

Centre de collaboration nationale
sur les **politiques publiques**
et la **santé**

www.ccnpps.ca

MOTS-CLÉS DU DOMAINE DES POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ

RAPPORT | MARS 2014



Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé

National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy

*Institut national
de santé publique*

Québec

Centre de collaboration nationale
sur les **politiques publiques**
et la **santé**

www.ccnpps.ca

MOTS-CLÉS DU DOMAINE DES POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ

RAPPORT | MARS 2014

AUTEURS

Val Morrison, François Gagnon, Florence Morestin et Michael Keeling
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

ÉDITION

Alima Alibhay
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

MISE EN PAGES

Madalina Burtan
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

COMMENT CITER CE DOCUMENT :

Morrison, V., Gagnon, F., Morestin, F. et Keeling, M. (2014). *Mots-clés du domaine des politiques publiques favorables à la santé*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

REMERCIEMENTS

Le CCNPPS tient à remercier Nicole Bernier, Bernadette Pauly et Penny Sutcliffe pour leurs commentaires sur des versions préliminaires de ce document.

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de la santé publique du Canada par le biais du financement du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS).

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), un chef de file en santé publique au Canada.

Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada.

Toutes les images de ce document ont été reproduites avec permissions ou conformément aux licences autorisant leur reproduction. En cas d'erreur ou d'omission, merci de nous en aviser au ccnpps@inspq.qc.ca.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé au : www.ccnpps.ca.

An English version of this paper is also available on the National Collaborating Centre for Healthy Public Policy website at www.ncchpp.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

À PROPOS DU CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA SANTÉ

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) vise à accroître l'expertise des acteurs de la santé publique en matière de politiques publiques favorables à la santé, à travers le développement, le partage et l'utilisation des connaissances. Le CCNPPS fait partie d'un réseau canadien de six centres financés par l'Agence de la santé publique du Canada. Répartis à travers le Canada, chacun des Centres de collaboration nationale en santé publique se spécialise dans un domaine précis, mais partage un mandat commun de synthèse, d'utilisation et de partage des connaissances. Le réseau des Centres agit autant comme une structure de diffusion des contributions spécifiques des Centres que de lieu de production conjointe des projets communs.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
1 MOT-CLÉ : SANTÉ DES POPULATIONS.....	3
1.1 Origines	3
1.2 Les usages du concept de santé des populations	4
1.3 Critiques et débats	5
2 MOT-CLÉ : DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ.....	7
2.1 Origines	7
2.2 Usages du concept de déterminants sociaux de la santé.....	8
2.3 Interventions en matière de politiques publiques.....	10
2.4 Critiques et débats	12
3 MOT-CLÉ : POLITIQUE PUBLIQUE	15
3.1 Usages du concept de politique publique.....	15
CONCLUSION.....	17
RÉFÉRENCES.....	19
ANNEXE – EXEMPLES DE LISTES DE DÉTERMINANTS ÉLABORÉES AU CANADA.....	23

INTRODUCTION

Certaines expressions telles que *politique publique*, *déterminants sociaux de la santé* et *santé des populations* sont si courantes dans le discours en santé publique que nous les utilisons souvent sans penser à ce qu'elles signifient réellement, encore moins à la façon dont elles en sont venues à acquérir leur sens actuel et aux implications que leur utilisation pourrait avoir sur la façon dont le travail lié à la santé publique est abordé et effectué. Cet usage courant suppose que nous pensons bien souvent parler d'une seule et même chose quand, en fait, deux personnes employant le même terme peuvent avoir à l'esprit des idées tout à fait différentes. Lorsqu'elles utilisent l'expression *déterminants sociaux de la santé*, par exemple, certaines personnes peuvent penser à un ensemble précis de déterminants (genre, revenu, éducation, logement, etc.), tandis que d'autres peuvent avoir en tête les processus qui déterminent la répartition des effets sur la santé de la population. Dans le texte qui suit, nous examinerons les diverses significations des expressions couramment utilisées dans le contexte des politiques publiques favorables à la santé et tenterons de mettre en lumière la façon dont elles sont utilisées dans le discours de la santé publique.

Dans le présent document, notre objectif est d'explorer la réalité et la portée de trois expressions fondamentales en politique publique. Chacune d'entre elles a été définie de façon variée, ses définitions ayant évolué au fil du temps. Nous présenterons d'abord une vue d'ensemble de ces termes, en nous fondant sur la notion de *mots-clés* (*keywords*), élaborée par Raymond Williams (1975), puis étoffée par Bennett, Grossberg et Morris (2005) dans le cadre d'études portant sur la culture et la société. Lorsque cela sera possible, nous suggérerons des lectures additionnelles pour trouver des ressources complémentaires et des définitions actuelles. Toutefois, nous ne chercherons pas à privilégier une définition unique pour chacun de ces mots-clés; en effet, compte tenu de la polyvalence de chacun d'entre eux, il serait difficile de n'en retenir qu'une seule. Notre objectif consiste plutôt à examiner le champ sémantique d'un mot, à explorer ses usages dans divers contextes, puis à déterminer ce qu'il en est et à comprendre comment il en est venu à revêtir cette forme. Il s'agit d'un exercice très différent de celui cherchant à définir un concept au moyen d'une formule précise.

Ainsi, nous nous intéresserons à la façon dont ces expressions en sont venues à revêtir un sens donné dans certains contextes et des sens différents dans d'autres contextes de même qu'à d'autres périodes. Souvent, un mot d'usage courant dans une langue peut avoir une signification très différente dans le discours spécialisé. Même dans des domaines précis, plusieurs traditions théoriques peuvent définir le même mot de manières diverses. Le mot *genre*, par exemple, est employé en sciences sociales tout à fait différemment qu'il ne l'est dans le discours populaire (où il se substitue souvent simplement au mot *sexe*). De plus, dans les études sur le genre, le concept de *genre* a évolué pour englober, aujourd'hui, une plus grande variabilité et un plus large éventail de possibilités qu'il y a quelques décennies.

L'objectif que nous visons dans les prochaines sections est d'explorer la façon dont les concepts et expressions ont pris forme, ont été compris, puis utilisés. Il ne s'agit pas de proposer des arguments pour ou contre une ou même plusieurs définitions, mais plutôt d'explorer celles qui sont actuellement en usage, quelles soient explicites ou non. Nous espérons que notre tentative de clarification de ces termes conceptuellement riches

permettra d'éviter certains problèmes récurrents associés à leur usage courant, à leur profondeur conceptuelle et à leur diversité. Tout d'abord, le fait de se familiariser avec ces termes permettra de reconnaître les divers usages qu'en font les autres intervenants dans des contextes pratiques; cela pourra contribuer, en retour, à vérifier si ces personnes utilisent un langage commun. Ensuite, s'il s'avère que les expressions en question ne sont pas employées dans le même sens, le fait de se familiariser avec celles-ci accroîtra la possibilité de découvrir les éléments communs à leurs définitions. En outre, mieux connaître les nuances que comportent ces termes pourrait permettre d'établir des liens entre ces divers concepts.

Chaque mot-clé est accompagné d'une liste de concepts qui y sont associés, c'est-à-dire d'autres mots-clés qui sont couramment employés avec ou en conjonction avec ce mot-clé. Nous fournirons une courte description des définitions du terme qui sont couramment utilisées, puis nous explorerons ses origines. Par la suite, nous examinerons la façon dont le mot-clé a été employé dans la littérature en santé publique. Enfin, lorsqu'elles sont accessibles, nous exposerons les principales critiques formulées à l'endroit de ces définitions.

Nous espérons que l'examen de ces trois expressions s'avérera utile et intéressant pour le lecteur. Les commentaires ainsi que les suggestions de termes à ajouter au présent document sont les bienvenus.

1 MOT-CLÉ : SANTÉ DES POPULATIONS

Concepts associés¹ : Déterminants (sociaux) de la santé, inégalités de santé, iniquités de santé, santé publique, promotion de la santé, promotion de la santé des populations, thèse de McKeown, nouvelle santé publique, fonction de production de santé

Terme central au milieu des années 1990, repris et développé par les chercheurs de même que par les responsables des politiques, le concept de santé des populations a fini par devenir une approche de la santé publique au Canada. Ayant pour objectif principal la prévention de la maladie plutôt que son traitement, il s'inscrit dans une longue suite de développements théoriques, depuis la thèse de McKeown (Colgrove, 2002) au rapport Lalonde de 1974 (Lalonde, 1974), en passant par la Charte d'Ottawa de 1986 (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 1986), jusqu'à d'autres travaux phares, tels que la stratégie axée sur la population de Geoffrey Rose (Rose, 1993). Le concept de santé des populations est également étroitement lié aux déterminants sociaux de la santé ainsi qu'à l'intervention sur ces déterminants plutôt qu'aux maladies et affections qui en découlent. Cette section s'ouvre donc sur un aperçu des origines du terme *santé des populations*, examine les trois principales façons dont il a été et est utilisé au Canada, puis se termine par une courte présentation des principaux débats et critiques du terme et de ses origines.

1.1 ORIGINES

Le terme *santé des populations* a fait son apparition dans un article² d'Evans et Stoddart en 1990 (Evans et Stoddart, 1990). Les premiers travaux sur la santé des populations ont pour la plupart été produit par l'Institut canadien des recherches avancées (ICRA), en particulier dans le cadre de son Programme de la santé des populations, un programme créé en 1987 et financé en grande partie grâce à une subvention de la Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers du Canada. Dans les disciplines, ce terme est ancré dans l'épidémiologie, à laquelle s'est greffée l'économie. Sur le plan politique, il s'est développé dans un climat de pressions accrues en faveur de la réduction des coûts liés aux soins de santé et de l'accroissement de la responsabilité financière du système canadien de soins de santé. En ce sens, le rôle de plus en plus incontestable que jouent les déterminants non médicaux de la santé a été associé au besoin perçu de freiner les coûts toujours croissants des soins de santé. De toute évidence, le travail de recherche sur les déterminants non médicaux de la santé et, par la suite, sur la santé des populations n'est pas le fruit exclusif du groupe de l'ICRA, mais les positions de ce dernier sur la santé publique ainsi que l'influence de ses

¹ Les concepts associés sont ceux qui sont couramment employés avec ou en conjonction avec ce mot-clé dans la littérature.

² Ce terme a été utilisé par Fraser Mustard et d'autres conférenciers lors d'une série de conférences présentées dans le cadre d'un séminaire d'études supérieures en sciences de la santé tenu à l'Université McMaster en 1983 (Hayes et Dunn, 1998).

membres dans les milieux politiques a fait de cet institut *la* figure centrale du développement de la santé des populations au Canada³.

1.2 LES USAGES DU CONCEPT DE SANTÉ DES POPULATIONS

Le terme *santé des populations* a été utilisé au Canada de trois manières principales : en tant que concept, en tant que cadre d'analyse et d'intervention et en tant qu'approche globale.

Santé des populations : le concept

En tant que concept, le terme *santé des populations* se rapporte sommairement à la santé des populations, peu importe la manière dont celles-ci sont définies. Dans cette acception, le concept est généralement utilisé de façon opérationnelle dans le cadre de programmes de recherche ou de projets. L'un de ces projets définit la santé des populations comme « l'état de santé de groupes d'individus, y compris la distribution de ces résultats au sein du groupe » (Kindig et Stoddart, 2003, p. 381; traduction libre). Ce type de définition très générale est encore utilisé, même lorsque les chercheurs déclarent que la santé des populations est une approche ou un cadre de référence. À la base, le concept de *santé des populations* se distingue de la notion de soins de santé par l'accent qu'il met sur des populations entières; les soins de santé traditionnels, quant à eux, sont axés sur la santé des personnes, traitées une à la fois.

Santé des populations : le cadre de référence

Les premières versions du *cadre de référence sur la santé des populations* proviennent des chercheurs travaillant à l'ICRA (Evans et Stoddart, 1990). Le travail de cet institut a donné naissance à un mouvement permettant d'aller au-delà du concept statique de *santé des populations* et d'établir un cadre global d'analyse et d'intervention. Dans ce type de cadre, l'intégration du rôle joué par les déterminants non médicaux de la santé est inextricablement liée à la notion de *santé des populations*. Dans ce document, notamment dans le cadre de référence proposé par Kindig et Stoddart (2003, p. 382), le concept de *santé des populations* ne constitue que l'un des trois éléments indispensables au *cadre de référence sur la santé des populations*. Les deux autres éléments composant la plupart des études qui adoptent ce cadre comprennent : 1) l'accent sur les déterminants non médicaux de la santé et 2) la nécessité de déployer des efforts intersectoriels ou concertés pour agir sur la santé des populations. Il est à noter que le travail de l'ICRA est explicitement axé sur la réduction des dépenses du système de soins de santé, de nombreux membres de ce groupe ayant mis cet axe en avant pour justifier l'adoption de ce cadre de référence. Un rapport consultatif fédéral, provincial et territorial, qui a été officiellement adopté au Canada, répertorie cette réduction des coûts parmi les principales « exigences et conséquences » de l'adoption de ce cadre de référence (Santé Canada, 1994, p. 36). En tant que cadre général, la santé des populations tient donc compte des déterminants non médicaux de la santé et aborde les stratégies de santé publique ainsi que les interventions politiques.

³ Cette influence s'est étendue au-delà des frontières canadiennes, notamment en raison de la solide réputation du Canada en matière de promotion de la santé.

Santé des populations : l'approche élargie

Enfin, le terme *santé des populations* est de plus en plus utilisé pour désigner un programme stratégique par les ministères et les organismes de santé publique. Dans cette acception, la santé des populations est souvent considérée sans réserve comme une approche de santé publique axée sur le rôle des déterminants non médicaux et implique une intervention programmatique sur ces derniers. Ce peut être le cas des autorités de santé locales et régionales, pouvant soutenir que leur travail est fondé sur une approche de la santé des populations et mentionner ou non les éléments qui composent cette approche. Dans ces cas, les organismes ne cherchent généralement pas à développer le concept ou le cadre à des fins d'analyse et d'intervention, mais plutôt à mettre en œuvre concrètement les principes fondamentaux de la santé des populations tels qu'ils les comprennent.

1.3 CRITIQUES ET DÉBATS

Bien que l'approche de santé des populations se soit élevée au rang d'approche dominante en santé publique au Canada (en théorie, du moins), elle n'a pas été à l'abri des critiques. Plusieurs ont affirmé que le cadre et l'approche de santé des populations étaient trop ancrés dans les traditions scientifiques de l'épidémiologie pour être en mesure d'intégrer avec succès les perspectives d'autres disciplines et traditions (Coburn *et al.*, 2003). Certains critiques ont notamment fait valoir que « la méthodologie de l'ICRA n'a pas facilement intégré les pratiques des sciences sociales », notamment l'utilisation de « la théorie sociale contemporaine, [...] la position objective et subjective de la recherche comme action, le développement des notions de pouvoir, d'identité, de genre, de communication, ou l'analyse de la force de travail et de l'utilisation des terres, l'économie de l'espace, etc. » (Hayes et Dunn, 1998, p. 9; traduction libre). D'autres ont suggéré que l'argument des chercheurs de l'ICRA, selon lequel l'accent généralement mis sur la création de la richesse aurait pour effet de régler les questions de santé des populations, équivaldrait à faire fi du contexte et constituerait une adéquation simpliste entre richesse et santé (Poland, Coburn, Robertson et Eakin, 1998). D'autres encore ont observé les liens étroits existant entre la santé des populations, la réduction des coûts des soins de santé, le mouvement consécutif de recul de la justice sociale et l'approche axée sur les valeurs associées à la tradition de promotion de la santé définie par la Charte d'Ottawa de 1986 (Raphael, 2002). Ces critiques soulignent que l'adoption d'une approche de santé des populations est incompatible avec une approche de santé publique axée sur l'équité parce qu'elle mine les efforts de lutte contre les inégalités de santé. Cependant, les organisations et agences qui adoptent explicitement une approche axée sur la santé des populations soulignent aussi, bien souvent, l'importance de la réduction des inégalités en santé dans le cadre de leurs mandats.

Au cours des deux dernières décennies, la notion de *santé des populations* a évolué et est devenue l'approche centrale en santé publique au Canada. Comme elle est adoptée par un nombre croissant d'organismes et d'organisations de santé publique, on cherche moins, de nos jours, à perfectionner le concept ou le *cadre de référence de la santé des populations*, mais davantage à mettre en œuvre l'approche de santé des populations et à la traduire en politiques publiques.

2 MOT-CLÉ : DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Concepts associés : Disparités, inégalités ou iniquités de santé, santé des populations, promotion de la santé, gradient social de la santé, politiques publiques favorables à la santé, action intersectorielle, santé dans toutes les politiques

Bien que les *déterminants de la santé* (DS) et les *déterminants sociaux de la santé* (DSS) soient devenus des termes assez courants dans le domaine de la santé publique au Canada, il n'existe pas de consensus quant à ce qui les différencie. Pour certains, le terme DS couvre un champ plus large, comprenant les DSS, tandis que, pour d'autres, le terme DSS englobe tout, des prédispositions génétiques aux structures politiques sous-jacentes. Tout en soulignant la disparité d'utilisation de ces termes, nous nous concentrerons principalement sur le mot-clé DSS, puisque celui-ci semble être plus couramment utilisé et est davantage en lien avec les discussions en matière de politiques publiques favorables à la santé. En outre, la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) (2005-2008), commission phare mise sur pied par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), désigne spécifiquement ces facteurs et leur interaction par le terme DSS :

Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, et les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces circonstances sont à leur tour influencées par un ensemble plus vaste de forces : l'économie, les politiques sociales et la politique (OMS, 2013).

Au début des années 2000, aborder la santé publique sous l'angle de ses déterminants sociaux était devenu l'approche dominante dans la littérature au Canada. Bien qu'elle ne se traduise pas de façon uniforme dans les activités de santé publique sur le terrain, de nos jours, la plupart des autorités de santé publique ont intégré cette perspective à leur mission. Dans cette section, nous retracerons les origines et les usages du terme DSS, puis nous aborderons les préoccupations soulevées par certains critiques en ce qui a trait au concept et à son application en santé publique.

2.1 ORIGINES

Bien que les termes *facteurs*, *influences* et *contributions* aient été plus couramment utilisés dans les années 1970 et 1980, les approches fondées sur les DSS remontent à cette période, notamment avec la publication successive du rapport Lalonde (Lalonde, 1974), de la Déclaration d'Alma-Ata (OMS, 1978), du rapport Black (*Working Group on Inequalities in Health*, 1980) au Royaume-Uni, de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) et du rapport Epp (Epp, 1986). Ces documents établissent que la santé résulte en grande partie de facteurs extérieurs au système de soins de santé — entre autres, les conditions dans lesquelles les personnes vivent et travaillent — et que l'objectif consiste donc à créer des milieux favorables à la santé au moyen de politiques publiques issues de différents secteurs, notamment (mais non exclusivement) celui de la santé.

Depuis les années 1990, les travaux sur les DSS ont progressé à un rythme soutenu, des approches et des cadres très approfondis ayant été élaborés. Toutefois, les déterminants

eux-mêmes ainsi que les meilleures approches en matière de santé publique et de politique publique pour les influencer ont été moins clairement définis.

2.2 USAGES DU CONCEPT DE DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Il existe deux principales approches pour définir les DSS et la façon dont ils agissent. Celles-ci pourraient être désignées comme suit : l'approche par liste et l'approche par cadre conceptuel. Alors que la première s'intéresse surtout à l'identification des facteurs sociaux, pris un à un, qui contribuent aux résultats de santé, la seconde se préoccupe tant de la façon dont ces déterminants agissent que de leur identification.

Déterminants sociaux de la santé : l'approche par liste

On trouve dans la littérature de nombreuses listes de DSS (et de DS). En annexe, nous présentons un tableau comparatif de cinq de ces listes, élaborées au Canada, et examinons leurs similarités et leurs différences. Cinq déterminants sont communs à toutes ces listes : le niveau de revenu et le statut social, l'éducation, l'emploi et les conditions de travail, le développement de la petite enfance et les services de santé. Cependant, malgré certains points de convergence, il existe plusieurs différences quant aux éléments compris dans chaque liste. Selon certains, ces listes sont source de confusion, car elles regroupent des phénomènes très différents (par exemple, certains éléments sont des statuts assignés, d'autres sont des déterminants que l'on atteint, d'autres encore font référence à des services gouvernementaux ou à des étapes du parcours de vie). Cela a conduit certains chercheurs à se distancier des simples listes de déterminants et à s'efforcer de concevoir des cadres conceptuels établissant les niveaux des déterminants et leur importance relative.

Déterminants sociaux de la santé : l'approche par cadre conceptuel

Les cadres conceptuels des DSS, comme le modèle présenté ci-après, élaboré par Dahlgren et Whitehead en 1991, représentent des tentatives pour comprendre les différents niveaux auxquels agissent les déterminants sociaux et ceux auxquels pourraient être entreprises des interventions en matière de politiques publiques.

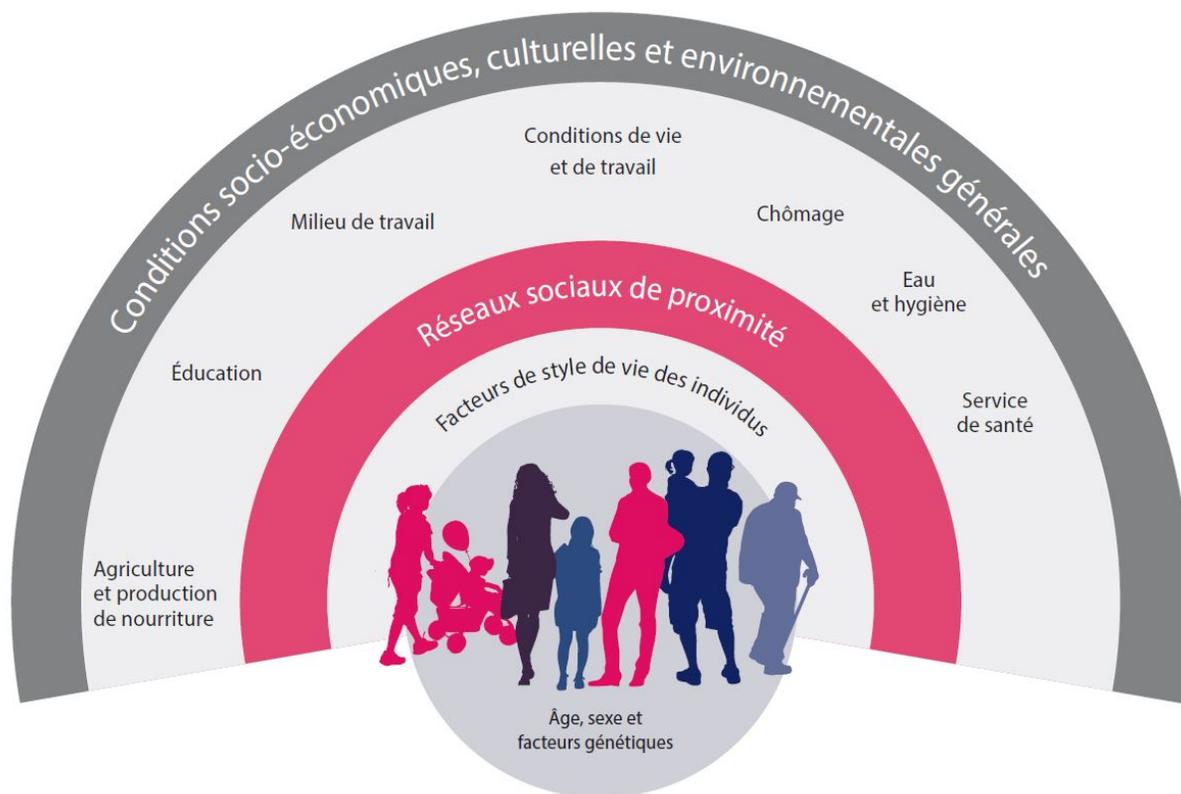


Figure 1 Cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé (Dahlgren and Whitehead, 1991, traduction libre)

Bien que ce cadre et d'autres, similaires, se distinguent de l'approche par liste, ils n'explicitent pas *comment* agissent les déterminants. Les travaux sur les DSS ont culminé avec la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) (2005-2008) de l'OMS, l'une des tentatives les plus achevées à ce jour pour comprendre non seulement ce que sont les DSS, mais aussi la façon dont ils agissent et s'influencent mutuellement. La figure, ci-après, présente le cadre conceptuel élaboré par la CDSS.

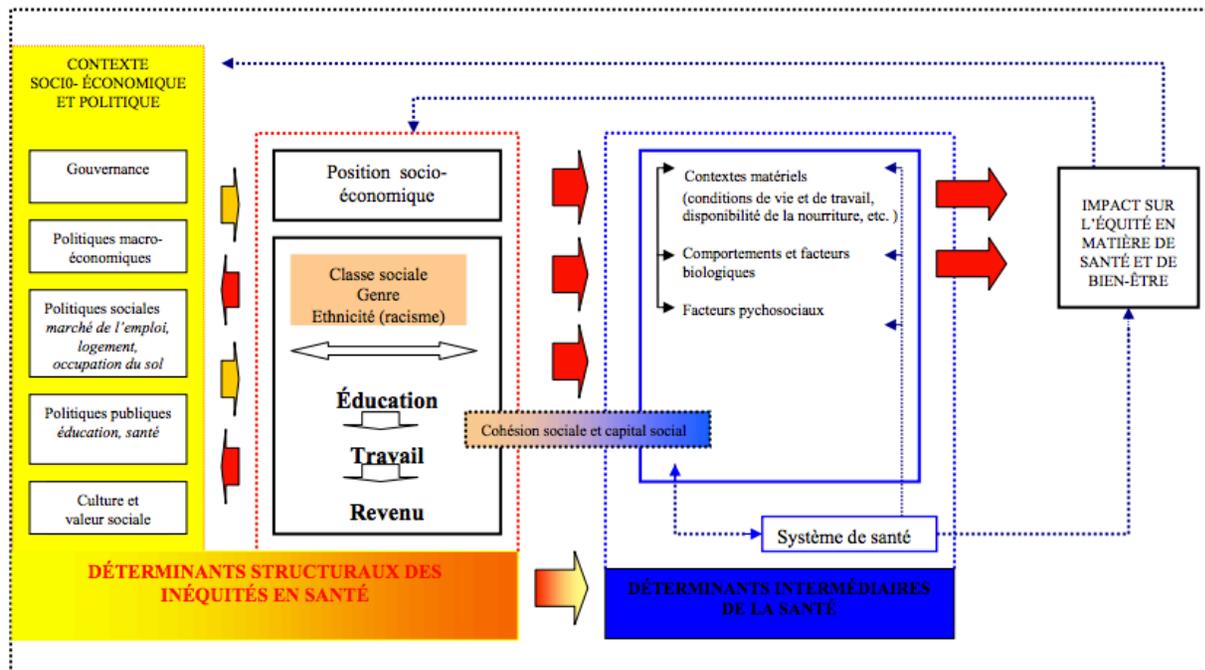


Figure 2 Cadre conceptuel et fondement de l'action sur les déterminants sociaux de la santé (Commission on Social Determinants of Health, 2007, p. 48, traduction libre)

Ce cadre établit une distinction claire entre les déterminants structurels des inégalités de santé et les déterminants intermédiaires de la santé⁴. Cela représente une rupture importante par rapport aux autres modèles, qui tendent à répertorier les politiques macrosociales parallèlement aux caractéristiques sociales et individuelles. Dans le modèle de la CDSS, les politiques sociales et les idéologies sont présentées comme les premiers éléments déterminant la santé des populations. En outre, les circonstances matérielles (telles les conditions de logement et de travail, la sécurité alimentaire, etc.) sont explicitement positionnées comme des déterminants intermédiaires, donc comme le résultat des déterminants structurels. Ce cadre entreprend non seulement de répertorier les principaux DS, mais montre aussi la dynamique qui les unit et la façon dont ils s'influencent mutuellement.

2.3 INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE POLITIQUES PUBLIQUES

De nombreux écrits sur les DSS comportent des recommandations et des suggestions d'intervention en matière de programmes et de politiques. Alors que la plupart de ces documents proposent des orientations générales pour ce qui est des politiques et des programmes, certaines approches par liste présentent leurs suggestions de programmes et d'interventions politiques (lorsqu'elles en font) sous la forme de listes calquées sur leurs listes de déterminants. En outre, la plupart suggèrent des interventions tant en amont qu'en

⁴ La distinction entre les déterminants de la santé et les déterminants des inégalités de santé est cruciale, mais n'est pas approfondie dans le présent document.

aval. La CDSS a présenté un cadre conceptuel pour l'intervention politique qui, comme sa conception des DSS, s'efforce de donner une vue d'ensemble des composants nécessaires pour intervenir en matière de DSS :

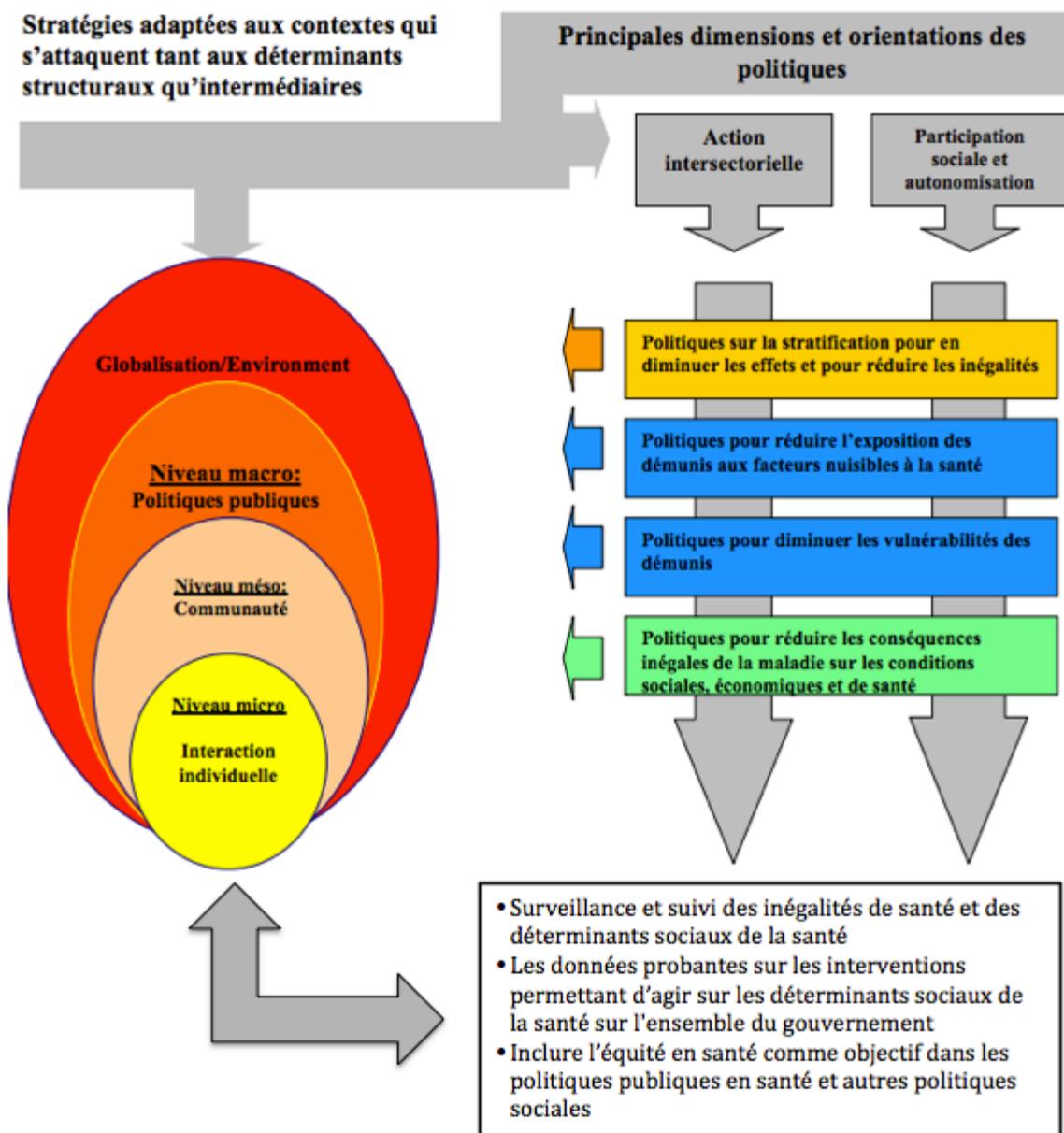


Figure 3 Cadre pour l'action sur les déterminants sociaux des inégalités de santé (Commission on Social Determinants of Health, 2007, p. 62, traduction libre)

L'OMS a conçu ce cadre comme un guide simple et complet présentant les approches politiques les plus prometteuses pour élaborer des stratégies permettant d'agir à la fois sur les déterminants structurels des inégalités de santé et sur les déterminants intermédiaires de la santé. Les dimensions principales figurent dans la partie supérieure de cette figure. Les

politiques publiques sont spécifiques à leur contexte, elles agissent tant sur les déterminants structurels que sur les déterminants intermédiaires en favorisant à la fois l'action intersectorielle, la participation sociale et l'autonomisation (*empowerment*). Les quatre grands types de politiques peuvent être appliqués à tous les niveaux se trouvant à gauche. Ce n'est pas un hasard si ces niveaux sont représentés par des ovales imbriqués : les politiques du niveau central (macro) doivent demeurer cohérentes quand on se déplace vers le centre de chaque ovale. Ces quatre types de politiques sont donc assez généraux pour guider aussi bien des politiques de grande ampleur que des politiques spécifiques et ciblées. Ils représentent les types de politiques les plus prometteurs et les plus importants pour pouvoir intervenir en matière de DSS :

1. Politiques pour atténuer les effets de la stratification sociale et pour réduire les inégalités : par exemple, les politiques de redistribution de la richesse, les politiques relatives à l'emploi qui favorisent un travail et une rémunération adéquats, l'offre d'une gamme de services gouvernementaux largement accessibles (éducation, soins de santé, etc.);
2. Politiques pour réduire l'exposition des personnes défavorisées aux facteurs nuisibles à la santé : les politiques de ce type comprennent des mesures telles que les logements subventionnés pour les familles à faible revenu et les programmes visant à rendre les quartiers plus sûrs;
3. Politiques pour diminuer la vulnérabilité des personnes défavorisées : par exemple, l'assurance-emploi, les pensions de la Sécurité de la vieillesse et les programmes de repas scolaires pour les enfants des familles à faible revenu;
4. Politiques pour réduire les conséquences inégales de la maladie sur les plans social, économique et de la santé : ce sont, par exemple, les politiques de suppléments au revenu durant les périodes de maladie et celles qui encouragent le maintien au travail des personnes souffrant de maladies chroniques.

Chacun de ces types de politiques peut être abordé du niveau micro au niveau global. Il est possible d'avantager l'un ou l'autre selon le contexte de même que d'agir sur les déterminants structurels et intermédiaires par une action intersectorielle qui favorise la participation sociale et l'autonomisation (*empowerment*).

2.4 CRITIQUES ET DÉBATS

L'une des principales critiques faites à l'endroit de l'approche fondée sur les DSS et exposée dans la littérature consiste à dire qu'alors que cette approche est à l'avant-plan dans les écrits sur la santé publique au Canada, elle est beaucoup moins présente (Low et Thériault, 2008; Raphael, 2003) dans la pratique. Bon nombre de ceux qui critiquent l'approche de la santé des populations précédemment décrite se montrent critiques, pour des raisons similaires, à l'égard des approches axées sur les DSS. L'un de leurs arguments est que la littérature sur la santé des populations emprunte beaucoup à l'épidémiologie et aux disciplines connexes, mais moins aux sciences sociales, ce qui entraîne une théorisation insuffisante de certains concepts, entre autres les DSS (Hayes et Dunn, 1998; Coburn *et al.*, 2003). Des documents portant sur les pratiques en santé publique indiquent qu'il peut y avoir un manque de compréhension des DSS aux premières lignes de l'intervention en santé publique. Par exemple, lors de la mise en œuvre de sa stratégie en matière d'équité, le Service de santé publique du district de Sudbury (Sudbury District and Health Unit, 2009) a

observé des différences dans la façon dont les membres de son équipe comprenaient les déterminants et les plans sur lesquels ceux-ci agissent.

Beaucoup d'interventions en santé publique continuent de s'attacher à modifier les comportements individuels et les habitudes de vie plutôt qu'à intervenir sur les déterminants structurels. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce décalage entre l'orientation et la pratique. Tout d'abord, le travail sur les déterminants structurels des inégalités de santé peut se heurter à des obstacles, notamment parce que la majeure partie de ce travail se passe nécessairement en dehors du champ de compétence direct de la santé publique. En outre, dans certains des écrits sur les déterminants sociaux, des recommandations générales sont formulées sans que soit précisée la façon dont le secteur de la santé publique peut y contribuer. Par exemple, il se peut que des auteurs suggèrent l'action intersectorielle et le plaidoyer en matière de politique publique, sans toutefois décrire suffisamment la façon dont les professionnels de la santé publique peuvent s'acquitter de ces nouveaux rôles.

Les approches axées sur les DSS sont devenues centrales en santé publique au Canada au cours des deux dernières décennies. Bien qu'un grand nombre d'autorités de santé publique, voire la majorité d'entre elles, intègrent l'approche des DSS dans leurs mandats ou leurs missions, un écart subsiste néanmoins entre les types d'approches adoptées (listes et cadres conceptuels) ainsi qu'entre la théorie et la pratique.

3 MOT-CLÉ : POLITIQUE PUBLIQUE

Concepts associés : Gouvernement, gouvernance, État, politiques publiques favorables à la santé, santé des populations

3.1 USAGES DU CONCEPT DE POLITIQUE PUBLIQUE

Bien qu'il existe plusieurs usages du concept de politique publique, nous décrivons ici les deux principaux, soit ceux d'énoncé de politique et d'action publique. D'emblée, toutefois, on peut remarquer que ce concept est assez souvent utilisé de manière tronquée. En effet, il arrive souvent que le qualificatif « publique » ne soit pas employé, même s'il permet d'exclure les politiques « privées », telles celles régissant l'activité d'une organisation.

Énoncé de politique

Milio utilise par exemple ce concept dans le sens d'énoncé politique lorsqu'elle explique qu'« une politique est un guide pour l'action visant à changer le cours des choses, une décision à propos des montants et des allocations des ressources [...] la distribution des montants montrent les priorités des décideurs » (Milio, 2001, p.622). Une idée inhérente à cet usage est qu'une politique publique permet d'orienter ou de guider les actions ou les décisions des acteurs publics ou privés autorisés à agir au nom du bien public. Un postulat implicite de cet usage est qu'une politique publique est quelque chose de facile à cerner, comme l'est, par exemple, la politique de l'arbre de la Ville de Montréal (Ville de Montréal, 2005).

Le concept est fréquemment utilisé dans le sens d'énoncé politique dans les administrations publiques. Il désigne dans ce cas les efforts menés pour donner un sens à l'action publique, ordonner les actions et décisions prises en établissant des objectifs, puis en définissant les critères et les principes de choix pour les actions qui doivent permettre d'atteindre ces objectifs. Dans ce contexte, cet usage du concept sert par ailleurs souvent à distinguer une politique publique des stratégies, plans d'action, programmes, mesures, interventions, etc. Dans ce cas de figure, une hiérarchie est généralement établie entre ces différents éléments : une politique précéderait les stratégies, qui elles-mêmes influenceraient les plans d'action, etc. Il participe aussi parfois d'un effort pour apprécier ou évaluer l'efficacité de l'action publique à atteindre certains objectifs. Par exemple, le gouvernement du Québec s'est doté d'une politique de gestion des matières résiduelles qui permettra d'évaluer les efforts que les organisations nommées dans la politique en question et lui-même déploient à ce chapitre (Ministère du Développement durable, 2011). Pour prendre un exemple parmi d'autres, la politique 711 du ministère de l'Éducation Nouveau-Brunswick « établit les exigences minimales en matière d'alimentation saine dans les écoles publiques [de la province] » (Gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2008, p.1).

Dans les travaux universitaires, le concept de politique publique est souvent utilisé en ce sens par des chercheurs s'intéressant aux processus d'adoption ou d'implantation des politiques. Ceux du Groupe d'études sur les politiques publiques et la santé, par exemple,

l'ont utilisé lorsqu'ils ont cherché à comprendre l'adoption de la politique de formation continue du gouvernement du Québec (Gagnon, Michaud et Garant, 2007).

Action publique

Lorsque le concept de politique publique est employé dans un sens équivalent à celui d'action publique, il renvoie à un ensemble d'actions menées par les autorités publiques afin d'agir sur des phénomènes définis comme posant problème. Par exemple, certains sociologues soutiennent que « [...] parler de politique publique c'est désigner l'action menée par une autorité publique (seule ou en partenariat) afin de traiter une situation perçue comme posant un problème [...] les politiques publiques sont une action collective qui participe à la création d'un ordre social et politique » (Lascoumes et LeGalès, 2006, p. 5).

La réalité ainsi objectivée est nettement moins facile à cerner qu'elle ne l'est dans le cas de l'énoncé politique, car elle est le plus souvent composée d'éléments diversifiés (lois, règlements, plans, stratégies, instruments, dispositifs physiques, cognitifs et normatifs, etc.) et est donc mouvante. Par exemple, l'action publique en matière de circulation des biens et des personnes comporte tant des lois et règlements divers que des taxes, des projets de recherche et développement de modélisation des flux de circulation ou autre, des aménagements routiers, etc. Or, tous ces éléments se transforment dans le temps (des lois contrôlant l'alcool au volant étant votées ou modifiées, des péages routiers étant installés ou retirés, etc.), faisant de l'action publique un assemblage hétéroclite en constante recomposition.

Dans les administrations publiques, le terme *action publique* est pratiquement toujours utilisé dans le cadre de pratiques visant des objectifs stratégiques précis. Dans le mouvement des politiques publiques favorables à la santé, par exemple, on cherche à comprendre les processus organisant les actions publiques de manière à déterminer les façons efficaces de les influencer (voir, par exemple, Fafard, 2008).

Dans les travaux de recherche universitaire, on constate aussi parfois cette volonté de bien comprendre les actions publiques pour les infléchir stratégiquement. Cela n'est toutefois pas toujours très important ou explicite dans la démarche. En effet, les chercheurs sont parfois animés, plus ou moins exclusivement, par des préoccupations d'ordre théorique et analytique quand ils effectuent des analyses des processus organisant les actions publiques ou leurs effets. Cela est vrai tant dans le champ des études de la mise à l'agenda que dans celui des sciences de l'implémentation, de la sociologie de l'action publique, etc.

CONCLUSION

Comme le montrent les trois concepts traités dans le présent document, les mots-clés d'usage courant en santé publique sont utilisés de façon variable et ont plusieurs acceptions. La façon dont nous les abordons peut ainsi influencer ce que nous voulons exprimer.

Tel que mentionné en introduction, nous avons adopté une approche par mots-clés pour examiner ces concepts dans le but de les clarifier. Tout d'abord, nous avons voulu présenter brièvement l'ampleur et la portée de ces expressions courantes afin de les rendre plus accessibles, en particulier pour les lecteurs du secteur de la santé publique qui les utilisent dans leurs discussions quotidiennes avec leurs collègues. Un aperçu de l'origine de ces termes et de la multiplicité des sens qu'ils revêtent pourrait aider ces personnes à communiquer, à planifier et à travailler de façon plus harmonieuse.

Lorsqu'on réfléchit à certains objectifs sociaux de la santé publique, au sens large, il est clair que l'approche multisectorielle est une constituante essentielle du travail de plusieurs acteurs de la santé publique, sinon de tous. Ceux d'entre nous qui désirent faire avancer les objectifs en matière de santé des populations et contribuer à l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé devront communiquer et travailler *au sein* du secteur de la santé publique, mais également à *l'extérieur* de celui-ci, soit dans d'autres secteurs tels que l'éducation, l'urbanisme et le travail social. De plus, nous pourrions aussi travailler avec les décideurs, les agents de développement communautaire, les organismes à but non lucratif, les divers paliers de gouvernement, etc. À cette fin, une approche par mots-clés nous aidera à prendre conscience de l'importance des expressions que nous utilisons; la clarté conceptuelle deviendra d'autant plus nécessaire que nous franchirons les limites sectorielles et travaillerons à différents niveaux organisationnels ou avec différents groupes. Comment, par exemple, les personnes des autres secteurs de la société parlent-elles des déterminants sociaux de la santé ? Il est évident que certaines considérations sous-jacentes similaires sont également importantes dans les autres secteurs, mais celles-ci peuvent être abordées ou conceptualisées de manières très différentes. Nous pourrions devoir entamer une réflexion sur le langage et les concepts que nous utilisons afin de nous assurer que nous pouvons trouver un terrain d'entente et définir un langage commun. Tout cela nous aidera à définir nos objectifs sociaux communs et à collaborer à leur réalisation.

RÉFÉRENCES

Introduction

Bennett, T., Grossberg, L. et Morris, M. (2005). *New Keywords: A Revised Vocabulary of Culture and Society*. Londres : Blackwell.

Williams, R. (1975). *Keywords: A Vocabulary of Culture and Society*. Londres : Fontana.

Mot-clé : Santé des populations

Agence de la santé publique du Canada. (2013). Promotion de la santé : La santé de la population. Gouvernement du Canada. Consulté en ligne à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/index-fra.php>

Coburn, D., Denny, K., Mykhalovskiy, E., McDonough, P., Robertson, A. et Love, R. (2003). *Population health in Canada: a brief critique*. *American Journal of Public Health*, 93(3), 392-396.

Colgrove, J. (2002). *The McKeown thesis: a historical controversy and its enduring influence*. *American Journal of Public Health*, 92 (5), 725-729. Consulté en ligne à : <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.92.5.725>

Evans, R. et Stoddart, G. (1990). *Producing health, consuming health care*. *Social Science and Medicine*, 31, 1347-1363.

Hayes, M. et Dunn, J. (1998). *Population health in Canada: a systematic review*. Canadian Policy Research Networks Inc.

Kindig, D. (2007). *Understanding population health terminology*. *Milbank Quarterly*, 85(1), 139-161.

Kindig, D. et Stoddart, G. (2003). *Models for population health: what is population health?* *American Journal of Public Health*, 93(3), 380-383.

Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ottawa : Gouvernement du Canada. Consulté en ligne à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pubf/perintrod-fra.php>

Organisation mondiale de la Santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la Promotion de la santé*. Consulté en ligne le 6 juin 2011 : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/index-fra.php>

Poland, B., Coburn, D., Robertson, A. et Eakin, J. (1998). *Wealth, equity and health care: a critique of a "population health" perspective on the determinants of health*. *Social Science and Medicine*, 46(7), 785-798.

Raphael, D. (2002). *The limitations of population health as a model for a new public health*. *Health Promotion International*, 17, 189-199.

Rose, G. (1993). *The Strategy of Preventive Medicine*. Londres : Oxford University Press.

Santé Canada. (1994). *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*. Gouvernement du Canada. Consulté en ligne à : http://publications.gc.ca/collections/Collection/H88-3-30-2001/pdfs/other/strat_f.pdf

Mot-clé : Déterminants sociaux de la santé

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 : S'attaquer aux inégalités en santé*. Consulté en ligne à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/fr-rc/index-fra.php>

Agence de la santé publique du Canada (2011). *Qu'est-ce qui détermine la santé?* Consulté le 2 août 2011 : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php>

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2014). Collection de ressources. Consulté en ligne le 22 avril 2014 : <http://nccdh.ca/fr/resources/library/>

Commission on Social Determinants of Health. (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health: Draft Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Commission on Social Determinants of Health. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.

The Conference Board of Canada. (2008). *Healthy people, healthy performance, healthy profits. The case for business action on the socio-economic determinants of health*. The Conference Board of Canada. Consulté en ligne à : <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/healthy-people-healthy-performance-healthy-profits-the-case-for-business-ac>

Dahlgren, G. et Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm : Institute of Futures Studies. Consulté en ligne le 22 mai 2013 : <http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>

- Epp, J. (1986). *La sante pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Ottawa : Santé Canada. Consulté en ligne à : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/1986-frame-plan-promotion/index-fra.php>
- Hayes, M. et Dunn, J. (1998). *Population health in Canada: a systematic review*. Canadian Policy Research Networks Inc.
- Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Ottawa : Gouvernement du Canada. Consulté en ligne à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pube-pubf/perintrod-fra.php>
- Low, J. et Thériault, L. (2008). *Health promotion policy in Canada: lessons forgotten, lessons still to learn*. Health Promotion International, 23(2), 200-206.
- Mikonen, J. et Raphael, D. (2010). *Déterminants sociaux de la santé : Les réalités Canadiennes*. Toronto : École de gestion et de politique de la santé de l'Université York. Consulté en ligne à : <http://www.thecanadianfacts.org/fre.html>
- Open University. (2013). *Factors that influence health: an introduction*. Consulté en ligne à : <http://www.open.edu/openlearn/health-sports-psychology/health/factors-influence-health-introduction/content-section-0#>
- Organisation mondiale de la Santé. (1978). *Déclaration d'Alma-Ata*. Consulté en ligne à : http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/#
- Organisation mondiale de la Santé, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association (1986). *The Ottawa Charter for health promotion. Document issued following the International Conference on Health Promotion, "The move towards a new public health"*. Ottawa, 17-21 novembre 1986. Consulté en ligne à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/charter.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé. (2008). *Social Determinants of Health, Key Concepts*. Consulté en ligne le 13 mai 2013 : http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/en/index.html
- Raphael, D. (2003). *Barriers to addressing the societal determinants of health: public health units and poverty in Ontario, Canada*. Health Promotion International. 18(4), 397-405
- Sous-comité sénatorial sur la santé des populations. (2009). *Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé. Rapport final*. Ottawa : Sénat. Consulté en ligne à : <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/popu/rep/rephealthjun09-f.pdf>
- Sudbury District and Health Unit (2009). *Overview of the Health Equity Mapping Project A report on process, results, and recommendations for practice*. Consulté en ligne le 8

avril 2013 : http://www.sdhu.com/uploads/content/listings/OverviewoftheHealthEquityMappingProject_January2009_Final.pdf

Working Group on Inequalities in Health. (1980). *Inequalities in health: the report of a research working group*. Londres : Department of Health and Social Security.

Whitehead, M., Townsend, P., Davidson, N. et Davidsen, N. (1992). *Inequalities in Health: The Black Report and the Health Divide. Second Edition*. Londres : Penguin Books.

Mot-clé : Politique Publique

Fafard, P. (2008). *Données probantes et politiques publiques favorables à la santé : pistes fournies par les sciences de la santé et la science politique*. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Consulté le 19 juin 2013 : <http://www.ncchpp.ca/docs/FafardDonn%C3%A9esProbantes08juin.pdf>

Gagnon, F., Michaud, M. et Garant, S. (2007). *La Politique gouvernementale d'éducation des adultes et de formation continue. Étude de cas. Résumé*. Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé. Québec : École nationale d'administration publique.

Lascoumes, P. et Le Galès, P. (2006). *Sociologie de l'action publique*. Paris : Armand Colin.

Milio, N. (2001). Glossary: Healthy Public Policy. *Journal of Epidemiology and Community Health* (55), 622-623. Consulté le 19 juin 2013 : <http://jech.bmj.com/content/55/9/622.full.pdf+html>

Gouvernement du Nouveau Brunswick (2008). Nutrition et amélioration en milieu scolaire. Ministère de l'éducation. Consulté le 19 juin 2013 : <http://www.qnb.ca/0000/pol/f/711f.pdf>

Ministère du développement durable, de l'environnement et des parcs. (2011). *Allier économie et environnement. Politique québécoise de gestion des matières résiduelles. Plan d'action 2011-2015*. Québec : Gouvernement du Québec. Consulté le 19 juin 2013 : <http://www.mddep.gouv.qc.ca/matieres/pgmr/plan-action.pdf>

Ville de Montréal (2005). Politique de l'arbre de Montréal. Montréal : Ville de Montréal. Consulté le 19 juin 2013 : [http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/page/grands_parc_s_fr/media/documents/politique_de_arbre_\(2005\).pdf](http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/page/grands_parc_s_fr/media/documents/politique_de_arbre_(2005).pdf)

**ANNEXE – EXEMPLES DE LISTES DE
DÉTERMINANTS ÉLABORÉES AU CANADA**

Exemples de listes de déterminants élaborées au Canada

Remarque : Les termes présentés dans ce tableau et dans les notes sont ceux qu'utilisent les documents examinés.

	ASPC (2011)	Mikonnen et Raphael (2010)	Sous-comité sénatorial sur la santé des populations (2009)	Administrateur en chef de la santé publique (2008)	Conférence Board du Canada (2008)
<i>Perspective</i>	<i>DS</i>	<i>DSS</i>	<i>DS</i>	<i>DSS</i>	<i>DSS</i>
Niveau de revenu et statut social	X	X ¹	X	X	X
Éducation et alphabétisme	X	X	X	X	X
Emploi et conditions de travail	X	X ²	X	X	X
Réseaux de soutien social	X		(X) ³	X ⁴	X
Environnements sociaux	X	X ⁵	(X) ³		
Sécurité alimentaire		X		X	X
Environnements physiques	X		X	X	X
Logement		X	X	X ⁶	X ⁶
Habitudes de santé personnelles	X ⁷		(X) ³	X	X
Développement de la petite enfance	X	X	X	X	X
Patrimoine biologique et génétique	X		X		
Services de santé	X	X	X	X	X
Filet de sécurité sociale		X			
Sexe	X	X	X		
Culture/Race/Statut d'Autochtone	X	X ⁸	X		X ⁹
Handicap		X			

1. « et répartition du revenu dans la population ».
2. Ce rapport considère « Chômage et sécurité d'emploi » comme un DSS distinct (alors que d'autres listes regroupent tous les facteurs liés à l'emploi en un seul DSS).
3. Présenté comme un déterminant dans le tableau 1 à la page 6 du rapport, sans être traité dans le texte.
4. La façon dont ce rapport décrit ce DSS inclut les éléments liés aux environnements sociaux, entre autres l'exclusion sociale.

5. Abordés sous l'angle et le terme « Exclusion sociale ».
6. « Environnement et logement ».
7. « et capacité d'adaptation personnelle ».
8. La notion de culture est abordée sous l'angle et selon les termes « Statut d'Autochtone » et « Race ».
9. La notion de culture est abordée sous l'angle et selon le terme « Statut d'Autochtone ».

