

VERS L'ÉQUITÉ EN SANTÉ

APPROCHES CANADIENNES RELATIVES
AU RÔLE DU SECTEUR DE LA SANTÉ



PROTÉGER LES CANADIENS CONTRE LES MALADIES



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

**PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS,
À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.**

– Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:

Toward Health Equity: Canadian Approaches to the Health Sector Role

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada

Indice de l'adresse 0900C2

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 613-957-2991

Sans frais : 1-866-225-0709

Télééc. : 613-941-5366

ATS : 1-800-465-7735

Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2014

Date de publication : avril 2014

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : HP35-44/2014F-PDF

ISBN : 978-0-660-22037-6

Pub. : 140017

VERS L'ÉQUITÉ EN SANTÉ
APPROCHES CANADIENNES RELATIVES
AU RÔLE DU SECTEUR DE LA SANTÉ



REMERCIEMENTS

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) a dirigé l'initiative de recherche et préparé le présent document pour le compte de l'Agence de la santé publique du Canada.

Le présent rapport n'aurait pu être produit sans la contribution et la participation actives d'un certain nombre de personnes travaillant dans le secteur canadien de la santé et de leurs organisations. Nous remercions tout particulièrement nos homologues des Alberta Health Services et de la Région sanitaire de Saskatoon, ainsi que nos collègues du portefeuille fédéral de la Santé, qui ont consacré beaucoup de temps et d'efforts à l'initiative en agissant à titre d'informateurs clés relativement aux activités de leurs organisations respectives. Plusieurs autres représentants d'un large éventail d'organisations canadiennes du secteur de la santé ont apporté leur contribution en participant à des séances par téléconférence. Nous espérons que ce rapport traduit fidèlement votre point de vue et qu'il parle de vos expériences.

Les personnes suivantes ont également contribué activement à l'initiative en tant que membres du Groupe de référence formé d'experts :

- Sofialeticia Morales, conseillère principale, Objectifs du millénaire pour le développement et Cibles sanitaires, Développement durable et santé environnementale, Organisation panaméricaine de la santé;
- Sylvie Stachenko, membre élue, Conseil d'administration, Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé;
- Val Morrison, agente de recherche, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé;
- Delaine Johnson, gestionnaire, Équité en santé, Santé de la population et santé publique, Alberta Health Services;
- Cory Neudorf, médecin hygiéniste en chef, Région sanitaire de Saskatoon;
- Mana Herel, gestionnaire, Intégration de l'équité en santé, Direction des déterminants sociaux et de l'intégration scientifique, Agence de la santé publique du Canada;
- Albert Kwan, analyste des politiques, Direction des déterminants sociaux et de l'intégration scientifique, Agence de la santé publique du Canada.

Le présent document est une étude de cas canadienne préparée pour la 8^e Conférence mondiale sur la promotion de la santé de l'OMS à Helsinki (Finlande) en juin 2013. Ses conclusions ont également été utilisées comme renseignements documentaires pour une présentation donnée pendant la Conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique en juin 2013.



TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	1
1. INTRODUCTION	3
1.1 BUT	3
1.2 MÉTHODOLOGIE	4
1.3 APERÇU DU DOCUMENT	4
1.4 CONTEXTE CANADIEN	5
2. PROFILS SÉLECTIONNÉS : TROIS THÈMES MIS EN ÉVIDENCE	6
2.1 ALBERTA HEALTH SERVICES : ÉTABLIR DES BASES SOLIDES	6
2.2 PORTEFEUILLE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ : PRODUIRE UNE BONNE BASE DE CONNAISSANCES ET L'UTILISER	7
2.3 RÉGION SANITAIRE DE SASKATOON : COLLABORER AVEC DES PARTENAIRES HORS DU SECTEUR DE LA SANTÉ	8
3. ÉTABLIR DES BASES SOLIDES POUR POUVOIR PASSER À L'ACTION	10
3.1 LEADERSHIP	10
3.1.1 Champions individuels	10
3.1.2 Mécanismes de leadership positif	11
3.2 MILIEUX FAVORABLES	12
3.2.1 Priorités organisationnelles	12
3.2.2 Lois	13
3.2.3 Harmonisation avec les valeurs communautaires	14
3.3 CAPACITÉS	14
3.3.1 Connaissances et compétences du personnel	14
3.3.2 Ressources et outils en matière d'équité en santé	16
3.3.3 Capacités au sein des populations prioritaires	17
4. PRODUIRE UNE BONNE BASE DE CONNAISSANCES ET L'UTILISER	19
4.1 SURVEILLANCE ET SUIVI	19
4.2 RECHERCHES MENÉES EN VUE D'ÉTOFFER LES MESURES PRISES	20
4.3 APPLICATION ET ÉCHANGE DE CONNAISSANCES	22
4.4 MESURE ET ÉVALUATION DU RENDEMENT	23
5. COLLABORER AVEC DES PARTENAIRES HORS DU SECTEUR DE LA SANTÉ	24
5.1 SOUTIEN STRUCTUREL	24
5.2 MOBILISATION DE PARTENAIRES ET D'INTERVENANTS DE LA COLLECTIVITÉ	25
6. SOMMAIRE DES OBSERVATIONS RECUEILLIES	29
7. CONCLUSION	32
ANNEXE A – MÉTHODOLOGIE	33
RÉFÉRENCES	37

SOMMAIRE

Le présent rapport a été préparé dans le cadre de la contribution canadienne à la 8^e Conférence mondiale sur la promotion de la santé en vue d'illustrer les rôles que peut jouer le secteur de la santé pour faire avancer la question de l'équité en santé – à la fois en intégrant l'équité en santé dans les politiques, programmes et pratiques du secteur de la santé et en collaborant avec d'autres secteurs. Ces rôles sont illustrés par des exemples concrets provenant de l'ensemble du secteur canadien de la santé, plus précisément d'organes de la santé de trois ordres de gouvernement : le portefeuille de la Santé du gouvernement du Canada (fédéral); les Alberta Health Services (provincial); la Région sanitaire de Saskatoon (régional). Les leçons tirées englobent un certain nombre de facteurs incitatifs et renseignent sur la façon de résoudre les difficultés courantes qui peuvent survenir.

Des entrevues en petits groupes ont été organisées avec des dirigeants du secteur de la santé publique de tous les ordres de gouvernement. Les observations des répondants ont été regroupées en trois thèmes qui résument les progrès réalisés sur le plan de l'intégration de l'équité en santé au Canada. Le rapport s'articule autour des trois thèmes suivants : établir des bases solides pour pouvoir passer à l'action; produire des preuves et les utiliser; collaborer avec d'autres intervenants hors du secteur de la santé. Il résume les expériences rattachées à chacun de ces thèmes ainsi que les facteurs de réussite, les difficultés et les approches permettant de surmonter les difficultés.

Pour ce qui est d'établir des bases solides, les informateurs ont souligné l'importance du leadership, des milieux favorables, qui permettent d'ancrer l'intégration de l'équité en santé en tant que priorité organisationnelle, et de la capacité afin que les personnes et les organisations en cause disposent des ressources et de la formation nécessaires pour faire avancer et promouvoir les éléments au programme.

Il est essentiel de renforcer la collecte et l'utilisation de données et de preuves sur la situation relative aux inégalités et sur les tendances dans ce domaine, sur les voies qui mènent aux inégalités et sur les interventions permettant de s'attaquer à ces inégalités pour pouvoir orienter l'intervention et mesurer les progrès accomplis. La présence d'une solide communauté collaborative du secteur de la recherche et des politiques, l'utilisation d'un processus efficace d'application et d'échange des connaissances et le recours à des méthodes de mesure des résultats facilitent la production, l'utilisation et l'application des preuves. En ce qui a trait au travail intersectoriel, on a admis que le secteur de la santé ne possède pas toutes les réponses et qu'il ne peut tout faire par lui-même, ni tout faire d'un seul coup. Le secteur de la santé aura plutôt une incidence optimale s'il peut déterminer vers quoi concentrer ses efforts, démontrer la valeur qu'il apporte au processus et travailler en collaboration avec d'autres secteurs pour améliorer la vie de tous les Canadiens.

Voici quelques-unes des principales leçons tirées en ce qui a trait à la promotion de l'équité en santé dans les organisations du secteur de la santé qui ont été notées dans le présent rapport :

- *encourager une culture organisationnelle positive* pour reconnaître les éléments qui favorisent l'équité et miser sur ceux-ci. Par exemple, il est possible d'offrir un soutien aux pairs champions pour qu'ils puissent promouvoir activement un programme d'équité en santé à l'interne et à l'externe;
- *développer les capacités sur le plan de l'équité en santé* au sein du personnel au moyen d'activités de formation, de postes prévus au budget et d'approches structurelles qui intègrent des stratégies du domaine de l'équité en santé dans l'ensemble des systèmes de santé. Les universités et les organismes de recherche jouent également un rôle important dans la formation du personnel ainsi que dans la production de la recherche et l'application de celle-ci dans la pratique;
- *développer et utiliser un savoir et des preuves* sur la santé, l'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé, notamment des données fiables au niveau local. Les données peuvent être un puissant catalyseur pour mener des actions, surtout si elles sont mises en contexte grâce à une solide compréhension des attitudes à l'égard de l'équité en santé au sein des organisations et parmi les alliés et les membres du public;
- *faire participer les populations marginalisées* à la prise de décisions, notamment les populations inuites, métisses et des Premières Nations du Canada, afin d'assurer une continuité culturelle dans l'amélioration des résultats pour la santé;
- *bien comprendre les intérêts* du public et des alliés de la collectivité et travailler avec les partenaires suivant une méthode participative respectueuse.

Dans l'ensemble, on a observé que l'intégration de l'équité en santé dans les politiques, programmes et pratiques est un processus graduel qui évolue différemment selon le milieu. Au Canada, on constate une lancée aux niveaux fédéral, provincial et local alors qu'aucun niveau n'utilise exclusivement des mécanismes particuliers.

1. INTRODUCTION

1.1 BUT

En règle générale, la population canadienne est en bonne santé, et dans l'ensemble les résultats s'améliorent. Toutefois, les inégalités en santé persistent et sont même toujours à la hausse dans certains cas. Par exemple, l'espérance de vie au Canada a augmenté de plus de 30 ans au cours du siècle dernier (83 ans pour les femmes et 79 ans pour les hommes), mais celle des Autochtones et des Canadiens à faible revenu demeure plus basse que celle de la population générale. Cette tendance se reflète également dans les taux de mortalité et dans la prévalence de plusieurs maladies, comme les maladies cardiovasculaires, les maladies du cœur et le diabète. Par ailleurs, les immigrants nouvellement arrivés au Canada et les Canadiens des zones rurales et éloignées sont plus à risque de vivre des inégalités en santé sur le plan de l'accès aux services ou des résultats pour la santé. Le Canada sait qu'il faut en faire plus pour relever de gros défis toujours présents et faire progresser l'équité pour assurer la santé de l'ensemble de la population canadienne.

Au Canada et ailleurs dans le monde, on est de plus en plus conscient que pour prendre en compte les déterminants sociaux de la santé sous-jacents, il va falloir prendre des mesures tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur de la santé. En mai 2012, le Canada et d'autres États membres des Nations Unies ont donné leur appui à la *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé*; ce document énonce des mesures à prendre pour s'attaquer aux inégalités en santé suivant cinq thèmes, notamment la réorientation du secteur de la santé afin qu'il soit davantage axé sur la réduction des inégalités en santé.

En se fondant sur la Déclaration de Rio, l'Organisation mondiale de la Santé et le gouvernement de la Finlande ont demandé aux pays de réfléchir aux atouts nécessaires pour favoriser la santé dans l'ensemble des politiques publiques avant la tenue de la 8^e Conférence mondiale sur la promotion de la santé qui a eu lieu à Helsinki en juin 2013. Les pays américains ont préparé des études de cas qui faisaient état des expériences qu'ils ont vécues au niveau de la promotion de l'équité en santé dans les politiques publiques. Le présent document, qui décrit les expériences d'organisations canadiennes sur le plan de la promotion de l'équité en santé, forme l'étude de cas du Canada présentée à cette conférence. Il présentera un intérêt pour les personnes travaillant au sein d'organisations du secteur de la santé qui souhaitent accélérer leurs progrès liés à la réduction des inégalités en santé en tirant profit des leçons tirées des expériences d'autres organisations dans le domaine.

Les *inégalités en santé* et les *écarts sur le plan de la santé* sont les différences dans l'état de santé de différents groupes de la société, peu importe la cause. Le terme « inégalités en santé » est souvent utilisé quand il est question de différences mesurées dans l'état de santé.

Les *inégalités en santé* sont les inégalités évitables ou les différences dans l'état de santé de populations ou de groupes définis d'un point de vue social, économique, démographique ou géographique qui peuvent être corrigées.

L'*équité en santé* pour sa part se rapporte à l'absence d'inégalités évitables en matière de santé ou de différences dans l'état de santé de populations ou des groupes définis d'un point de vue social, économique, démographique ou géographique qui peuvent être corrigées.

Le présent document utilise le terme « équité en santé » sauf si les administrations utilisent d'autres termes pour décrire leur travail.

1.2 MÉTHODOLOGIE

Le présent rapport s'appuie sur des données recueillies principalement auprès de deux sources :

- **Petits groupes de discussion pancanadiens** : Un échantillon non aléatoire de dirigeants et de praticiens d'organisations du secteur de la santé des niveaux fédéral, provincial/territorial et régional a été invité à participer à l'une des quatre discussions en petits groupes intergouvernementaux de deux heures pour échanger des réflexions sur la façon dont l'équité en santé progresse dans leurs administrations et pour faire connaître les facteurs de réussite, les difficultés éprouvées et les moyens utilisés pour les surmonter. On demandait également aux participants de réfléchir à la situation générale de l'intégration de l'équité en santé dans leur administration respective. On a notamment recueilli de l'information sur le leadership/la gouvernance, le renforcement des capacités, les outils/ressources, la mobilisation intersectorielle ainsi que la surveillance/la production de rapports/l'échange de connaissances. Des thèmes communs ont été définis puis illustrés à l'aide d'exemples concrets provenant notamment de ces organisations. Des représentants de huit gouvernements provinciaux/territoriaux et de neuf organisations du secteur régional et municipal de la santé de partout au Canada ont participé à l'initiative.
- **Entrevues auprès d'informateurs clés** : Des représentants choisis de trois organisations du secteur de la santé de trois ordres de gouvernement ont participé à des entrevues auprès d'informateurs clés réalisées en petits groupes, par organisation, visant à recueillir de l'information détaillée sur la façon dont chaque entité s'est attaquée à la question de l'intégration de l'équité en santé. Voici les trois organismes de santé « présentés » : les Alberta Health Services (provincial); le portefeuille de la Santé du gouvernement du Canada (fédéral); la Région sanitaire de Saskatoon (régional). Les profils ainsi obtenus (section 2) décrivent leurs mandats et rôles dans le système canadien afin de situer en contexte les conclusions décrites dans les chapitres suivants, alors que les exemples provenant de ces organisations sont renforcés par des exemples d'autres administrations.

L'Annexe A contient plus d'information sur la méthodologie utilisée et les organisations participantes.

1.3 APERÇU DU DOCUMENT

Le Chapitre 2 contient les profils descriptifs des mandats et rôles des trois organisations du secteur de la santé qui sont présentées dans ce document afin de les mettre en contexte. Les Chapitres 3, 4 et 5 portent sur les trois thèmes suivants qui sont ressortis constamment pendant les consultations en tant que champs d'intervention essentiels à l'intégration de l'équité en santé : établir des bases solides pour pouvoir passer à l'action; produire une bonne base de connaissances et l'utiliser; collaborer avec d'autres intervenants hors du secteur de la santé. Enfin, sont résumés au Chapitre 6 les réflexions portant sur le rôle du secteur de la santé au niveau de l'équité en santé, les principales difficultés connexes et les facteurs incitatifs.

Bien que le présent document contienne des lignes directrices fondées sur des expériences canadiennes, il est bon de noter qu'il n'existe pas d'approche universelle. Le document fournit des exemples de l'éventail d'approches qui ont été essayées. Alors que, dans le présent cas, l'accent est mis sur le gouvernement ou sur les organisations financées par le gouvernement, les nombreuses contributions d'organisations de professionnels de la santé et d'organisations du secteur bénévole sont soulignées, mais elles n'ont pas été étudiées explicitement dans ce rapport. De plus, les thèmes abordés ne sont pas en ordre hiérarchique ni séquentiel. Les organisations du domaine de la santé approchent plutôt l'équité en santé d'une façon qui convient à leurs capacités en matière de ressources humaines, à leurs forces et à leurs mandats respectifs ainsi qu'aux populations qu'elles desservent et aux contextes dans lesquels elles travaillent.

1.4 CONTEXTE CANADIEN

Le Canada est un vaste pays diversifié sur les plans culturel et linguistique. Environ 4 % des 35 millions d'habitants sont Autochtones, et 20 % sont nés à l'étranger. Le pays possède un système de gouvernement fédéral au sein duquel les pouvoirs sont divisés entre le gouvernement national et les gouvernements provinciaux/territoriaux. Les services sociaux et de santé relèvent de ces mêmes ordres de gouvernement, mais les provinces/territoires sont en grande partie responsables de leur prestation. Le Canada encourage grandement la participation politique au moyen d'élections démocratiques à tous les ordres de gouvernement.

Au Canada, il existe des politiques et programmes favorisant une bonne santé depuis des dizaines d'années, et de nouvelles approches et mesures d'intervention sont continuellement élaborées.

2. PROFILS SÉLECTIONNÉS : TROIS THÈMES MIS EN ÉVIDENCE

2.1 ALBERTA HEALTH SERVICES : ÉTABLIR DES BASES SOLIDES

Les Alberta Health Services (AHS) fournissent des services de santé aux 3,8 millions de résidents de la province. Divisés en cinq zones de prestation de services, ils comptent un effectif de près de 100 000 travailleurs et sont régis par un conseil qui relève du ministre de la Santé de la province. Unique autorité sanitaire de la province de l'Alberta, les AHS ont le mandat et la structure qu'il faut pour soutenir des programmes d'équité en santé aux niveaux provincial, régional et local.

Entité relativement nouvelle (créée en 2008), AHS mise sur les initiatives réalisées antérieurement dans la province pour se pencher sur la question de l'équité en santé :

- en 1998–1999, on a élaboré un cadre à Edmonton permettant de définir la nécessité de mesurer les écarts dans l'état de santé de la population et d'en dresser le profil;
- le rapport produit en 1999 par la province, s'intitulant *The Report on the Health of Albertans: Looking Through a Wider Lens*, a fait ressortir les effets sur la santé de la pauvreté, des mauvaises conditions de logement et d'autres déterminants sociaux et a souligné la nécessité de prendre des mesures multisectorielles dans l'ensemble des ministères en vue d'améliorer la santé;
- en 2005, la Zone de Calgary (qui comprend la ville de Calgary et les alentours) a été la première à produire un rapport sur l'état de santé montrant un gradient de santé selon les « districts sociaux »;
- en 2008, on a publié un rapport intitulé *Poverty and Health in Edmonton* qui montrait des écarts dans certains indicateurs de santé selon des indices de vulnérabilité.

D'autres organisations régionales et locales du secteur de la santé présentes en Alberta intègrent aussi l'équité en santé dans leur travail au moyen notamment de partenariats communautaires locaux. Plus récemment, des actions collectives et un élan donné dans l'ensemble de la province ont servi de fondement pour le *Cadre de promotion de l'équité en santé des AHS (Promoting Health Equity Framework)* – voir l'Encadré 1.

ENCADRÉ 1 : CADRE DE PROMOTION DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ DES AHS

Vision : Une organisation qui fait progresser l'équité en santé.

But : Réduire les inégalités dans les résultats au niveau de la santé de la population.

Objectif : Établir une culture de responsabilité partagée pour ce qui est de la promotion de l'équité en santé dans les Alberta Health Services et au-delà.

SOURCE : AHS Promoting Health Equity Framework

Dans l'ensemble, les AHS prennent des mesures concertées sur les déterminants sociaux de la santé grâce à un leadership organisationnel et à une gérance multisectorielle. L'équité en santé sera défendue et appuyée dans les AHS au moyen d'un objectif consistant à améliorer les résultats pour la santé. De plus, les AHS soutiendront les travaux de multiples secteurs dont les activités ont une incidence directe ou indirecte sur la santé.

Alors qu'il se fonde sur des preuves théoriques et expérientielles, le *Cadre de promotion de l'équité en santé* a établi les fondements conceptuels et les approches globales, et a formulé des recommandations pour promouvoir l'équité en santé en Alberta à long terme. Le *Plan d'action sur l'équité en santé* découle du *Cadre* et définit des réalisations concrètes qui sont attendues dans un délai de trois ans.

2.2 PORTEFEUILLE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ : PRODUIRE UNE BONNE BASE DE CONNAISSANCES ET L'UTILISER

Le gouvernement du Canada permet l'application de mesures sur l'équité en santé par l'intermédiaire de trois partenaires du « portefeuille de la Santé », qui travaillent avec d'autres ministères et intervenants fédéraux :

- L'Agence de la santé publique du Canada a pour mission de promouvoir et de protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique. L'Agence assume des responsabilités précises touchant les mesures et interventions d'urgence, la promotion de la santé ainsi que le contrôle et la prévention des maladies infectieuses et chroniques et des blessures. Elle contribue également à la santé publique en mettant en valeur les données de surveillance, en améliorant les connaissances sur les maladies et les blessures au Canada, en renforçant la collaboration intergouvernementale en matière de santé publique et en facilitant des approches nationales sur les politiques et la planification.
- Santé Canada est le ministère chargé d'aider les Canadiens à conserver et à améliorer leur santé. Il a notamment pour responsabilité d'établir et d'administrer des principes nationaux s'appliquant au système de soins de santé par l'intermédiaire de la *Loi canadienne sur la santé*. Par ailleurs, Santé Canada offre des services directement aux réserves des Premières Nations et à certaines collectivités inuites, notamment des programmes de promotion de la santé et des services de santé publique, ainsi que des services de soins primaires et de soins d'urgence dans des régions éloignées où il est difficile d'accéder à des services normalement assurés par les régimes de santé provinciaux/territoriaux.
- Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) forment l'organisme canadien responsable du financement de la recherche en santé à l'échelon national. Cette entité regroupe 13 instituts responsables de créer de nouvelles connaissances scientifiques et d'en favoriser l'application pour améliorer la santé, offrir de meilleurs produits et services de santé et renforcer le système de soins de santé pour les Canadiens. Les IRSC soutiennent les actions mises en œuvre dans quatre piliers de la recherche en santé : la recherche biomédicale; la recherche clinique; les systèmes et services de santé; les facteurs socioculturels et environnementaux ayant une incidence sur la santé des populations.

Chacun de ces trois partenaires du Portefeuille contribue à des mesures visant l'équité en santé de plusieurs façons, notamment en recueillant et en appliquant des données sur les inégalités en santé et sur les solutions possibles ainsi qu'en habilitant les populations prioritaires au moyen d'investissements ciblés et d'études sur les déterminants de la santé.

2.3 RÉGION SANITAIRE DE SASKATOON : COLLABORER AVEC DES PARTENAIRES HORS DU SECTEUR DE LA SANTÉ

En Saskatchewan, les services de santé sont divisés en régions. La Région sanitaire de Saskatoon est la plus grande région; elle dessert quelque 318 000 résidents (environ 30 % de la population de la province) dans plus de 100 villes, villages et collectivités des Premières Nations.

Les données sur la santé recueillies à Saskatoon dans le cadre d'une activité de surveillance continue ont fait ressortir que la santé des résidents s'améliorait. Toutefois, étant donné que des moyennes ont été utilisées, il n'a pas été possible de voir le retard qui existe dans certains coins de la ville quant à l'état de santé des résidents.

En 2005, l'Unité de la santé de la population de la Région sanitaire de Saskatoon (qui est devenue son Observatoire de la santé publique) a recueilli des données sur la santé qui ont dénoté de graves écarts dans l'état de santé entre les six quartiers les plus défavorisés et le reste de la ville. On a lancé une vaste étude de recherche intitulée *Health Disparity by Neighbourhood Income* afin de mieux comprendre les principaux déterminants en cause⁶. Les résultats ont fait ressortir des inégalités majeures en santé à plusieurs égards.

Par exemple, la mortalité infantile dans les quartiers les plus défavorisés de Saskatoon était plus de cinq fois supérieure au taux du reste de la ville – un écart encore plus grand que dans les pays en développement. Par comparaison avec les résidents ayant un revenu plus élevé, les résidents des six quartiers les plus défavorisés étaient :

- quinze fois plus à risque pour les grossesses à l'adolescence;
- cinq fois plus à risque pour les décès de bébés de moins d'un an;
- quinze fois plus à risque pour les tentatives de suicide.

Les taux de certaines maladies – comme la chlamydia, l'hépatite C et la gonorrhée – étaient beaucoup plus élevés.

En utilisant des données comparatives locales utiles – un des grands avantages des observatoires de santé publique –, la Région sanitaire de Saskatoon a pu déterminer que le revenu présentait souvent un solide lien indissociable avec les inégalités en santé. Grâce à un travail de collaboration réalisé avec des partenaires de la collectivité, 46 recommandations stratégiques ont été présentées, notamment les cibles suivantes touchant la réduction de la pauvreté :

- réduction de la pauvreté dans les foyers de 17 à 10 % en cinq ans (d'ici 2013);
- réduction de la pauvreté chez les enfants de 20 à 2 % en cinq ans (d'ici 2013).

Une coalition de partenaires a élaboré le Plan d'action communautaire de Saskatoon visant la réduction de la pauvreté, qui a établi des actions prioritaires pour 15 des 46 options stratégiques ayant été définies. Huit indicateurs de base mesurent les progrès accomplis dans la collectivité au niveau de la réduction de la pauvreté.^a

^a Pour en savoir plus et notamment pour obtenir des évaluations des progrès accomplis, prière de visiter le site www.saskatoonpoverty2possibility.ca et de choisir « community action plan ».

3. ÉTABLIR DES BASES SOLIDES POUR POUVOIR PASSER À L'ACTION

La présente section décrit quelques-uns des éléments définis pendant les consultations qui ont été jugés nécessaires pour faire avancer et soutenir les actions visant à réduire les inégalités en santé dans les organisations du secteur de la santé. Ces éléments sont présentés comme suit :

- *leadership* – personnes ou groupes qui encouragent l'équité en santé et qui prennent des mesures pour mettre les autres éléments en place;
- *milieux favorables* – éléments ancrés dans les documents d'orientation organisationnels pour faire de l'équité en santé une priorité organisationnelle;
- *capacités* – employés et partenaires qui disposent des ressources et de la formation nécessaires pour faire avancer le programme, faire connaître davantage les enjeux à l'interne et auprès du public et promouvoir les actions dans l'ensemble des secteurs en vue de réduire les inégalités⁷.

3.1 LEADERSHIP

Le leadership peut se manifester chez des personnes ou dans les structures et processus de gouvernance d'une organisation. Dans la pratique, ces éléments s'appuient normalement les uns sur les autres. Les leaders peuvent jouer un rôle clé dans l'établissement de mécanismes qui favorisent l'équité en santé, alors que ces mécanismes peuvent permettre à des leaders de l'équité en santé de sortir de l'ombre et de s'épanouir. On constate des exemples de telles approches dans divers milieux au Canada.

3.1.1 Champions individuels

Sur une base individuelle, les leaders peuvent jouer le rôle de champion de différentes façons dans leurs organisations et communautés. Ils peuvent servir d'agent de liaison pour la prise de mesures collectives, promouvoir et défendre des points auprès des cadres supérieurs et fixer des attentes en matière de rendement. Ces personnes peuvent communiquer leur vision générale de la santé pour cultiver un sentiment de coopération entre les intervenants, motiver les partenaires et mobiliser le public. Ces « bons » leaders du domaine de la santé publique sont reconnus pour exceller lorsqu'il s'agit de combiner une base en science avec [traduction] « une stratégie sociale novatrice, une grande volonté politique et des compétences exceptionnelles en relations interpersonnelles »⁸.

On trouve des exemples de leadership dans le domaine de l'équité en santé à tous les niveaux de la santé publique au Canada. Par exemple, en tant que dirigeant de l'Agence de la santé publique du Canada, l'administrateur en chef de la santé publique a décidé de faire des inégalités en santé le sujet de son premier *Rapport sur l'état de la santé publique au Canada*⁷. L'Agence a également désigné un champion de l'équité en santé qui a la responsabilité d'élaborer, de mettre en œuvre et de mesurer ses plans de rendement pour ce qui est de l'équité en santé et des déterminants de la santé. Le champion est responsable de faire connaître la question de l'équité en santé auprès du personnel et des cadres et de renforcer les compétences et les capacités. Son rendement est mesuré en partie par rapport à l'exécution de ces mêmes responsabilités.

Par ailleurs, un certain nombre de médecins hygiénistes – les responsables de la santé publique dans bon nombre d'administrations municipales et régionales – sont devenus par eux-mêmes des champions *de facto* de l'équité en santé. Par exemple, le médecin hygiéniste en chef de la Région sanitaire de Saskatoon a établi un plan d'action sur l'équité en santé en facilitant la production d'une solide base de données probantes et en encourageant la prestation d'un soutien communautaire et l'établissement de relations avec la haute direction et des dirigeants communautaires. Dans le nord de l'Ontario, le médecin hygiéniste et directeur général du Service de santé publique de Sudbury et du district (SSPSD) a fait savoir qu'il s'attendait à ce que l'équité en santé soit assurée au moyen d'investissements dans le perfectionnement des connaissances, la planification, les outils et la dotation en personnel.

En Alberta, les AHS se sont lancés dans un processus de formation de champions de l'équité en santé provenant de sa haute direction, notamment des médecins hygiénistes. En 2012, le service Santé de la population et santé publique des AHS a tenu une activité d'une journée intitulée *Champions for Health Equity: Leading the Way*. L'événement, coparrainé par l'Agence de la santé publique du Canada, faisait partie de l'initiative générale des AHS visant à créer une base organisationnelle qui lui permettrait d'améliorer la santé de tous les Albertains. Cet événement a favorisé la formation de champions de l'équité en santé, et y a contribué, en donnant à ces personnes l'occasion de tirer des leçons de l'expérience de leaders de l'équité en santé reconnus à l'échelle nationale et de champions de l'équité en santé des AHS et en leur permettant de faire connaître leurs points de vue et leurs pistes d'action pour l'Alberta.

Voici un exemple d'idée découlant de l'événement : les médecins hygiénistes pourraient devenir des porte-parole expliquant les inégalités en santé au public à mesure que des rapports sur l'état de santé sont publiés. De plus, ils pourraient travailler avec des leaders d'autres secteurs à une vision commune de l'incidence des conditions sociales non seulement sur la santé, mais aussi sur la viabilité du système de soins de santé.

3.1.2 Mécanismes de leadership positif

Un leadership positif peut ressortir de groupes organisés, de comités ou d'organes de gouvernance qui fonctionnent dans des structures organisationnelles ou à l'échelle de telles structures. Des exemples pancanadiens et provinciaux sont présentés ci-après.

Le Réseau pancanadien de santé publique, créé en 2005 par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) de la Santé, constitue un important mécanisme intergouvernemental permettant aux gouvernements de mieux travailler ensemble aux questions de santé publique. Il offre la possibilité à ses membres, des experts de nombreux secteurs et ordres de gouvernement au pays, de soulever des questions et se pencher sur des problèmes de santé de façon concertée pour le bien de tous les Canadiens. Le Réseau et d'autres mécanismes intergouvernementaux établis antérieurement ont permis de faire avancer des mesures pancanadiennes visant à réduire les inégalités en santé de plusieurs façons, notamment en définissant des rôles pour le secteur de la santé touchant la réduction des écarts en santé (2005) et en établissant des indicateurs d'inégalité (2009). Plus récemment, un expert-conseil en santé publique a été nommé provisoirement pour travailler avec des organisations autochtones en vue de cibler les priorités et le savoir-faire dans leurs collectivités.

Le Conseil des AHS, l'organe de gouvernance albertain de l'autorité sanitaire provinciale, a accepté à l'unanimité le *Cadre de promotion de l'équité en santé* des AHS qui énonce les approches globales de promotion de l'équité en santé en Alberta à long terme. L'organisme récemment formé Alberta Population and Public Health Council (APPHC) est un mécanisme distinct travaillant à la promotion de l'équité en santé. Il cherche à faciliter la collaboration qu'exigent les priorités et stratégies visant la santé de la population et la santé publique et à permettre l'atteinte des buts et résultats définis.

3.2 MILIEUX FAVORABLES

3.2.1 Priorités organisationnelles

En plus de faire montre d'un leadership solide, les organisations canadiennes du secteur de la santé qui ont réussi à mettre en œuvre une approche d'équité en santé ont indiqué que l'équité en santé était prioritaire dans leurs mandats institutionnels, leurs plans stratégiques, leurs documents directeurs ou d'autres outils. En agissant de la sorte, on fait savoir que cet élément occupe une place importante dans la culture organisationnelle.

À l'échelon fédéral, les organisations du portefeuille de la Santé se sont engagées, dans leurs plans stratégiques, à faire de l'équité en santé et des déterminants de la santé des priorités transversales. Par exemple, les IRSC et leurs 13 instituts ont fait savoir que la réduction des inégalités en santé dans les populations autochtones et d'autres populations vulnérables constituait une priorité de recherche dans leur document, produit collectivement, intitulé *L'innovation au service de la santé 2009–2014*.

Chaque institut des IRSC se penche aussi sur l'équité en santé dans ses plans stratégiques. Par exemple, dans son propre *Plan stratégique 2009–2014 – L'équité en santé : une nécessité*, l'Institut de la santé publique et des populations donne son appui à la recherche qui favorise la compréhension des voies et des déterminants biologiques, sociaux, culturels et environnementaux interdépendants qui ont une incidence sur la santé et sur l'équité en santé.

Les points à examiner au niveau de l'équité en santé ont également été intégrés aux mécanismes de financement de projet des IRSC, notamment l'exigence pour tous les demandeurs d'indiquer la façon dont les facteurs relatifs au sexe (biologiques) et au genre (socioculturels) sont intégrés à leurs propositions de recherche. Il faut fournir une explication si le sexe ou le genre n'est pas considéré comme étant un facteur s'appliquant au modèle de recherche. Par ailleurs, de nombreux appels de propositions de recherche nécessitent des partenariats avec des personnes ou des groupes communautaires pour s'assurer que sont traités les enjeux que les groupes vulnérables ont à affronter.

Comme autre exemple fédéral (Santé Canada), on peut nommer le *Plan stratégique sur la santé des Premières nations et des Inuits : un parcours partagé vers l'amélioration de la santé*. Le *Plan* a notamment pour objectif de « créer des liens pertinents entre les programmes et les services de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) et ceux d'autres ministères fédéraux, afin d'appuyer une approche axée sur la santé de la population et une approche pangouvernementale à l'égard des déterminants sociaux de la santé ». Cette approche devrait entraîner de meilleurs résultats pour la santé à plus long terme; elle prêterait particulièrement attention aux femmes, aux enfants et aux jeunes.

À l'échelon provincial, quand les AHS ont présenté leur *Cadre de promotion de l'équité en santé* au personnel et à la haute direction, le fait d'avoir planifié minutieusement cet outil et d'avoir établi des communications stratégiques a contribué à augmenter le taux d'acceptation et d'approbation. Par ailleurs, les travailleurs des services directs étaient heureux de constater qu'ils pouvaient compter sur une équipe, des ressources et un soutien spécialisés pour les aider à régler les questions relatives à l'équité en santé. Quand l'équipe responsable de l'équité en santé a présenté la stratégie à la haute direction, le message a été formulé de manière à ce que ce thème sollicite l'attention des cadres supérieurs.

Le document *Health Plan and Business Plan 2013–2016* des AHS énonce explicitement que la prise en compte de l'équité en santé est un objectif de la planification et de la prestation des services. Quant au document *Health Equity Action Plan 2013–2016*, il a été élaboré conformément à ce plan et présente des actions ciblées qui contribuent aux orientations stratégiques. Il était essentiel de positionner stratégiquement cet ouvrage par rapport aux priorités organisationnelles pour le faire d'abord accepter à l'interne et de poursuivre sur la lancée afin de faciliter sa mise en œuvre.

3.2.2 Lois

Les mécanismes législatifs sont de puissants leviers qui permettent de vérifier que les politiques portant sur l'équité en santé seront mises en œuvre; certains exemples canadiens illustrent comment de tels leviers peuvent être utilisés de cette façon. Par exemple, en 2010, l'Ontario a adopté la loi *L'excellence des soins pour tous*⁹, qui intègre des indicateurs d'équité dans les plans annuels d'amélioration de la qualité qui sont exigés des professionnels de la santé. Pour l'ensemble des organisations de soins de santé de l'Ontario, la rémunération des cadres est rattachée à l'atteinte d'objectifs prévus.

Au Québec, la *Loi sur la santé publique* (2001) stipule que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) « doit, dans la mesure du possible, cibler les actions les plus efficaces à l'égard des déterminants de la santé », plus précisément « celles qui peuvent influencer les inégalités de santé et de bien-être au sein de la population et celles qui peuvent contrer les effets des facteurs de risque touchant, notamment, les groupes les plus vulnérables de la population »¹⁰.

De plus, l'article 54 de la *Loi* habilite le ministre de la Santé et des Services sociaux à transmettre activement tout avis à d'autres ministres du gouvernement pour s'assurer que la question de la santé et du bien-être de la population est prise en compte dans leurs initiatives stratégiques. Par conséquent, depuis 2002, au Québec, tout avant-projet de loi et de règlement qui est supposé avoir une incidence majeure sur la santé doit faire l'objet d'une évaluation des incidences sur la santé (EIS). Le ministère ou l'organisme qui prépare la proposition législative est responsable de la réalisation de l'EIS, tandis que le MSSS fournit les outils, les lignes directrices et le soutien technique requis.

Des évaluations préliminaires de la mise en œuvre de l'article 54 ont fait ressortir la nécessité de renforcer l'application des connaissances et de donner des activités de formation sur les déterminants de la santé et les EIS à l'intention des ministères pour qui ces notions sont nouvelles. Depuis l'adoption de l'article 54, le taux d'acceptation de l'exigence relative aux EIS est plus élevé, tout d'abord dans les ministères à vocation sociale (p. ex. éducation et culture) mais aussi de plus en plus parmi ceux à mandat économique¹¹.

3.2.3 Harmonisation avec les valeurs communautaires

Les personnes consultées pour la rédaction du présent document ont souligné que les travailleurs des services directs qui s'occupent de la prestation des programmes et services de santé doivent bien comprendre leur communauté pour pouvoir orienter des mesures efficaces relatives à l'équité en santé et aux déterminants sociaux de la santé. Par compréhension, on entend une connaissance précise des valeurs, opinions, normes, besoins et forces du milieu afin de cibler les initiatives les plus susceptibles d'obtenir un soutien et de mobiliser les gens. Le fait de connaître les organismes communautaires travaillant déjà activement à la réalisation de l'équité en santé et de l'équité sociale peut également aider à désigner des partenaires et à repérer des occasions de coordination et de collaboration.

Par exemple, la Région sanitaire de Saskatoon a agi rapidement pour faire avancer les mesures touchant l'équité en santé et les déterminants de la santé par l'intermédiaire de ses opérations internes et de son processus de mobilisation d'autres secteurs. Cela lui a été possible en analysant les inégalités en santé dans la région et en collaborant étroitement avec le milieu.

À Saskatoon, l'équipe a consulté des organismes communautaires avant de publier son étude *Health Disparity by Neighbourhood Income*⁶. Elle a reconnu que les conclusions relatives aux inégalités dans l'état de santé pouvaient être choquantes et qu'il faudrait que les organismes communautaires contribuent à trouver comment s'y attaquer. La Région sanitaire de Saskatoon a également mené une enquête auprès de 5 000 résidents de Saskatoon, sachant que les données sur l'opinion publique peuvent avoir une forte influence sur les axes prioritaires d'intervention des décideurs. L'enquête a démontré que bon nombre de résidents n'étaient pas conscients de l'importance des écarts sur le plan de la santé entre les catégories de revenu dans leur ville. Après avoir été informés, la plupart d'entre eux étaient d'avis que même les plus petites inégalités sont inacceptables. Ils ont aussi fait savoir qu'ils étaient fortement d'accord avec les interventions visant à s'attaquer aux inégalités en santé, surtout chez les enfants.

Puisqu'il a mesuré les impressions du public et de la collectivité face aux inégalités en santé, le personnel de la Région sanitaire de Saskatoon a pu miser sur l'esprit de collaboration et d'innovation relativement aux enjeux liés à la santé; cet élément a contribué à sa réussite continue et durable.

3.3 CAPACITÉS

3.3.1 Connaissances et compétences du personnel

Lors des consultations tenues pour produire le présent rapport, les leaders du domaine de la santé publique ont fait ressortir le besoin d'améliorer les connaissances et les capacités du personnel des organisations du secteur de la santé dans les domaines suivants :

- la portée, la nature et les facteurs des inégalités en santé;
- la façon de se pencher sur les inégalités en santé dans les interventions rattachées aux politiques et programmes;
- la façon d'intégrer systématiquement les points à examiner du point de vue de l'équité en santé dans leur travail.

Plusieurs administrations canadiennes ont trouvé des moyens novateurs de renforcer ces domaines de connaissances et ces compétences au sein du personnel par la formation. De plus, il est possible de renforcer la capacité organisationnelle à l'aide de structures qui consacrent des ressources en personnel à l'équité en santé. Différents moyens permettent de le faire, comme le démontrent les exemples suivants :

- Au Québec, la région de la Montérégie a élaboré et donné une formation détaillée sur la santé publique à des cadres supérieurs responsables de la santé publique à la suite de changements apportés en 2005 visant à intégrer la prestation de services de santé au sein d'organisations plus vastes se consacrant principalement aux soins de santé^{12,b}. Le programme de formation a été adopté par l'agence provinciale de santé publique du Québec; son objectif est de permettre la mise en place d'une perspective provinciale de santé publique intégrant l'équité en santé à la prestation des services.
- En 2008, la province de l'Ontario, dans ses *Normes de santé publique*¹³, a énoncé qu'il est essentiel de se pencher sur les déterminants de la santé dans son travail en santé publique. La province accorde du financement à chacune de ses 36 régions sanitaires afin qu'elle engage deux infirmières spécialisées en santé publique à temps plein qui travailleront auprès des populations prioritaires désignées au moyen d'activités de surveillance et d'évaluation et veilleront à la satisfaction des besoins en matière de programmes/services de populations précises victimes de certains déterminants de la santé.
- À Toronto (Ontario), l'équipe responsable de l'équité en santé travaille à partir du bureau du médecin hygiéniste, ce qui démontre que la question de l'équité en santé est prise au sérieux. De plus, les membres du Conseil de santé de Toronto – qui établissent la politique de santé publique et donnent leur avis au Conseil municipal sur les questions relatives à la santé – suivent une formation sur l'équité en santé. De son côté, le Service de santé publique de Sudbury et du district fait travailler les spécialistes de l'équité en santé au niveau des services directs pour s'assurer que le travail qui se fait répond bien aux besoins du milieu.
- En Alberta, les AHS ont engagé des stratèges du domaine de l'équité en santé qui mènent des consultations à l'intérieur de champs de planification centrale. Ces spécialistes permettent à l'organisation de mieux comprendre les besoins, les atouts et les points de vue des communautés, d'intégrer les points de vue sur l'équité en santé au processus de planification et de renforcer la capacité d'offrir des services de santé adéquats et durables.

Les partenariats entre des organisations du secteur de la santé et des instituts de recherche ont également ouvert la porte à la prestation d'activités de formation sur l'équité en santé pour les professionnels de la santé dans différentes régions. Même si les activités prennent différentes formes, les buts et résultats sont semblables : faire progresser l'équité en santé et créer des communautés plus en santé. Voici des exemples d'administrations ayant pris part à des partenariats de recherche : Service de santé publique de Sudbury et du district du nord de l'Ontario¹⁴ (voir l'Encadré 2); territoire du Nunavut; service régional de santé à Antigonish, en Nouvelle-Écosse.

^b Cet exemple est utilisé dans l'une des quatre études de cas produites par le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé pour contribuer à un atelier tenu en partenariat avec l'Institut de la santé publique et des populations des IRSC. Pour en savoir plus, prière de visiter www.nccdh.ca/blog/entry/casestudy-news

ENCADRÉ 2 : 10 PRATIQUES PROMETTEUSES POUR ORIENTER LES PRATIQUES LOCALES EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE EN VUE DE RÉDUIRE LES INÉGALITÉS SOCIALES EN SANTÉ

- | | |
|--|--|
| 1. Faire un ciblage universel | 7. Contribuer à la base de données probantes |
| 2. Produire des rapports ciblés | 8. Se pencher sur le développement du jeune enfant |
| 3. Pratiquer le marketing social | 9. Mobiliser la communauté |
| 4. Établir des priorités quant à l'équité en santé | 10. Prendre des mesures intersectorielles |
| 5. Réaliser une évaluation de l'incidence sur la santé axée sur l'équité | |
| 6. Définir des compétences/normes organisationnelles | |

SOURCE : Service de santé publique de Sudbury et du district, 2011

3.3.2 Ressources et outils en matière d'équité en santé

Au Canada, on réalise d'importantes activités d'utilisation, d'adaptation ou d'élaboration d'outils qui facilitent la prise en compte systématique de l'équité en santé dans les programmes et politiques.

Les AHS travaillent à l'amélioration des outils de planification en vue d'inclure une optique d'équité au moment de définir les priorités et services tout au long de leurs opérations. Un outil d'établissement des priorités sera utilisé pour intégrer l'équité en santé dans la planification stratégique et dans la planification des zones et des programmes. Ainsi, il faudrait inclure les facteurs relatifs à l'équité en santé dans la planification au lieu de les traiter comme un volet de travail distinct. Par exemple, une optique d'équité en santé sera appliquée au processus de réception pour la prestation des soins de santé afin que les conditions de vie des clients qui utilisent fréquemment les services d'urgence puissent être évaluées et que ces mêmes personnes puissent avoir accès à un médecin de famille. Les personnes dans le besoin pourront alors être renvoyées vers des services communautaires pour réduire ou éliminer les visites fréquentes à l'urgence. De cette façon, il est possible de s'attaquer à l'équité en santé parallèlement au but du système de santé consistant à améliorer l'efficacité des services d'urgence.

Des outils d'évaluation des impacts de l'équité en santé (EIES) sont utilisés dans un éventail de contextes, notamment les suivants :

- à Toronto, intégration des facteurs relatifs à l'équité en santé à l'étape de la planification et de la prestation des services dans les hôpitaux;
- au Manitoba, classement des groupes de la population par ordre de priorité pour l'accès au vaccin dans le cadre des mesures d'intervention face à la grippe pandémique H1N1;
- en Alberta, base de discussion pour parler de l'équité en santé avec le personnel et les membres de la communauté et pour faciliter la définition des priorités et plans locaux portant sur l'équité en santé.

Les Centres de collaboration nationale (CCN) sur les politiques publiques et la santé et des déterminants de la santé ont produit un guide intitulé *Outils et approches pour évaluer et soutenir les mesures de santé publique en matière de déterminants de la santé et d'équité en santé*¹⁸. Ce guide de référence décrit des ressources, comme des listes de vérification, des optiques d'analyse et des outils d'EIES, afin d'évaluer les conditions qui entraînent des inégalités en santé et d'élaborer des services pour les atténuer.

3.3.3 Capacités au sein des populations prioritaires

Des ressources humaines et financières ciblées viennent appuyer les capacités communautaires en renforçant la planification, la prestation et la surveillance des services de santé. Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada comptent un certain nombre de programmes qui traitent de la santé des populations vulnérables et qui favorisent des mesures autogérées touchant l'équité en santé.

Certaines collectivités métisses, inuites et des Premières Nations présentent un état de santé inférieur à celui des Canadiens non autochtones. Parmi les facteurs connexes, on compte la colonisation, les traumatismes intergénérationnels et la marginalisation ainsi créée. Il reste encore beaucoup à faire, mais des efforts sont présentement déployés, et on constate des progrès au niveau de l'autogouvernance des collectivités.

Par exemple, à l'échelle nationale, le portefeuille de la Santé a collaboré avec l'Assemblée des Premières Nations et Inuit Tapiriit Kanatami (les deux organisations nationales qui représentent, au Canada, les Premières Nations et les Inuits respectivement) pour examiner ensemble des sujets d'intérêt commun et ainsi faire avancer l'état de santé des Premières Nations et des Inuits.

Dans certaines collectivités inuites et des Premières Nations, il y a toujours lieu d'améliorer les services et de trouver des professionnels de la santé, des chercheurs et des gestionnaires de programmes de santé formés. Les problèmes rattachés au développement communautaire, au renforcement des capacités et à la prise en charge sont souvent aggravés par la présence de traumatismes intergénérationnels complexes. Pour affronter ces réalités, il faut adopter une approche unique s'inspirant de principes autochtones mettant l'accent sur la collectivité et prônant un leadership communautaire, d'une perspective holistique axée sur la santé et le bien-être, de compétences culturelles, etc.

Au niveau provincial, l'Autorité sanitaire des Premières Nations de la Colombie-Britannique constitue un modèle de gouvernance des soins de santé novateur. Il s'agit de la première autorité du genre au Canada; on s'attend à ce qu'elle permette aux Premières Nations d'encadrer et administrer leurs propres programmes et services de santé (voir l'Encadré 3).

ENCADRÉ 3 : AUTORITÉ SANITAIRE DES PREMIÈRES NATIONS DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

La transition vers une Autorité sanitaire des Premières Nations a d'abord été mentionnée dans le *Plan tripartite pour la santé des Premières nations de la Colombie-Britannique de 2007*, qui décrivait une nouvelle approche de gouvernance pour la prestation de services de santé destinés aux Premières Nations de la C.-B. En octobre 2011, le gouvernement du Canada, la province de la Colombie-Britannique (C.-B.) et les Premières Nations ont signé l'*Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières nations*. Cet accord crée une nouvelle structure de gouvernance de la santé en vertu de laquelle la nouvelle Autorité sanitaire planifie, conçoit, gère et exécute des programmes de santé pour les Premières Nations de la C.-B. Cela concorde avec les preuves démontrant que la continuité culturelle, y compris le contrôle de la prestation des services dans les réserves, est associée à de meilleurs résultats pour la santé dans les réserves. Cet accord transfère la responsabilité fédérale en matière de planification, de conception, de gestion et de prestation des services et programmes de santé destinés aux Premières Nations à la nouvelle Autorité sanitaire des Premières Nations. De plus, il met en place un système de santé davantage intégré à l'intention des Premières Nations de la C.-B.

En vertu de ce nouvel accord, les fonds seront transférés des sources fédérales et provinciales vers l'Autorité sanitaire des Premières Nations. La nouvelle structure intégrera le savoir, les croyances, les valeurs, les pratiques, les produits médicinaux et les modèles de santé et de guérison des Premières Nations en vue de favoriser la prestation de soins adaptés à la culture à l'intention des Premières Nations de la C.-B. Elle assurera également la production de travaux de recherche et l'élaboration de politiques dans le domaine de la santé et du bien-être des Premières Nations. On s'attend à ce que le nouveau modèle de gouvernance mène à un système de santé plus équitable et mette l'accent sur les déterminants de la santé en général.

Voir www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/_2011/2011-133bk-fra.php

4. PRODUIRE UNE BONNE BASE DE CONNAISSANCES ET L'UTILISER

La Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a qualifié le savoir, la surveillance et les aptitudes d'« épine dorsale » pour ce qui est des problèmes de santé et des inégalités en santé¹⁵. Le présent chapitre décrit les rôles de divers ordres de gouvernement dans la production et l'utilisation de connaissances et de preuves sur l'équité en santé.

4.1 SURVEILLANCE ET SUIVI

Au Canada, de nombreuses administrations renforcent et soutiennent le plan d'action pour l'équité en santé en recueillant des données comparables claires et détaillées qui révèlent l'ampleur des inégalités en santé et les tendances à cet égard. Les personnes interviewées ont noté qu'il peut s'avérer essentiel de consigner les preuves dans chaque administration si l'on veut que cette question fasse l'objet d'une attention accrue.

Par exemple, en 2008, l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC) de l'Institut canadien d'information sur la santé a publié un rapport évaluant les écarts en santé dans 15 centres urbains du Canada¹⁷. Ce document a servi de plan d'action à Winnipeg, Regina, Edmonton, Halifax et dans d'autres communautés. Par exemple, à Winnipeg, des données comparatives sur la santé, pertinentes à l'échelle locale, ont aidé les dirigeants du secteur de la santé publique à renforcer les liens avec des organismes de lutte contre la pauvreté et d'autres organismes communautaires. Ces données ont également permis de mieux faire connaître le dossier des inégalités en santé auprès de la haute direction dans les régions sanitaires.

Un certain nombre d'administrations canadiennes utilisent des comptes rendus périodiques sur la santé pour composer la base de données probantes sur les inégalités en santé au Canada. Par exemple, des activités régulières de surveillance et de production de rapports sur les inégalités en santé et les inégalités sociales à Montréal ont contribué à des initiatives visant à calmer le trafic dans certains quartiers et à mettre en échec des plans de construction d'un casino dans un milieu défavorisé. En Alberta, les responsables de la santé publique des AHS ont utilisé des données faisant état des inégalités en santé, ainsi que d'autres produits de recherche, pour aller chercher le soutien de la haute direction à l'endroit de son *Cadre de promotion de l'équité en santé*.

Certaines organisations ont tenté de combler les lacunes sur le plan des connaissances en créant leurs propres infrastructures de recherche. Au cours des 10 à 15 dernières années, la Région sanitaire de Saskatoon et son Observatoire de la santé publique ont mis en place une capacité de recherche suffisante pour que les deux organisations puissent mener à bien à la fois des activités de surveillance et des travaux de recherche ciblés. Complétée par des consultations menées auprès d'organismes gouvernementaux et communautaires, cette capacité permet à ces derniers de produire la base de données probantes nécessaire pour faciliter les activités d'élaboration des politiques et de défense des droits⁶.

À l'échelon fédéral, l'Agence de la santé publique du Canada travaille en partenariat avec l'Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada à la production d'un rapport sur les inégalités en santé qui servira de base de référence pour suivre les tendances connexes au Canada. Le rapport s'appuiera sur un ensemble d'indicateurs d'inégalités en santé produit par le Réseau pancanadien de santé publique, conformément à ce qui est indiqué à la section 3.1.2.

Dans le même ordre d'idées, Santé Canada donne son appui à l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS), une étude longitudinale qui recueille de l'information sur la santé, le bien-être et les déterminants de la santé des personnes qui vivent dans des collectivités des Premières Nations partout au Canada. L'enquête permet de combler une lacune statistique concernant la santé des Premières Nations vivant dans des réserves qui n'ont pas été bien sondées par les grandes enquêtes nationales et régionales sur la santé menées par le passé ou qui en ont été exclues. Le processus d'enquête est entièrement encadré par les Premières Nations; il est orienté par un Cadre culturel en vertu duquel les données sont recueillies, interprétées et présentées de façon à respecter la vision holistique des Premières Nations en matière de santé et de bien-être et leur façon de voir, de se mettre en rapport, de savoir et d'être. Les données provenant des deux premières phases qui se sont déroulées en 2002–2003 et en 2008–2010 ont été publiées dans des rapports qu'il est possible d'obtenir auprès du Centre de gouvernance de l'information des Premières nations.^c

4.2 RECHERCHES MENÉES EN VUE D'ÉTOFFER LES MESURES PRISES

On redouble d'efforts dans des secteurs et entre ceux-ci pour créer une communauté de recherches et de politiques plus solide reposant davantage sur la collaboration et mettant l'accent sur l'équité en santé ainsi que sur le mentorat pour renforcer les capacités de la génération suivante. Quand les liens entre les communautés de recherches, de politiques et de pratique sont plus solides, on constate un renforcement des capacités de réalisation et d'utilisation de travaux de recherche. De tels partenariats ont mené à de meilleures connaissances et actions sur la littératie en santé en Nouvelle-Écosse, sur l'itinérance au Manitoba, sur la sécurité alimentaire au Yukon et sur les transports au Nouveau-Brunswick et à des interventions en santé publique plus efficaces au Québec, par exemple. Par ailleurs, l'Institut de la santé publique et des populations des IRSC et l'ISPC ont publié *Recueil de cas de recherche interventionnelle en santé des populations* qui décrit des cas de collaboration dans le milieu de la recherche sur les interventions en santé de la population¹⁶.

Le portefeuille fédéral de la Santé appuie la recherche, le perfectionnement des connaissances et l'échange de connaissances visant à mieux comprendre la nature des inégalités en santé et à cibler ce qui fonctionne en matière d'équité en santé ainsi que les contextes propices à l'intégration. Par exemple, la Stratégie d'innovation de l'Agence de la santé publique du Canada finance des projets communautaires qui appliquent des interventions éprouvées et prometteuses en matière de santé de la population à l'intention des enfants, des jeunes et des familles dans différents contextes et avec différentes populations, comme des nouveaux immigrants, des Autochtones et des familles à faible revenu. Jusqu'à maintenant, les projets ont

^c Les résultats de l'ERS sont publiés en ligne : www.rhs-ers.ca/node/6

porté sur la promotion du poids santé ou de la santé mentale; ils doivent démontrer de quelle façon ils contribueront à la réduction des inégalités en santé. Les propositions de financement sont évaluées en partie en fonction de points à examiner lorsqu'il est question d'inégalités en santé et/ou de la façon dont l'équité en santé pourrait être renforcée à l'étape de la conception et de l'adaptation, de la mise en œuvre et de la prestation, de la mise à niveau et de l'évaluation de leurs projets (voir l'Encadré 4).

ENCADRÉ 4 : STRATÉGIE D'INNOVATION DU GOUVERNEMENT DU CANADA – PROMOUVOIR L'ÉQUITÉ EN SANTÉ DANS LA RECHERCHE SUR LES INTERVENTIONS

En 2010, la Stratégie d'innovation a ouvert un appel de propositions de projet sous le thème *Atteinte du poids santé dans les collectivités du Canada (Phase 1)*. Pour faciliter la mise en œuvre d'une analyse comparative fondée sur le sexe et le genre (ACFSG) et de notions connexes d'équité en santé dans de tels projets, l'appel visant des propositions de financement de projet englobait ce qui suit :

- de l'information permettant de savoir que les facteurs d'obésité et les facteurs de risque connexes varient selon de multiples déterminants de la santé;
- un guide de demande d'ACFSG pour des programmes communautaires;
- une invitation à tenir compte du sexe et du genre à l'étape de l'élaboration des projets et propositions.

On a utilisé une analyse de la façon dont ces propositions tenaient compte de l'ACFSG et des inégalités en santé pour aider les administrateurs des programmes et les bénéficiaires de projets à mettre en application l'ACFSG et les facteurs liés à l'équité en santé dans les programmes communautaires. De plus, l'ACFSG a été ajoutée aux critères d'évaluation des propositions présentées pour la Phase 2 du projet *Atteinte du poids santé dans les collectivités du Canada* en vue d'investissements complémentaires.

Des travaux sont en cours pour intégrer la question du sexe, du genre et de l'équité aux documents d'orientation opérationnelle destinés aux programmes communautaires financés dans l'ensemble du portefeuille de la Santé.

Voir www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/fund-fonds/ahwcc-apscc-fra.php

Le programme *Voies de l'équité en santé pour les Autochtones* des IRSC, annoncé en 2012 dans le cadre des initiatives phares du Plan stratégique, finance des projets de recherche visant à mieux comprendre comment mettre en œuvre et mettre à niveau des interventions et des programmes pour accroître l'équité en santé dans différentes collectivités autochtones. Le programme est codirigé par l'Institut de la santé des Autochtones, l'Institut de la santé publique et des populations et l'Institut de la santé des femmes et des hommes. Il est axé sur quatre domaines particuliers désignés comme des priorités par les communautés autochtones et par les gouvernements FPT, soit la prévention du suicide, la tuberculose, la santé buccodentaire et le diabète. Les projets financés seront dirigés conjointement par des chercheurs et des utilisateurs des connaissances au niveau communautaire, y compris des participants de collectivités autochtones.

À court terme, on s'attend à ce que le programme *Voies de l'équité en santé pour les Autochtones* :

- renforce la capacité des collectivités autochtones quant à cibler et à régler les problèmes de santé;
- favorise des partenariats efficaces et équitables entre disciplines et secteurs;
- utilise le savoir et les systèmes de connaissances des Autochtones pour faire progresser la santé, le bien-être et la résilience des populations autochtones.

En plus de ses autres investissements, en 2011, l'Institut de la santé publique et des populations (ISPP) des IRSC a investi dans des subventions programmatiques dans le domaine de l'équité en santé. Onze équipes ont reçu de l'aide pour entreprendre des recherches axées sur des interventions en santé de la population, notamment de la recherche sur l'orientation des systèmes de mise en œuvre. Tous les projets mettent l'accent sur l'équité en santé au Canada et/ou dans des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.

Par ailleurs, l'ISPP offre un appui à des chaires de recherche pour des travaux appliqués en santé publique menés en partenariat avec l'Agence de la santé publique du Canada, le Centre de recherche en prévention de l'obésité, le Fonds de recherche du Québec – Santé, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et la Fondation des maladies du cœur du Canada. Il investit 15 millions de dollars sur cinq ans pour soutenir des recherches axées sur des interventions dans les programmes et les politiques qui sont pertinentes du point de vue de la santé publique à l'échelle nationale. Cet investissement vise également à encourager l'établissement de liens officiels avec le système de santé publique pour soutenir l'application opportune et efficace de la recherche dans les politiques, les programmes et la pratique. On compte actuellement 13 chaires de recherche en santé publique appliquée; bon nombre d'entre elles se concentrent sur la progression de l'équité en santé. L'ISPP et l'Agence planifient présentement la prochaine phase du programme Chaires en santé publique appliquée.

4.3 APPLICATION ET ÉCHANGE DE CONNAISSANCES

L'Agence de la santé publique du Canada finance six CCN afin de favoriser un processus d'application et d'échange des connaissances efficace dans l'ensemble du pays. Ces CCN servent de moyens de transposition de la recherche en santé publique dans la pratique.

Par exemple, le CCNDS approfondit les connaissances sur les déterminants sociaux de la santé en insistant beaucoup sur l'équité en santé. Il produit des résumés et des examens des données probantes et organise ateliers, séminaires en ligne, forums et présentations. L'un de ses principaux rôles consiste à mettre en relation chercheurs, planificateurs et praticiens du domaine de l'équité en santé partout au pays afin de faciliter l'échange de connaissances et les expériences de mise en œuvre de plans visant l'équité en santé. Deux autres centres, le CCN de la santé autochtone et le CCN sur les politiques publiques et la santé, mettent également beaucoup l'accent sur l'équité dans leur travail.

En 2006, l'Agence a lancé le Portail canadien des pratiques exemplaires (PCPE), une ressource Internet utilisée pour améliorer les décisions touchant les politiques et programmes en donnant accès aux meilleures données probantes disponibles sur les pratiques de prévention des maladies chroniques et de promotion de la santé. Le portail contient plus de 370 interventions en santé communautaire et en santé de la population, notamment des interventions se concentrant sur les principaux déterminants de la santé et inégalités en santé, comme le revenu ou le genre, ou sur des populations d'intérêt comme les populations autochtones. On travaille présentement à accroître le répertoire d'interventions en santé de la population du PCPE qui sont efficaces du point de vue de l'équité en santé et des déterminants sociaux de la santé.

4.4 MESURE ET ÉVALUATION DU RENDEMENT

Pour faire progresser l'équité en santé, il est important de mesurer les résultats. Les participants des AHS ont noté que l'équité en santé pourrait devenir un facteur d'influence clé des mesures du rendement dans l'ensemble des plans de prestation de leur organisation. Par exemple, le plan des AHS « Health and Business Plan 2013–2016 » mesurera le pourcentage des populations ayant des besoins complexes ou grands que l'on peut rattacher à un centre de soins primaires à titre d'indicateur de prestation de soins adéquats dans la collectivité pour ce qui est des populations qui éprouvent de la difficulté à obtenir des soins de santé en Alberta.

Dans les Territoires du Nord-Ouest, les services de santé mesurent le rendement sur le plan de l'équité, conformément à ce qui est consigné dans les comptes rendus sur l'état de santé qui font le suivi des résultats pour la santé et des déterminants de la santé. La Vancouver Coastal Health Authority utilise une « carte de pointage équilibré » pour mesurer la qualité des soins et les « soins dans nos communautés », notamment en mettant l'accent sur les déterminants de la santé.

Les évaluations de programme jouent un rôle important lorsqu'il s'agit de cibler les programmes de santé là où les besoins sont les plus criants. Par exemple, au Yukon, une évaluation du programme de renonciation au tabagisme a fait ressortir que le taux de participation était beaucoup plus élevé dans les zones urbaines par comparaison avec les communautés rurales. Cette constatation a mené à l'application d'une approche systématique, à l'aide d'un outil d'équité, pour trouver une meilleure façon d'aborder la question de l'abandon du tabagisme dans les régions rurales.

Parallèlement, les taux d'immunisation dans les villes de Regina et de Saskatoon en Saskatchewan font l'objet de comparaisons mensuelles en fonction de la zone de soins infirmiers et du quartier et en tenant compte du statut socio-économique. Trois ans après avoir commencé à surveiller les taux d'immunisation, la Région sanitaire de Regina Qu'Appelle a obtenu une réduction d'environ 12 % de l'écart chez les enfants de 2 ans entre le groupe au revenu le plus élevé et le groupe au revenu le plus faible. À Saskatoon, depuis la mise en place des interventions en 2007, l'écart entre les personnes se trouvant dans les quintiles de vulnérabilité les plus élevés et les plus faibles a diminué de plus de la moitié (passant de 30 % à 12 %). Les deux administrations continuent de travailler à la réduction des écarts restants.

5. COLLABORER AVEC DES PARTENAIRES HORS DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Parmi les rôles clés qu'il joue, le secteur de la santé doit « réduire les disparités en santé en collaboration avec d'autres secteurs »¹. L'OMS estime que la mobilisation d'autres ministères et organismes gouvernementaux est une « responsabilité essentielle » du secteur de la santé¹⁹. Elle souligne qu'il faut rallier de nombreux autres ministères et groupes non gouvernementaux aux initiatives durables si l'on veut réduire les inégalités, notamment des groupes s'occupant de la répartition des revenus, de la réduction de la pauvreté, de l'éducation et du logement. La mise en place de structures qui soutiennent des mesures intersectorielles peut faciliter la collaboration et aider les professionnels de la santé publique à exercer une influence sur les interventions visant l'équité en santé.

5.1 SOUTIEN STRUCTUREL

À l'échelon national, le Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé (CCDSS) est un groupe de collaboration multisectorielle composé d'intervenants dont le mandat consiste à conseiller l'Agence de la santé publique du Canada relativement à la mise en œuvre de la *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé*. Le CCDSS offre aussi une structure essentielle pour faciliter et optimiser les mesures prises relativement aux déterminants sociaux de la santé par l'entremise de ses réseaux membres et d'initiatives intersectorielles ciblées. Il compte des représentants de divers ordres d'administration (fédéral, territorial et municipal), de la société civile, de peuples autochtones, d'entreprises, d'employeurs, du secteur de la main-d'œuvre et du milieu universitaire. Le Conseil est coprésidé par l'Agence et une organisation non gouvernementale.

On trouve des structures comparables aux échelons provincial et régional. Par exemple, la Saskatchewan finance 10 comités intersectoriels régionaux à compétences multiples afin d'améliorer l'intégration et la prestation des services à la personne. Le Comité intersectoriel régional de Saskatoon (CIRS) est parvenu à réduire les inégalités en santé dans cette ville. Ses 30 membres représentent quatre services municipaux, sept ministères provinciaux, deux organismes fédéraux, des chercheurs, des organisations autochtones et une douzaine de groupes communautaires. Il s'agit dans tous les cas de personnes occupant des postes de haut niveau dans leur organisation qui peuvent prendre des décisions en ce qui a trait aux enjeux intersectoriels pour améliorer la santé et le bien-être.

Le CIRS coordonne l'établissement de liens qui influent sur les politiques, les programmes et l'affectation des ressources; il peut donner le coup d'envoi à une collaboration hâtive. Par exemple, quand la Région sanitaire de Saskatoon préparait son rapport sur l'état de santé de sa population aux fins de publication, le personnel responsable de la santé publique a d'abord présenté les données au CIRS. Les membres du CIRS avaient ainsi la possibilité de regarder ensemble leurs interventions antérieures et leurs futurs plans sur l'équité en santé. Plusieurs membres ont contribué à faciliter le dialogue continu et à encourager d'autres organisations à participer à l'élaboration de solutions.

Les comités intersectoriels provinciaux et régionaux traitant de la pauvreté, de l'itinérance, de la criminalité ou d'autres problèmes sociaux profondément ancrés comptent de plus en plus de représentants de la santé publique. Une leçon essentielle a été tirée de ces expériences intersectorielles : il faut réaliser une évaluation attentive si l'on veut définir la valeur que la participation du secteur de la santé peut ajouter à l'expérience. Le secteur de la santé publique a souvent joué un grand rôle sur le plan du leadership. Par exemple, la Région sanitaire de Saskatoon copréside le partenariat multisectoriel Saskatoon Poverty Reduction Partnership avec Centraide. Dans d'autres cas, le secteur de la santé a joué davantage un rôle de soutien. Par exemple, au Québec et en Nouvelle-Écosse, le secteur de la santé est l'un des nombreux partenaires faisant partie des comités interministériels responsables de l'orientation de la mise en œuvre de stratégies provinciales de réduction de la pauvreté. Voici un exemple de portée régionale : la Guysborough Antigonish Strait Health Authority de la Nouvelle-Écosse a grandement contribué à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan d'action quinquennal de l'Antigonish Poverty Reduction Coalition. Le plan vise à améliorer le transport, la sécurité alimentaire, la sécurité du revenu, l'éducation, les services de santé et d'autres déterminants de la santé clés.

5.2 MOBILISATION DE PARTENAIRES ET D'INTERVENANTS DE LA COLLECTIVITÉ

De nombreuses administrations ont compris que le fait de mobiliser les communautés au moyen de consultations, de collaborations ou de partenariats programmatiques peut faciliter l'établissement de liens qui mèneront à des interventions efficaces (voir l'Encadré 5 pour obtenir une description du Programme canadien de nutrition prénatale, un exemple de portée fédérale). Par exemple, au Yukon, le succès obtenu avec la mise en place d'une stratégie d'inclusion sociale a été attribué à la participation de la communauté et à la défense des droits des citoyens. Un groupe communautaire bien connu et particulièrement en vue a joué un rôle central au moment de faire participer le public à l'élaboration de travaux de recherche et d'une stratégie visant la réduction de la pauvreté. Dans la région sanitaire de l'ouest de la province de Terre-Neuve-et-Labrador, le problème de l'accès à des aliments sains a été soulevé alors que la mauvaise qualité des aliments, le manque de choix et les coûts élevés ont été reconnus comme des obstacles. Les membres d'un comité consultatif communautaire ont recommandé la nomination d'un leader incontestable présentant un intérêt pour les jardins communautaires et ont trouvé une personne prête à donner une terre. Les travailleurs du secteur de la promotion de la santé ont lancé des idées de solutions de rechange locales pour obtenir des fruits et légumes frais, notamment des options pour se procurer des aliments sains malgré un petit budget, comme la consommation de gibier sauvage. On demandera à des bénévoles de donner du temps quand l'initiative commencera. Les travailleurs du secteur de la promotion de la santé ont fait remarquer que, lorsque les résidents contribuent à trouver une solution à un problème communautaire, ils tiennent davantage à ce que l'initiative réussisse.

ENCADRÉ 5 : PROGRAMME CANADIEN DE NUTRITION PRÉNATALE

Depuis 1995, le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) aide les collectivités à offrir le soutien nécessaire en matière de santé et de services sociaux aux femmes enceintes et aux nouvelles mères aux prises avec la pauvreté, des grossesses à l'adolescence, le manque de soutien social, des problèmes de dépendance à l'alcool ou d'autres substances ou des difficultés mettant leur santé et celle de leur bébé en danger. En travaillant en partenariat avec des organismes de services de santé et de services sociaux, le PCNP contribue à réduire les inégalités en santé en investissant dans l'amélioration des taux de poids normal à la naissance et d'allaitement chez les femmes vulnérables qui participent au programme. À l'heure actuelle, le PCNP exploite quelque 330 initiatives dans plus de 2 000 communautés et dessert environ 50 000 femmes par année.

En 2009, on a évalué le PCNP au niveau de son incidence sur les comportements liés à la santé maternelle, des résultats à la naissance et de la santé du nouveau-né⁵. Les conclusions ont fait ressortir que les femmes participant activement à des initiatives du PCNP étaient plus susceptibles de :

- diminuer le nombre de cigarettes qu'elles fument;
- cesser de consommer de l'alcool;
- prendre des vitamines prénatales;
- donner naissance à un bébé à terme ayant un poids santé;
- choisir d'allaiter et d'allaiter plus longtemps.

Voir www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/prog-ini/cnpn-pcnp/evaluation-fra.php

Par ailleurs, le secteur privé peut souvent jouer un rôle important. Par exemple, au Nunavut, le coordonnateur de la santé publique s'est penché sur un problème de sécurité alimentaire en établissant des liens avec les détaillants locaux en alimentation, principalement en rencontrant les employés en personne. Ses efforts ont mené à un certain nombre d'initiatives de promotion d'une saine alimentation abordable, notamment en accordant des rabais sur des aliments, en organisant des dégustations en magasin et en fournissant des recettes.

Les médias peuvent devenir un grand allié lorsque l'on travaille en faveur de l'équité. À Montréal, quand on leur a demandé comment les médias percevaient les rapports annuels de la ville sur les écarts en santé, les membres d'équipes de rédaction ont indiqué que les rapports « sont essentiels puisqu'ils sont une source d'information crédible ». Avec l'aide des médias, le public est en mesure de mieux comprendre les problèmes d'équité, ce qui est important dans un processus démocratique.

Bon nombre d'organisations du secteur de la santé ont tiré la même leçon : il est important d'utiliser un langage clair à la fois avec les intervenants et avec le public quand il est question de santé publique. Par exemple, les programmes de la Vancouver Coastal Health ont obtenu un meilleur taux de participation quand la terminologie liée à l'« équité » ne faisait pas partie du vocabulaire utilisé. En Ontario, une vidéo créée par le Service de santé publique de Sudbury et du district intitulée *Engageons une conversation sur la santé... sans jamais parler de soins de santé* traite d'équité sans jamais utiliser les mots « équité » ou « disparité ». La vidéo utilise plutôt des termes et des phrases simples comme « pauvreté = mauvais état de santé » et « plus vous avez de l'argent, plus vous êtes en santé » (voir l'Encadré 6).

ENCADRÉ 6 : ENGAGEONS UNE CONVERSATION SUR LA SANTÉ... SANS JAMAIS PARLER DE SOINS DE SANTÉ

Le Service de santé publique de Sudbury et du district (SSPSD) a créé l'outil *Engageons une conversation sur la santé... sans jamais parler de soins de santé* pour sensibiliser les décideurs du milieu communautaire aux facteurs généraux qui exercent une influence sur la santé. La vidéo et le guide d'utilisation contiennent cinq grands messages :

1. La santé s'améliore à chaque échelon de la société et du revenu.
2. Les possibilités d'être en santé varient d'une personne à l'autre et sont largement influencées par le statut socio-économique.
3. Le statut socio-économique découle des mesures que nous pouvons tous prendre. Que ce soit individuellement ou collectivement, nous pouvons prendre des décisions et faire des choix qui sont bons pour nos collectivités et pour notre santé.
4. Les soins de santé ne peuvent à eux seuls régler nos problèmes de santé.
5. Nous avons tous un rôle à jouer.

Les employés ont réalisé une évaluation du programme qui a aidé le SSPSD à trouver des moyens d'améliorer l'utilisation de la vidéo et du guide sur une base continue. Ils prévoient continuer d'utiliser les outils pour joindre les secteurs non liés à celui de la santé dans la communauté afin de faire ressortir les inégalités en santé et de donner des exemples tangibles d'outils et d'actions qui peuvent contribuer à réduire ces mêmes inégalités. Les résultats de l'évaluation permettent également de remettre davantage en question des perceptions erronées à l'égard des membres des populations prioritaires et de les inclure dans les processus de planification continue.

Depuis, au moins 21 autres organismes de santé de partout au Canada et dans le monde ont adapté la vidéo à leur propre contexte.

Voir : www.sdhu.com/content/healthy_living/doc.asp?folder=3225&parent=3225&lang=0&doc=11749

La Région sanitaire de Saskatoon est bien connue au Canada pour faire participer efficacement ses partenaires à tous les aspects de ses travaux touchant l'équité en santé²⁰. Dès le départ, les partenaires du milieu communautaire ont pris part aux processus décisionnels s'attaquant aux inégalités en santé. Sachant que bon nombre d'organisations à Saskatoon travaillent depuis longtemps pour contrer la pauvreté et les effets d'autres déterminants sociaux de la santé et qu'il est essentiel d'obtenir l'adhésion de la communauté pour provoquer des changements, l'équipe de la Région sanitaire de Saskatoon a commencé ses propres travaux sur l'équité en santé en mobilisant plus de 60 organisations gouvernementales et non gouvernementales.

À Saskatoon, il a été possible d'obtenir une collaboration productive des gens du milieu et d'autres partenaires du secteur gouvernemental en procédant comme suit :

- *respecter tous les participants* – L'équipe responsable de la santé publique a reconnu le précieux travail qui se fait déjà dans l'ensemble des secteurs au sein de la collectivité et s'est servie des liens qui existaient déjà entre les personnes et les organisations pour établir des relations de travail fondées sur la confiance, le respect mutuel et la responsabilité;

- *créer des conditions qui permettent à tous les intervenants de s'exprimer* – Des consultations ont été menées afin que tous les membres de la communauté puissent se faire entendre et que le processus soit des plus efficaces. Les discussions se sont déroulées dans des endroits connus des participants, qui étaient souvent invités par un membre d'un organisme communautaire qu'ils connaissaient personnellement. Des efforts ont été réalisés pour s'attaquer aux obstacles entravant la participation, comme le manque de services de garde pour enfants ou l'absence de services de transport;
- *mobiliser des personnes ayant vécu elles-mêmes des expériences* – Que ce soit dans la recherche participative ou dans la planification d'actions concernant des enjeux ayant touché personnellement ces personnes, l'expérience personnelle a été mise en valeur. Des organismes communautaires ont permis d'aller chercher des gens vivant en situation désavantagée pour qu'ils assument des rôles utiles et précis;
- *trouver un terrain d'entente* – Pour commencer les consultations sur une note positive, on a posé la question suivante à toutes les parties : « Avec quels éléments du rapport *Health Disparity in Saskatoon: Analysis to Intervention* êtes-vous d'accord? »²¹. On a jugé qu'il était essentiel de trouver un terrain d'entente pour qu'une collaboration soit possible;
- *bien choisir le moment* – Il fallait faire montre de patience et de ténacité pour trouver le bon moment et repérer des occasions de provoquer des changements.

Au moment de promouvoir des activités visant l'équité en santé, la Région sanitaire de Saskatoon s'est assurée de présenter des preuves et de proposer un moyen d'aller de l'avant de façon à rejoindre les principaux publics, en procédant comme suit :

- s'assurer que les recommandations formulées tiennent compte du point de vue des partenaires de plusieurs secteurs;
- adapter le langage du domaine de l'équité en santé pour qu'il convienne au public visé (p. ex. « une communauté en santé » ou « apporter la prospérité »);
- tenir des séances d'information technique avec des comités de rédaction et des journalistes avant la diffusion de rapports importants pour mettre les médias en contexte et leur donner des lignes directrices pour l'interprétation des travaux de recherche;
- rendre la question de l'équité en santé plus humaine au moment de mobiliser les décideurs et le public en optant pour des histoires et des illustrations ainsi que pour des preuves empiriques.

6. SOMMAIRE DES OBSERVATIONS RECUEILLIES

L'intégration de l'équité en santé dans une organisation est un processus itératif et graduel; des obstacles et difficultés peuvent influencer sur le rythme et la réussite du processus. La présente section note quelques-unes des principales observations des participants au sujet des difficultés éprouvées et indique des facteurs et des approches qui peuvent permettre, accélérer ou faciliter la progression des approches visant l'équité en santé.

DIFFICULTÉ	APPROCHES/FACTEURS POUVANT FACILITER LES PROGRÈS
<p>BASES SOLIDES</p> <p><i>Portée de l'initiative :</i> L'ampleur des mesures requises pour faire progresser l'équité en santé peut parfois sembler démesurée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le fait de pouvoir compter sur un leadership solide et soutenu permet aux organisations de consacrer du temps et des ressources et de conserver la vision à long terme nécessaire pour assurer une action efficace. Il est possible de désigner et de soutenir officiellement des leaders ou d'avoir des champions décidés qui sont désignés officieusement. Le leadership peut être entretenu à l'aide d'un certain nombre de méthodes officielles et officieuses, comme le mentorat et la formation. L'intégration de l'équité en santé demande un changement de culture quant à la façon dont fonctionnent les organisations du secteur de la santé et les gouvernements.
<p><i>Limites des capacités :</i></p> <p>L'intégration de l'équité en santé au niveau opérationnel nécessite de nouveaux outils, aptitudes et capacités. Par ailleurs, il est difficile de garder le personnel en poste dans les régions éloignées.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Afin de réduire le fardeau (réel et perçu) imposé au personnel et de diminuer le plus possible le roulement du personnel, il faut mettre en place des ressources venant appuyer des activités appropriées de formation et de renforcement des capacités. Les approches structurelles qui affectent des ressources à du personnel attiré pour qu'il se concentre sur l'équité en santé (que ce soit pour l'ensemble de l'organisation ou dans des secteurs de programme) permettent également de renforcer les capacités. Les universités et les organismes de recherche jouent également un rôle important dans la formation du personnel et pour ce qui est du perfectionnement de la recherche et de l'application de celle-ci dans la pratique.
<p><i>Structure organisationnelle :</i></p> <p>Les structures administratives qui font une distinction entre la santé publique et les soins de santé peuvent créer des obstacles entre les services de santé et les services sociaux.</p> <p>Les mesures incitatives peuvent également aller à l'encontre de certains types de travaux de recherche et de travaux intersectoriels.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Il faut faire continuellement des efforts pour promouvoir et intégrer davantage l'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé dans la conception et la prestation des services de santé. Dans certains cas, il se peut que des mécanismes aient été mis en place pour soutenir le travail coopératif, mais qu'ils soient sous-utilisés parce qu'ils sont méconnus ou que l'on présume qu'il faut trouver de nouvelles façons de régler les problèmes. Il pourrait être profitable de faire connaître ces mécanismes.

<p><i>Compressions budgétaires :</i> Les contraintes financières peuvent restreindre les efforts visant à mettre en œuvre et en place un programme d'équité en santé dans les organisations et les régions. Les travaux de collaboration intenses peuvent représenter un fardeau financier majeur, surtout pour les petites organisations.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il peut être bon de faire connaître l'équité en santé comme étant une « façon de faire les choses » et un moyen d'atteindre plus efficacement les buts établis. • Il peut être profitable de démontrer l'utilité d'appliquer une vision d'équité en santé. De plus, on peut renforcer le soutien en commençant à petite échelle ou en harmonisant les travaux d'intégration de l'équité en santé avec les questions prioritaires en matière de santé.
<p>BASE DE CONNAISSANCES</p> <p><i>Limites des données :</i> Toute approche d'équité en santé dépend de l'accès à des données exactes au niveau de chaque administration, mais il n'est pas toujours possible d'obtenir de telles données.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un accès à des données au niveau des quartiers et à des données sur les populations inuites et des Premières Nations pourrait s'avérer particulièrement utile et pratique; on pourrait donc envisager de classer ces données par priorité selon le contexte.
<p><i>Manque d'outils d'appoint :</i> Il est nécessaire d'avoir des outils dont l'efficacité a été testée dans différents contextes pour faciliter la mise en œuvre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les équipes responsables de l'équité en santé doivent travailler avec le personnel pour mettre à l'essai, adapter ou même élaborer de nouveaux outils qui fonctionneront pour tous les groupes sur le continuum de soins, dans différents milieux et à tous les niveaux de direction. Ces équipes doivent être en mesure d'expliquer de quelle façon l'application des outils peut entraîner des changements positifs au niveau des programmes, des politiques et de la recherche.
<p>COLLABORATION AVEC DES PARTENAIRES HORS DU SECTEUR DE LA SANTÉ</p> <p><i>Programmes conflictuels :</i> Chaque organisation appelée à participer dans des approches multisectorielles possède son propre programme et ses propres priorités. Il est difficile de trouver un terrain d'entente et de s'assurer que les initiatives de promotion de l'équité en santé tirent parti des efforts des uns et des autres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • On reconnaît que différentes approches seront requises pour encadrer les messages sur l'équité en santé afin qu'ils aient un sens pour différents publics, comme les professionnels de la santé, les clients, les médias et le grand public. Aux AHS, on a consacré beaucoup de temps à la production d'un glossaire pour s'assurer que le langage et les définitions touchant l'équité en santé sont bien compris par les membres de l'équipe de la haute direction. • Le fait de bien connaître le contexte externe (soit les points de vue du public et des organismes communautaires) ouvre la voie à la réalisation de travaux avec des partenaires suivant une méthode participative respectueuse.

<p><i>Communication et mobilisation</i> : Les éléments complexes de l'équité en santé et des déterminants sociaux nécessitent une communication et une mobilisation actives et réciproques avec de nombreux intervenants; il peut être difficile de coordonner le tout.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il peut s'avérer nécessaire d'établir un éventail de moyens de communication, allant des réunions communautaires et de l'utilisation de médias sociaux à des conversations en personne, pour répondre aux besoins des uns et des autres, notamment de personnes présentant différents niveaux d'alphabétisation. • Les processus de mobilisation qui font participer des populations (y compris les populations autochtones) vivant dans des conditions vulnérables à la prise de décisions peuvent assurer la continuité culturelle; celle-ci est importante lorsque l'on cherche à améliorer les résultats pour la santé.
<p><i>Déséquilibre des pouvoirs</i> : Il faut reconnaître et gérer efficacement les différences et la dynamique sur le plan des pouvoirs, que ce soit au sein des gouvernements, entre les secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux ou dans les communautés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pour éviter que les organismes communautaires se sentent débordés par les grandes organisations du secteur de la santé, il faut demander à différents partenaires de mener diverses initiatives en veillant à ce que les soutiens nécessaires soient en place. Les partenaires peuvent se partager l'avant-scène au moment des annonces, et la communauté en général peut être appelée à participer à l'élaboration de plans d'action.
<p><i>Gestion d'attentes diversifiées</i> : Certains employés et partenaires communautaires pourraient vouloir progresser plus rapidement que ce que d'autres sont capables de faire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pour que les processus soient mis en œuvre de façon efficace et efficiente, les équipes responsables de l'équité en santé ont besoin de plans de mise en œuvre bien définis; le personnel et les partenaires resteront ainsi concentrés sur les buts immédiats, et on s'assurera qu'une approche cohérente est appliquée pour atteindre les objectifs à long terme.

7. CONCLUSION

Le présent document décrit et résume les expériences d'organisations du secteur de la santé canadien sur le plan de la réalisation de l'équité en santé au sein du secteur de la santé et au-delà dans l'espoir que les personnes qui travaillent dans de telles organisations souhaitant accélérer le processus de réduction des inégalités en santé puissent profiter une information pertinente.

Le présent rapport explique comment, au Canada, certains intervenants du secteur de la santé ont reconnu que l'équité en santé est un facteur important et ont trouvé des moyens d'intégrer ces facteurs dans l'établissement des priorités et l'élaboration de programmes et d'évaluation. Dans tous les ordres de gouvernement, on trouve des exemples d'organisations du secteur de la santé qui continuent d'élaborer et d'utiliser un éventail de mécanismes et de structures d'équité en santé, de renforcer les capacités afin de produire et d'utiliser des données de recherche et des connaissances et d'établir des partenariats entre les secteurs avec un éventail d'intervenants et d'alliés. Malgré les différences dans l'organisation des systèmes de santé, la plupart des administrations mettent en œuvre des formes d'approches intersectorielles et intergouvernementales pour réduire les inégalités en santé.

Au Canada, le secteur de la santé publique est normalement un chef de file dans la réalisation de l'objectif officiel d'équité en santé, mais il peut être des plus efficaces quand il réussit à concrétiser simultanément des priorités de la santé publique et d'autres priorités gouvernementales. Étant donné que bon nombre des facteurs ayant une incidence sur les déterminants de la santé résident à l'extérieur du secteur de la santé, ce dernier ne doit pas s'attendre à pouvoir tout faire par lui-même, ni à tout faire d'un seul coup. Le secteur de la santé aura plutôt une incidence optimale s'il peut déterminer vers quoi concentrer ses efforts, démontrer la valeur qu'il apporte au processus et travailler en collaboration avec d'autres secteurs pour améliorer la vie de tous les Canadiens.

ANNEXE A – MÉTHODOLOGIE

La présente annexe fournit un supplément de renseignements sur les activités du projet afin de compléter l'aperçu de la méthodologie présentée à la section 1.2.

PETITS GROUPES DE DISCUSSION PANCANADIENS

BUT :

Quatre téléconférences de deux heures avec de petits groupes pancanadiens ont été organisées dans les buts suivants :

- recueillir de l'information et des points de vue auprès d'un groupe représentatif des secteurs de la santé fédéral, provinciaux/territoriaux, régionaux et municipaux de partout au Canada au sujet des expériences relatives à l'intégration des optiques, des outils, des ressources et des capacités en matière d'équité en santé dans le cadre des politiques, programmes et pratiques de leurs organisations et dans le secteur de la santé en général; repérer les éléments qui facilitent l'intégration de l'équité en santé ou qui nuisent à celle-ci;
- renforcer les réseaux existants et l'échange de connaissances entre des praticiens de la santé publique de partout au Canada.

DOCUMENTS PRÉPARATOIRES REMIS AUX PARTICIPANTS DES TÉLÉCONFÉRENCES :

Les questions types suivantes ont été remises à l'avance aux participants des téléconférences :

- Veuillez nous faire part de votre expérience en matière d'intégration de l'équité en santé dans les politiques, programmes et pratiques du secteur de la santé publique, y compris dans le système de la santé en général. Vous disposerez chacun d'environ 4 minutes pour présenter l'approche que votre organisation applique. Veuillez réfléchir à un ou deux exemples précis qui décrivent votre approche générale.
- Quelles difficultés avez-vous eu pendant le processus d'intégration de l'équité en santé? Qu'avez-vous fait pour relever les défis?
- Dans quelle mesure et comment avez-vous mobilisé des organisations communautaires/ ONG, le grand public, d'autres ministères et administrations ou d'autres intervenants? Veuillez décrire cette expérience. Cela s'est-il déroulé comme prévu?
- Quelles sont, selon vous, vos réalisations sur le plan de l'intégration de l'équité en santé et quels ont été les principaux facteurs de réussite?
- Quelles sont les autres leçons que vous avez tirées qui pourraient être utiles pour d'autres personnes (y compris un public international)?

Le tableau vierge suivant a également été remis aux participants pour les encourager à réfléchir à leur expérience et à leur savoir avant la tenue de la téléconférence :

EXEMPLES D'INTÉGRATION DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ				
	De quelle façon le leadership, la gouvernance et l'établissement des priorités ont-ils influé sur vos...?	Dans quelle mesure le renforcement des capacités et la production d'outils et de ressources ont-ils joué un rôle dans vos...?	De quelle façon la mobilisation intersectorielle et communautaire et celle d'intervenants du gouvernement sont-elles venues étoffer vos...?	Comment les activités de surveillance, de production de rapports et d'application des connaissances ont-elles facilité vos...?
Politiques				
Programmes				
Pratiques				

Les téléconférences ont été enregistrées sur bande audio, ce qui a permis aux participants de prendre des notes et de cerner de nouveaux thèmes.

PARTICIPANTS AUX TÉLÉCONFÉRENCES EN PETITS GROUPES

On s'est efforcé d'inclure des représentants du plus grand nombre possible de provinces/territoires qui pouvaient participer en combinant différents niveaux d'administration et d'organisations se trouvant à différentes étapes de l'intégration de l'équité en santé. Ont également été sélectionnés d'autres participants travaillant pour le compte d'organisations de la santé de régions rurales, éloignées et nordiques du pays.

Une ou plusieurs personnes des organisations suivantes ont participé aux téléconférences; leur niveau et leur rôle allaient de médecin hygiéniste en chef à fournisseur de services directs :

- Santé de la population, Vancouver Coastal Health, Colombie-Britannique (administration locale; grande concentration urbaine);
- ministère de la Santé de la Colombie-Britannique (gouvernement provincial);
- gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (gouvernement territorial);
- ministère de la Santé et des Affaires sociales, gouvernement du Yukon (gouvernement territorial);
- Services de santé de la population et de la santé publique, Région sanitaire de Regina Qu'Appelle (administration locale, centre urbain de taille moyenne);
- Unité de la santé de la population, Northern Saskatchewan Health Authorities (administration locale, zone rurale);
- Initiatives en santé de la population, Office régional de la santé de Winnipeg, Manitoba (administration locale, centre urbain de taille moyenne);
- Unité de l'équité en santé, Bureau du médecin hygiéniste en chef du Manitoba, Santé Manitoba (gouvernement provincial);
- Accès et équité, Santé publique de Toronto, Ontario (administration locale, grande concentration urbaine);

- Direction de la santé communautaire et de la santé de la population, ministère de la Santé, Ontario (gouvernement provincial);
- Équité en santé, Division de la promotion de la santé, Service de santé publique de Sudbury et du district, Ontario (administration locale, petit centre urbain et zone rurale);
- Institut national de santé publique du Québec (institut provincial);
- Centres de santé et de services sociaux de Montréal, Québec (administration locale, grande concentration urbaine);
- gouvernement du Nunavut (gouvernement territorial);
- Région 3, gouvernement du Nouveau-Brunswick (administration locale, gouvernement provincial);
- Guysborough Antigonish Strait Health Authority (GASHA), Nouvelle-Écosse (administration locale, zone rurale);
- Western Health, Terre-Neuve (administration locale, zone rurale).

ENTREVUES AUPRÈS D'INFORMATEURS CLÉS

Des représentants des unités organisationnelles suivantes des trois organisations du secteur de la santé présentées ont pris part aux entrevues approfondies réalisées auprès d'informateurs clés. On a réalisé une entrevue par téléconférence pour chacune des trois organisations :

1. Alberta Health Services

- Bureau du médecin hygiéniste en chef
- Santé de la population et santé publique
- Programme de santé des Autochtones
- Zone du Sud

2. Portefeuille de la Santé du gouvernement fédéral

Agence de la santé publique du Canada

- Direction des déterminants sociaux et de l'intégration scientifique, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques
- Direction de la politique stratégique et des services ministériels, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques

Santé Canada

- Direction de la politique stratégique, de la planification et de l'information, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Instituts de recherche en santé du Canada

- Institut de la santé publique et des populations
- Institut de la santé des femmes et des hommes

3. Région sanitaire de Saskatoon

- Médecins hygiénistes
- Observatoire de la santé publique

ORIENTATION DU PROJET

Tout au long de ce projet, un Groupe de référence formé d'experts a fourni, à titre consultatif, des lignes directrices, de l'information et une rétroaction en vue d'étoffer la portée du projet, ses buts, ses stratégies et ses activités. De plus, les membres ont suggéré des noms de personnes ou d'organisations qui devraient prendre part aux consultations et transmis des observations utiles sur le guide de discussion pour les téléconférences ainsi que des modifications à apporter aux grandes lignes et au contenu du rapport.

RÉFÉRENCES

- (1) Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé, *Réduire les disparités sur le plan de la santé – rôles du secteur de la santé : document de travail*, Ottawa (Ont.), Agence de la santé publique du Canada, 2005 [cité le 19 février 2013] (dossier des auteurs).
- (2) Greenberg, Lawson et Claude Normandin, *Variations en matière d'espérance de vie à la naissance*, Composante du produit n° 82-624-X au catalogue de Statistique Canada, Coup d'œil sur la santé, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, avril 2011 [cité le 19 février 2013], www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2011001/article/11427-fra.pdf
- (3) Agence de la santé publique du Canada, *Réduction des inégalités en santé : un défi de notre temps*, Ottawa (Ont.), Direction des initiatives stratégiques et des innovations, 2011, ISBN : 978-1-100-97223-7
- (4) Santé Canada, *Insécurité alimentaire des ménages au Canada en 2007–2008 : statistiques et graphiques clés* [Internet], Ottawa (Ont.), Bureau de la politique et de la promotion de la nutrition, 2012 [Cité le 19 février 2013], www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/insecurit/key-stats-cles-2007-2008-fra.php
- (5) Muhajarine, Nazeem, et al., *Understanding the impact of the Canada prenatal nutrition program: A quantitative evaluation*, soumis à l'Agence de la santé publique du Canada, Saskatoon (Sask.) : Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit, septembre 2009 [cité le 19 février 2013], www.spheru.ca/publications/files/CPNP-Evaluation-Report.pdf
- (6) Lemstra, Mark, Cory Neudorf et Johnmark Opondo, *Health disparity by neighbourhood income*, Canadian Journal of Public Health, décembre 2006; 97(6): 435–439 [cité le 26 février 2013], www.medicine.usask.ca/leadership/social-accountability/pdfs%20and%20powerpoint/Health%20Disparity%20by%20Neighbourhood%20Income.pdf
- (7) Agence de la santé publique du Canada, *Rapport de L'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada*, 2008 [cité le 6 février 2013], www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/fr-rc/index-fra.php
- (8) Koh, Howard H. et Juleigh M. Nowinski, *Health Equity and Public Health Leadership*, American Journal of Public Health, avril 2010; 100(S1): S9–S11 [cité le 6 février 2013], www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2837440/
- (9) Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *L'excellence des soins pour tous* [Internet], Toronto (Ont.), 2010 [cité le 18 janvier, 2013], health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ecfa/legislation/
- (10) Gouvernement du Québec. *Loi sur la santé publique*, chapitre S–2.2 [Internet], Québec (Qc), 2001 [mis à jour le 1^{er} février 2013; cité le 26 février 2013], www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html
- (11) Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, *L'application de l'article 54 de la Loi sur la santé publique du Québec*, Montréal (Qc), auteur, 2012 [cité le 13 mars 2013], www.ncchpp.ca/docs/Article54fran%C3%A7ais042008.pdf
- (12) Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, *Profiter du changement : Développer des compétences en leadership pour la pratique en santé publique au Québec*, Antigonish (N.-E.), auteur, 2012 [cité le 21 février 2013], nccdh.ca/fr/resources/entry/casestudy-QC.
- (13) Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Normes de santé publique de l'Ontario* [Internet], Toronto (Ont.), 2009 [cité le 25 février 2013], www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/default.aspx

- (14) Sutcliffe, Penny, Susan Snelling et Sandra Laclé, *Rapport final sur le projet d'intervention : Appliquer les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé*, Sudbury (Ont.), auteur, 2010 [cité le 21 février 2013], www.sdhu.com/content/healthy_living/doc.asp?folder=3225&parent=3225&lang=1&doc=11759
- (15) Commission des déterminants sociaux de la santé, *Comblant le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé, Genève, Suisse, Organisation mondiale de la Santé, 2008 [cité le 7 février 2013], whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf
- (16) Institut canadien d'information sur la santé – Institut de la santé publique et des populations, Institut canadien d'information sur la santé – Initiative sur la santé de la population canadienne, *Recueil de cas de recherche interventionnelle en santé des populations*, Ottawa (Ont.), auteurs, 2011 [cité le 22 février 2013], <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC1604>
- (17) Institut canadien d'information sur la santé, *Réduction des écarts en matière de santé : Un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada*, Ottawa (Ont.), auteur, 2008 [cité le 8 février 2013], https://secure.cihi.ca/free_products/Reducing_Gaps_in_Health_Report_FR_081021.pdf
- (18) Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, *Outils et approches pour évaluer et soutenir les mesures de santé publique en matière de déterminants de la santé d'équité en santé*, Montréal (Qc), auteurs, nov. 2012 [cité le 7 février 2013], www.ccnpps.ca/docs/Equite_Outils_CCNDS-CCNPPS.pdf
- (19) Organisation mondiale de la Santé, *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé* [Internet], Genève, Suisse, auteur, mai 2004 [cité le 7 février 2013], www.who.int/dietphysicalactivity/fr/index.html
- (20) Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, *Améliorer la santé à Saskatoon : de l'information à l'action*, 2012, Antigonish (N.-E.), auteur. [cité le 22 février 2013] nccd.ca/fr/resources/entry/casestudy-SK.
- (21) Lemstra, Mark et Cory Neudorf, *Health Disparity in Saskatoon: Analysis to Intervention*, Saskatoon (Sask.), Saskatoon Health Region, 2008 [cité le 6 février 2013], www.saskatoonhealthregion.ca/your_health/documents/PHO/HealthDisparityRept-complete.pdf
- (22) Sénat du Canada, Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *Politiques sur la santé de la population : enjeux et options*, Ottawa (Ont.), avril 2008 [cité le 31 janvier 2013], www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/392/soci/rep/rep10apr08-f.pdf
- (23) Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Énoncé de position : Les déterminants de la santé*, Canada, auteur, 2009 [cité le 26 février 2013], www.aiinb.nb.ca/PDF/CNA_Determinants_of_Health_F.pdf
- (24) Rich, Pat, *Les délégués de l'AMC s'engagent résolument à établir l'équité en santé* [Internet], Association médicale canadienne, août 2012 [cité le 26 février 2013], www.cma.ca/delegates-sengagent-equite-en-sante
- (25) Conference Board of Canada, *Healthy People, Healthy Performance, Healthy Profits: The Case for Business Action on the Socio-Economic Determinants of Health*, Canada, décembre 2008 [cité 31 janvier 2013], sso.conferenceboard.ca/Libraries/NETWORK_PUBLIC/dec2008_report_healthypeople.sflb
- (26) Association des infirmières et infirmiers du Canada, *Sondage national : Les Canadiens disent « oui, s'il vous plaît » à la santé dans toutes les politiques* [Internet], Canada, novembre 2012 [cité le 9 février 2013], www.cna-aiic.ca/fr/salle-des-nouvelles/communiqués-de-presse/2012/les-canadiens-disent-oui-sil-vous-plait-a-la-sante-dans-toutes-les-politiques