://pre20090115.stm.fi/pr1227003636140/passthru.pdf>.

Munro, D. (2008). *Healthy People, Healthy Performance, Healthy Profits: The Case for Business Action on the Socio-Economic Determinants of Health*. Ottawa (Ontario) : Conference Board du Canada. http://www.conferenceboard.ca/Libraries/NETWORK_PUBLIC/dec2008_report_healthypeople.sflb.

Nestel, S. (2012). *Colour Coded Health Care – The Impact of Race and Racism on Canadians' Health*. Toronto (Ontario) : The Wellesley Institute. <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2012/02/Colour-Coded-Health-Care-Sheryl-Nestel.pdf>.

O'Hara, P. (2005). *Creating Social and Health Equity: Adopting an Alberta Social Determinants of Health Framework*. Edmonton (Alberta) : Edmonton Social Planning Council. http://www.who.int/social_determinants/resources/paper_ca.pdf.

Organisation mondiale de la Santé (1978). *Déclaration d'Alma-Ata*. Genève, Suisse : Auteur. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/113882/E93945.pdf?ua=1

Organisation mondiale de la Santé (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Genève, Suisse : Auteur. Document consulté le 27 octobre 2014 à l'adresse : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf?ua=1.

Organisation mondiale de la Santé (2003). *Comparative Evaluation of Indicators for Gender Equity and Health*. Kobe, Japon : WHO Centre for Health Development. http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_WKC_Tech.Ser._03.2.pdf.

Organisation mondiale de la Santé (2007). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health: Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health – DRAFT*. Genève, Suisse : Auteur. Document consulté le 6 mai 2013 à l'adresse : http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf.

Organisation mondiale de la Santé (2008). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève, Suisse : Auteur. http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/.

Organisation mondiale de la Santé (2010). *Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques – Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être*. Adélaïde, Australie : Auteur. http://www.who.int/social_determinants/french_adelaide_statement_for_web.pdf.

Organisation mondiale de la Santé (2011a). *Comblant le fossé : de la politique à l'action sur les déterminants sociaux de la santé – document de travail*. Genève, Suisse : Auteur. http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-FR.pdf

Organisation mondiale de la Santé (2011b). *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève, Suisse : Auteur. http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_French.pdf

Organisation mondiale de la Santé (2012). *Résultats de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève, Suisse : Assemblée mondiale de la Santé. http://www.who.int/sdhconference/background/A65_R8-fr.pdf.

Parkes, M., Panelli, R. et Weinstein, P. (2003). « Converging Paradigms for Environmental Health: Theory and Practice ». *Environmental Health Perspectives*, 111:669-675. DOI : 10.1289/ehp.5332.

Patychuk, D. (2011). *Équité en matière de santé et groupes racialisés – Recensement des écrits*. Conseil sur l'équité en matière de santé et Nexus Santé. Toronto (Ontario) : Auteur. Document consulté à l'adresse : <http://fr.nexussante.ca/sites/fr.nexussante.ca/files/resources/RacializedGroupsandHealthEquityFrench.pdf>.

Putnam, R. (2005). *Bowling Alone: America's declining social capital*. *Journal of Democracy*, 6(1), 65. Document consulté le 30 décembre 2014 à l'adresse : <http://archive.realtor.org/sites/default/files/BowlingAlone.pdf>.

Queensland Health. (2001). *Social Determinants of Health: The Role of Population Health Queensland, Summary Document*. Queensland, Australie : Gouvernement du Queensland. Document consulté le 6 mai 2013 à l'adresse : <http://web.archive.org/web/20120506050300/http://www.health.qld.gov.au/ph/documents/hpu/24310.pdf>.

Raphael, D. (2009). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*, (2^e édition). Toronto (Ontario) : Canadian Scholars' Press. Cité dans Mikkonen J, Raphael, D. (2010). *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*. Toronto (Ontario) : École de gestion et de politique de la santé de l'Université York. http://www.thecanadianfacts.org/Les_realites_canadiennes.pdf.

Santé Canada (2014). *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada : Déterminants de la santé, de 1999 à 2003*. Ottawa (Ontario) : Auteur. Document consulté à l'adresse : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/aborig-autoch/2010-stats-profil-determinants/index-fra.php>.

Santé et Bien-être social Canada (1986). *La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Ottawa (Ontario) : Auteur. Document consulté le 31 janvier 2013 à l'adresse : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/1986-frame-plan-promotion/index-fra.php#conc>.

Schulz, A. et Northridge M.E. (2004). Social determinants of health: implications for environmental health promotion. *Health Education & Behaviour*. 31(4) : 455-471. DOI : 10.1177/1090198104265598.

Sénat du Canada – Sous-comité sénatorial sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (2009). *Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé*. Ottawa (Ontario) : Auteur. Document consulté le 10 mars 2013 à l'adresse : <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/popu/rep/rephealthjun09-f.pdf>.

Siddiqi, A., Irwin, L.G. et Hertzman, C. (2007). *Total environment assessment model for early child development: Evidence report for the Commission on Social Determinants of Health* (p. 15). Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé – Commission des déterminants sociaux de la santé. http://www.who.int/social_determinants/resources/ecd_kn_evidence_report_2007.pdf?ua=1.

Szreter, S. et Woolcock, M. (2004). Health by Association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*. 33 (4) : 650-667. DOI : 10.1093/ije/dyh013.

Taket, A.R., editor. (1990). *Making Partners: Intersectoral Action for Health: Proceedings and Outcome of a Joint Working Group on Intersectoral Action for Health* (Utrecht, Pays-Bas, du 30 novembre au 2 décembre 1988). Copenhague, Danemark : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe et La Haye, Pays-Bas : ministère du Bien-être, de la Santé et des Affaires culturelles.

University of Wisconsin Population Health Institute et Robert Wood Johnson Foundation. (2003). *County Health Rankings*. Wisconsin : Auteur. Document consulté le 6 mai 2013 à l'adresse : <http://www.countyhealthrankings.org/our-approach>.

Whitehead, M. (1990). *The concepts and principles of equity and health*. Copenhague, Danemark : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe. http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD_414.pdf.

Whitehead, M. (1998). Diffusion of ideas on social inequalities in health: A European perspective. *The Milbank Quarterly*. 76(2):469–492. DOI : 10.1111/1468-0009.00099.

Whitehead, M. (1992). « The Concepts and Principles of Equity and Health ». *International Journal of Health Service*. 22 (3). 429-445. (1990, OMS, Bureau régional de l'Europe).

Wilkinson, R. et Marmot, M. (2003). *Les déterminants sociaux de la santé : les faits [deuxième édition]*. Copenhague, Danemark : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98439/E82519.pdf.