

Lexique

Capital social

OMS, 1999, p. 21

Le capital social représente le degré de cohésion sociale qui existe dans les *communautés*. Il désigne les processus interpersonnels qui établissent des *réseaux*, des normes et la confiance sociale, et facilitent la coordination et la coopération dans l'intérêt des différentes parties.

Référence : nouvelle définition

Le capital social est créé à partir de la myriade de relations quotidiennes entre les individus et prend la forme de structures telles que des associations de citoyens, des groupes religieux, la famille et les *réseaux* communautaires informels, et de normes (le volontarisme, l'altruisme et la confiance). Plus ces réseaux et ces liens sont solides, plus il est probable que les membres d'une *communauté* coopèrent dans l'intérêt de tous. De cette façon, le capital social crée la santé et peut renforcer les avantages découlant de *l'investissement dans la santé*.

Communauté

INSPQ, 2002, p. 17

Le terme *communauté* renvoie à « [...] un système social structuré qui regroupe des personnes vivant à l'intérieur d'un espace géographique précis (ville, village, quartier...), qui ont une interaction sociale et partagent certaines valeurs communes ainsi que des liens psychologiques entre elles et avec le lieu qu'elles habitent, démontrant ainsi une certaine conscience de leur identité en tant que communauté.

Conditions de vie

OMS, 1999, p. 17

Les conditions de vie sont constituées par l'environnement quotidien des individus, là où ils vivent, se distraient et travaillent. Elles sont un produit de circonstances sociales et économiques et de l'environnement physique – qui peuvent tous avoir des effets sur la santé – et dans une large mesure ne peuvent être influencées de façon immédiate par l'individu.

Référence : définition modifiée

L'action de création de *milieux favorables à la santé* prévue par la Charte d'Ottawa porte en grande partie sur la nécessité d'améliorer et de changer les conditions de vie pour favoriser la santé.

Coopération intersectorielle

OMS, 1999, p. 16

Relation entre des éléments de différents secteurs de la société qui a été établie en vue d'agir sur une question de façon à atteindre *des résultats en matière de santé* ou des *résultats intermédiaires en matière de santé* d'une façon qui soit plus efficace, plus rationnelle ou plus durable que si le *secteur sanitaire* avait agi seul.

Référence : adapté de Intersectoral Action for Health: A Cornerstone for Health for All in the 21st Century. WHO, Geneva, 1997

L'action intersectorielle pour la santé est considérée comme essentielle pour l'obtention d'une plus grande *équité en matière de santé*, en particulier là où l'accomplissement de progrès dépend de décisions et d'actions relevant d'autres secteurs, tels que l'agriculture, l'enseignement et les finances. Un but important de l'action intersectorielle est de sensibiliser davantage aux conséquences sanitaires de décisions et de pratiques organisationnelles dans différents secteurs et, de cette façon, de provoquer un mouvement dans la direction de *politiques et de pratiques des pouvoirs publics favorables à la santé*. Certaines actions intersectorielles pour la santé ne nécessitent pas la participation du *secteur sanitaire*. Par exemple, dans certains pays, la police et le secteur des transports pourraient s'associer pour prendre des mesures visant à réduire les dommages corporels résultant des accidents de la circulation. De telles mesures, bien qu'elles visent à réduire le nombre de traumatismes, peuvent dans certains cas être prises sans la participation du *secteur sanitaire*. On considère de plus en plus que la coopération intersectorielle s'effectue entre les grands secteurs de la société, tels que le secteur public, la société civile et le secteur privé.

Déterminants sociaux de la santé

ASPC, 2006, p. 2

Les déterminants sociaux de la santé désignent les conditions sociales dans lesquelles les populations vivent et travaillent. Selon la définition de Dennis Raphael, les déterminants sociaux de la santé illustrent les conditions économiques et sociales qui influent sur la santé au niveau de l'individu, de la collectivité et de l'ensemble d'un territoire. Ces facteurs déterminent la mesure dans laquelle une personne possède les ressources physiques, sociales et personnelles pour définir et réaliser ses objectifs, satisfaire ses besoins et s'adapter à son milieu. Ces ressources englobent, sans en exclure d'autres, les conditions relatives au développement du jeune enfant, l'éducation, l'emploi, la salubrité des aliments, les services de santé, le logement, le revenu et la répartition du revenu, l'exclusion sociale, le filet de sécurité social, ainsi que le chômage et la sécurité d'emploi.

Développement des communautés

Chavis, 2000

Le développement des communautés est en fait un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local, visant l'amélioration des conditions de vie sur le plan physique, social et économique.

Équité en matière de santé

OMS, 1999, p. 8

Qui dit équité dit justice. Pour qu'il y ait équité en matière de santé, il faut que les besoins des personnes guident la répartition des possibilités de bien-être. Référence : Equity in health and health care. WHO, Geneva, 1996
La stratégie mondiale de la *Santé pour tous* de l'OMS vise fondamentalement à réaliser la plus grande équité en matière de santé entre populations, au sein de populations et entre pays. Cela signifie que tous les individus doivent avoir une possibilité égale d'être et de rester en bonne *santé*, grâce à un accès juste et équitable aux ressources de santé. L'équité en matière de santé n'est pas synonyme d'égalité d'*état de santé*. Les inégalités d'*état de santé* entre individus et entre populations sont des conséquences inévitables de différences génétiques, d'écarts entre situations sociales et économiques ou de choix personnels de *mode de vie*. Un manque d'équité existe à la suite de différences de possibilités offertes, qui entraînent par exemple un accès inégal aux services de santé, à des aliments nourrissants, à un logement approprié, etc. Dans ces cas, les inégalités d'*état de santé* résultent de manque d'équité dans les possibilités offertes aux individus.

Politique des pouvoirs publics favorable à la santé

OMS, 1999, p. 15

Une politique des pouvoirs publics favorable à la santé se caractérise par une préoccupation pour la *santé* et l'équité dans tous les domaines et par une responsabilité pour les effets sur la santé. Le but principal d'une politique des pouvoirs publics favorable à la santé est de créer un *environnement qui permette* aux individus de mener une vie saine. Grâce à une telle politique, il est possible ou plus facile pour les citoyens de faire des choix sains. Elle a pour effet que les environnements sociaux et physiques améliorent la santé. Référence : Politiques pour la santé : les recommandations d'Adélaïde. OMS, Genève, 1998
La **Charte d'Ottawa** a mis en évidence le fait que l'action de *promotion de la santé* va au-delà du secteur des soins de santé, en soulignant que la santé doit constituer un sujet de préoccupation dans tous les secteurs et à tous les niveaux des pouvoirs publics. Dans l'optique d'une politique des pouvoirs publics favorable à la santé, la notion de responsabilité en matière de *santé* est importante. Les gouvernements sont en définitive responsables devant les citoyens des conséquences sanitaires de leurs politiques ou de leur absence de politique. Un gouvernement soucieux de mettre en œuvre des politiques favorables à la santé doit mesurer ses *investissements pour la santé*, les résultats de ces derniers *en matière de santé* et les *résultats intermédiaires en matière de santé* de ces investissements et politiques; il doit également faire rapport à ce sujet sous une forme que tous les groupes de la société comprennent aisément. La stratégie d'*investissement pour la*

santé est étroitement liée à la notion de politique des pouvoirs publics favorable à la santé, qui relève du domaine de la promotion de la santé. L'investissement pour la santé constitue une stratégie permettant d'optimiser les effets de promotion de la santé des politiques des pouvoirs publics.

Soutien social

OMS, 1999, p. 22

Assistance dont les individus et les groupes peuvent bénéficier au sein de *communautés* et qui peut atténuer les effets négatifs d'événements de la vie et de *conditions de vie*, et constituer une ressource positive pour l'amélioration de la *qualité de la vie*.

Référence : définition modifiée

Le soutien social peut comprendre le soutien affectif, le partage d'informations et la fourniture de ressources matérielles et de services. On reconnaît maintenant largement que le soutien social est un important *déterminant de la santé* et un élément essentiel du *capital social*.

Statut socioéconomique (SSE)

ASPC, 2006, p. 5

Terme qui décrit la position d'un groupe particulier au sein d'une population ou d'une société, qui est le reflet de la hiérarchie globale. Les indicateurs les plus fréquemment utilisés pour décrire le SSE sont les catégories de revenu, d'éducation et d'emploi. Son cousin conceptuel est le terme « classe », provenant de théories sociales qui expliquent la structure et le fonctionnement des sociétés plutôt que de simplement les décrire. Dans le but d'assurer une uniformité par rapport aux documents déjà produits à l'échelle nationale au sujet de l'état de santé et de ses déterminants, le terme SSE utilisé devrait être interprété au sens le plus large.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, (2006), *Réponse du Canada à la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé*. Glossaire, 5 p.

CHAVIS, D., (2000), *Mobilizing for Community Capacity Building*, Présentation au LAREHS, UQUAM.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE, (2002), *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, 50 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, (1999), *Glossaire de la promotion de la santé*, 25 p.