

ÉCOLE NATIONALE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE

RAPPORT DE STAGE DE FIN D'ETUDE

En vue de l'obtention du diplôme de

Maitrise en Administration Publique Profil professionnel

Administration Internationale

Mandat MSSS15914

CSBE Commissaire à la sante et au bien être

Thématique : Responsabilité populationnelle

Présenté par

Dalila LAKEHAL

Session Automne 25

Sous la supervision de : Pierre-Henri Roux-Levy et Georges-Charles Thiebaut du CSBE

et

Conseillère académique de l'ENAP: Lara Maillet

Table des matières

Introduction :	1
Description de l'organisation :	2
Recension des écrits	4
Historique et émergence de la santé populationnelle	4
Les avancées du rapport Lalonde :	4
I. Définitions des concepts	5
1) La santé :	5
2) Les systèmes adaptatifs complexes :	6
3) L'approche axée sur la santé de la population :	7
4) Les déterminants de la santé :	7
5) Responsabilité populationnelle	8
II. La responsabilité populationnelle à l'international	9
III. La responsabilité populationnelle au Québec	13
IV. Indicateurs de santé de la population :	16
Méthodologie de recherche et d'intervention	16
1. Type de recherche : analyse documentaire	16
2. Sources et outils de collecte de données	17
3. Méthodes d'analyse	17
a) L'article de Chan	17
b) Description des indicateurs disponibles au Québec	18
c) Cartographie internationale des cadres d'indicateurs	19
4. Critères de sélection, validation et évaluation des indicateurs	20
5. Niveau d'analyse et unité territoriale	20
Résultats	21
I. État de santé de la population	22
II. Déterminants de la santé	23
III. Performance de la santé	27
IV. Proposition d'indicateurs	28
Discussion	30
Analyse de la base de données d'indicateurs de santé populationnelle issus des travaux de Chan et al.	30
Sur le travail de présélection :	31
Sur les données statistiques :	31
Recommandations :	32
Conclusion	33

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier mon superviseur de stage direct, M. Pierre-Henri, pour son accueil, sa disponibilité et son accompagnement tout au long de ce stage. Son encadrement bienveillant, ses conseils et sa capacité à transmettre avec passion les enjeux liés à la responsabilité populationnelle ont grandement contribué à mon apprentissage et ont élevé mon intérêt pour le projet auquel j'ai pris part.

Je remercie également le CSBE pour m'avoir accueillie et intégrée au sein de son équipe, ainsi que le commissaire adjoint, M. Georges-Charles Thiebault, pour la confiance accordée.

Je souhaite exprimer ma reconnaissance également envers l'ENAP. Grace à laquelle j'ai pu accéder à ce stage, ainsi qu'à ma conseillère académique, Mme Lara Maillet, pour ses précieux conseils, son soutien constant et son accompagnement tout au long de mon stage.

Enfin, je remercie chaleureusement mon oncle et son épouse pour leur soutien matériel et humain durant toute la durée de mes études, un soutien qui m'a permis d'évoluer dans des conditions sereines. Je remercie également mes parents, pour leur présence et leur encouragement indéfectible, mon frère, ainsi que mon fiancé. Ils ont tous été un pilier essentiel et sans équivoque tout au long de cette année et durant ce stage.

Liste des abréviations et sigles

ARS : Agences Régionales de Santé

ASPC : Agence de Santé Publique Canada

CIUSSS : Centres intégrés universitaire de santé et de service sociaux

CLSC : Centre Local de Santé Communautaire

CLS : Contrats Locaux de Santé

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CSBE : Commissaire à la Santé et au Bien-Être

CSSS : Centre de Santé et de Service Sociaux

DHCPR : *Dutch Health Care Performance Report*

ECSC : Enquête Canadienne sur la Santé Communautaire

EPSP : Espace Partagé de Santé Publique

EQSP : Enquêtes québécoises sur la Santé de la Population

FHF : Fédération Hospitalière de France

GMF : Groupe de médecins de famille

GMF-U : Groupe de médecins de famille universitaire

ICS : *Integrated Care Systems*

ICRA : Institut Canadien des Recherches Avancées

IHI : *Institute for Health Care Improvement*

IHO : *Integrated Health Organisations*

INSPQ : Institut National de Santé Publique

IPCDC : Initiative sur le Partage des Connaissances et le Développement des Compétences

IZA : *Integraal Zorg Akkoord*

MSSS : Ministère de la Santé et des Services Sociaux

NHS : *National Health Service*

OCDE : Organisation de coopération et de développement économique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PHOF : *Public Health Outcomes Frameworks*

RLS : Réseau Local de Santé

SII : *Slope Index of Inequality*

Liste des figures :

Figure 1 : Schéma représentant l'interaction entre les déterminants individuels, les milieux de vie, les systèmes et le contexte global influençant l'état de santé de la population. (Anctil, 2012)

Liste des tableaux :

Tableau 1 : Évolution des points de vue sur la définition de la santé

Tableau 2 : Les principaux critères de sélection d'un indicateur de santé populationnelle

Tableau 3 : Distribution du nombre d'indicateurs par grands domaines

Tableau 4 : Proposition d'indicateurs de santé populationnelle

Liste des graphiques :

Graphique 1 : Graphique en secteur illustrant la proportion des différents états de santé en fonction du nombre total

Graphique 2 : Distribution des trois grands domaines de santé en fonction du nombre total d'indicateurs

Graphique 3 : Distribution des sous-domaines des déterminants sociaux de la santé

Graphique 4 : Distribution des caractéristiques individuelles

Graphique 5 : Distribution des catégories liés aux différents milieux de vie

Graphique 6 : Distribution des catégories liés au contexte globale

Graphique 7 : Distribution des catégories liés aux systèmes

Graphique 8 : Histogramme représentant les déterminants les plus pertinents

Graphique 9 : Histogramme représentant la répartition de quelques indicateurs de performance

RÉSUMÉ

Ce rapport de stage présente une analyse exploratoire visant à mieux comprendre les fondements conceptuels et opérationnels du concept de la responsabilité populationnelle, ainsi que les indicateurs de santé susceptibles d'être utilisés dans un contexte québécois, particulièrement à l'échelle locale.

À partir d'un important travail de recension des écrits et d'un croisement de plusieurs sources, un premier exercice de cartographie et de classification des indicateurs a été réalisé. Cette démarche, volontairement inductive, a permis d'observer la forte prédominance des déterminants de la santé, lesquels représentent plus de la moitié des indicateurs recensés, confirmant l'importance d'agir en amont des soins et de travailler sur les milieux de vie. L'analyse montre également que plusieurs indicateurs internationaux ne sont pas transposables tels quels au Québec, tandis que d'autres, comme le diabète, le VIH, les maladies chroniques ou les mesures d'accessibilité, demeurent universels.

Les résultats mettent en évidence la nécessité d'harmoniser les définitions, de renforcer la disponibilité des données locales et de poursuivre la réflexion avec des acteurs du terrain pour parvenir à une sélection finale d'indicateurs adaptée aux réalités québécoises.

Enfin, ce travail propose un outil réflexif qui pourrait constituer une première base pour soutenir l'évolution du concept et guider d'éventuelles décisions stratégiques en matière de santé populationnelle.

Mots-clés : santé, responsabilité populationnelle, indicateurs de santé, déterminants de la santé, performance du système.

Introduction :

Le système de santé est un système complexe dont la performance repose sur l'interaction coordonnée de multiples acteurs et composantes. Comme l'expliquent les travaux sur les systèmes adaptatifs complexes, la performance globale ne résulte pas simplement de la somme des actions des parties prenantes, mais de leur capacité collective à s'ajuster, apprendre, coopérer et s'adapter aux besoins de la population (Maillet et al., 2025).

Une telle complexité met en lumière les limites des approches fragmentées et sectorielles de la santé. Elle appelle à une vision intégrée, capable de dépasser une conception de la santé réduite à la simple absence de maladie, mais bien comme le produit d'interactions dynamiques entre une pluralité de déterminants individuels, sociaux, économiques et environnementaux.

Dans cette perspective, l'approche axée sur la santé de la population, telle que définie par l'Agence de santé publique du Canada (ASPC), propose de prendre en compte l'ensemble des facteurs qui influencent la santé (revenu, éducation, conditions de vie, accès aux soins, environnement physique), et d'agir en amont pour améliorer durablement l'état de santé globale (*Qu'est-ce que l'approche axée sur la santé de la population?*, 2013).

Cette vision apparaît d'autant plus nécessaire dans le contexte actuel de vieillissement de la population, de prévalence croissante des maladies chroniques, d'inégalités d'accès aux soins, de pression sur les coûts du système, et d'attentes élevées de la population en matière de qualité et de transparence (Lalonde, 1974).

C'est dans cette perspective que s'inscrit la notion de responsabilité populationnelle. Elle renvoie à l'idée que, les organisations de santé ainsi que l'ensemble des acteurs d'un territoire, doivent non seulement offrir des services, mais aussi assumer collectivement une responsabilité à l'égard de l'amélioration de l'état de santé de la population dont ils ont la charge, dans une logique de durabilité et d'équité.

Mon travail en tant que stagiaire sur la responsabilité populationnelle consiste à établir une recension des écrits afin d'identifier et définir les cadres conceptuels dans lesquels s'inscrit la responsabilité populationnelle, et soutenir la sélection d'indicateurs pertinents de santé populationnelle.

Ce rapport présente les travaux et recherches réalisés dans le cadre de ce mandat. Il propose en premier lieu la description de l'organisme d'accueil, ses objectifs spécifiques et les livrables attendus. En second lieu, une recension des écrits, qui documente les différentes définitions des concepts clés ainsi qu'une analyse des travaux réalisés sur la thématique qui constituera la base de la sélection d'indicateurs. Celle-ci sera suivie par la méthodologie précisant les approches de collecte de données et de références. Enfin, une présentation des résultats, notamment des indicateurs retenus et une discussion qui viendra mettre en

relation la documentation avec l'analyse réalisée, mais aussi abordera la pertinence et les limites des choix d'indicateurs.

Le rapport se conclut par des constats et des recommandations destinés à soutenir les travaux du CSBE et à contribuer plus largement à l'amélioration continue de la performance du système de santé québécois.

Description de l'organisation :

Le commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) est un organisme public indépendant créé en 2006 en vertu de la *Loi sur le commissaire à la santé et au bien-être* (LégisQuébec, 2005). Il s'intéresse au rôle du système québécois de santé publique conformément au mandat confié par le gouvernement. Il lui est permis de publier des avis et des rapports en toute autonomie. Il est rattaché au Ministère de la Santé et des Services sociaux, puisque le gouvernement veille à l'application de ses lois et à son financement ("La mission du Commissaire,").

Au terme de deux ans d'inactivité du CSBE, une nouvelle commissaire y est entrée en fonction, Madame Johanne Castonguay, en janvier 2020 (CSBE, 2022a). Aussi, la loi prévoit que le commissaire exerce ces responsabilités notamment en regard des déterminants de la santé et du bien-être, des aspects éthiques liés à la santé et au bien-être, des médicaments et des technologies (LégisQuébec, 2005).

Ses principales missions se résument comme suit :

Mission	Description
Évaluation du système de santé	Apprécier les résultats atteints par le système de santé et de services sociaux en prenant en compte l'ensemble des éléments de ce dernier, notamment la qualité, l'accessibilité, la continuité et le financement des services; et porter un jugement critique sur sa performance globale
Information et transparence	Informar la population et éclairer le débat public sur le fonctionnement du système de santé et de services sociaux, dans une logique de transparence et de reddition de comptes.
Participation citoyenne et confiance publique	Favoriser l'ouverture à la participation citoyenne et contribuer au renforcement de la confiance du public envers les institutions.

Dans le réseau de la santé et des services sociaux, le CSBE ne se substitue pas aux organismes gestionnaires ou prestataires de soins, mais se rapproche d'autres organismes dits conseillers comme l'Institut national de santé publique du Québec (CSBE, 2022b).

Les rapports du CSBE se distinguent par leur perspective globale systémique et comparative. Il ne tient pas uniquement compte des résultats cliniques ou des soins de

santé, mais également de la qualité, l'accessibilité, l'équité, l'efficacité et la durabilité. C'est dans cette optique qu'il représente un point majeur à alimenter la prise de décision gouvernementale (CSBE, 2022a).

La direction des opérations scientifiques, dirigée par George-Charles Thiebaut qui est le commissaire adjoint, et mon supérieur hiérarchique dans laquelle s'inscrit mon stage, est responsable d'assurer la production d'analyses rigoureuses et crédibles, fondées sur les meilleures pratiques de recherche et sur l'utilisation optimale des données et outils disponibles (CSBE, 2022a). Elle est responsable d'assurer l'élaboration et le suivi des projets en cours, notamment les indicateurs de santé et de services sociaux, le développement des cadres conceptuels permettant de guider l'évaluation de la performance, la réalisation de rapports thématiques et de portraits populationnels ainsi que le soutien méthodologique aux travaux du commissaire et à ses partenaires institutionnels (CSBE, 2022a).

Le mandat confié au stagiaire dans le cadre de ce stage aborde la notion de responsabilité populationnelle, en la reliant à des indicateurs de mesures concrets. L'objectif est de soutenir les travaux du CSBE en matière d'évaluation de la santé et d'approfondir les réflexions quant aux outils de mesures ou indicateurs de performance du système de santé, dans une perspective de qualité, d'accessibilité, d'équité et d'efficacité (MandatCSBE, 2025).

Ce stage présente une valeur ajoutée tant pour le CSBE que pour le stagiaire. Il permet de renforcer les sources de données de l'organisme, de disposer de propositions pour améliorer l'évaluation de la santé populationnelle. Le soutien à la sélection d'indicateurs pertinents constitue un apport tangible pour la planification de futurs travaux de recherche ou de projets stratégiques pour la production de rapports destinés aux décideurs publics.

Pour moi, il constitue une occasion unique de mettre en pratique les acquis de ma formation, de comprendre le fonctionnement du système de santé québécois, de bonifier mes compétences analytiques, scientifiques, rédactionnelles et méthodologiques, tout en m'initiant à la dynamique de travail dans un organisme public d'évaluation en santé.

Objectif du travail

L'objectif de ce travail était de définir les cadres conceptuels dans lesquels s'inscrit la responsabilité populationnelle, identifier et décrire les indicateurs issus des cadres de santé populationnelle internationaux et soutenir la sélection d'indicateurs de santé populationnelle pertinents pour le contexte québécois.

Recension des écrits

Dans le cadre de cette section, il est essentiel de clarifier les différents concepts de la santé et les notions centrales de la thématique qui structure le rapport, à savoir la responsabilité populationnelle. La littérature scientifique et institutionnelle, tout comme les expériences nationales et internationales, offrent un socle théorique important pour comprendre la complexité de ces concepts et orienter leur application au Québec.

Historique et émergence de la santé populationnelle

Le concept de santé de la population s'est progressivement développé au cours des dernières décennies du XXe siècle, dans un contexte où les systèmes de santé, centrés sur les soins curatifs, montraient leurs limites face à des enjeux croissants de prévention et de promotion de la santé (GouvernementCanada, 2013).

Les avancées du rapport Lalonde :

L'un des jalons majeurs en ce sens demeure le rapport Lalonde de 1974 « *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* » (Lalonde, 1974). Ce document a marqué une rupture en élargissant la conception de la santé au-delà des soins médicaux pour soutenir quatre axes principaux sur lesquels il fallait agir et/ou approfondir les connaissances, notamment :

- Les modes de vie,
- L'environnement social,
- La biologie humaine,
- L'organisation des soins.

Simplement investir plus dans les soins de santé est largement insuffisant et comporte en soi un impact moins important que celui d'investir sur ces facteurs. Le rapport insistait déjà sur l'importance d'inciter la population à adopter des comportements favorables à la santé et appelait à des interventions publiques novatrices. En effet, l'ancien premier Ministre de la santé a affirmé : « il faut chercher le moyen d'inciter les Canadiens à se préoccuper davantage de leur propre état de santé physique et mentale, et atténuer les risques auxquels ils s'exposent en négligeant leur mode de vie » (Lalonde, 1974).

À travers ce rapport, un regard nouveau s'est posé et a inspiré la mise en œuvre de programmes proactifs de promotion de la santé, notamment dans les domaines du tabagisme, de l'alimentation, de l'activité physique, et même du marketing : « Il faut donc admettre qu'il incombe à la société, par l'entremise des pouvoirs publics, de mettre au point des techniques de marketing pour atténuer ces abus ». (Lalonde, 1974).

L'article « *Correlates of health and healthcare performance: applying the Canadian health indicators frameworks at the provincial-territorial level* » confirme ses dires : il s'agit de la première étude à estimer les corrélats de la santé et du rendement des soins de santé des

provinces et territoires canadiens. Les auteurs suggèrent que le rendement relativement meilleur sur les déterminants non médicaux de la santé est lié à une meilleure santé. Autrement dit, les provinces qui performant mieux sur les déterminants sociaux tendent aussi à présenter un meilleur état de santé global. À l'inverse, la performance des soins de santé est moins souvent liée à la santé (Arah & Westert, 2005).

Peu à peu, l'approche de la santé populationnelle s'est élargie au-delà du rapport Lalonde de 1974. Elle ne se contente pas seulement de la prévention, mais inclut une vision positive de la santé, comme l'absence de maladie, le bien-être physique, mental et social. On commence alors à concevoir la santé comme une capacité à s'adapter et de gérer les changements (Arah & Westert, 2005).

Cette évolution ouvre la voie à la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* (1986) et aux travaux de Jake Epp *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé* (1986). Ces travaux ont consolidé et élargi l'approche en mettant l'accent sur les facteurs sociaux, économiques et environnementaux plus larges qui influent sur la santé. (GouvernementCanada, 2013). Cette perspective a été approfondie par l'Institut canadien des recherches avancées (ICRA) qui a mis en évidence l'interaction complexe entre ces facteurs, alors appelés « déterminants de la santé » et leur influence cumulative sur la santé (GouvernementCanada, 2013).

C'est ainsi que ce survol historique montre que la notion de responsabilité populationnelle n'est pas née d'hier, ni de manière isolée. Elle s'appuie sur des cadres évolutifs et s'est établie de manière progressive. À partir des idées des années 70, une reconnaissance ainsi qu'une prise de conscience croissante a vu le jour : la santé dépend fortement de facteurs bien plus larges que les soins médicaux.

I. Définitions des concepts

1) La santé :

La notion de santé est un concept qui a évolué vers une conception positive. Le tableau suivant reprend l'évolution de quelques définitions de la santé, et illustre la manière dont la santé s'est progressivement déplacée d'une vision statique vers une conception adaptative et multidimensionnelle (Krahn et al., 2021).

OMS	1946	« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1946).
Charte d'Ottawa	1986	« La mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci » (<i>Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé</i> , 1986).

The Lancet	2009	La santé est une adaptation dynamique aux facteurs de stress, comme la résilience (Schulkin, 2004) et le sentiment de cohérence (Antonovsky, 1979).
Huber et al.	2011, 2016	La santé est dynamique fondée sur la « capacité à s'adapter et à s'autogérer » afin de maintenir et restaurer son sens de l'intégrité, de l'équilibre et du bien-être. Six dimensions proposées de la santé positive sont : les fonctions corporelles, les fonctions mentales et la perception existentielle, la qualité de vie, la participation sociale et sociétale, ainsi que le fonctionnement quotidien.
Halfon et al.	2014	« Création de capacités pour atteindre des objectifs, satisfaire des besoins, renforcer les réserves »
Auteurs	2020	« La santé est l'équilibre dynamique du bien-être physique, mental, social et existentiel dans l'adaptation aux conditions de vie et de l'environnement. »

Tableau 1 : Évolution des points de vue sur la définition de la santé (Krahn et al., 2021).

La définition de l'OMS (OMS, 1946), bien que novatrice pour l'époque, a parfois été critiquée, car considérer la santé comme synonyme de bien-être, de développement humain et de qualité de vie, revient à confondre la santé et ses déterminants (Lalonde, 1974). Cette réflexion a été approfondie par la Charte d'Ottawa (1986), où la santé est définie non pas comme un idéal absolu, mais comme une ressource pour la vie quotidienne. La santé est dynamique, continue, multidimensionnelle, distincte de la fonction, et déterminée par l'équilibre et l'adaptation. Cette nouvelle définition a des implications pour la recherche, les politiques et la pratique. (Krahn et al., 2021). Cette perspective ouvre la voie à des approches contemporaines plus dynamiques, qui intègrent la résilience, l'équilibre, l'autogestion, la participation sociale et l'adaptation à l'environnement ainsi que son impact. C'est pourquoi il est essentiel d'éclairer d'autres définitions et notions qui sont ou peuvent être associées à la santé.

2) Les systèmes adaptatifs complexes :

Un système adaptatif complexe présente trois caractéristiques principales :

- De nombreux acteurs ou composants,
- Différents et autonomes et
- Interdépendants.

En matière de gouvernance dans un contexte de santé, le multiniveau est structuré en : opérationnel qui correspond à la sphère clinique-administrative de première ligne, tactique qui correspond à la gestion, et stratégique qui correspond à la prise de décision hiérarchique. Les organisations de santé sont donc perçues en termes d'interaction et de coévolution entre les parties prenantes, allant au-delà d'une vision purement hiérarchique (Maillet et al., 2025).

3) L'approche axée sur la santé de la population :

L'approche axée sur la santé et son amélioration conçoit la santé non pas comme un simple état d'absence de maladie, mais comme une capacité dynamique des individus et des populations à agir, à s'adapter et à se développer dans leur environnement. Elle considère l'ensemble des déterminants sociaux, économiques et physiques qui influencent la santé et vise l'optimisation du bien-être par un équilibre entre la personne et son milieu de vie. Contrairement aux approches traditionnelles centrées sur les soins médicaux et les facteurs de risque individuels, cette perspective s'adresse à la population dans son ensemble et privilégie des stratégies globales d'intervention agissant sur les conditions de vie afin d'améliorer durablement la santé collective. (*Qu'est-ce que l'approche axée sur la santé de la population?*, 2013).

4) Les déterminants de la santé :

Les déterminants de la santé regroupent l'ensemble des facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui influencent l'état de santé d'une population. Leur reconnaissance a profondément transformé la compréhension de la santé, en mettant en évidence que celle-ci ne résulte pas uniquement des services de soins, mais des conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.

Ces déterminants façonnent les conditions de vie et créent un gradient social de santé : plus les individus disposent de ressources sociales et économiques favorables, meilleures sont leurs chances d'être en bonne santé. Cette distribution inégale du pouvoir, des ressources, des biens et des services engendre des inégalités de santé socialement construites, évitables et injustes (OMS, 2008). Cela apporte une autre vision, celle de justice sociale, et appelle à des politiques intersectorielles coordonnées.

Les principaux déterminants identifiés incluent les conditions de travail, le revenu et sa répartition, l'accès à des aliments sains, le logement, l'environnement physique et social, mais aussi les services de santé eux-mêmes (INSPQ, 2025a; *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*, 1994)

À ces dimensions s'ajoutent des facteurs liés aux caractéristiques biologiques et individuelles : la génétique, l'épigénétique, les expériences de la petite enfance ou encore les habitudes de vie (Lalonde, 1974).

Au Québec, le rapport *La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir* présente les déterminants à travers quatre champs concentriques autour de l'état de santé de la population (Figure 1). Cette modélisation met en évidence que les déterminants ne sont pas isolés, mais s'influencent mutuellement. Elle permet aussi de rappeler que la santé est collective et qu'elle nécessite une action intersectorielle, impliquant différents paliers gouvernementaux, les services publics, mais aussi les communautés locales (Anctil, 2012).

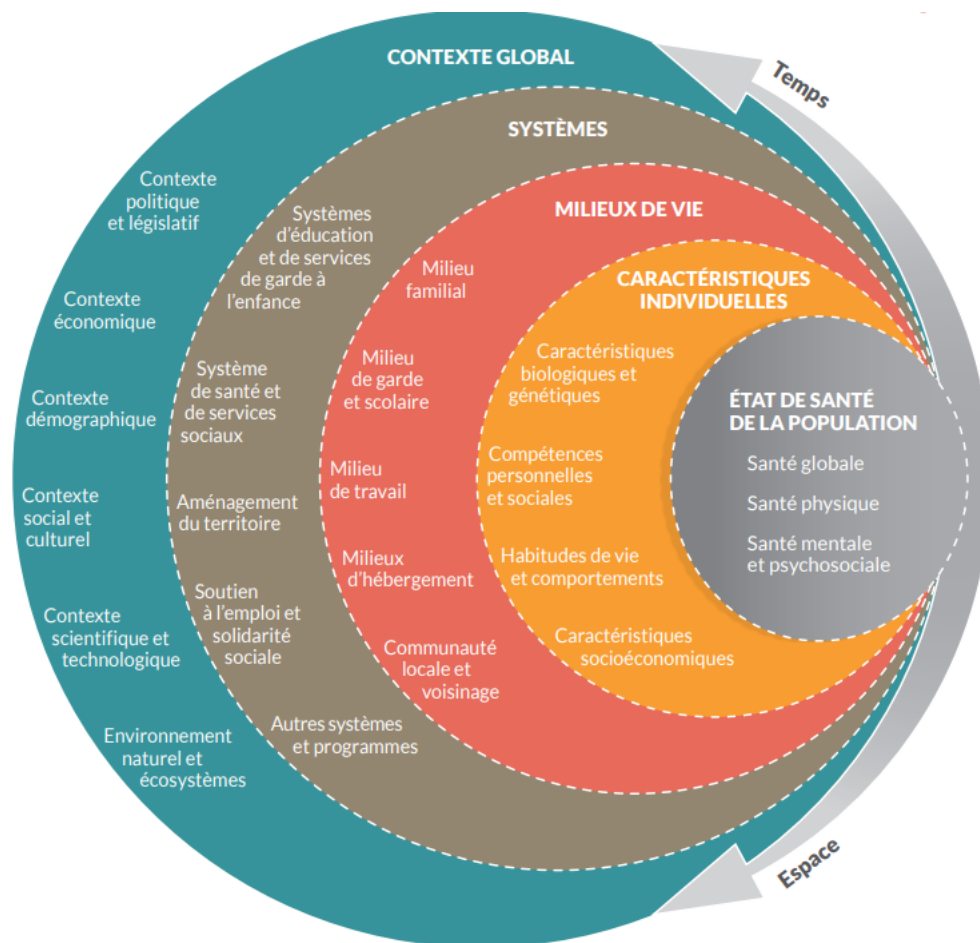


Figure 1 : Schéma représentant l'interaction entre les déterminants individuels, les milieux de vie, les systèmes et le contexte global influençant l'état de santé de la population (Ancil, 2012)

Enfin, la vision présente dans le rapport a également été institutionnalisée, notamment à travers l'application de l'article 54 de la Loi sur la santé publique, qui oblige les ministères à évaluer l'impact de leurs décisions sur la santé (Québec, 2001). La reconnaissance des déterminants de la santé dépasse ainsi le cadre analytique en redéfinissant les frontières de l'action publique et en élargissant la responsabilité à l'ensemble des acteurs dont les décisions influencent les conditions de vie des populations.

5) Responsabilité populationnelle

Enfin, la responsabilité populationnelle constitue un dispositif organisationnel et normatif qui précise quels acteurs, organisations de santé, établissements, gouvernement et partenaires d'un territoire donné, doivent assumer la mission d'améliorer la santé et le bien-être d'une population définie. Elle encadre la gouvernance, les mandats, les partenariats ainsi que les mécanismes d'évaluation et de reddition de comptes. Elle ne se limite pas à la prestation de soins, mais inclut également la prévention et la promotion de la santé afin

de réduire les inégalités. Au Québec, l'INSPQ et le MSSS la définissent comme une responsabilité partagée impliquant la planification, la mise en œuvre et l'évaluation d'actions concertées à l'échelle de l'ensemble de la population d'un territoire (INSPQ, 2025b; Roux-Levy & Jelili, 2025).

La santé populationnelle et la responsabilité populationnelle sont étroitement liées, mais renvoient à des niveaux distincts d'analyse. La première constitue l'objet d'étude : elle décrit et analyse l'état de santé d'une population et ses déterminants. La seconde représente un levier de gouvernance : elle précise quels acteurs sont imputables des résultats obtenus et selon quels mécanismes (reddition de comptes, cadres légaux, ententes de gestion). Pour être crédible, la responsabilité populationnelle doit s'appuyer sur des indicateurs fiables et comparables, permettant de mesurer l'évolution de l'état de santé, d'identifier les inégalités et d'évaluer les actions entreprises. Ainsi, l'une porte sur ce que l'on mesure, l'autre sur qui en répond et comment.

II. La responsabilité populationnelle à l'international

À l'échelle internationale, la responsabilité populationnelle s'inscrit dans un contexte marqué par le vieillissement démographique, la hausse des maladies chroniques et la pression croissante sur les coûts des soins. Face à ces défis, les grandes instances de santé, comme l'OMS et l'IHI (*Institute for Healthcare Improvement*) promeuvent depuis plusieurs décennies une approche globale centrée sur la santé des populations plutôt que sur les seuls usagers de soins. L'OMS insiste sur une conception intégrée des systèmes de santé. La prévention, la promotion et les soins sont organisés en fonction des besoins collectifs, dans une perspective d'équité et de couverture universelle. Elle met de l'avant quatre piliers d'action :

- Gouvernance et reddition de comptes,
- Leadership à tous les niveaux,
- Intégration de la santé dans toutes les politiques publiques,
- La mobilisation de ressources adéquates.

Ces orientations sont reprises par de nombreux pays qui expérimentent des réformes structurelles, de nouvelles législations et des interventions locales adaptées (Roux-Levy & Jelili, 2025).

a) Région du Pays basque espagnol

Le cas du Pays basque espagnol est souvent cité comme pionnier. Il a été l'un des premiers à avoir connu une réussite de cette approche. En 2009, face au vieillissement accéléré et aux limites du modèle, la région a engagé une refonte complète de son système de santé. Elle a créé des organisations de santé intégrées appelées IHO (*Integrated Health Organisations*) qui visent à promouvoir des soins multidisciplinaires, en favorisant notamment la collaboration et l'intégration organisationnelle entre les soins primaires et

les soins spécialisés (Roux-Levy & Jelili, 2025). Chaque IHO est responsable d'un bassin de population clairement défini, reposant sur la stratification des populations. Autrement dit, il s'agit d'identifier les besoins de santé selon des groupes précis, en mettant l'accent sur la prévention des maladies chroniques et l'action en première ligne (Malone, 2024). Après plus 15 ans, l'OCDE observe un basculement de l'équilibre du système vers une organisation davantage orientée vers la prévention et les soins de proximité, avec des résultats mesurables en termes de santé et de coûts. Le modèle a réussi à renforcer la première ligne, améliorer la continuité des soins et rendre le système plus soutenable (Malone, 2024, 2025; Roux-Levy & Jelili, 2025).

b) Cas du Pays-Bas

Au Pays-Bas, le modèle repose sur des accords nationaux et régionaux appelés *Integraal ZorgAkkoord* (IZA) qui favorisent la collaboration entre municipalités, assureurs, organisations de santé et associations d'usagers. L'accent est mis sur les réseaux intersectoriels, qui intègrent santé, services sociaux, logement et emploi, afin d'agir directement sur les déterminants sociaux de la santé. Cette approche holistique vise à renforcer la prévention, améliorer la coordination et réduire les inégalités, tout en adaptant les actions aux réalités locales (Roux-Levy & Jelili, 2025). La démarche de sélection d'indicateurs est généralement basée sur une étude de type Delphi. Il s'agit d'une méthode de consultation d'experts qui participent de manière anonyme à la sélection d'indicateurs (Freitas et al., 2018).

Une autre étude a été réalisée sur la performance des soins de santé, qui évoque 125 indicateurs utilisés pour couvrir qualité, accessibilité et coûts. Un outil de suivi de la performance du système de santé a été créé : le DHCPR (*Dutch Health Care performance Report*). On y voit un modèle « *top-down* » et « *bottom-up* » pour la sélection (Berg et al., 2014). Il recouvre quatre besoins de santé :

- Prévention (rester en bonne santé)
- Curatif (guérir)
- Soins de longue durée (vivre avec une maladie ou handicap)
- Fin de vie

Les critères de sélection sont la pertinence politique, la disponibilité des données, la faisabilité, et la comparabilité internationale. On peut retenir que le modèle hollandais a mis en place une démarche structurée, avec une importance accordée aux résultats de santé (collaboration intersectorielle) et aux processus (flux des patients dans la chaîne de soins) plus que les seules mesures finales, le tout intégré à un cadre politique et une logique de reddition de comptes (Berg et al., 2014).

Selon un rapport de 2016, le système de santé des Pays-Bas est classé parmi les plus efficaces en Europe selon le *Euro Health Consumer Index*. Parmi les indicateurs qui

expliquent cela, la réduction des délais d'attente, les dépenses par habitant et la satisfaction des patients (François, 2016).

c) Cas du Royaume-Uni

Au Royaume-Uni, la réforme NHS (*National Health Service*), responsable de la coordination des données en santé, a mené à l'adoption du *Health and Care Act* en 2022, ce qui a accéléré la mise en place des *Integrated Care Systems* (ICS), au nombre de 42. Ces structures territoriales regroupent les services de santé, les autorités locales et divers acteurs sociaux autour du même objectif : améliorer la santé et réduire les inégalités. Chaque ICS repose sur deux instances : un *Integrated care board* responsable de la planification et de la gestion budgétaire du NHS local, et un *Integrated Care Partnership*, une large alliance intersectorielle incluant logement, éducation, emploi, etc. Le modèle britannique illustre une gouvernance multiniveau, alliant pilotage national et forte déclinaison locale (Roux-Levy & Jelili, 2025).

Le cadre *Public Health Outcomes Frameworks* (PHOF) en Angleterre donne un panorama des résultats de santé publique (à l'échelle nationale et locale) via un ensemble d'indicateurs. Une mise à jour publiée en mai 2024 montre une amélioration pour certains taux (hospitalisation pour violence, blessures chez les jeunes, etc). Toutefois, certains domaines restent préoccupants, comme les décès après usage de drogues, et le taux dans certaines zones défavorisées est trois fois plus élevé, ce qui accentue les inégalités persistantes (GOV.UK, 2024a).

Le rapport de l'auteur Cookson vise à développer des indicateurs pour mesurer ces inégalités à l'échelle nationale et locale (*small area*) (Cookson R et al., 2016). Il propose huit indicateurs généraux :

- Offre de soins primaires
- Qualité des soins primaires
- Temps d'attente à l'hôpital
- L'hospitalisation évitable
- L'hospitalisation récidive
- Les décès à l'hôpital
- La mortalité adaptée
- La mortalité globale

Le choix de ces indicateurs a été guidé par des critères généraux (validité perçue, sensibilité aux interventions, impact sur la santé de la population, disponibilité des données, confiance statistique, etc). Le rapport signale aussi les limites des données. Il conclut que le NHS peut avoir un impact mesurable sur la réduction des inégalités socio-économiques. Cependant, réduire les inégalités dans les résultats de santé est beaucoup plus difficile que réduire les inégalités d'accès, car malgré certains progrès, des inégalités persistent. Le

Slope Index of Inequality (SII) permet de quantifier les différences d'espérance de vie en bonne santé et entre zones démunies (GOV.UK, 2024b).

d) Cas des pays scandinaves

Dans les pays scandinaves comme le Danemark ou la Norvège, la responsabilité populationnelle repose principalement sur les municipalités, chargées de la prévention et de la promotion de la santé. L'État gouvernemental fixe le cadre général, mais laisse une assez grande marge de manœuvre pour d'adaptation locale. Cette gouvernance est appuyée par des guides et des recommandations, et favorise l'intégration des politiques sociales et sanitaires dans une logique territoriale. (Roux-Levy & Jelili, 2025).

e) Cas de la France

En France, la responsabilité populationnelle a été inscrite dans la loi en 2019, affirmant que tous les acteurs d'un territoire partagent la responsabilité de l'amélioration de la santé et de la prise en charge des usagers. Plusieurs expérimentations cliniques territoriales ont été menées, notamment en 2022 autour du diabète de type II et de l'insuffisance cardiaque sur cinq territoires pilotes (Malone, 2024). Inspirées du modèle basque, ces expériences visent à tester des parcours intégrés et à démontrer la faisabilité d'une approche populationnelle. Toutefois, la gouvernance reste encore en construction, et le passage d'expérimentations locales à une généralisation nationale demeure un enjeu.

Enfin, comme le souligne Antoine Malone lors d'une conférence récente (2024, 2025), ces modèles s'inscrivent dans une logique de quadruple objectif : (Malone, 2025)

- Améliorer la santé globale
- Réduire les coûts pour la société
- Renforcer l'attractivité du système pour les professionnels
- Améliorer l'expérience et la prise en charge des patients

Le fil conducteur de ces expériences est la territorialisation : définir clairement une population de référence, stratifier ses besoins et déployer localement des parcours intégrés adaptés. Ces démarches démontrent qu'il est possible, par une gouvernance partagée et une intégration accrue des services, de concilier une meilleure santé pour tous, efficiente, équitable et durable. Les premiers résultats, dont la réduction des admissions aux urgences et des longs séjours hospitaliers, sont encourageants. Néanmoins, le modèle français repose davantage sur une gouvernance sans mécanisme robuste de suivi ni structures de coordination uniformes, et le dispositif reste sous-dimensionné face aux besoins. Les communautés professionnelles territoriale de santé (CPTS) inspirées du modèle québécois, ont reçu cette responsabilité de s'organiser pour répondre à ces besoins populationnels. Toutefois, cela reste fragilisé par des tensions et une lutte de pouvoir entre les acteurs de première ligne et les instances de gouvernance. Il subsiste aussi une absence de communication fluide et une faible intégration des données et indicateurs, ce qui limite la

Fédération Hospitalière de France (FHF) le passage à la pratique. Ces constats soulignent l'importance de disposer d'indicateurs clairs, qui permettent d'évaluer de façon transparente et équitable la performance populationnelle des systèmes de santé. (Malone, 2024).

Une autre expérimentation s'est distinguée autour du territoire niçois, appelé programme *Amstramgram*. Il y a eu la mise en place d'un espace partagé de santé publique (EPSP), réunissant acteurs de santé, collectivités territoriales, associations d'usagers, secteur social, recherche et éducation nationale. L'un de leur projet a visé la prévention contre l'obésité et le diabète de type II, en intégrant des actions de promotion de l'activité physique, de lutte contre la sédentarité et d'éducation alimentaire. Cela montre encore une fois, que la réussite du modèle repose sur le partage de connaissances, le leadership collectif et l'expérimentation locale (Fonti, 2025).

L'idée qui en ressort finalement est la capacité d'un système à améliorer la santé avant la maladie, d'où l'importance de la prévention.

III. La responsabilité populationnelle au Québec

L'approche de santé populationnelle est au cœur du système de santé et de service social au Québec depuis les années 2000, à la suite des réformes structurelles du réseau. Le Québec a d'ailleurs fait figure de pionnier avec la création des réseaux locaux de services (RLS) et des centres de santé et de services sociaux (CSSS), qui avaient pour mandat de répondre aux besoins d'une population définie sur un territoire donné. Ce découpage a marqué une étape importante en établissant une responsabilité claire et en confiant aux CSSS la planification et la coordination des services.

Cependant, les réformes successives du réseau québécois de la santé notamment celles de 2003 et 2015, ont progressivement transformée cette dynamique. La fusion des CSSS en CISSS et CIUSSS a entraîné une centralisation accrue de la gouvernance et une restructuration majeure du pilotage territorial. Si cette centralisation visait une meilleure cohérence organisationnelle, elle a également modifié les conditions d'exercice de la responsabilité populationnelle et redéfini le rôle des CLSC dans la planification et la coordination des services de première ligne. Ceux-ci demeurent néanmoins des points d'ancrage essentiels pour le suivi de la santé des populations locales et la mise en œuvre d'actions communautaires.

En parallèle, la création des Groupes de médecine de famille (GMF) et des Groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U) a transformé l'organisation de la première ligne en favorisant la continuité, l'accessibilité et la coordination des soins. Ces structures regroupent des médecins, infirmières et travailleurs sociaux autour d'une population inscrite et assurent une part de responsabilité à l'égard de celle-ci.

Cependant, malgré son inscription dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* en 2003, la responsabilité populationnelle demeure inégalement mise en œuvre (Roux-Levy & Jelili, 2025); (Couturier et al., 2018).

De plus, des enjeux de participation locale et d'arrimage avec les besoins réels de la communauté persistent. Comme le souligne le MSSS: « la responsabilité populationnelle des établissements de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population sur leur territoire est appliquée de façon inégale, parfois faute de leviers ou de marge de manœuvre suffisante pour répondre aux besoins » (MSSS, 2022) (Roux-Levy & Jelili, 2025). La pandémie a par ailleurs accentué certaines fragilités : , le système de santé demeurent marqué par une fragmentation organisationnelle et les inégalités sociales se sont accrues (Roux-Levy & Jelili, 2025).

Les travaux de Frohlich et Potvin (2008) viennent compléter la réflexion sur ce dernier point en apportant un regard critique sur l'approche populationnelle avec le concept du « paradoxe des inégalités ». Ils montrent que des interventions universelles visant à améliorer la santé de l'ensemble de la population, celles-ci bénéficient souvent davantage aux groupes les plus favorisés et, paradoxalement, accentuer les écarts sociaux (Frohlich & Potvin, 2008).

Ce constat conduit à plaider pour l'intégration explicite de la dimension d'équité à l'approche de santé populationnelle en combinant des interventions universelles visant à améliorer la moyenne globale et des mesures ciblées pour les populations vulnérables, et ainsi éviter que la distribution des résultats de santé ne se creuse davantage (Frohlich & Potvin, 2008). Ceci rappelle que la santé populationnelle ne peut être comprise uniquement comme une question de niveau global moyen, mais qu'elle doit intégrer la distribution des résultats selon les groupes sociaux. Cette perspective a des implications directes sur le choix des indicateurs : ceux-ci ne doivent pas seulement refléter l'état global de santé, mais également permettre d'identifier et de suivre les écarts entre différentes catégories de population (Frohlich & Potvin, 2008).

Par ailleurs, la thèse de Mylaine Breton apporte une autre compréhension de la responsabilité populationnelle dans le réseau québécois de la santé (Breton, 2009).

L'auteure analyse l'incorporation de la responsabilité populationnelle dans la gestion des CSSS du Québec à la suite des réformes du début des années 2000. Sa recherche est fondée sur deux études de cas de deux CSSS et une méthodologie qualitative (entrevues, observations, analyse documentaire). Elle met en évidence la double responsabilité des soins individualisés et celle des interventions populationnelles. Elle impose une transformation des rôles gestionnaires et exige l'implantation de nouvelles pratiques managériales, et étudie les conditions de succès et les obstacles liés à l'implémentation. Cette double mission crée des tensions opérationnelles et nécessite des arbitrages dans la planification locale. Aussi, certains gestionnaires jouent le rôle d'entrepreneurs

institutionnels pour négocier, adapter et piloter l'intégration des missions de santé publique et de soins. Elle identifie également des phases (appropriation des politiques, adaptation aux acteurs du champ, développement de projets locaux) et une pluralité de stratégies organisationnelles (compromis, évitement, innovation locale) qui conditionnent le degré d'intégration effective et compliquent la stratégie d'implantation. Elle montre que la responsabilité populationnelle ne peut s'imposer uniquement par le haut (pression légale et ministérielle) mais nécessite des processus locaux de légitimation et d'appropriation. En parallèle, elle note que certains CSSS ont eu du mal à traduire les grandes orientations gouvernementales en projets concrets axés sur les déterminants de la santé, souvent à cause de limites dans la culture organisationnelle et d'un accès aux données (Breton, 2009).

Finalement, elle souligne la nécessité de créer des outils (indicateurs, tableaux de bord, comités territoriaux) pour accompagner la responsabilité (Breton, 2009).

Une conférence sur le consortium IPCDC (Initiative sur le partage des connaissances et développement des compétences), réunissant plusieurs partenaires, vient compléter ses constats. Créé en 2005, les membres et l'équipe de ce consortium accompagnent les CSSS, les Agences régionales et leurs partenaires dans le cadre de projets organisationnels afin de renforcer les habiletés d'action, le partage de connaissances et les compétences requises pour réaliser les changements (IPCDC, 2015).

On y apprend que, déjà en 2004-2005, le Québec avait envisagé la responsabilité populationnelle comme l'un des principes de la réforme du système de santé. Ce qui confirme que ce n'est pas un concept récent, même s'il est long à se concrétiser. Cela se superpose avec ce que Breton observe : le besoin d'accompagnement, de renforcement des habiletés locales, de soutien technologique et de culture de la collaboration. Ces projets territoriaux montrent aussi qu'il y a déjà des terrains d'expérimentation, ce qui est utile pour étalonner les indicateurs, tester ce qui fonctionne ou pas, et adapter les pratiques selon les réalités locales (Breton, 2009; IPCDC, 2015).

Pour conclure, ces expériences, internationales et québécoises, illustrent les leviers multiples pour opérationnaliser la responsabilité populationnelle :

- Légaux : cadres législatifs, réformes structurelles
- Organisationnels : création d'organisations intégrées ou territorialisées
- Financiers : incitatifs à la prévention, modes de rémunération adaptés
- Informationnels : systèmes de données intégrés, outils prédictifs de stratification des risques
- Culturels et communicationnels : leadership partagé, participation citoyenne, collaborations intersectorielles

IV. Indicateurs de santé de la population :

Les indicateurs de santé se situent à l'intersection de la santé populationnelle et de la responsabilité populationnelle. Ils constituent l'outil qui permet de traduire des objectifs généraux, tels que l'amélioration de la santé et la réduction des inégalités, en résultats observables et mesurables. En décrivant l'état de santé, les déterminants et la performance du système, ils orientent l'action publique et soutiennent les mécanismes de reddition de comptes (Roux-Levy & Jelili, 2025; Trottier, 2013).

Ainsi, sans indicateurs pertinents, fiables et comparables, la responsabilité populationnelle demeure essentiellement déclarative.

La littérature souligne toutefois la diversité des cadres d'analyse et des domaines couverts (état de santé, déterminants sociaux, comportements, performance des services), ainsi que l'absence d'une définition universelle, ces notions variant selon les contextes et les perspectives institutionnelles. Le présent rapport s'appuie donc sur les références québécoises et internationales les plus reconnues.

Les indicateurs sont donc des mesures spécifiques permettant d'évaluer les dimensions définies ci-dessus (Chan et al., 2024).

Méthodologie de recherche et d'intervention

Cette section présente la démarche méthodologique adoptée dans le cadre de ce mandat. Elle s'inscrit dans une approche appliquée mais surtout exploratoire. Elle vise à soutenir les travaux du CSBE notamment dans la réflexion entourant la responsabilité populationnelle, en particulier quant à la mesure de la santé des populations à l'échelle locale.

1. Type de recherche : analyse documentaire

Le mandat repose sur une analyse documentaire et l'exploitation d'une base de données d'indicateurs de santé populationnelle disponibles dans l'article de Chan et al.

Cette démarche vise à produire des connaissances approfondies autour du sujet, à faire des comparaisons avec d'autres pays, et à soutenir la sélection d'indicateurs et la prise de décision publique.

Plus précisément, la recherche a pour objectif d'identifier et d'analyser les indicateurs pouvant permettre aux décideurs à l'échelle d'un territoire de CLSC d'évaluer l'état de santé global de leur population de référence dans une perspective de responsabilité populationnelle.

Le travail se déploie dans une logique exploratoire, puisque les indicateurs de santé populationnelle à l'échelle locale sont encore peu documentés au Québec. L'approche

mobilise donc un va-et-vient constant entre la théorie et la pratique, entre les données disponibles et les besoins opérationnels des acteurs du réseau.

2. Sources et outils de collecte de données

La collecte d'information combine des sources documentaires, statistiques et institutionnelles, afin de croiser les savoirs scientifiques, administratifs et empiriques.

Les principales sources utilisées sont les suivantes :

- Les rapports et bases de données du MSSS et de l'INSPQ, dont la Banque d'indicateurs de santé et de bien-être, les Enquêtes québécoises sur la santé de la population (EQSP) et les Portraits régionaux de santé (ex. Mauricie–Centre-du-Québec, 2015 et 2023)
- Les données de Statistique Canada et de l'Enquête canadienne sur la santé communautaire (ECSC);
- Les rapports et documents internes du CSBE, en lien avec la santé populationnelle et l'évaluation de la performance;
- La littérature scientifique internationale, notamment Chan et al. (2024) sur les cadres d'indicateurs populationnels;
- Les expérimentations menées au Pays-Bas, Pays basque, Royaume-Uni et France.

L'ensemble de ces documents est récolté à l'aide d'un classeur Excel permettant de recenser, décrire et classer les indicateurs repérés selon leur domaine, sous-domaine, définition, source et disponibilité au Québec.

Des échanges réguliers avec le superviseur de stage et les membres de l'équipe du CSBE complètent cette collecte, afin d'assurer la cohérence entre les résultats obtenus et les besoins institutionnels.

3. Méthodes d'analyse

a) L'article de Chan

Le choix de l'article de Chan et al (2024) est pertinent puisqu'il propose une revue systématique exploratoire internationale des cadres de mesure (conceptuels et méthodologiques) de la santé populationnelle. Un nombre de 57 cadres a été identifiés, issus notamment des USA 46%, de l'Europe 23% et du Canada 19% (Chan et al., 2024). Les domaines les plus fréquemment utilisés sont : état de santé (*health status*), déterminants sociaux de la santé (*social determinants of health*), comportements de santé (*health behaviours*), la performance des systèmes de santé (*healthcare system performance*).

Il souligne que tous les cadres conceptuels retenus comportent des « domaines » et souvent des « sous-domaines », ce qui montre l'importance de structurer les définitions et les

indicateurs autour de classifications hiérarchiques (Chan et al., 2024). Comme certains sous-domaines ne comportaient pas d'indicateurs précis, la mention « NONE » a été ajoutée à cette liste.

Il montre aussi la variation très grande : nombre d'indicateurs, types de population (urbaines, rurales, autochtones), dimension et domaine d'application. Cela permet de comprendre les enjeux de choix selon le contexte (Chan et al., 2024).

Il insiste toutefois sur les défis méthodologiques (disponibilité des données, comparabilité entre pays, choix de seuils pertinents) et sur la nécessité d'adapter les indicateurs au contexte national ou régional (Chan et al., 2024).

Le codage utilisé pour faciliter la lecture dans le tableau a constitué la base technique nécessaire pour permettre un tri systématique par filtres. Certains, déjà présent dans les sources INSPQ, dans le profil du RLS Trois-Rivières ou les banques de données nationales ont pu facilement être repérés, tel que le VIH, la prévalence du diabète, l'espérance de vie, le vieillissement de la population, les inégalités sociales, etc. D'autres sont pertinents dans tous les contextes, car ils représentent des enjeux communs aux systèmes de santé, tel que l'asthme, l'insuffisance cardiaque, les admissions évitables, le ratio médecin/population, les couverture vaccinale, le taux de mortalité, le temps d'attente, la satisfaction patient, l'accès à un médecin de famille, etc.

Comme le CSBE mène un projet sur le continuum des aînés, une colonne spécifique a été créée afin d'identifier les indicateurs pertinents pour ce groupe, tel que la proportion des aînés recevant des soins à domicile, les hospitalisations liées aux chutes, les incapacités fonctionnelles, la perte d'autonomie, le nombre d'aînés de plus de 65 ans hospitalisés, etc.

b) Description des indicateurs disponibles au Québec

La première étape après la recension des écrits consiste à cartographier l'ensemble des indicateurs déjà disponibles au Québec. Pour ce faire, j'ai recensé les paramètres suivants :

- Les indicateurs publiés par l'INSPQ accessibles directement sur leur plateforme
- Des indicateurs disponibles pour les profils locaux du RLS de Trois-Rivières à l'échelle d'un CLSC (Pepin, 2014) (Bernier et al., 2019)
- Certains indicateurs tirés d'une source de l'OCDE (OCDE, 2011).
- Finalement, la base Chan qui servait de structure principale

Cette première recension m'a permis de connaître les travaux déjà effectués ailleurs au Québec, et m'a servi pour orienter la pré-sélection des indicateurs.

La partie la plus exigeante en termes de volume et de temps consacré a été la structuration systématique de la banque de données de Chan et al. Pour ce faire, il y a eu des ajouts de colonnes analytiques pour les organiser selon trois référentiels complémentaires.

Le tableau proposé des indicateurs populationnels a été construit de manière à rassembler une terminologie cohérente avec celle utilisée au Québec. Cette harmonisation s’est appuyée sur la comparaison entre la base de données internationale de Chan et al. et les indicateurs disponibles dans les sources québécoises (INSPQ, MSSS, Statistique Canada, profils locaux de RLS). Les indicateurs les plus fréquents et pertinents dans les deux contextes ont servi de référence pour assurer une lecture adaptée et transposable au cadre québécois.

La principale difficulté de cette étape réside dans le choix des indicateurs à retenir. Il s’agit non seulement d’identifier ceux qui sont pertinents pour mesurer la santé populationnelle et la responsabilité populationnelle, mais également de vérifier leur disponibilité, leur mesurabilité et leur applicabilité à l’échelle locale, notamment celle d’un territoire de CLSC. Certains indicateurs, bien que présents dans les bases de données, peuvent ne pas être accessibles ou exploitables à ce niveau, ce qui nécessite une évaluation critique de leur utilité pratique dans le cadre du mandat.

c) Cartographie internationale des cadres d’indicateurs

À partir de la recension des écrits et de l’article de Chan et al. (2024), une première synthèse des grands cadres de référence est réalisée. Une première colonne analytique reprend les trois grands domaines suivants :

- o État de santé (mortalité, morbidité, espérance de vie, etc.) ;
- o Déterminants sociaux et comportements de santé (revenu, scolarité, alimentation, activité physique, etc.) ;
- o Indicateurs de performance du système de santé

Cette catégorisation m’a permis de structurer une lecture populationnelle cohérente et transposable au cadre du CSBE.

Les indicateurs recensés à l’international sont comparés avec ceux déjà produits au Québec par l’INSPQ, le MSSS ou Statistique Canada. Ce croisement vise à repérer les indicateurs potentiellement mobilisables au niveau local.

Une deuxième colonne analytique reprend les sous-domaines officiels du MSSS comme présenté dans la figure 1 des déterminants sociaux, à savoir, les caractéristiques individuelles, le milieu de vie, etc. Chaque dimension est définie dans le rapport cité (Ancil, 2012).

Pour les indicateurs en rapport avec la performance du système de santé et services sociaux, nous nous sommes appuyés sur les dimensions utilisées par le CSBE au moment du travail :

- ✓ Accessibilité
- ✓ Qualité et qualité technique

- ✓ Continuité et coordination
- ✓ Arrimage aux besoins de la population
- ✓ Efficience
- ✓ Viabilité
- ✓ Équité
- ✓ Protection financière
- ✓ Soins et services axés sur les personnes

4. Critères de sélection, validation et évaluation des indicateurs

Plusieurs définitions peuvent être attribués au terme indicateur. Selon le Secrétariat du Conseil du trésor, il se définit comme :

« Toute mesure significative, relative ou non, utilisée pour apprécier les résultats obtenus, l'utilisation des ressources, l'état d'avancement des travaux ou le contexte externe » (MSSS, 2012).

Le choix d'un bon indicateur repose sur le respect d'un certain nombre de critères de sélection. La sélection doit se faire selon une approche raisonnée et limitée : mieux vaut peu d'indicateurs bien choisis que beaucoup d'indicateurs mal définis. Les indicateurs doivent être utiles pour la prise de décision et compréhensibles par les gestionnaires et les citoyens (Québec, 2003).

Quelques exemples de critères de sélection sont la pertinence, la comparabilité, la validité, la faisabilité, la fiabilité, l'acceptabilité et la compréhensibilité. Ces critères sont bien définis dans le document du MSSS (2012).

5. Niveau d'analyse et unité territoriale

Le découpage territorial du réseau québécois de santé et de services sociaux, établi par le MSSS, constitue un cadre de référence essentiel pour la sélection d'indicateurs. En effet, les indicateurs de santé populationnelle doivent pouvoir être mesurés, suivis et comparés à l'échelle des territoires socio-sanitaires (RLS, CISSS/CIUSSS, CLSC ou GMF). Cette granularité territoriale permet de repérer les inégalités locales, d'adapter les interventions aux besoins spécifiques des populations et de renforcer la reddition de comptes populationnelle. Ainsi, la sélection raisonnée des indicateurs repose sur leur disponibilité et leur pertinence à ces niveaux d'analyse territoriaux (MSSS, 2024).

L'unité d'analyse retenue était celle du niveau d'un territoire de CLSC qui représente le niveau de découpage le plus petit du réseau québécois de santé et de services sociaux et donc un maillon de proximité.

Les indicateurs identifiés devront donc être mesurables à cette échelle, ou adaptables à partir de données régionales agrégées.

Cette orientation locale vise à permettre de :

- suivre l'évolution de l'état de santé et du bien-être de leur population ;
- identifier les inégalités sociales et territoriales de santé ;
- et rendre compte de leur contribution à l'amélioration de la santé populationnelle.

Résultats

Le présent mandat visait à amorcer la construction d'un référentiel d'indicateurs pouvant soutenir une approche populationnelle à une échelle locale. La démarche réalisée au cours de ce travail s'est appuyée essentiellement sur une approche inductive et systématique à plusieurs sources, particulièrement à partir du document de Chan et al. qui recense 57 cadres internationaux et 3164 indicateurs et sous-domaines. Cela afin de pouvoir identifier, structurer et comparer les indicateurs pertinents pour opérationnaliser la responsabilité populationnelle. Aussi, en tirer une première sélection qui pourra servir pour des travaux ou projets futures du CSBE dans le cadre de santé populationnelle.

Le travail principal a été effectué à partir du matériel proposé de Chan et al, il a été restructuré, enrichi et reclassé afin d'en proposer un outil réflexif compatible avec les besoins du CSBE, et de pouvoir y faire une lecture adaptée au contexte québécois. Comme mentionné par les auteurs, la principale contrainte est liée à la forme brute des données, qui présente une certaine difficulté à naviguer dans la longue liste de domaines, sous-domaines et indicateurs. Dans leurs travaux futurs, ils prévoient de concevoir un tableau de bord permettant une exploration interactive des données de revue de cadrage (Chan et al., 2024).

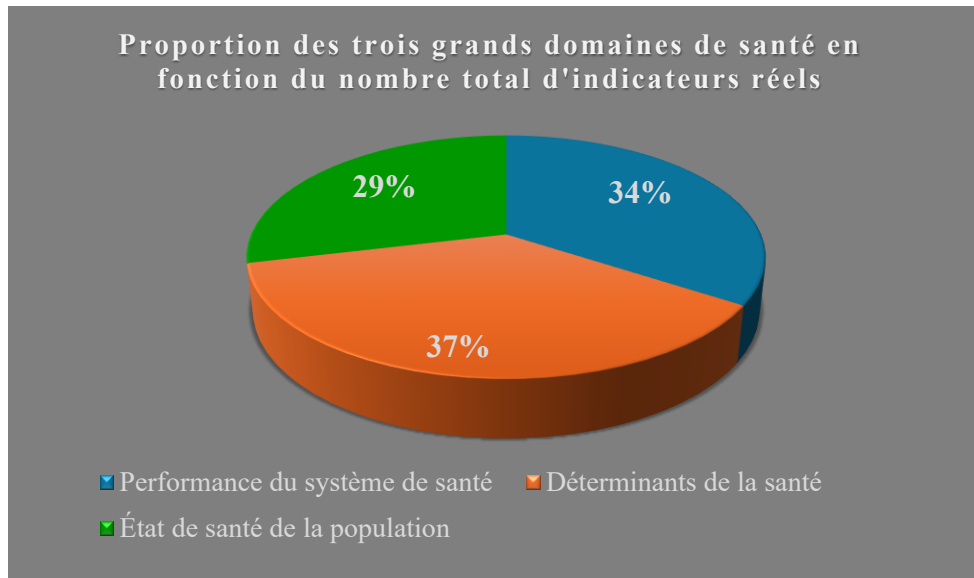
Au total, il y a 3164 lignes dans la base de données. Tous ont été prise en considération lors de la classification et l'analyse des sous-domaine. Ils ont tout de même été écarté pour l'étude statistique. En écartant les mentions NONE, cela réduit le nombre total réel d'indicateurs recensés à 2278.

Le tableau suivant présente la distribution du nombre d'indicateurs réels recensés des trois grands domaines en fonction du nombre total réels d'indicateurs.

Grands domaines de santé	État de santé de la population	Déterminants de la santé	Performance du système de santé et de service sociaux
Distribution du nombre d'indicateurs	657	842	779

Tableau 3 : Distribution du nombre d'indicateurs par grands domaines

Le graphique sectoriel suivant représente la distribution de ces trois grands domaines en pourcentage en fonction du nombre total réels d'indicateurs recensés, soit 2278.

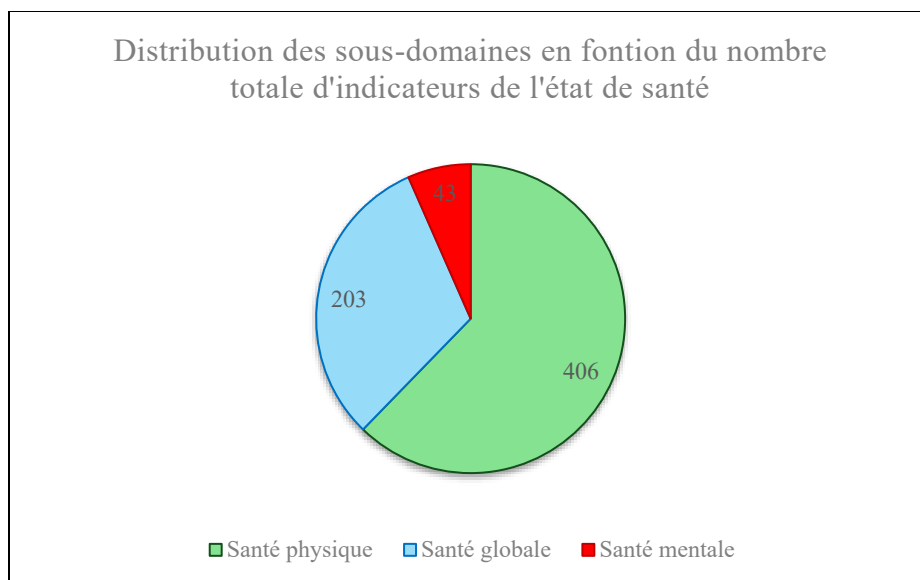


Graphique 1 : Distribution des trois grands domaines de santé en fonction du nombre total d'indicateurs

On observe par ce diagramme sectoriel et par le tableau précédent que, premièrement, les déterminants sociaux sont majoritairement représentés, avec un nombre d'indicateurs allant jusqu'à 844, ce qui représente 37% du nombre total réels d'indicateurs présent. Deuxièmement, la performance du système de santé se positionne juste en dessous, avec 779 indicateurs représentant 34%. Enfin, l'état de santé d'une population représente seulement 29% avec un nombre d'indicateurs de 655.

I. État de santé de la population

Le deuxième graphique illustre la proportion des trois sous domaines classifiés en fonction du nombre totale d'indicateurs d'état de santé d'une population.



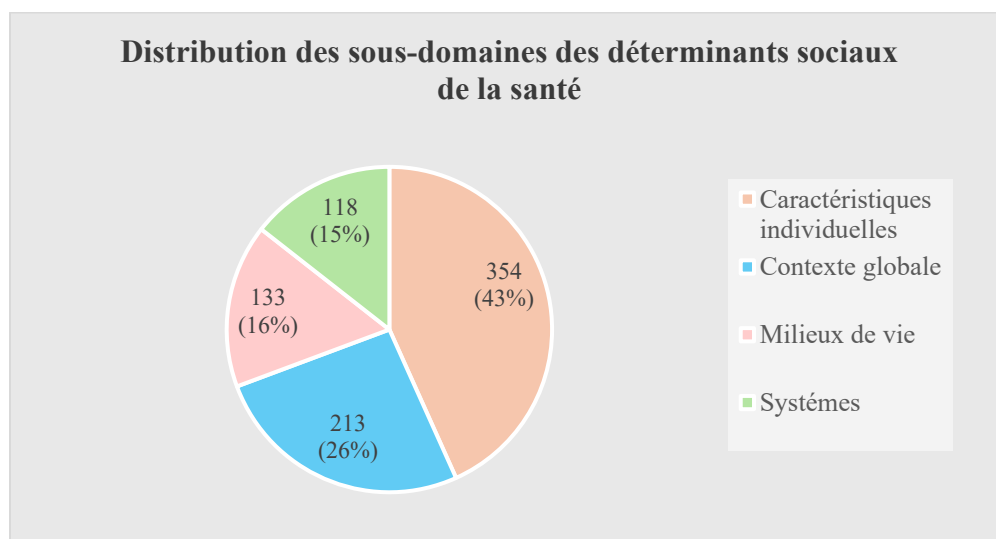
Graphique 2 : Graphique en secteur illustrant la proportion des différents états de santé en fonction du nombre total

Les indicateurs associés à l'état de santé physique sont les plus nombreux (406). Suivent les indicateurs de santé globale, qui en comptent 203. Enfin, les indicateurs liés à la santé mentale et psychosociale sont au nombre de 43.

II. Déterminants de la santé

Les données qui suivent ont été calculés à partir du nombre réel d'indicateurs total, tel que mentionné précédemment, exclusivement à partir de l'outil, après classification dans les colonnes ajoutées.

Le graphique suivant permet une vue d'ensemble sur les principaux déterminants qui constitue le schéma du MSSS (Anctil, 2012).

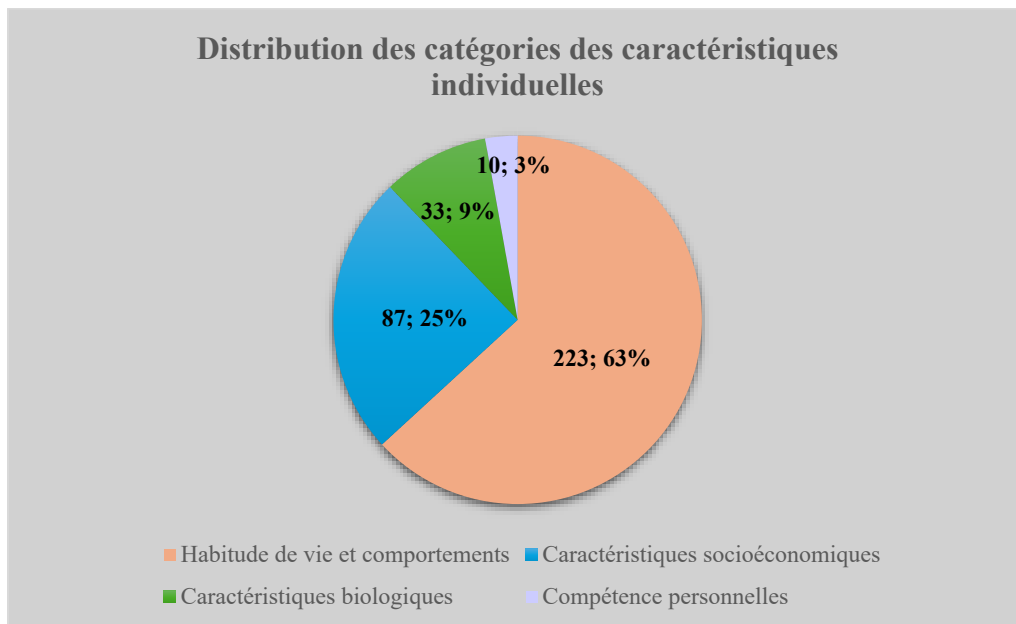


Graphique 3 : Distribution des sous-domaines des déterminants sociaux de la santé

On observe que les caractéristiques individuelles représentent presque la moitié des déterminants recensés. Le contexte global suit avec un peu plus d'un quart, indiquant le poids des conditions macrosociales. Les milieux de vie et les systèmes sont présents dans des proportions plus modestes mais restent non négligeables.

a) Caractéristiques individuelles

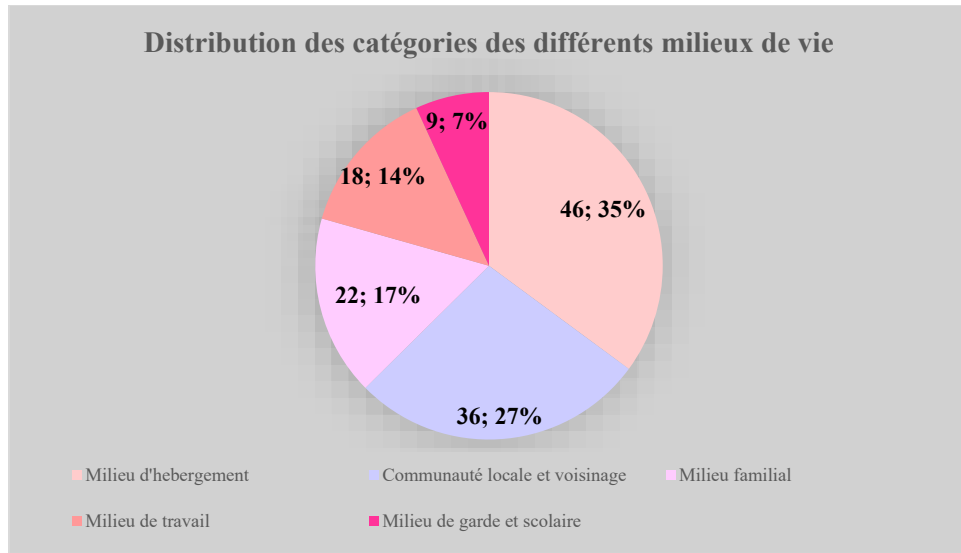
Le graphique suivant met l'accent sur les caractéristiques individuelles.



Graphique 4 : Distribution des caractéristiques individuelles

Les habitudes de vie constituent près des deux tiers des indicateurs individuels. Les caractéristiques socio-économiques sont un autre bloc important. Les composantes biologiques et psychologiques restent très minoritaires.

b) Milieux de vie

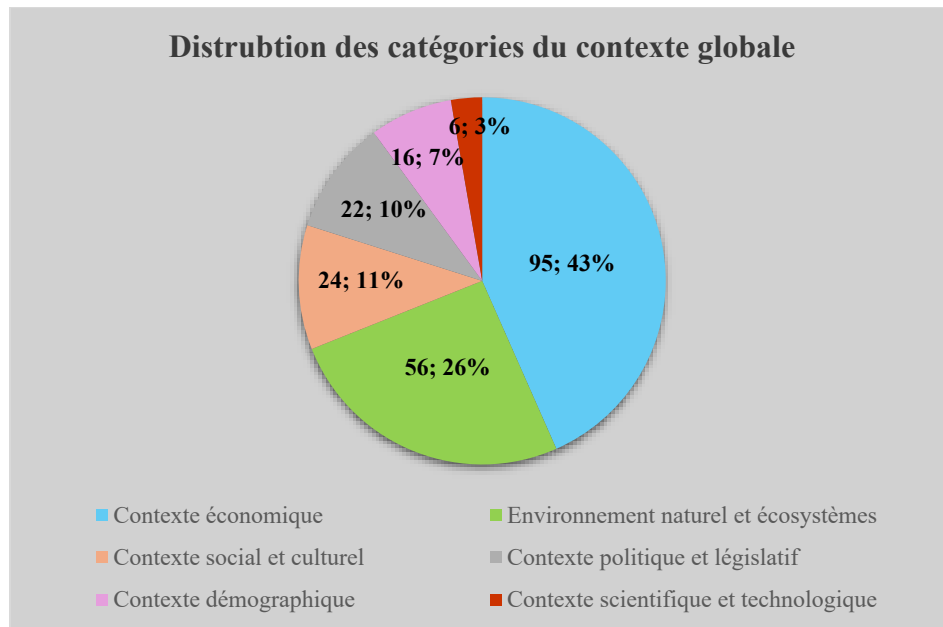


Graphique 5 : Distribution des catégories liés aux différents milieux de vie

Le milieu d'hébergement est le plus représenté, suivi par la communauté locale et le voisinage. Les milieux familiaux, professionnels et scolaires ont une représentation plus faible.

c) Contexte global

La distribution suivante met en exergue le contexte global tel que représenté dans le schéma du MSSS.

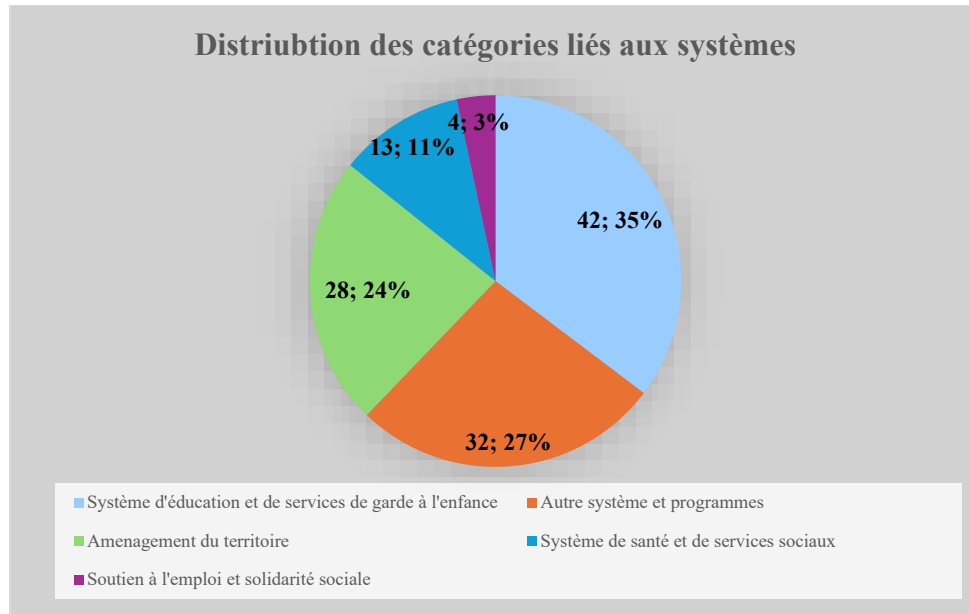


Graphique 6 : Distribution des catégories liées au contexte globale

On observe que le contexte économique représente pratiquement la moitié par rapport aux autres sous-domaines. Puis l'environnement suit avec plus d'un quart, et enfin les dimensions politiques, culturelles et social, démographique et scientifique sont minimales.

d) Systèmes

En dernier lieu, les catégories liées aux systèmes en général sont réparties comme suit :

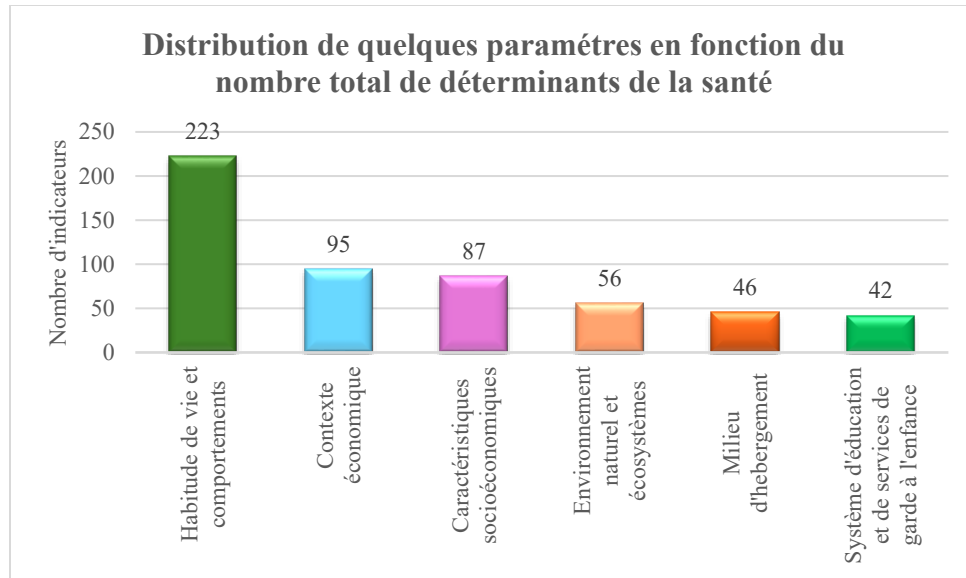


Graphique 7 : Distribution des catégories liés aux systèmes

Le système d'éducation et de services de garde à l'enfance est majoritaire. Les autres systèmes, tel que le système judiciaire, de transport, de sécurité etc, suivent de près. Finalement le système de santé en lui-même représente seulement 11%.

e) Déterminants les plus représentés

L'histogramme suivant représente les déterminants de la santé les plus représentés dans l'ensemble des cadres de santé populationnelle internationaux avec un total de 844 indicateurs identifié.

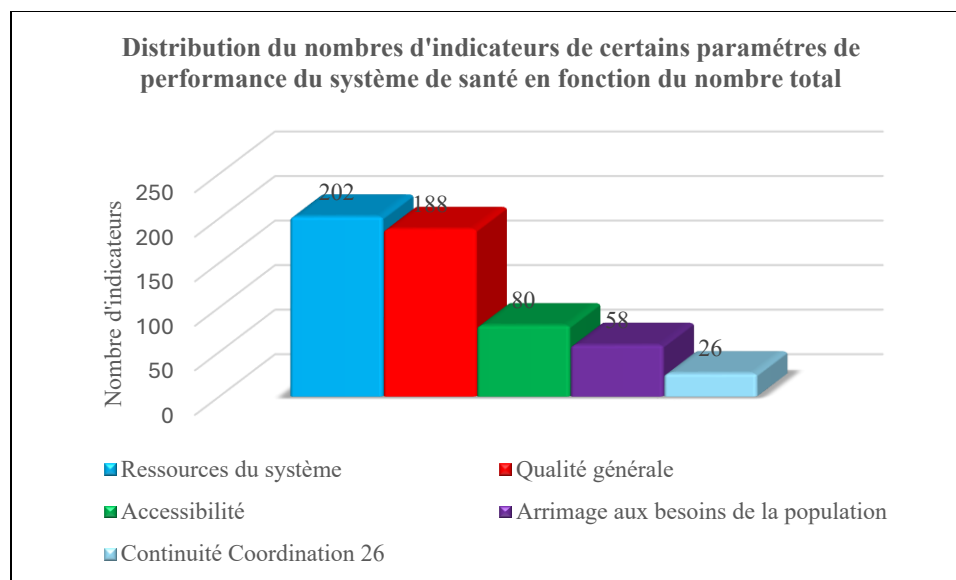


Graphique 8 : Histogramme représentant les déterminants les plus représentés dans les cadres de santé populationnelle

On observe que les habitudes de vie et comportements constituent la catégorie la plus représentées avec 222 indicateurs. Les milieux de vie rassemblent 97 indicateurs. Les caractéristiques socioéconomiques individuelles regroupent 87 indicateurs, tandis que le contexte économique (contextes globaux) en compte 95. Enfin, l'environnement et les écosystèmes représentent 56 indicateurs.

III. Performance de la santé

Le graphique 9 présente la répartition des indicateurs classés dans le domaine de la performance du système de santé et de service sociaux. Seulement les sous domaines les plus présents ont été indiqués pour une meilleure lisibilité.



Graphique 9 : Histogramme représentant la répartition de quelques indicateurs de performance

On note que les ressources du système constituent la portion la plus importante (202 indicateurs). La qualité générale des soins et services regroupe 188 indicateurs. L'accessibilité, toutes composantes confondues, rassemble 80 indicateurs. L'arrimage aux besoins de la population en compte 58, tandis que la continuité et coordination des services en totalisent 26.

IV. Proposition d'indicateurs

Le tableau ci-dessous résume les indicateurs clés sélectionnés dans le cadre de ce travail à partir des documents utilisés et synthétise parmi une longue liste les plus pertinents à retenir. Il s'agit d'une présélection qui pourrait être enrichie selon le contexte local et après concertation avec les parties prenantes.

Domaine	Sous-domaine	Indicateurs
État de santé	Santé globale	Espérance de vie
		Espérance de vie à 65 ans
		Mortalité
		Mortalité infantile
		Mortalité due aux accidents
		État de santé du nourrisson : faible poids à la naissance
		État de santé général perçu
		Conditions démographique
	Santé physique	Maladies chroniques
		Maladies infectieuses
		Traumatismes non intentionnels

	Santé mentale et psychosocial	Perte d'autonomie des personnes âgées
		Suicide
		Troubles dépressifs
		Stress/anxiété
		État de santé mental perçu
		Prévalence de la maladie d'Alzheimer
		Prévalence des TSA
Déterminants sociaux de la santé	Habitudes de vie et comportements	Proportion de fumeurs dans la population
		Proportion de consommateurs d'alcool dans la population
		Proportion de consommateur de drogues et autres substance
		Activité physique
		Sommeil
		Habitudes alimentaires
		Temps d'écran
		Utilisation du condom
		Obésité
		Habitudes de conduite
		Langue parlée à la maison
		Visites régulières chez un médecin de famille
		Isolement social
	Contexte économique	Taux de chômage
		Salaire moyen
		Taux de pauvreté
		Insécurité alimentaire
		Inégalité des revenus
	Caractéristiques socioéconomiques	Niveau d'éducation
		Statut social
		Qualité du travail
	Environnement naturel et écosystèmes	Qualité de l'air/eau
		Changements climatiques
		Toxicologie clinique
Performance du système	Accessibilité aux soins	Couverture
		Inégalité de répartition du personnel
		Accès à un médecin
		Délai d'attente
	Expérience de soins	
	Ressources du systèmes	Ressources humaines
		Ressources matérielles
		Ressources financières

	Qualité des soins	Investissement aux soins
		Continuité et coordination
		Équité
		Sécurité des patients
		Admissions évitables
	Mesures préventives	Dépistage
		Vaccination
	Gouvernance	

Tableau 4 : Proposition d'indicateurs de santé populationnelle

Discussion

Hétérogénéité des cadres internationaux :

L'analyse de la base de données issue des travaux de Chan et al. (2024) révèle d'abord une forte hétérogénéité des cadres internationaux de santé populationnelle.

Les cadres recensés variaient énormément en profondeur, en structure et en vocabulaire. Un même domaine pouvait être considéré comme structurant dans un cadre et comme un sous-domaine dans un autre, et vice versa. Cette variation hiérarchique s'explique par le fait que différents cadres ont des niveaux de détail différents, et que la hiérarchie des domaines et sous domaines diffère selon les cadres. Il existait également un enjeu terminologique : des indicateurs similaires étaient repris dans différents pays avec des appellations différentes reflétant des particularités propres à chaque institution ou pays.

Il est également intéressant de noter qu'environ deux tiers des cadres développés avant 2010 ne comportaient aucun indicateur mesurable. Ils étaient davantage théoriques et conceptuels. En effet, l'inclusion d'indicateurs mesurables suppose l'existence de systèmes d'information capables d'en assurer la collecte et le suivi. C'est pourquoi, l'intégration d'indicateurs mesurables semblait s'être accélérée au cours de la dernière décennie, période marquée par une amélioration des capacités de production et d'exploitation des données en santé (Chan et al., 2024).

Ainsi, notre classification a été exigeante et a demandé une rigueur et une interprétation fine. L'ajout de dimensions analytiques à partir de cadres adaptés au contexte québécois ont permis de faciliter la classification et la comparaison et ainsi en faire un outil réflexif. Cet enrichissement a permis une relecture structurée des indicateurs internationaux sous l'angle québécois, d'harmoniser les ressources et les rendre comparable directement avec les indicateurs existants.

Transposabilité et utilisation en contexte québécois :

Un des principaux enjeux a été l'identification des indicateurs pouvant réellement être transposés au Québec et, surtout, utilisés à l'échelle locale.

Cependant, la transposabilité réelle des indicateurs nécessite un processus plus long de validation scientifique et opérationnelle. En effet, il est indispensable que les futurs utilisateurs du cadre puissent le trouver utile et applicable dans leur pratique quotidienne. Dans cette optique, la consultation d'un comité scientifique, incluant acteurs locaux et professionnels de la santé du territoire comme des cliniciens, des gestionnaires ou des partenaires des CIUSSS et RSS et autres organismes, pourrait être pertinent.

Description des indicateurs de santé populationnelle :

L'analyse quantitative descriptive a permis de dégager plusieurs constats structurants pour la recherche et les futurs plans d'action.

Premièrement, plus de la moitié des indicateurs recensés relèvent des déterminants sociaux de la santé. Cela confirme empiriquement la littérature scientifique et les idées documentées, notamment Kindig & Stoddard. En d'autres termes, la santé ne peut être pleinement comprise sans contextualiser les facteurs socioéconomiques et autres, tels que le mode de vie, qui sont façonnés par les environnements et les communautés (Chan et al., 2024). Autrement dit, les soins seuls n'expliquent qu'une partie limitée de l'état de santé.

L'analyse des sous-domaines montre une forte présence d'indicateurs liés aux habitudes de vie, suivi du contexte économique social. Cela renvoie à l'idée que les comportements de santé ne sont pas de simple choix individuel : ils sont étroitement conditionnés par les ressources disponibles, le niveau de revenu, l'éducation et les conditions de logement. Les milieux de vie, notamment l'environnement résidentiel et communautaire, apparaissent également comme des niveaux d'influence majeurs, en lien avec la sécurité, la cohésion sociale et l'accès aux services. Effectivement, une personne à faible revenu a un accès limité à une alimentation saine par exemple, ou un logement adéquat.

Deuxièmement, la forte présence du système d'éducation confirme son rôle déterminant dans les trajectoires de la vie; le niveau de littératie, l'employabilité, le niveau scolaire, etc. Il est aussi intimement lié aux habitudes de vie. L'éducation influence donc les choix de santé des personnes, par exemple, à la compréhension des risques liés aux tabacs ou à la capacité d'adopter des comportements préventifs.

Cette interrelation soutient la littérature en santé des populations : pour agir sur les comportements, il faut d'abord agir sur les conditions de vie qui les rendent possibles.

Par ailleurs, les ressources du système de santé et de service sont le plus richement représentés, suivies par la qualité et l'accessibilité aux soins. Ces tendances sont cohérentes

avec la littérature : un système performant repose d'abord sur des ressources adéquates, une qualité des soins solide et une bonne accessibilité.

Cependant, la performance ne peut se mesurer sans comprendre les déterminants. Par exemple, le taux de réadmission à 30 jours, souvent utilisé comme indicateur de qualité, dépend aussi fortement des conditions de logement, de l'âge ou du soutien social du patient.

Enfin, l'analyse de l'État de santé révèle une distribution marquée entre la santé physique, qui occupe une place prédominante. Ces résultats indiquent que les maladies chroniques demeurent un enjeu prioritaire de santé publique.

Pour le CSBE, ils soulignent l'importance de disposer d'indicateurs territorialisés afin de soutenir une analyse différenciée selon les réalités locales. Suivie de la santé globale (203) et, de manière nettement plus restreinte, la santé mentale et psychosociale (43). Cette répartition n'est pas surprenante : dans la majorité des cadres internationaux recensés dans Chan et al., la santé physique demeure historiquement le volet le plus documenté, notamment en raison de la disponibilité plus ancienne et plus structurée des données biomédicales (hospitalisations, maladies chroniques, mortalité, etc.). À l'inverse, la santé mentale reste traditionnellement sous-mesurée.

Néanmoins, la base de données ne reflète pas toujours la réalité locale. La faible représentation du Canada ne reflète pas la richesse des indicateurs réellement disponibles au Québec. Par exemple, en santé mentale et psychosocial au Canada, il n'y a qu'un seul indicateur qui ressort : *Life stress*. Or, plusieurs indicateurs sont utilisés au Québec : la prévalence de l'autisme, la proportion de jeunes ayant subi de la violence, le taux de suicide, une bonne perception de santé mentale, la satisfaction par rapport à la vie sociale, ou encore, les troubles anxiodépressifs. C'est pourquoi la classification proposée ne peut être considérée comme exhaustive, et comporte possiblement des limites. En effet, des éléments comme la gouvernance multiniveau, les caractéristiques biologiques, l'hérédité ou les mécanismes épigénétiques, pourraient enrichir l'analyse. Des recherches récentes montrent effectivement que les conditions de vies (stress chronique, environnement, pauvreté, etc) peuvent influencer l'expression des gènes sans modifier la structure génétique elle-même. Autrement dit, les déterminants sociaux peuvent également laisser une empreinte biologique (CCREES, 2025). Cela rappelle que la responsabilité populationnelle prend également en compte des interactions complexes entre environnement social et mécanismes biologiques. Elle peut être abordé de multiples manières et nécessite un cadre analytique très large, intégratif et évolutif.

Recommandations :

En vue des résultats, il apparaît essentiel que le Québec, et plus largement le Canada devrait investir davantage dans la surveillance des déterminants sociaux de la santé, en dépassant les approches centrées exclusivement sur les soins. L'analyse montrent que ces

déterminants importants sont déjà connus (le revenu, le logement, l'éducation, l'environnement) mais restent cependant hétérogène en termes d'opérationnalisation.

En ce qui a trait à la performance, les indicateurs d'accessibilité montrent que l'accès est un enjeu universel dans tous les systèmes de santé. Le Québec pourrait bénéficier d'indicateurs internationaux, tel que des améliorations systémiques, qui correspondraient à ses défis.

L'amélioration de la santé populationnelle implique des politiques publiques coordonnées, notamment en aménagement du territoire, en transport, en éducation, en soutien social, en logement et environnement.

Enfin, la démarche inductive mise en place ainsi que l'outil réflexif crée pourraient constituer une base solide pour de futures interprétations et pourrait permettre un premier levier d'action. Une sélection finale des indicateurs nécessitera toutefois un travail de validation plus poussé, incluant une confrontation disciplinaire, entre les organisations de santé publique, clinique, la gestion, la recherche, ainsi qu'un arrimage opérationnel avec les organisations locales.

Ce travail a été réalisé sur une durée de treize semaines. Ce qui reste insuffisant pour un projet en expansion de cette ampleur. Cette contrainte temporelle a toutefois permis de poser les bases d'un travail structurant, ouvrant la voie à plusieurs prolongements possibles.

Par exemple, une première étape de validation terrain des indicateurs présélectionnés, impliquant des échanges entre des gestionnaires, la direction de santé publique, les responsables de programmes de prévention tous confondus, ainsi que des cliniciens.

Une seconde piste porterait sur l'analyse de la faisabilité des indicateurs, notamment en matière d'accessibilité des données, de qualité, de fiabilité et de capacité de mise à jour. Enfin, une analyse comparative entre les indicateurs actuellement disponibles et ceux jugés pertinents mais non encore mesurés permettrait d'identifier des priorités de développement des systèmes d'information.

Conclusion

Pour conclure, ce stage a permis de réaliser un travail en construisant une première cartographie élargie des indicateurs mobilisables pour opérationnaliser la responsabilité populationnelle au Québec à une échelle locale. À partir de l'ensemble des sources utilisés et un document international, une démarche déductive et inductive a été mise en place afin de classer plus de trois mille indicateurs dans une grille cohérente, qui s'accorde avec les besoins du CSBE. Cela a permis de faire émerger quelques constats importants.

D'abord, la prépondérance massive des déterminants sociaux (plus de la moitié des indicateurs) réaffirme empiriquement ce que la littérature décrit depuis plusieurs décennies. Cela montre surtout que les déterminants de la santé sont bien intégrés dans la mesure de la santé populationnelle, et que l'essentiel de la santé d'une population se joue désormais en dehors des soins. Les habitudes de vie, les milieux de vie, les caractéristiques socioéconomiques, biologiques, environnemental se révèlent comme les leviers transversaux les plus fréquemment représentés à l'international. Cela dirige le concept vers une approche intersectorielle et un renforcement des politiques publiques agissant sur ces déterminants, en mettant l'accent sur les programmes et mesures de prévention.

Ensuite, la performance d'un système de santé reprend la centralité des ressources, de la qualité, de l'accessibilité aux soins. Les délais d'attente, la difficulté d'accès aux soins primaires, la fragmentation des trajectoires résonnent avec les enjeux actuels du Québec.

Enfin, l'état de santé, apparaît comme domaine intermédiaire, avec une très forte représentation des indicateurs physiques et globaux. L'émergence de certaines maladies, la prévalence du diabète ou celle du VIH ne sont que les résultats de facteurs sociaux. Agir sur la cause primaire avant la maladie, c'est l'objectif même du concept de responsabilité populationnelle.

Malgré ses limites structurelles et temporelles, notamment concernant la difficulté de naviguer sur la base de données, l'incohérence de certaines lignes ou l'absence de certains indicateurs, ou encore, l'interprétation subjective, le projet a permis de construire un outil analytique qui pourra servir de base à une sélection finale d'indicateurs. Et ce, tout en prenant en considération d'autres sources, car il peut y avoir une sous-représentation de la réalité, et cela limite les possibilités d'analyse comparative.

Ce travail identifie les lacunes, les zones de réflexion, et les zones riches en indicateurs. La démarche ouvre ainsi la voie à un processus plus large, sur une plus grande période, de validation scientifique et organisationnelles mobilisant gestionnaires, cliniciens, partenaires locaux, experts, et même d'autres secteurs (transport, éducation, logement, aménagement du territoire, etc).

Avec une validation approfondie et un élargissement des données disponibles, ce travail pourrait devenir un fondement opérationnel pour les travaux futurs du CSBE.

Ce stage m'a permis de mobiliser et de consolider mes compétences analytiques et méthodologiques. Le travail de recension effectué a exigé une capacité d'analyse conceptuelle fine, ainsi qu'une rigueur dans l'interprétation de cadres internationaux hétérogènes. La manipulation d'un volume important de données, leur structuration dans un outil Excel analytique et la production de statistiques descriptives ont également renforcé mes compétences en analyse quantitative appliquée à la santé populationnelle. Cela m'a permis de mieux intégrer la compréhension du concept.

Sur le plan professionnel, cela m'a permis de mieux comprendre les écarts entre les cadres théoriques, les indicateurs disponibles et les réalités opérationnelles des organisations publiques.

Enfin, ce stage a renforcé une posture réflexive quant aux limites des données, à la nécessité d'arbitrages méthodologiques et à l'importance du travail collaboratif entre chercheurs, gestionnaires et acteurs de terrain dans l'élaboration d'outils réellement utiles à l'action publique.

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

- Anctil, H. (2012). LA SANTÉ ET SES DÉTERMINANTS MIEUX COMPRENDRE POUR MIEUX AGIR. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>
- Arah, O., & Westert, G. (2005). Correlates of health and healthcare performance: applying the Canadian health indicators framework at the provincial-territorial level. *BMC Health Services Research*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/1472-6963-5-76>
- Berg, M. J. v. d., Kringos, D. S., Marks, L. K., & Klazinga, N. S. (2014). The Dutch health care performance report: seven years of health care performance assessment in the Netherlands. *BMC Health Research Policy and Systems*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/1478-4505-12-1>
- Breton, M. (2009). *L'incorporation de la responsabilité populationnelle dans la gestion des CSSS* [Santé Publique, Université de Montréal]. <https://umontreal.scholaris.ca/items/53de5f64-07bd-41f2-9ad6-5879552c5e7a>
- CCREES. (2025). Qu'est-ce que l'épigénétique? <https://thisisepigenetics.ca/fr/about-epigenetics/welcome>
- Chan, S. L., Ho, C. Z. H., Khaing, N. E. E., Ho, E., Pong, C., Guan, J. S., Chua, C., Li, Z., Lim, T., Lam, S. S. W., Low, L. L., & How, C. H. (2024). Frameworks for measuring population health: A scoping review. *PLOS One*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278434>
- Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. (1986).
- Cookson R, Asaria M, Ali S, & al., e. (2016). Health Equity Indicators for the English NHS: a longitudinal whole-population study at the small-area level. *National Library of Medicine*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK385255/>
- Couturier, Y., Wankah, P., Guillette, M., Belzile, L., & Breton, M. (2018). Population-based approach and integration of services: their relationship to the territory in the context of Québec's integrative reforms. *Integration Journal of Integrated Care*. <https://ijic.org/articles/10.5334/ijic.s2257>
- CSBE. (2022a). *Plan stratégique 2021-2025*
- Retrieved from https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Plan_strategique_2021-2025/CSBE-Plan_Strategique_2021-2025_Nonsigne.pdf
- CSBE. (2022b). *Portrait de l'organisation et de la gouvernance du système de santé publique au Québec*.
- Fonti, A. L. (2025). *Journée scientifique annuelle de la chaire de recherche du Canada en systèmes adaptatifs en santé et service sociaux*
- François, P. (2016). Pays-Bas : un système de santé performant. *Fondation IFRAP*. <https://www.ifrap.org/emploi-et-politiques-sociales/pays-bas-un-systeme-de-sante-performant>

- Freitas, Â., Santana, P., Oliveira, M. D., Almendra, R., Costa, J. C. B. E., & Costa, C. A. B. E. (2018). Indicators for evaluating European population health: a Delphi selection process. *National Library of Medicine, PubMed*(BMC Public Health). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5463-0>
- Frohlich, K. L., & Potvin, L. (2008). Transcending the Known in Public Health Practice The Inequality Paradox: The Population Approach and Vulnerable Populations. *National Library of Medicine PubMed Central*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2376882/>
- GouvernementCanada. (2013). *Qu'est-ce que l'approche axée sur la santé de la population?* Gouvernement du Canada Retrieved from <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/approche-axee-sur-la-sante-de-population/est-approche-axee-sante-population.html#history>
- GOV.UK. (2024a). *Public Health Outcomes Framework: commentary*. Office for Health Improvement and disparities: Official Statistics Retrieved from https://www.gov.uk/government/statistics/public-health-outcomes-framework-may-2024-data-update/public-health-outcomes-framework-commentary-may-2024?utm_source=chatgpt.com
- GOV.UK. (2024b). Public Health Outcomes Framework:
- Method for the Slope Index of Inequality Indicators. *Official Statistics, Office for Health Improvement and disparities*. file:///C:/Users/lakeh/Downloads/PHOF_Slope_Index_of_Inequality_Method.pdf
- INSPQ. (2025a). Notions de base. *Institut national de santé publique du Québec*. <https://www.inspq.qc.ca/boite-outils-en-evaluation-environnementale-au-quebec-meridional/outils/notions-de-base>
- INSPQ. (2025b). Responsabilité populationnelle. *Institut national de santé publique du Québec*. <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/responsabilite-populationnelle>
- IPCDC. (2015). *Responsabilité populationnelle : Une expérience canadienne unique en santé de la population*. <https://www.youtube.com/watch?v=fkGRQHCKsF0>
- Krahn, G. L., Robinson, A., Murray, A. J., & Haverkamp, S. M. (2021). It's time to reconsider how we define health: Perspective from disability and chronic condition. *ScienceDirect*, 14(4). <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101129>
- La mission du Commissaire. *Vos droits en santé*. <http://www.vosdroitsensante.com/1266/la-mission-du-commissaire>
- Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des canadiens*. Ottawa
- LégisQuébec. (2005). *Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être*. Publications Québec Retrieved from <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/C-32.1.1>
- Maillet, L., Thiebaut, G.-C., Goudet, A., & Marchand, J.-S. (2025). Promoting Coevolution Between Healthcare Organizations and Communities as Part of Social and Health Pathways Management in Quebec: Contributions of the Complex Adaptive

- Systems Approach. *National Library of Medicine*. <https://doi.org/10.1177/11786329251332797>
- Malone, A. (2024). *Grand témoin : la responsabilité populationnelle*. <https://www.youtube.com/watch?v=FAgurdUk8vI>
- Malone, A. (2025). *Journée scientifique annuelle de la chaire de recherche du Canada en systèmes adaptatifs en santé et service sociaux*
- MandatCSBE. (2025). MSSS15914. In.
- MSSS. (2012). *Guide de sélection et d'élaboration des indicateurs aux fins de l'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux* Retrieved from https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Systeme_et_services_de_sante/organisation-services/donnees-systeme-sante-quebecois-services/mesure-analyse-performance/Guide_de_selection_et_delaboration_des_indicateurs.pdf
- MSSS. (2024). *Cartes régionales des limites territoriales*. Retrieved from <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001642/>
- OCDE (2011), *Panorama de la santé 2011 : Les indicateurs de l'OCDE*, Éditions OCDE. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-fr
- OMS. (1946). <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
- Pepin, S. B. e. Y. (2014). Principaux indicateurs du portrait de santé du RLS de Trois-Rivières. *Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec*. <https://ciusssmcq.ca/telechargement/4408/principaux-indicateurs-du-portrait-de-sante-trois-rivieres-format-pdf>
- Qu'est-ce que l'approche axée sur la santé de la population?* (2013). Retrieved from <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-population/approche-axee-sur-la-sante-de-population/liens.html>
- Québec. (2001). *Loi sur la santé publique*. *Publications Québec*. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-2.2?&cible=>
- Québec. (2003). *GUIDE SUR LES INDICATEURS*. Retrieved from https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/cadre_gestion/guide_indicateur.pdf
- Roux-Levy, P.-H., & Jelili, E. B. (2025). *LA CONTRIBUTION DE L'APPROCHE DE SANTÉ POPULATIONNELLE AU DÉVELOPPEMENT D'UN SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX AXÉ SUR LA VALEUR*. Québec Retrieved from https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2025/Rapport_sante_populationnell/CSBE-Rapport_responsabilite_populationnelle.pdf
- Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*. (1994). Halifax: Conférence des ministres de la Santé
- Sylvie Bernier, F. L., Yves Pepin et Fortuné Sossa. (2019). Principaux indicateurs du portrait de santé du RLS de Trois-Rivières. *Québec*

<https://ciusssmcq.ca/telechargement/1016/principaux-indicateurs-du-portrait-de-sante-du-rls-de-trois-rivieres-2019>

Trottier, L.-H. (2013). LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE : DES CHANGEMENTS ORGANISATIONNELS À GÉRER EN RÉSEAU. *IPCDC Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences*.
https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/068_responsabilite_populationnelle_changements_organisationnels_reseau.pdf