



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

PROGRAMME COMMUN POUR SOUTENIR L'ACTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE EN MATIÈRE D'ÉQUITÉ EN SANTÉ



Coordonnées

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé
Université St. Francis Xavier
Antigonish (N.-É.) B2G 2W5
Courriel : ccnds@stfx.ca
Téléphone : 902-867-5406
Télécopieur : 902-867-6130
Site Web : www.ccnds.ca
Twitter : @NCCDH_CCNDS

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé est hébergé par l'Université St. Francis Xavier.

Veuillez citer l'information contenue dans le présent document comme suit :

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2016). *Programme commun pour soutenir l'action de la santé publique en matière d'équité en santé*. Antigonish (N.-É.), Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.

ISBN : 978-1-987901-37-5

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de l'Agence de la santé publique du Canada, qui finance le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS).

Les points de vue exprimés dans le présent document ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

Une version électronique (en format PDF) du présent document est disponible dans le site Web du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé à l'adresse www.ccnds.ca.

A PDF format of this publication is also available in English at www.nccdh.ca under the title *Common Agenda for Public Health Action on Health Equity*.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
Pourquoi un programme commun?	3
Mode d'emploi du programme commun	4
Processus de création du programme commun	4
COMPRENDRE LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ ET L'ÉQUITÉ EN SANTÉ	5
INIQUITÉS EN SANTÉ AU CANADA	7
INITIATIVES ACTUELLES POUR RÉDUIRE LES INIQUITÉS EN SANTÉ	11
PROMOUVOIR UNE CULTURE D'ÉQUITÉ : OBJECTIFS ET APPROCHES POUR UN PROGRAMME COMMUN	16
Établir des bases solides pour pouvoir passer à l'action	18
Renforcer le leadership en santé publique.	18
Accroître le soutien social et politique (la volonté politique) et l'action.	18
Renforcer la capacité organisationnelle et systémique	19
Produire une bonne base de connaissances et l'utiliser.	21
S'appuyer sur les données probantes et renforcer la base de connaissances pour soutenir l'action concertée	21
Incorporer l'équité dans les méthodes de surveillance et de suivi et dans la production de rapports.	22
Collaborer avec des partenaires hors du secteur de la santé	23
Participer à des mesures multisectorielles à long terme.	23
Plaider en faveur du changement en matière de politique et de structure.	24
Allouer des ressources et du temps à l'engagement communautaire soutenu et substantiel	25
METTRE LE PROGRAMME COMMUN EN ACTION	27
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	29
ANNEXE 1	34
ANNEXE 2	38

REMERCIEMENTS

Sume Ndumbe-Eyoh, Lesley Dyck et Connie Clement ont rédigé le présent document.

Membres du comité consultatif :

- Marjorie McDonald, professeure (sciences infirmières), Université de Victoria, Colombie-Britannique
- James Talbot, médecin hygiéniste (ancien), Alberta
- Gaynor Watson-Creed, médecin hygiéniste, Régie régionale de la santé Capital, Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse, Nouvelle-Écosse

Membres du comité de révision :

- Benita Cohen, professeure adjointe, Collège des sciences infirmières, faculté des sciences de la santé, Université du Manitoba, Manitoba
- André Corriveau, médecin hygiéniste en chef, ministère de la Santé et des Services sociaux, Territoires du Nord-Ouest
- Robert Strang, médecin hygiéniste en chef, ministère de la Santé et du Mieux-être, Nouvelle-Écosse

Le personnel du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé souhaite remercier toutes les parties prenantes de la santé publique qui ont transmis leurs connaissances et le fruit de leur expérience dans les documents de référence.

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS), situé à l'Université St. Francis Xavier, est l'un des six centres de collaboration nationale (CCN) en santé publique au Canada. Financés par l'Agence de la santé publique du Canada, les CCN produisent de l'information pour aider les professionnels de la santé publique à améliorer leur gestion des menaces pour la santé publique, des maladies chroniques, des blessures, des maladies infectieuses et des iniquités en santé. Le CCNDS s'intéresse de près aux facteurs sociaux et économiques qui agissent sur la santé de la population canadienne et à l'application des connaissances en vue d'influer sur les déterminants corrélatifs et de promouvoir l'équité en santé. Renseignez-vous davantage en écrivant à nccds@stfx.ca. Les autres CCN se spécialisent respectivement dans l'un des secteurs clés suivants : santé autochtone, santé environnementale, politiques publiques et santé, maladies infectieuses et méthodes et outils. Pour en savoir plus sur les CCN, allez à www.ccnsp.ca/1/Accueil.ccnsp.

1

Introduction

Pourquoi un programme commun?

Les iniquités en santé désignent les écarts systématiques, injustes et évitables¹⁻³ dans l'état de santé. Ces écarts sont attribuables aux structures du pouvoir et aux relations de pouvoir inégales dans la société. On constate des iniquités sociales persistantes dans les tranches de population les plus susceptibles de contracter une maladie et de mourir prématurément. Par exemple, la santé des personnes à faible revenu est nettement moins bonne que celle des plus nanties; l'écart dans l'espérance de vie est considérable d'une région géographique à une autre; et, comparativement aux non-Autochtones, on constate chez les Autochtones une moins bonne santé et une espérance de vie moindre⁴⁻⁸. Les acteurs de la santé publique ont toujours cherché à atténuer ces iniquités en santé en agissant sur les conditions sociales, économiques, culturelles et politiques qui ont une incidence sur les iniquités en santé et autres iniquités connexes. Malgré cet engagement, il conviendrait d'intensifier et de consolider les efforts dans ce domaine⁹⁻¹². Une telle démarche aiderait à faire de la société un milieu plus équitable et plus juste, à accroître la cohérence des efforts et à multiplier les innovations pour assurer un meilleur impact.

Un programme commun contribuerait à mieux harmoniser les mesures prises par la santé publique au Canada en ciblant les priorités, les buts, les objectifs et les approches communs en matière d'équité en santé. Le but du *Programme commun pour soutenir l'action de la santé publique en matière d'équité en santé* est d'encourager l'action afin d'améliorer la santé de l'ensemble de la population. Il contribue et adhère à l'élan actuel pour faire progresser l'équité en santé dans le contexte canadien. Avec des objectifs, des approches et des points d'entrée, le programme commun vise à soutenir les responsables de l'élaboration des politiques, les praticiens et les organismes de tous horizons dans l'exercice d'une influence sur les déterminants sociaux de la santé. Le programme peut servir à cibler les domaines d'intérêt commun et les enjeux prioritaires et à évaluer la réussite potentielle de divers types d'intervention au sein de différents secteurs et organismes.

Bien que le présent document s'adresse aux acteurs de la santé publique, le travail de collaboration avec les partenaires du secteur de la santé et des autres secteurs – y compris divers intervenants de la collectivité – en constitue une composante essentielle. Le présent document se veut un guide et un outil pour les personnes déterminées à donner corps à une stratégie commune. Il n'est toutefois pas un substitut à la volonté et à l'engagement en ce sens.

Mode d'emploi du programme commun

Le présent document se veut un guide sur les mesures susceptibles de promouvoir un programme commun à l'échelle locale, provinciale, territoriale et nationale. On y propose aux cadres de direction et aux praticiens de la santé publique des approches adaptées à leur contexte particulier pour orienter l'action organisationnelle et systémique vers l'amélioration de l'équité en santé. Idéalement, le programme servira à encadrer les priorités organisationnelles internes ainsi que les partenariats et projets de collaboration externes.

Processus de création du programme commun

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) a collaboré avec des praticiens, des chercheurs et des décideurs de la santé publique du Canada et discuté avec eux des moyens d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et d'améliorer l'équité en santé. Grâce à des activités d'échange des connaissances, d'apprentissage et de réseautage, les intervenants ont pu expliquer leurs défis, les priorités établies et les domaines méritant un peu plus d'attention et de collaboration.

Le programme commun est l'aboutissement de la synthèse des documents issus de ces activités, dont d'anciens rapports d'activités, des analyses contextuelles, des comptes rendus de réunions et des observations des membres du personnel du CCNDS lors de consultations et d'activités de réseautage. Ces sources représentent la voix de milliers d'acteurs de la santé publique qui œuvrent dans les provinces et territoires du Canada. Nous avons également passé en revue des documents stratégiques de haut niveau du Canada et de l'étranger pour en évaluer la concordance ainsi que d'autres orientations vérifiables. L'analyse de ces sources révèle un grand degré de cohérence en termes de priorités. Voir la liste des sources à l'**annexe 1**.

Les membres d'un groupe consultatif composé de cadres de direction de la santé publique ont fourni l'orientation et les conseils appropriés tout au long du processus. Des réviseurs désignés ont fait part de leurs commentaires relativement aux versions préliminaires (voir la section des remerciements dans les remarques liminaires).

2

Comprendre les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé

Un certain nombre de facteurs sociaux, économiques, écologiques et politiques complexes – communément appelés **déterminants sociaux de la santé** – interagissent de façon dynamique pour influencer les expériences et les résultats en matière de santé. Sur le plan le plus fondamental, les iniquités en santé découlent du contexte social et politique et des **déterminants structuraux de la santé**. Ce sont là les vecteurs des iniquités sociales associées à la classe sociale, au sexe, à la race et à l'ethnie, au niveau de scolarité, à l'emploi et au revenu (p. ex. classisme, sexisme, racisme, hétérosexisme, homophobie et âgisme) qui influencent la distribution du pouvoir, du prestige et des ressources dans la société¹³. Les **déterminants intermédiaires** sont les facteurs matériels, comportementaux, biologiques et psychosociaux (p. ex. conditions de logement, emploi et sécurité alimentaire) qui influent sur la santé. Les **déterminants en aval** sont les conditions qui ont des répercussions immédiates sur la santé (p. ex. connaissances, attitudes, croyances ou comportements liés à la santé). Les déterminants sociaux de la santé influencent et orientent les choix de vie et les comportements qui interagissent entre eux pour mener à un bon état de santé ou à la maladie. Inversement, ils subissent l'influence des

décisions politiques publiques et, par le fait même, sont modifiables au gré des politiques et mesures mises en place.

Certains déterminants de la santé sont interreliés. Il est donc nécessaire de les comprendre en les situant dans leur contexte sociopolitique et historique particulier. Par exemple, on a établi des liens très étroits entre le niveau de scolarité et le revenu. Plus une personne est éduquée, plus elle a la chance d'être mieux rémunérée. Par ailleurs, le racisme et la discrimination dans le système d'éducation nuisent aux personnes autochtones et racialisées et, conséquemment, à leur expérience et résultats scolaires. De plus, comparativement aux personnes non racialisées, même dans les cas où le taux d'achèvement des études secondaires des personnes racialisées est plus élevé, il n'améliore pas leurs perspectives d'emploi ni leur revenu¹⁴.

Les iniquités en santé reflètent des schémas d'inégalités sociales profondément enracinés. Les différences en matière de pouvoir, d'argent et de ressources façonnent les hiérarchies sociales – et sont façonnées par ces dernières – entraînant des écarts dans l'état de santé des divers groupes de population¹³.

ENCADRÉ 1 CONTEXTE

Le contexte est un élément important, quoique peu exploré, de l'action visant à atténuer les iniquités associées aux déterminants sociaux de la santé.

Le contexte renvoie à « un large ensemble d'aspects structuraux, culturels et fonctionnels d'un système social dont les répercussions sur les individus semblent échapper à la quantification, mais qui exercent une influence formative importante sur les schémas de stratification sociale et, donc, sur la santé des individus^{79 [p. 25]} ». [Traduction libre]

Il s'agit notamment du marché du travail, des systèmes d'éducation et des institutions politiques. Les principaux éléments du contexte sont les suivants :

- gouvernance;
- politique macroéconomique;
- politiques sociales (travail, bien-être social, aménagement du territoire et logement);
- politique publique (éducation et santé);
- culture et valeurs sociales;
- situation épidémiologique.

Les iniquités en santé sont les différences systémiques, évitables, inutiles et injustes^{2,3} que l'on observe dans la santé des groupes de population sur les plans social, économique, démographique ou géographique. La stratification sociale (c.-à-d. par sexe, classe sociale, race ou ethnie et capacité) se traduit par des expositions différentielles aux conditions et expériences favorables et nuisibles à la santé, par une vulnérabilité différentielle et par des conséquences inégales de la maladie. Les déterminants de la santé interagissent tout au long du parcours de vie. Les désavantages et les privilèges ont des effets cumulatifs tout au long d'une vie et d'une génération à l'autre. Par conséquent, **une approche fondée sur le parcours de vie** qui tient compte des influences sur la santé d'une personne, depuis la période de gestation jusqu'à la vieillesse, constitue une perspective essentielle à considérer dans toute action sur les déterminants sociaux de la santé¹⁵⁻¹⁷.

RESSOURCES

Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé. (2015). *Examen des cadres relatifs aux déterminants de la santé*. Récupéré de http://ccsdh.ca/images/uploads/Examen_des_cadres.pdf

Mikkonen, J. et D. Raphael. (2010). *Déterminants sociaux de la santé : Les réalités canadiennes*. Récupéré de www.thecanadianfacts.org/Les_realites_canadiennes.pdf

Reading, J. et R. Halseth. (2013). *Trajectoires menant à l'amélioration du bien-être des peuples autochtones : Les conditions de vie déterminent la santé*. Récupéré de www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/102/pathways_FR_web.pdf

McGibbon, E. (éd.). (2012). *Oppression: A Social Determinant of Health*. Halifax (N.-É.) : Publication Fernwood.

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2013). *L'équité en santé : Parlons en*. Récupéré de http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Lequite_en_sante_Parlons-en_2013.pdf



3 Iniquités en santé au Canada

Bien que les iniquités en santé ne soient pas une nouvelle source de préoccupation pour la santé publique, elles gagnent en importance à mesure que les iniquités sociales s'accroissent au Canada et ailleurs dans le monde. Dans un rapport récent, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)¹⁸ montre la mesure dans laquelle le degré d'inégalité du revenu au Canada, et l'écart entre les riches et les pauvres, est pire que dans de nombreux pays européens.

L'institut Broadbent¹⁹ a étudié la richesse au Canada afin de mieux comprendre la valeur nette, c'est-à-dire la valeur totale des avoirs moins les dettes. En 2012, les 10 % de Canadiens les plus riches détenaient près de la moitié (47,9 %) de toute la richesse. En comparaison, les 50 % des Canadiens les moins riches possédaient ensemble moins de 6 % de la richesse.

Les variations régionales sont considérables au Canada : la concentration de la richesse des 10 % les plus riches est plus importante en Colombie-

Britannique (56,2 %) et moins importante dans la région de l'Atlantique (31,7 %) et au Québec (43,4 %).

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a produit un rapport sur le lien entre les iniquités sociales et l'état de santé à l'échelle nationale⁵. Par exemple, les données de 2001 montrent qu'un plus grand nombre d'années de vie ont été perdues en raison d'un décès prématuré (mesurées comme « années potentielles de vie perdues ou APVP ») dans les quartiers urbains à faible revenu que dans les 20 % des quartiers à revenu plus élevé. Dans son rapport sur l'état de la santé publique au Canada, l'administrateur en chef de la santé publique fait remarquer que si les taux du quintile des revenus les plus élevés s'étaient appliqués à l'ensemble de la population, le nombre total d'APVP dans tous les quartiers urbains aurait diminué de 20 % environ, ce qui équivaut à tous les décès prématurés dus à des blessures dans ces quartiers^{5(p. 27)}. Le niveau de scolarité est une autre mesure d'iniquité sociale indiquant qu'un faible niveau de scolarité est lié à un taux plus élevé de maladies chroniques^{5(p. 29)}.

FIGURE 1 : RÉPARTITION DE LA RICHESSE AU CANADA, PAR DÉCILE, 2012 (SOURCE : INSTITUT BROADBENT, 2014)

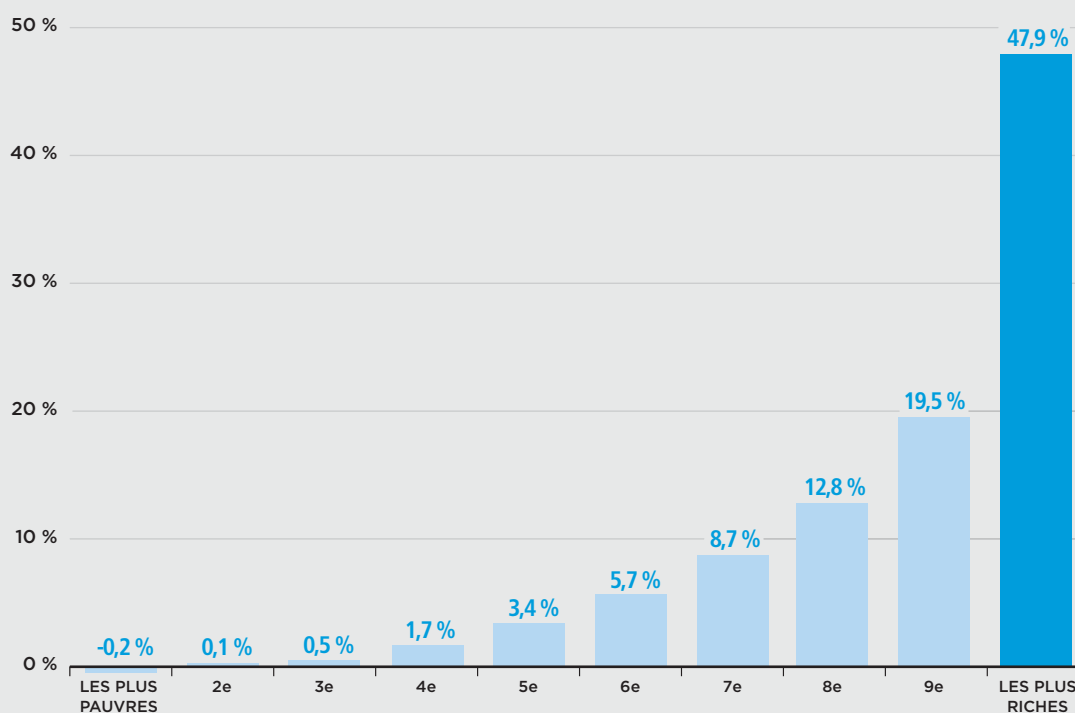
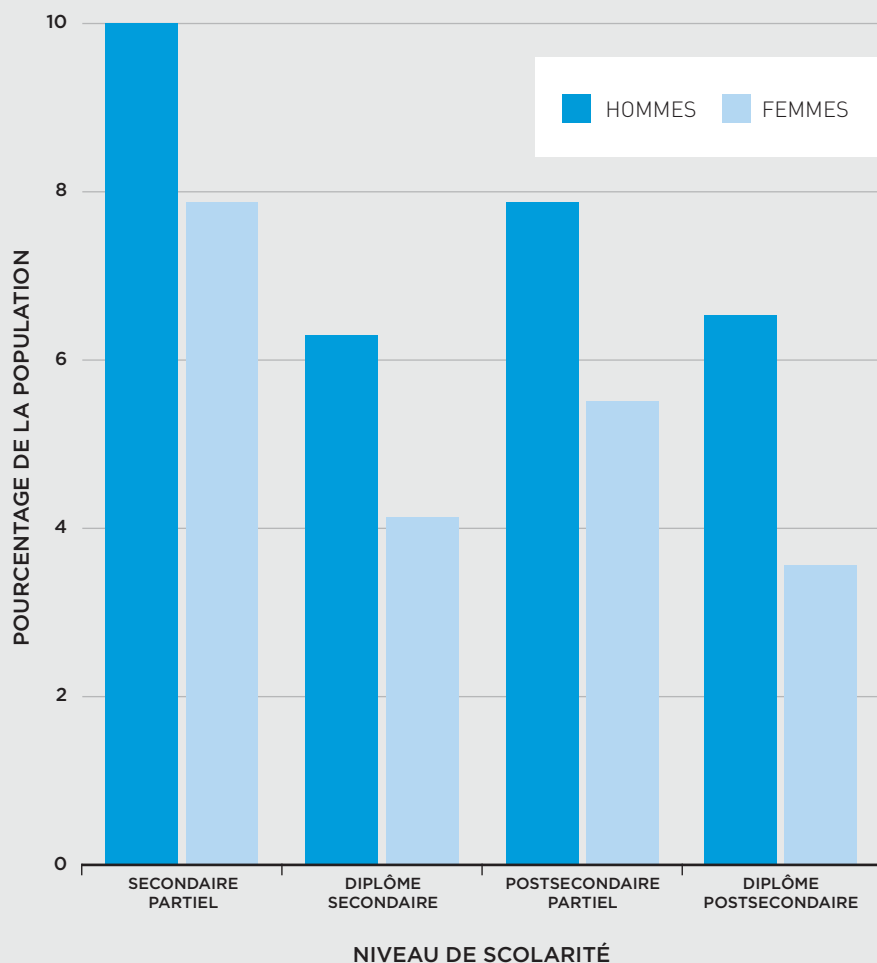


FIGURE 2 : CARDIOPATHIE AUTO-DÉCLARÉE SELON LE NIVEAU DE SCOLARITÉ ET LE SEXE, POPULATION À DOMICILE ÂGÉE DE 45 À 64 ANS, CANADA, 2005 [SOURCE : ASPC, 2008, P. 29]



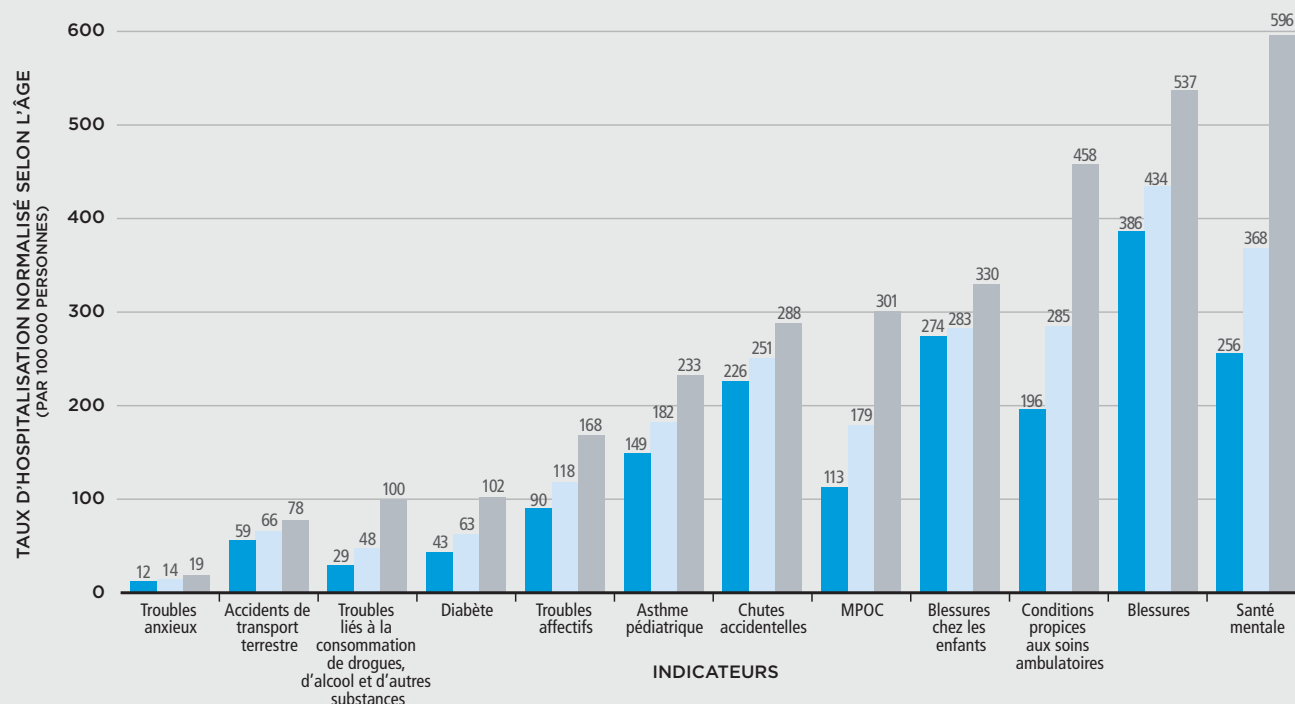
On peut également aborder les iniquités de santé d'un œil critique en considérant la perspective autochtone. Par exemple, les Autochtones sont surreprésentés en ce qui a trait au taux d'infection au VIH. Bien qu'ils ne composaient que 3,8 % de la population canadienne en 2006, ils représentaient 8 % des personnes vivant avec le VIH et 12,5 % des nouvelles infections en 2008²⁰.

Les mesures spatiales, comme le lieu géographique, permettent également de mieux comprendre les iniquités en santé. Les données sur la santé des populations urbaines révèlent un gradient d'iniquité en santé dans les taux d'hospitalisation des divers groupes socioéconomiques²¹. Pour bien comprendre cette information à l'échelle locale, il faut saisir les grandes différences contextuelles observées entre les diverses zones métropolitaines. C'est pourquoi il est primordial de procéder à une analyse locale des données des enquêtes nationales pour bien comprendre la nature des problèmes d'équité. Au cours des dernières années, certaines régions urbaines (Saskatoon, Montréal et Québec) ont produit des rapports sur l'état de santé des populations en tenant compte explicitement de l'équité^{4,6,7}.

Par rapport au lieu géographique, il est également nécessaire de comprendre le contexte local. Par exemple, le revenu et le niveau de scolarité ont tendance à être moins élevés dans les régions rurales du Canada, mais il en va de même pour le taux de cancer. Par ailleurs, les données sur la morbidité et la mortalité indiquent chez les populations rurales un taux plus élevé de mortalité due à une blessure ou à un empoisonnement et un taux plus élevé de décès et d'incapacité attribuables à des accidents de la route²².

Bien que les données sur les iniquités en santé au Canada suffisent pour passer à l'action, des lacunes entravent encore la capacité à suivre leur évolution au fil du temps et à élaborer et à évaluer les interventions pertinentes. Par exemple, un rapport sur la racialisation et l'équité en santé à Toronto²³ met en lumière des iniquités dans les

FIGURE 3 : TAUX D'HOSPITALISATION NORMALISÉ SELON L'ÂGE, PAR GROUPE DE STATUT SOCIOÉCONOMIQUE AU CANADA (SOURCE : ICIS, 2008, P. 29, TABLEAU 2)



résultats de santé de certains groupes racialisés, mais pas d'autres. Le rapport fait ressortir la nécessité de recueillir de meilleures données sur la racialisation et son lien avec la santé au Canada, et le fait que les données disponibles ne permettent pas d'effectuer une analyse exhaustive et concluante à cet égard. Le même problème se pose relativement aux données sur les populations autochtones. Dans bien des cas, elles n'incluent pas les Indiens non inscrits, les Métis ni les Inuits vivant en zone urbaine. Dans les données administratives et de surveillance de la santé, les identificateurs ethniques pour les Premières nations, les Métis et les Inuits sont incohérents. Ces groupes de population restent donc invisibles dans les données²⁰.

Malgré ces difficultés, les données sur les iniquités en santé continuent de s'enrichir. L'Initiative sur la santé de la population canadienne de l'Institut canadien d'information sur la santé²⁴ a récemment publié le rapport intitulé *Tendances des inégalités*

en santé liées au revenu au Canada. On y examine les données sur les tendances temporelles à l'échelle nationale, provinciale et territoriale pour mieux démontrer si l'écart entre les plus nantis et les moins nantis se creuse, persiste ou diminue. On y analyse par ailleurs plusieurs mesures résumant les inégalités en santé liées au revenu, ainsi que les taux de revenu précis pour une série d'indicateurs en santé. On y fait état des politiques et des interventions conçues pour réduire les inégalités. L'Agence de la santé publique du Canada, Statistique Canada, l'ICIS et le Réseau pancanadien de santé publique collaborent à l'heure actuelle à l'élaboration d'un deuxième rapport pancanadien sur les iniquités en santé qui devrait paraître en 2016.

Il importe toutefois de réitérer que, malgré les difficultés concernant les mesures et les données, nous disposons de suffisamment de données probantes pour faire ce qu'il faut pour améliorer l'équité en santé en agissant de manière concertée sur les déterminants sociaux de la santé.

STATISTIQUES SUR LA SANTÉ À L'ÉCHELLE NATIONALE

Agence de la santé publique du Canada. (2015). Portail canadien des pratiques exemplaires : Déterminants sociaux de la santé. Récupéré de <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/public-health-topics/social-determinants-of-health/>

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2013). *Aperçu de la santé des Autochtones au Canada*. Prince George (C.-B.) : auteur. Récupéré de www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/101/aboriginal_health_FR_web.pdf

Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada*. Ottawa (Ont.) : auteur. Récupéré de www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/fr-rc/pdf/CPHO-Report-f.pdf

Institut canadien d'information sur la santé. (2015). *Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada – Rapport technique*. Ottawa (Ont.) : auteur. Récupéré de https://secure.cihi.ca/free_products/trends_in_income_related_inequalities_in_canada_2015_fr.pdf

Institut canadien d'information sur la santé. (2008). *Réduction des écarts en matière de santé – Un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada*. Ottawa (Ont.) : auteur. Récupéré de https://secure.cihi.ca/free_products/Reducing_Gaps_in_Health_Report_FR_081021.pdf

Institut canadien d'information sur la santé. (2006). *Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé*. Ottawa (Ont.) : auteur. Récupéré de https://secure.cihi.ca/free_products/rural_canadians_2006_report_f.pdf

RESSOURCES

OCDE. (2015). *Tous concernés : Pourquoi moins d'inégalité profite à tous*. [Internet]. Paris : publication OCDE. DOI 10.1787/9789264235519-fr

OCDE. (2015). *Panorama de la santé 2015 : Les indicateurs de l'OCDE*. Paris : publication OCDE. DOI 10.1787/health_glance-2015-fr

Institut Broadbent. *Les nantis et les démunis : L'inégalité profonde et obstinée au Canada*. Ottawa (Ont.) : Auteur. Récupéré de https://d3n8a8pro7vhmx.cloudfront.net/broadbent/pages/616/attachments/original/1431365978/Les_Nantis_et_les_de%CC%81munis.pdf?1431365978

EXEMPLES LOCAUX SÉLECTIONNÉS

Bureau de santé de Toronto. (2015). *The unequal city : Income and health inequities in Toronto*. Toronto (Ont.) : auteur. Récupéré de www.toronto.ca/legdocs/mmis/2015/hl/bgrd/backgroundfile-79096.pdf (en anglais)

Bureau de santé de Toronto. (2013). *Racialization and health inequities in Toronto*. Toronto (Ont.) : auteur. Récupéré de www.toronto.ca/legdocs/mmis/2013/hl/bgrd/backgroundfile-62904.pdf (en anglais)

Lemstra, M. et C. Neudorf. (2008). *Health disparity in Saskatoon: Analysis to intervention*. Saskatoon (Sask.) : Région sanitaire de Saskatoon. Récupéré de www.caledoninst.org/Special%20Projects/CG-COP/Docs/HealthDisparityRept-complete.pdf (en anglais)

Direction de santé publique de Montréal. (2011). *Les inégalités sociales de santé à Montréal – Le chemin parcouru*. Montréal (Qc) : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Récupéré de http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_assmpublications/978-2-89673-133-6.pdf

4

Initiatives actuelles pour réduire les iniquités en santé

La présente section vise à donner un aperçu des mesures prises par la santé publique en ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé. Une analyse exhaustive de la situation des déterminants sociaux de la santé au Canada dépasse la portée du présent document.

Les dernières années ont été marquées par un engagement renouvelé de nombreux organismes de santé publique déterminés à agir sur les déterminants sociaux de la santé^{10,11}. À l'échelle nationale, l'administrateur en chef du Canada souligne dans son rapport de 2008²⁵ l'importance de passer par la santé publique pour atténuer les iniquités en santé. Coïncidant avec une attention accrue sur la scène internationale¹³, son rapport fait état de cinq domaines d'action :

[L]es investissements sociaux, en particulier les programmes d'aide aux familles avec enfants vivant dans la pauvreté et les programmes d'aide au développement des jeunes enfants; **les capacités des collectivités** en les associant directement à la recherche de solutions, en accentuant la coopération transsectorielle, en définissant plus précisément le rôle des intervenants et en évaluant mieux les résultats obtenus; **l'action intersectorielle** par des politiques intégrées et cohérentes et par des mesures conjointes des parties, à l'intérieur comme à l'extérieur du secteur de la santé, à tous les niveaux; **l'infrastructure du savoir** en cernant mieux les segments de la population, les modes d'interaction des facteurs socioéconomiques responsables des inégalités en matière de santé et la façon dont les meilleures pratiques élaborées ailleurs peuvent être adaptées aux efforts déployés au Canada, et en évaluant de manière plus poussée les résultats produits par les diverses interventions; un **rôle de premier plan** en matière de santé publique, des conditions sanitaires et des efforts transsectoriels^{25(p. 3)}.

Il y a tout un éventail de mesures en cours pour atténuer les inégalités au Canada²⁶, depuis des mécanismes de mesure des inégalités en santé jusqu'à des initiatives isolées. Il n'existe toutefois aucune politique globale ou coordonnée. Dans son analyse du contexte de 2014, le CCNDS constatait depuis sa première analyse en 2011 une attention accrue à l'équité en santé dans le domaine de la santé publique, malgré quelques variations en termes de capacité et d'action d'une région à l'autre¹¹. Cette croissance découle d'un engagement ferme de la part des cadres de direction, de l'intégration de l'équité en santé dans les priorités stratégiques, d'investissements dans les ressources humaines, de la surveillance accrue et de la production de rapports plus souvent axés sur l'équité en santé, de la priorité mise sur les partenariats intersectoriels, du plaidoyer pour la santé dans toutes les politiques et du lancement de projets de recherche. La croissance la plus notable concerne l'élaboration de documents d'orientation et le renforcement de la capacité organisationnelle¹¹.

Dans le secteur de la recherche, l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada (ISPP-IRSC) a fait de l'équité en santé une priorité stratégique et a affecté des fonds à la recherche sur l'équité en santé²⁷. Par ailleurs, l'Initiative sur la santé de la population canadienne de l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Agence de la santé publique du Canada et Statistique Canada ont contribué activement à l'infrastructure du savoir en menant diverses initiatives, dont la récente publication du rapport intitulé *Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada*²⁴.

Des organismes comme les Centres de collaboration nationale (CCN) de la santé autochtone, des déterminants de la santé et sur les politiques publiques et la santé collaborent pour jeter des ponts entre la recherche et la pratique. Ces derniers ont choisi d'axer leurs efforts sur les déterminants sociaux de la santé, la santé autochtone et l'équité en santé. En organisant diverses activités d'application des connaissances, ils jouent un rôle clé pour aider à passer de la théorie à la pratique¹⁰. Des organismes émergents comme Upstream-en amont²⁸ se veulent les porte-étendard du secteur de la santé et d'autres secteurs, et œuvrent à multiplier les échanges publics sur les déterminants sociaux de la santé.

Les normes organisationnelles et les compétences professionnelles encouragent l'intégration de l'équité en santé dans les pratiques. Les compétences essentielles en santé publique du Canada²⁹ concourent à la prise de mesures sur l'équité en santé, car elles mettent explicitement en lumière certaines compétences associées à l'action sur les déterminants sociaux de la santé (p. ex. leadership, plaidoyer et communications). On leur reproche toutefois de ne pas suffire à faire adopter une approche efficace en matière de déterminants de la santé³⁰ ni une perspective axée sur la justice sociale³¹, des éléments essentiels si on veut soutenir l'action pour l'équité de façon plus globale. À ce jour, trois provinces ont inclus une approche axée sur l'équité en santé dans leurs normes de santé publique ou compétences essentielles³²⁻³⁵. Les organismes de santé publique continuent pourtant de constater le manque de connaissances, de compétences et d'attitudes requises pour améliorer l'équité en santé¹¹.

Les organismes de santé publique intègrent l'équité en santé dans l'ensemble de leurs plans et priorités stratégiques. La définition et la prise en note des inégalités en santé sont de plus en plus courantes à l'échelle locale et régionale^{7,36-38}. L'équité figure plus explicitement dans la vision, la mission et les énoncés de valeurs des régions sanitaires que dans leurs interventions^{11,39}.

Pour analyser comment les politiques et les programmes de santé publique améliorent l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux et structureaux de la santé, il est utile de tenir compte des cinq domaines d'action ciblés pour améliorer les conditions de vie quotidienne et pour redistribuer la richesse, le pouvoir et les ressources^{40,41} :

- a. **Réformer la stratification sociale (société – contexte et situation socioéconomiques)**
- b. **Diminuer l'exposition aux facteurs préjudiciables (environnements social et physique)**
- c. **Réduire la vulnérabilité (groupes de population)**
- d. **Améliorer la santé différentielle et les résultats de soins de santé (individus)**
- e. **Prévenir les conséquences inégales de la vulnérabilité différentielle (individus)**

a. Réformer la stratification sociale (société – contexte et situation socioéconomiques)

Pour réduire les iniquités en santé, les acteurs de la santé publique doivent comprendre les facteurs liés à la stratification sociale – et s’y attaquer –, comme la classe, le sexe, la race ou l’ethnie, l’éducation, l’emploi et le revenu, qui sont à leur tour déterminés par la gouvernance, les politiques et les valeurs sociales.

Des stratégies pour améliorer certains déterminants de la santé ont été déployées, et la santé publique joue divers rôles à cet égard. De nombreux organismes de santé publique s’intéressent de très près au revenu et à la santé. Ils participent à un éventail de stratégies de réduction de la pauvreté et de sécurité du revenu. Les provinces et les territoires du Canada – à l’exception de l’Alberta et de la Colombie-Britannique – ont mis en œuvre des plans de réduction de la pauvreté bien que le gouvernement fédéral n’en ait instauré aucune. Par ailleurs, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, le Nunavut, l’Ontario et le Québec se sont dotés d’une loi anti-pauvreté. Sur le plan local, de nombreux organismes de santé publique jouent un rôle dans l’élaboration et la mise en œuvre d’initiatives de réduction de la pauvreté, car ils participent à tout un éventail de collaborations intersectorielles (p. ex. le Partenariat pour la réduction de la pauvreté à Saskatoon et le Réseau pour la réduction de la pauvreté à Peterborough). Il existe en outre des initiatives de plaidoyer et de politiques pour un salaire suffisant⁴² et, plus récemment, pour un revenu de base garanti⁴³⁻⁴⁵. Les acteurs de la santé publique semblent cependant se montrer moins interpellés par les autres déterminants sociaux de la santé tels l’éducation, le sexe, la race et l’incapacité¹¹.

b. Diminuer l’exposition aux facteurs préjudiciables (environnements social et physique)

Le contexte et la situation socioéconomiques sont inversement reliés à l’exposition à de nombreux facteurs de risque : plus le rang social de groupes ou d’individus est bas, plus ces derniers sont susceptibles de s’exposer à des facteurs de risque comme un logement insalubre, des conditions de travail dangereuses, un accès inadéquat à de la nourriture, l’exclusion sociale et un manque de ressources récréatives abordables et de qualité.

Une des démarches souvent employées par la santé publique consiste à réduire l’exposition aux facteurs préjudiciables, mais ce genre de stratégie s’applique à des contextes très précis. À ce niveau d’intervention, les acteurs de la santé publique ont accordé une certaine attention au logement et à la sécurité alimentaire. Par exemple, au Nunavut, où les problèmes liés à la sécurité alimentaire vont de modérés à graves pour près de 70 % des familles, la santé publique s’est associée à la Coalition sur la sécurité alimentaire du Nunavut qui dirige des activités pour améliorer la sécurité alimentaire dans tout le territoire. La Coalition s’attaque à quatre composantes de la sécurité alimentaire : la disponibilité, l’accessibilité, la qualité et l’utilisation⁴⁶. Dans le même ordre d’idées, reconnaissant l’exposition plus élevée des personnes à faible revenu à la fumée secondaire, la région de Waterloo a adopté une politique sur les immeubles d’habitation communautaire sans fumée⁴⁷. Cette politique limite la fumée à l’intérieur des immeubles d’habitation communautaire de la région de Waterloo et recommande que la santé publique mette en œuvre un programme de lutte contre le tabagisme pour les locataires et les personnes inscrites sur la liste d’attente. Les autres initiatives de santé publique incluent l’attention accordée à l’environnement bâti sain pour soutenir l’activité physique, l’établissement de collectivités « amies des aînés » et la concentration des efforts visant à diminuer l’exposition aux facteurs préjudiciables à la santé observés dans les environnements social et physique.

c. Réduire la vulnérabilité (groupes de population)

Le degré de vulnérabilité diffère d'un groupe à l'autre. Il va donc de soi que le même degré d'exposition aura divers effets pour chacun d'entre eux. Cela s'explique en général par le fait que les groupes sont exposés à des facteurs de risque multiples. Les interventions sur ce plan visent donc à atténuer la vulnérabilité.

En Ontario, par exemple, on s'est attardé à répondre aux besoins particuliers des « populations prioritaires³⁸ » en modifiant les interventions en santé publique. Ici, la gamme des interventions va des initiatives pour compenser le manque de débouchés, jusqu'à celles pour habiliter les collectivités et améliorer l'accès de groupes ciblés aux services. D'autres exemples incluent des possibilités d'emploi adapté offertes aux personnes ayant un handicap et des programmes ciblés gratuits ou à cout réduit dans le domaine de la santé publique (p. ex. soins dentaires pour les familles à faible revenu). Même si les programmes de santé publique ciblent en règle générale les populations marginalisées, les approches varient et n'éliminent pas toujours les processus qui conduisent à la marginalisation.

d. Améliorer la santé différentielle et les résultats de soins de santé (individus)

On aggrave davantage les problèmes liés à la situation sociale, à l'exposition à divers risques et à la vulnérabilité lorsqu'on ne tient pas compte des circonstances socialement construites dans la prestation des soins de santé — et dans les interventions en santé publique s'y rattachant. Par conséquent, les programmes et services sont moins efficaces ou ne répondent pas aux besoins de toutes les tranches de population.

La santé publique a eu recours à des approches fondées sur les compétences culturelles pour planifier des programmes appropriés à la diversité, en élaborant du matériel éducatif en concertation avec diverses communautés ethniques

et culturelles et en éliminant les pratiques discriminatoires dans la prestation de leurs services. Il y a également l'exemple de l'offre de services spécialisés à des groupes particuliers, comme le programme d'immunisation qui s'adresse aux personnes vivant dans les quartiers défavorisés de Saskatoon^{37,48}. Au sein de la santé publique et de l'ensemble du secteur de la santé, les initiatives pour offrir des soins de qualité font ressortir la nécessité de fournir des soins adaptés aux besoins culturels (p. ex. programmes de santé autochtone).

e. Prévenir les conséquences inégales de la vulnérabilité différentielle (individus)

Les groupes privilégiés de la société sont mieux prémunis contre les conséquences sociales et économiques d'un mauvais état de santé. C'est pourquoi les conséquences de la maladie ou des blessures — comme la perte de revenu, la réduction de la capacité à travailler et l'aggravation de l'isolement et de l'exclusion sociales ou de la menace à la survie — ont des répercussions négatives plus prononcées sur les personnes qui vivent des désavantages croisés à divers chapitres (p. ex. stratification sociale, environnements social et physique, vulnérabilité individuelle et résultats des soins de santé).

On peut estomper les conséquences différentielles en renforçant l'accès social et politique, par exemple en instaurant en milieu de travail des politiques de maintien du revenu en cas de maladie ou de blessure. Il y a très peu d'exemples en ce sens en santé publique alors que les travaux de recherche en font explicitement l'analyse⁴⁰. À titre d'exemple concret, la Dre Sheela Basrur, médecin hygiéniste en chef de l'Ontario au moment de l'épidémie de SRAS à Toronto (communication personnelle, 2004), s'est vue étonnée de constater la mesure dans laquelle les règlements sur les mesures de quarantaine avaient des effets différents sur les travailleurs de la santé. Elle a remarqué que les membres du personnel infirmier en quarantaine étaient ceux plus susceptibles de

cumuler plusieurs postes à temps partiel. Elle a aussi noté le nombre disproportionné d'infirmières et d'infirmiers immigrants qui, dans certains cas, étaient moins en mesure de pouvoir compter sur le soutien social et familial nécessaire pour composer avec l'isolement pendant la quarantaine.

Bien qu'il existe des programmes et des politiques de santé publique pour chacun des cinq domaines d'action, l'intérêt et l'engagement accrus de la santé publique au Canada ne se traduisent pas encore par la prise de mesures importantes, concrètes et généralisées pour améliorer l'équité en santé^{9-11,49}. À ce jour, on n'accorde toujours pas suffisamment d'attention concertée aux influences de nature macroéconomique, historique et dynamique sur la santé. On met plutôt l'accent sur les déterminants en aval, comme les comportements liés à la santé⁴⁹⁻⁵¹. De plus, la majorité des stratégies en santé publique ne prévoient pas explicitement une approche axée sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé. Les acteurs de la santé publique continuent d'axer leurs efforts sur le mode de vie⁵². Selon une étude menée en 2012, 25 % des interventions en santé publique prenaient en compte l'équité. De ce nombre, 16 % étaient de nature structurelle³⁹. Il est crucial que nous allions au-delà des sempiternelles approches biomédicales et comportementales qui s'avèrent insuffisantes pour réduire les iniquités en santé. Il faut pour ce faire, d'une part, reconnaître les tensions quant à la légitimité de l'engagement de la santé publique à agir sur les déterminants sociaux de la santé^{53,54} et, d'autre part, reconfirmer les objectifs fondamentaux du système de santé publique^{49,55}. Un résumé des mesures prises par la santé publique en matière d'équité en santé à l'échelle provinciale et territoriale se trouve à l'**annexe 2**.

Il faut un train de mesures propres à influencer de manière fondamentale les déterminants structuraux de la santé et à redistribuer la richesse, le pouvoir et les ressources. Ce changement doit être systématique, systémique et de longue

durée et prévoir des initiatives pour atténuer la stratification sociale. Une approche globale en termes d'analyse, de planification, d'intervention et d'évaluation permettra de tenir compte de l'équité dans les programmes et politiques de manière plus systématique. De plus, une perspective multidimensionnelle conduira à une analyse critique des façons dont l'inégalité du pouvoir se répercute sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité dans les diverses formes d'exclusion sociale. Elle permettra aussi d'explorer la situation sociale et les processus sociaux qui mènent à l'iniquité⁵⁶⁻⁵⁹. Pour atteindre l'équité en santé, la réponse doit être universelle et proportionnée, c'est-à-dire qu'il faut améliorer l'état de santé de tous les groupes de population, tout en cherchant à réduire le fardeau généré par le mauvais état de santé des populations désavantagées sur les plans social et économique⁶⁰⁻⁶³. Au bout du compte, nous réussirons à améliorer l'équité en santé en réduisant l'écart dans les expériences et les résultats non seulement aux deux extrémités, mais le long du gradient social.

RESSOURCES

Raphael, D. (éd). (2008). *Social determinants of health: Canadian perspectives*, 2^e édition. Toronto, (Ont.) : Canadian Scholars' Press Inc. [3^e édition en cours]

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2014). *Aviver l'intérêt : Appliquer les connaissances pour faire avancer l'équité en santé — Analyse du contexte 2014*. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/boosting-momentum>

Agence de la santé publique du Canada. (2015). *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé : aperçu des mesures canadiennes de 2015*. Récupéré de www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hpcdp-pspmc/35-7/ar-03-fra.php

5

Promouvoir une culture d'équité : objectifs et approches pour un programme commun

Aucune intervention en matière de santé de la population, aussi sophistiquée soit-elle, ne peut traiter adéquatement des iniquités si nous nous concentrons exclusivement sur les déterminants proximaux et si nous nous contentons simplement de modifier légèrement les désavantages structuraux.

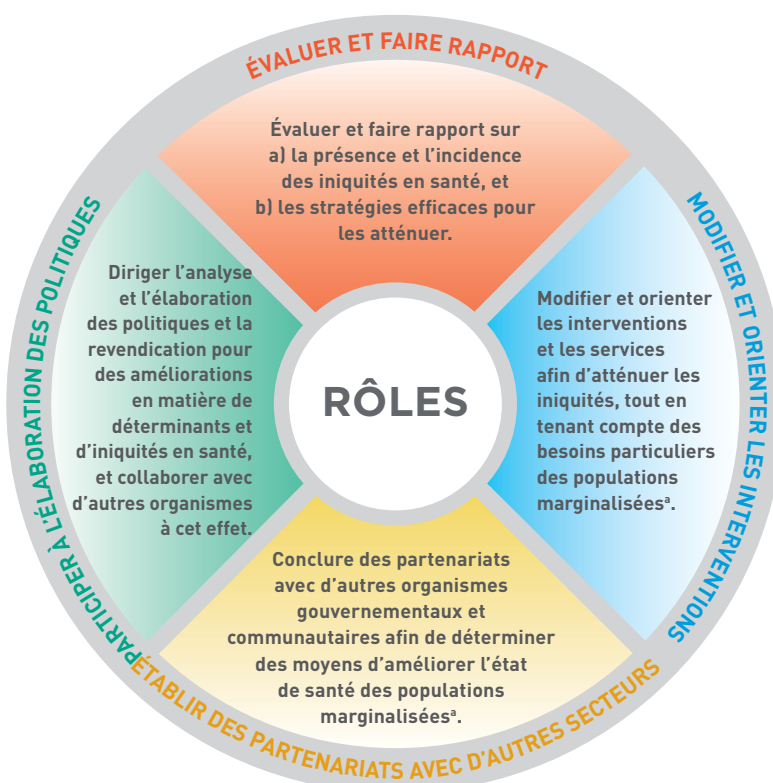
Nancy Edwards, directrice scientifique

Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé publique, 2011) (Traduction libre)

La présente section porte sur les approches et les objectifs communs des mesures à prendre en santé publique pour améliorer l'équité en santé. Pour atteindre l'équité en santé, il faut que les acteurs de la santé publique adhèrent pleinement aux valeurs d'équité et de justice sociale et y donnent suite. Les politiques socioéconomiques façonnent les déterminants sociaux de la santé. Elles doivent donc se trouver au cœur des interventions. La santé publique, en collaboration avec des partenaires d'autres secteurs et de la collectivité, dispose d'un

éventail d'approches pour agir sur l'ensemble des points énumérés ci-dessus. Ces approches sont regroupées sous les trois principaux thèmes suivants — établir des bases solides pour pouvoir passer à l'action; produire une bonne base de connaissances et l'utiliser; et collaborer avec des partenaires hors du secteur de la santé (voir l'encadré 2)⁶⁴ — qui correspondent bien aux quatre rôles de la santé publique pour faire avancer l'équité en santé⁶⁵ décrits dans la figure 4.

FIGURE 4 : RÔLES DE LA SANTÉ PUBLIQUE POUR FAIRE AVANCER L'ÉQUITÉ EN SANTÉ (SOURCE : CCNDS, 2013, P. 2)



ENCADRÉ 2

PROMOUVOIR UNE CULTURE D'ÉQUITÉ : OBJECTIFS ET APPROCHES POUR UN PROGRAMME COMMUN

Les trois principaux thèmes ont été élaborés initialement à la suite d'entrevues menées auprès d'informateurs clés et de petits groupes de discussion composés de cadres de direction de 20 administrations de santé publique à l'échelle régionale, locale, provinciale, territoriale et fédérale. Le rapport qui en a résulté *Vers l'équité en santé : Approches canadiennes relatives au rôle du secteur de la santé*⁶⁴ a été présenté à la 8^e conférence mondiale sur la promotion de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 2013.

1 Établir des bases solides pour pouvoir passer à l'action

- Renforcer le leadership en santé publique
- Accroître le soutien social et politique (la volonté politique) et l'action
- Renforcer la capacité organisationnelle et systémique
- Déterminer comment les activités de santé publique et de soins de santé peuvent servir de leviers pour améliorer l'équité en santé



2 Produire une bonne base de connaissances et l'utiliser

- S'appuyer sur les données probantes et renforcer la base de connaissances pour soutenir l'action concertée
- Incorporer l'équité dans les méthodes de surveillance et de suivi et dans la production de rapports

3 Collaborer avec des partenaires hors du secteur de la santé

- Participer à des mesures multisectorielles à long terme
- Plaider en faveur du changement en matière de politique et de structure
- Allouer des ressources et du temps à l'engagement communautaire soutenu et substantiel



Établir des bases solides pour pouvoir passer à l'action

Renforcer le leadership en santé publique

Le leadership en santé publique est l'une des pierres angulaires pour agir sur l'équité en santé. L'exercice d'un leadership soutenu favorise la mise sur pied et la continuation des initiatives. La santé publique est appelée à jouer un rôle pour :

- rallier et renforcer le soutien pour l'équité en santé chez les cadres de direction des organismes (p. ex. médecins hygiénistes en chef, cadres de direction et responsables de l'élaboration des politiques);
- élargir le bassin de personnes exerçant un leadership explicite et public pour défendre l'importance et la légitimité de l'action de la santé publique relativement aux déterminants sociaux de la santé et à l'équité en santé;
- élaborer et mettre en œuvre des initiatives pour inciter les organismes à prendre des engagements transversaux dans les plans stratégiques qui traitent de tous les aspects de leurs activités dans le secteur de la santé publique et de la santé en général;
- établir les objectifs de leadership et soutenir l'atteinte de ces objectifs et des priorités en vue de stimuler l'action communautaire à grande échelle;
- agir pour améliorer l'équité en santé et en faire la priorité des réseaux de direction et de gestion de la santé publique sur les plans local, provincial, territorial et national.

RESSOURCES: LEADERSHIP

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2013). *En santé publique, quels facteurs facilitent l'exercice d'un leadership efficace en matière d'équité en santé? Interrogation appréciative : 14 entrevues*. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/leadership-app-inquiry>

Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada. (2015). *Compétences en leadership pour la pratique en santé publique au Canada : Énoncés des compétences en leadership. Version 1.0*. Récupéré de <https://chnc.ca/documents/LCPHPC-FR/mobile/index.html#p=1>

Accroître le soutien social et politique (la volonté politique) et l'action

La volonté politique repose sur la mesure dans laquelle le public (leadership gouvernemental et l'ensemble de la collectivité) comprend et appuie un enjeu donné. Il s'agit d'un moteur d'investissements aux fins de mise en œuvre de politiques publiques pour améliorer l'équité, tant dans le secteur de la santé que dans d'autres secteurs.

- Diverses approches peuvent servir à intensifier et à influencer la volonté et l'engagement politiques, par exemple les suivantes :
 - Passer par le plaidoyer médiatique afin d'inciter les responsables de l'élaboration des politiques à agir sur un enjeu social. En parlant de l'équité en santé sur la scène publique, on peut aider à encadrer le débat de manière à soutenir l'action.
 - Coordonner de vastes stratégies de communication et de marketing social visant à promouvoir l'importance de l'action sur les déterminants sociaux de la santé pour sensibiliser davantage la population, mieux faire comprendre le contexte propice à la création de

conditions favorables à la santé et au bien-être et mieux soutenir les solutions stratégiques ciblées.

- Se servir des préoccupations de la population et des priorités en matière de politiques comme leviers. Par exemple, on peut miser sur la fierté et le consensus de la population en ce qui a trait à l'importance du système de soins de santé universel au Canada pour aider à orienter la conversation sur l'équité en santé. On peut aussi présenter les mesures prises pour améliorer l'équité en santé comme étant essentielles à la viabilité du système de soins de santé.

■ Mieux faire connaître et optimiser les engagements conclus à l'échelle internationale comme les ententes et les déclarations concernant les droits de la personne, par exemple les suivantes :

- Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies;
- Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones.

RESSOURCES

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2013). *Communiquer les déterminants sociaux de la santé — Guide pour la création de messages communs*. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/communicating-the-social-determinants-of-health-common-messaging-guidelines>

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et l'Association canadienne de santé publique. (2014). *Traiter des déterminants sociaux de la santé : l'inégalité du revenu et la santé*. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/income-inequality-and-health>

Renforcer la capacité organisationnelle et systémique

L'aptitude des organismes et des systèmes de santé publique à agir sur les iniquités en santé est directement reliée à leurs capacités internes de cerner un problème et de mobiliser les ressources pour le résoudre. Il se révèle ainsi nécessaire de développer la capacité des organismes de santé publique d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et d'améliorer l'équité en santé. Pour se rapprocher véritablement de l'équité en santé, il faut non seulement exercer une influence sur les déterminants en aval, mais surtout sur les déterminants structuraux de la santé et la stratification sociale. Les stratégies suivantes visent à renforcer la capacité organisationnelle et systémique à ce titre :

- Faire de l'équité en santé une partie intégrante de chaque plan et priorité stratégiques des secteurs de la santé publique, de la santé des populations et de la santé, comme suit :
 - Revoir les stratégies et les plans en cours dans le secteur de la santé publique, y compris les plans axés sur des maladies et des problèmes de santé précis, et y intégrer systématiquement une approche centrée sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé.
 - Préciser comment les grands programmes de la santé publique (p. ex. lutte contre le tabagisme, alimentation saine, vie active, immunisation) influenceront les déterminants sociaux de la santé et réduiront les iniquités en santé.
 - Utiliser les outils existants comme l'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé, les outils analytiques et le cadre d'analyse des politiques axé sur l'intersectionnalité pour appuyer les initiatives.

- Inclure l'équité en santé dans les normes de santé publique à l'échelle organisationnelle et systémique ainsi que dans les programmes de surveillance du rendement.
- Allouer les ressources adéquates au système de santé publique pour soutenir l'action axée sur l'équité. Il importe de doter les ressources humaines des outils et de l'infrastructure nécessaires pour réorienter efficacement les activités en santé publique.
- Traiter des aspects des pratiques en santé publique qui ne finissent plus de produire et de reproduire les iniquités en santé. Cela implique l'adoption d'une approche réfléchie et d'une pensée critique sur les plans individuel, organisationnel et systémique qui permettent de remettre en question et de modifier les relations de pouvoir au sein du système de santé publique.
- Investir dans le renforcement de la capacité organisationnelle et de la main-d'œuvre multidisciplinaire en santé publique pour agir sur l'équité en santé. Les connaissances et les compétences essentielles peuvent s'acquérir par l'entremise des programmes d'enseignement visant à former les praticiens de santé publique et des programmes de perfectionnement professionnel et de formation continus. Les compétences essentielles comprennent, entre autres, les suivantes^{66,67} :
 - connaissance des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé
 - changement et développement organisationnels
 - stratégies de changement systémique
 - élaboration des programmes et évaluation axées principalement sur l'équité
 - plaidoyer
 - élaboration des politiques
 - engagement communautaire
 - action intersectorielle
 - leadership
- Le système de santé en général, dont la santé publique fait partie, constitue un important site d'intervention pour minimiser les iniquités en santé en mettant davantage l'accent sur la prévention et la reconnaissance du rôle du secteur de la santé comme employeur et levier en matière de politique publique. Au Canada, et ailleurs, les organismes et les chercheurs en soins de santé analysent les mécanismes par lesquels les soins de santé influencent l'équité en santé, en accordant une attention particulière à l'équité de l'accès, l'équité dans la qualité des soins de santé et l'équité dans les résultats chez les utilisateurs. La santé publique peut forger des partenariats avec les fournisseurs de soins de santé pour mieux coordonner les interventions sociales et sanitaires, en tenant compte par exemple du logement et du milieu bâti dans la prévention du diabète. La santé publique peut aussi influencer l'allocation de ressources au sein du système de santé pour favoriser l'action en amont.

Produire une bonne base de connaissances et l'utiliser

S'appuyer sur les données probantes et renforcer la base de connaissances pour soutenir l'action concertée

La majorité des travaux de recherche sur l'équité en santé décrivent et expliquent le problème d'équité en santé, mais peu font état de la marche à suivre pour améliorer l'équité en santé. Les données probantes se révèlent donc insuffisantes pour permettre une prise de décision éclairée à cet effet. Qui plus est, dans les cas où il existe des données sur les actions et les interventions à privilégier, on n'en tient pas toujours compte intégralement. Les liens entre les données probantes, les politiques et les pratiques ne sont pas linéaires. Les données probantes ne constituent qu'un des facteurs susceptibles d'influencer les décisions. Par exemple, la solidité des données probantes ne s'avère pas nécessairement le principal moteur d'action. Dans leurs travaux de recherche, Michael P. Kelly et ses collaborateurs argumentent en fait « qu'il faudrait définir ce que sont les meilleures données probantes en fonction de leur pertinence^{68(p.71)} » (traduction libre.) Dans le processus décisionnel, il importe de soupeser les données probantes dont on dispose avec les préférences, les besoins et les aspirations des membres des diverses collectivités et d'accorder une attention toute particulière aux processus qui créent ou accentuent les iniquités.

RESSOURCES

Hankivsky, O. (éd.). (2012). *The intersectionality-based policy analysis*. Récupéré de <http://www.sfu.ca/iirp/ibpa.html> (en anglais)

Mendell, A., L. Dyck, S. Ndumbe-Eyoh et V. Morrison. (2012). *Outils et approches pour évaluer et soutenir les mesures de santé publique en matière de déterminants de la santé et d'équité en santé : tableaux de comparaison*. Novembre 2012. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/tools-and-approaches>

Pauly, B., M. MacDonald, W. O'Briain, T. Hancock, K. Perkin, W. Martin, C. Zeisser, C. Lowen, B. Wallace, R. Beveridge, E. Cusack et J. Riishede au nom de l'équipe de recherche ELPH. (2013). *Health Equity Tools*. Récupéré de www.uvic.ca/elph (en anglais)

Les démarches suivantes se révèlent utiles pour donner suite aux données probantes et à bonifier la base de données probantes pour appuyer une action concertée en santé publique :

- Planifier et mettre en œuvre des programmes et des politiques d'intervention efficaces et rationnelles pour réduire les iniquités en santé de manière à régler une série de problèmes cernés dans différents secteurs, systèmes et types d'intervention.

- Faciliter l'utilisation des données probantes existantes par une mobilisation du savoir qui favorise le dialogue et l'échange dans les domaines de la recherche, des pratiques et des politiques, ainsi qu'au sein des disciplines, des régions et des secteurs. Les processus d'application des connaissances qui facilitent l'action sur les déterminants sociaux de la santé font de l'équité un objectif explicite, reposent sur la participation de divers intervenants, privilégient l'engagement multisectoriel, tirent profit de multiples formes de savoir, reconnaissent l'importance des facteurs contextuels et sont axés sur la résolution de problèmes⁶⁹.
- Développer des systèmes d'évaluation solides qui tiennent compte des processus et des résultats des interventions en matière d'équité en santé pour pouvoir comprendre adéquatement les répercussions des interventions sur les plans social et sanitaire. Cela implique la détermination des mécanismes qui font le lien entre le contexte, les interventions et les déterminants sociaux et structuraux.
- Contribuer aux connaissances sur les initiatives qui portent des fruits en améliorant l'équité en santé et les renforcer, comme suit :
 - Établir des partenariats avec les chercheurs pour augmenter la capacité des organismes de santé publique de contribuer activement à la base de données probantes sur les interventions qui fonctionnent, comment elles fonctionnent, pour qui elles fonctionnent et dans quelles circonstances elles fonctionnent.
 - Documenter de façon exhaustive les processus et les résultats des pratiques novatrices (y compris les réussites et les échecs).
- Élaborer des méthodes et des systèmes d'application pour intensifier les efforts parallèlement aux processus d'application des connaissances intégrés qui intensifient les interrelations entre la recherche, les pratiques et les politiques. Les processus visant à cerner et à échanger les connaissances tacites sur l'équité en santé contribuent à ces efforts.
- Examiner et préciser les coûts et les avantages de l'action et de l'inaction pour la société dans tous les secteurs et systèmes.

Incorporer l'équité dans les méthodes de surveillance et de suivi et dans la production de rapports

Des données populationnelles cohérentes et de haute qualité permettent d'évaluer les tendances et les progrès réalisés en matière d'équité en santé. La présente évaluation donne de l'information sur les iniquités en santé, les déterminants de ces iniquités et sur les mesures et les stratégies existantes pour y remédier. Avec l'appui de partenaires du secteur de la santé, de la santé communautaire publique et de l'extérieur du secteur de la santé, s'engager dans les activités suivantes va dans le sens de cet objectif :

- Créer et mettre en œuvre un cadre exhaustif pour la surveillance des données et la production de rapports sur l'état de santé qui intègre les indicateurs de santé et l'équité sociale.
- Déterminer quelles sont les conditions socioéconomiques dans des instances précises et quel rôle jouent celles-ci dans la production et la réduction des iniquités en santé.
- Augmenter à l'échelle nationale la production de rapports de données sur la santé par gradient social pour les divers marqueurs

de la situation sociale et élaborer une série d'indicateurs d'équité communs pour les diverses instances. Ces indicateurs communs devraient s'intégrer aux processus de surveillance et de mesure prévus pour les programmes et les systèmes locaux, régionaux, provinciaux, territoriaux et nationaux. Cela implique la ventilation cohérente des résultats par indicateur d'équité (p. ex. le revenu, la race, l'ethnie, le sexe, l'orientation sexuelle) pour un éventail de problèmes de santé et de déterminants sociaux de la santé.

■ Élaborer un processus propre à maintenir le dialogue ouvert sur l'analyse des données de surveillance et les connaissances expérientielles afin de comprendre les causes des iniquités et leurs solutions.

RESSOURCES

Hosseinpoor, A., N. Bergen et A. Schlottheuber. (2015). « Promoting health equity: WHO health inequality monitoring at global and national levels ». *Global Health Action*, 8, DOI : 10.3402/gha.v8. 29034

Centres de collaboration nationale en santé publique et Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2015). *L'intégration de la notion d'équité dans les rapports sur l'état de santé des populations : un cadre d'action*. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/ressources/entry/equity-integrated-population-health-status-reporting-action-framework>

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2012). *Rapports sur l'état de santé des populations : la série « Apprenons ensemble »*. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/ressources/entry/population-health-status-reporting>

Collaborer avec des partenaires hors du secteur de la santé

Participer à des mesures multisectorielles à long terme

L'atteinte de l'équité en santé dépendra en grande partie des décisions prises à l'extérieur du système de soins de santé pour traiter des principaux déterminants sociaux de la santé, y compris l'inégalité du revenu et la pauvreté, les obstacles à l'éducation, le sous-emploi, les conditions de travail et de vie dangereuses, la discrimination systémique et le racisme⁷⁰.

Compte tenu de la nature interreliée et dynamique des déterminants sociaux de la santé, aucun secteur à lui seul (gouvernemental ou non) ne peut remédier de façon significative aux iniquités en santé. Les politiques et les programmes des secteurs de la santé et autres jouent un rôle clé pour modifier la répartition des biens, de la richesse, du pouvoir et des ressources propices à la santé. Grâce à un engagement actif avec des partenaires des secteurs autres que la santé, la santé publique soutient et multiplie l'action sur les principaux déterminants de la santé. Ce qui suit favorise l'action intersectorielle sur l'équité en santé :

- une vision commune résolue du problème à traiter et une image claire de la réussite;
- des relations solides parmi les partenaires, ainsi que la meilleure combinaison de partenaires possible;
- le leadership tant pour faire avancer les objectifs communs que pour entretenir la collaboration;
- des ressources adéquates, viables et souples;
- des structures et des processus efficaces pour mener à bien le travail de collaboration⁷¹.

En tant que partenaire dans l'action intersectorielle pour atténuer les iniquités en santé, la santé publique pourra employer les stratégies suivantes :

- Tirer parti de la crédibilité, de la confiance et de la capacité de la santé publique pour influencer les partenaires du secteur de la santé et des autres secteurs.
- Adopter un processus exhaustif d'évaluation d'impact sur l'équité en santé des programmes et politiques du secteur de la santé et des autres secteurs. Les évaluations devraient tenir compte des façons dont les politiques peuvent créer, reproduire ou réduire les iniquités structurelles, en accordant une attention toute particulière aux effets sur les groupes déjà défavorisés. Inversement, les évaluations devraient montrer qui bénéficie des diverses politiques et démontrer si et quand les avantages peuvent profiter aux groupes ayant plus de pouvoir et de ressources.
- Promouvoir les approches qui soutiennent la santé et l'équité en considérant tous les secteurs. L'approche visant la santé dans toutes les politiques et les évaluations d'impact sur l'équité en santé se révèlent des outils très utiles.
- Déterminer comment l'équité en santé s'intègre aux objectifs et aux mandats des autres secteurs et aux résultats sociaux bénéfiques à la société en général.

RESSOURCES

Freiler, A., C. Muntaner, K. Shankardass, C.L. Mah, A. Molnar, E. Renahy, E. et P. O'Campo. (2013). « Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP) ». *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 67, n° 12, p. 1068 à 1072. DOI : 10.1136/jech-2013-202731.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2012). *Outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES)*. Récupéré de www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/heaia/tool.aspx

Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. (2010). *Évaluation d'impact sur la santé*. Récupéré de www.ccnpps.ca/13/evaluation-d'impact-sur-la-sante.ccnpps

Plaider en faveur du changement en matière de politique et de structure

La santé publique a un rôle de plaidoyer très clair à jouer en matière de politiques de santé publique. L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) qualifie le plaidoyer de compétence essentielle pour la santé publique et fait remarquer que « l'action politique [le plaidoyer] — soit le fait d'argumenter, d'écrire ou d'agir en faveur d'une cause, d'une politique ou d'un groupe de personnes — vise souvent la réduction des inégalités de santé et d'accès aux services de santé²⁹ ».

Le plaidoyer est une stratégie de santé des populations cruciale. Il valorise l'action collective pour induire un changement systémique. Il vise à modifier les facteurs en amont liés aux déterminants sociaux de la santé, et met explicitement en lumière l'importance de participer à des démarches politiques pour effectuer les changements stratégiques désirés sur les plans organisationnel et systémique⁷²⁻⁷⁴. Le plaidoyer est nécessaire, surtout dans le contexte où une amélioration de l'équité implique un changement stratégique et structurel qui peut aller à l'encontre des intérêts des acteurs les plus puissants de la société. Le plaidoyer permet d'adopter une approche axée sur les politiques pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé.

Les rôles de la santé publique en matière de plaidoyer sont : encadrer le problème; recueillir et disséminer les données; travailler en collaboration et établir des alliances; et utiliser les systèmes judiciaires et réglementaires⁷⁵. La santé publique est très bien placée pour encadrer les problèmes, élaborer et proposer des politiques, et pour comprendre les obstacles politiques au changement au sein de la santé publique, du système de santé en général et des autres secteurs.

Les mesures prioritaires pour la santé publique sont les suivantes :

- participer et offrir son soutien à des coalitions et à des partenariats qui ont pour objectif de faire progresser certaines questions stratégiques;
- prioriser le plaidoyer et l'élaboration de politiques en matière d'équité en santé au sein du réseau de la santé publique et des associations professionnelles;
- tirer parti des théories et des cadres d'analyse de politiques.

RESSOURCES

Farrer, L., C. Marinetti, Y.K. Cavaco et C. Costongs. (2015). « Advocacy for health equity: A synthesis review ». *Milbank Quarterly*, vol. 93, n° 2, p. 392 à 437.

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2015). *Principales ressources de la santé publique sur le plaidoyer et l'équité en santé : liste des lectures essentielles*. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/key-public-health-resources-for-advocacy-and-health-equity-a-curated-list>

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2015). *Le plaidoyer et l'équité en santé : Parlons-en*. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/lets-talk-advocacy-and-health-equity>

Cohen, B.E. et S.G. Marshal. (2016). « Does public health advocacy seek to redress health inequities? A scoping review. » *Health and Social Care in the Community*. DOI : 10.1111/hsc. 12320



Allouer des ressources et du temps à l'engagement communautaire soutenu et substantiel

Les collectivités où il existe le plus d'iniquités sont celles qui ont le moins d'accès au pouvoir et aux ressources. Un engagement de leur part dans la prise de décisions et de mesures assure que l'on accorde à leur voix et à leurs expériences toute l'attention voulue dans les débats pour améliorer l'équité en santé. Il ne faudrait toutefois pas considérer l'engagement et la participation communautaires comme étant un substitut à la responsabilité des gouvernements de veiller à

répartir équitablement les ressources matérielles et les biens sociaux essentiels¹³. L'engagement, la participation et l'autonomisation communautaires doivent coïncider avec le changement dans l'allocation des biens sociaux et matériels qui favorisent le mieux-être et l'équité en santé.

Un engagement soutenu requiert du temps, des ressources et une détermination de longue haleine. Les mesures suivantes sont essentielles pour y arriver :

- Incorporer les processus de participation dans la définition, l'analyse et la production de solutions.
- Faire participer les collectivités à la prise de décisions et à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'exécution des politiques et des interventions. Cela se révèle essentiel si l'on veut modifier les processus de stratification sociale et augmenter la pertinence et l'acceptabilité des interventions.
- Cibler des populations et des collectivités de manière à traiter des iniquités structurelles générales au moment où elles se manifestent dans leur vie.
- Utiliser les approches de développement communautaire pour faire tomber les obstacles à la participation communautaire, et soutenir le leadership communautaire, la capacité communautaire et la capacité décisionnelle.

RESSOURCES

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (2013). *Guide sur les cadres d'engagement communautaire pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé*. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/a-guide-to-community-engagement-frameworks>

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2015). *Sommaire de la revue : engagement communautaire pour atténuer les inégalités de santé*. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/review-summary-community-engagement-to-reduce-inequalities-in-health>

6

Mettre le programme commun en action

La présente section se veut une suite logique à la vision du changement exposée ci-dessus. La vision d'un programme commun repose sur une compréhension du problème ainsi que sur des approches pour soutenir l'action coordonnée des intervenants de la santé publique en vue d'améliorer l'équité en santé. Les approches et objectifs mentionnés dans les sections précédentes peuvent s'appliquer à une gamme de déterminants sociaux de la santé. Le champ d'intervention comme tel variera sans doute d'une collectivité à l'autre. De plus, les leviers du changement tombent sous différents ordres de gouvernement. Par exemple, les campagnes sur le salaire suffisant sont élaborées localement, alors que les propositions pour le revenu minimum garanti nécessitent en règle générale l'instauration d'une politique nationale. Par conséquent, le programme commun constitue une base de planification et de priorisation. On invite les organismes à tirer profit des stratégies du programme commun pour mettre sur pied des mesures exhaustives, en approfondissant leurs discussions et en intensifiant leurs engagements.

Particulièrement en cette période où la santé publique au Canada est en « état de siège⁷⁶ », les responsables de l'élaboration des politiques et les leaders politiques à tous les échelons doivent prévoir les ressources nécessaires à l'exécution des activités — y compris l'action visant à influencer les déterminants structurels de l'iniquité. Whitehead⁷⁷ définit quatre typologies d'action pour améliorer l'équité en santé, ce qui peut servir de guide pour déterminer et orienter les activités nécessaires, c'est-à-dire : renforcer les individus, renforcer les collectivités, améliorer les conditions de vie et de travail et promouvoir des macro-programmes axés sur la santé. La mesure dans laquelle ces activités sont soutenues ou non soutenues reflète

en elle-même l'engagement pris en vue de bâtir une société plus équitable. Certains travaux de recherche ont mis en lumière des domaines d'interventions prioritaires. L'Organisation mondiale de la Santé¹³ mentionne les suivants :

- Améliorer les conditions de vie quotidiennes, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.
- Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, c'est-à-dire les facteurs structurels dont dépendent les conditions de vie quotidiennes, aux niveaux mondial, national et local.
- Mesurer l'ampleur du problème, évaluer l'efficacité de l'action, étendre la base de connaissances, se doter d'un personnel formé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et sensibiliser l'opinion publique aux questions de déterminants sociaux de la santé. (OMS¹³, p. 10)

Dans leur recherche menée au Royaume Uni, sir Marmot et ses collaborateurs⁶² recommandent six objectifs stratégiques pour réduire les iniquités en santé :

- 1. Donner à chaque enfant le meilleur départ dans la vie.**
- 2. Créer des emplois équitables et des bonnes conditions de travail pour tous.**
- 3. Permettre à tous les enfants et à tous les adultes de maximiser leurs capacités et de prendre leur vie en main.**
- 4. Assurer à tous un niveau de vie sain.**
- 5. Établir et développer des milieux et des collectivités saines et durables.**
- 6. Renforcer le rôle et l'impact des programmes de prévention des maladies.**

De plus, un récent document d'orientation¹⁷ sur une approche globale pour traiter de l'équité en santé en Europe fait état d'autres priorités, soit :

- Avoir une perspective fondée sur le parcours de vie, particulièrement pour traiter des désavantages associés à la santé maternelle, à l'enfance, à la vie active et à la vieillesse. Parmi les actions prioritaires, on cite les suivantes : assurer un bon départ dans la vie pour chaque enfant, une protection sociale adéquate pour les jeunes familles ainsi que des programmes d'éducation de la petite enfance et de garderies universels, abordables et de haute qualité.
- Atténuer les iniquités qui se rapportent aux déterminants sociaux de la santé liés aux conditions de vie et de travail de différents groupes de population.
- Établir des systèmes de soins de santé plus équitables pour traiter des iniquités d'accès aux services de santé essentiels et en assurer l'accès à tous les groupes de population.

Toute cette série de priorités trouve écho dans le contexte canadien. Certains organismes de santé publique s'occupent activement des questions de politiques de soutien du revenu (c.-à-d. initiatives

pour un salaire suffisant, coalitions pour un revenu minimum), de logement abordable et de politiques d'itinérance, ainsi que de stratégies de réduction de la pauvreté. Toutefois, comme nous l'avons déjà mentionné, la santé publique reste plutôt silencieuse sur les facteurs qui engendrent les iniquités sociales. Il faut se pencher sur la réforme des systèmes et des processus qui créent ces iniquités sociales. Il importe tout autant de tirer des enseignements des collectivités engagées à résister à ces iniquités et de les imiter. Par exemple, il faut que la santé publique s'interroge honnêtement et courageusement sur le colonialisme et le racisme, qui persistent toujours dans les pratiques et les politiques structurelles, afin d'éliminer les iniquités en matière de santé autochtone.

Le secteur de la santé publique a l'occasion de jouer un important rôle de leadership pour améliorer l'équité en santé en mettant en œuvre le présent programme commun et en faisant preuve d'une volonté politique concertée. Bien des efforts déployés au Canada pourront servir de source d'inspiration à cet effet. Nous devons maintenant exploiter notre vision et notre engagement collectifs pour combler les lacunes qui subsistent.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Braveman, P.A., S. Kumanyika, J. Fielding, T. Laveist, L.N. Borrell, R. Manderscheid et coll. (2011). « Health disparities and health equity: The issue is justice ». *American Journal of Public Health*, vol. 101, p. S149 à S155.
- Braveman, P., S. Gruskin. (2003). « Defining equity in health ». *Journal of Epidemiol Community Health*, vol. 57, p. 254 à 258.
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2013). *L'équité en santé : Parlons-en*. [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier, [cité le 4 février 2016]. 6 p. Récupéré de http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Lequite_en_sante_Parlons-en_2013.pdf
- Lemstra, M. et C. Neudorf. (2014). *Health disparity in Saskatoon: Analysis to intervention*. [Internet]. Saskatoon (Sask.) : Région sanitaire de Saskatoon, [cité le 7 janvier 2016]. 365 p. Récupéré de www.caledoninst.org/Special%20Projects/CG-COP/Docs/HealthDisparityRept-complete.pdf
- Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2008 : S'attaquer aux inégalités en santé*. [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement du Canada; [cité le 11 janvier 2016], 128 p. Récupéré de www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/fr-rc/pdf/CPHO-Report-f.pdf
- Bureau de santé de Toronto. (2015). *The unequal city 2015: Income and health inequities in Toronto - Technical report*. [Internet]. Toronto (Ont.) : Bureau de santé de Toronto [cité le 2 février 2016]. 110 p. Récupéré de www1.toronto.ca/City%20of%20Toronto/Toronto%20Public%20Health/Performance%20&%20Standards/Health%20Surveillance%20and%20Epidemiology/Files/pdf/Technical%20Report%20FINAL%20PRINT.pdf (en anglais)
- Direction de santé publique de Montréal. *Les inégalités sociales de santé à Montréal – Le chemin parcouru*. [Internet]. Montréal (Qc) : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2011 [cité le 3 février 2016], 21 p. Récupéré de http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-133-6.pdf
- Garner, R., G. Carrière et C. Sanmartin. (2010). *La santé des adultes chez les Premières Nations vivant hors réserve, les Inuits, et les Métis au Canada : l'incidence du statut socioéconomique sur les inégalités en matière de santé* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada, [cité le 16 février 2016], 34 p. Récupéré de www.statcan.gc.ca/pub/82-622-x/82-622-x2010004-fra.pdf
- Bryant, T., D. Raphael, T. Schrecker et R. Labonte. (2011). « Canada: A land of missed opportunity for addressing the social determinants of health ». *Health Policy*, vol. 101, p. 44 à 58.
- Edwards, N. et E. Cohen. (2012). « Joining up action to address social determinants of health and health inequities in Canada ». *Healthcare Management Forum*, vol. 25, no 3, p. 151 à 154.
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2014). *Aviver l'intérêt : Appliquer les connaissances pour faire avancer l'équité en santé – analyse du contexte*. [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier, [cité le 19 janvier 2016], 54 p. Récupéré de http://nccdh.ca/images/uploads/Full_Analyse_du_contexte_2014.pdf
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2010). *L'intégration des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé dans les pratiques de santé publique au Canada : analyse du contexte en 2010*. [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier, [cité le 4 février 2016], 93 p. Récupéré de http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Environ_Report_FR_150604_MM.pdf
- Commission des déterminants sociaux de la santé. (2008). *Comblant le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. [Internet]. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé, [cité le 8 décembre 2015], 252 p. Récupéré de www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/
- Fondation canadienne des relations raciales. (2000). *Inégalité d'accès : profil des différences entre les groupes ethnoculturels canadiens dans les domaines de l'emploi, du revenu et de l'éducation*. [Internet]. [Lieu inconnu]. Fondation canadienne des relations raciales, [cité le 8 février 2016], 48 p. Récupéré de www.crrf-fcrr.ca/images/stories/pdf/unequal/Frefin.pdf
- Reading, J. (2009). *Les déterminants sociaux de la santé chez les Autochtones : Approche fondée sur le parcours de vie*. [Internet]. Ottawa (Ont.) : Sous-comité sénatorial sur la santé des populations, [cité le 4 février 2016], 164 p. Récupéré de www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/popu/rep/appendixajun09-f.pdf
- Reading, J. et R. Halseth. (2013). *Trajectoires menant à l'amélioration du bien-être des peuples autochtones : Les conditions de vie déterminent la santé*. [Internet]. Prince George (C.-B.) : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, [cité le 3 février 2016]. 56 p. Récupéré de www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/102/pathways_FR_web.pdf

17. Whitehead, M., S. Poval et B. Loring. (2014). *The equity action spectrum: Taking a comprehensive approach - guidance for addressing inequities in health*. [Internet]. Danemark : Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe, [cité le 14 décembre 2015], 40 p. Récupéré de www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/247631/equity-action-090514.pdf [en anglais]
18. OCDE. (2015). *Tous concernés : Pourquoi moins d'inégalité profite à tous*. [Internet]. Paris : Publication OCDE, [cité le 16 février 2016], 368 p. Récupéré de www.oecd.org/fr/social/tous-concernes-pourquoi-moins-d-inegalite-profite-a-tous-9789264235519-fr.htm
19. Institut Broadbent. (2014). *Les nantis et les démunis : L'inégalité profonde et obstinée au Canada*. [Internet]. [Lieu inconnu]. Institut Broadbent, [cité le 8 février 2016], 16 p. Récupéré de https://d3n8a8pro7vbm.cloudfront.net/broadbent/pages/616/attachments/original/1431365978/Les_Nantis_et_les_de%CC%81munis.pdf?1431365978
20. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2013). *Aperçu de la santé des Autochtones au Canada*. [Internet]. Prince George (C.-B.). Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, [cité le 9 février 2016], 8 p. Récupéré de http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/101/aboriginal_health_FR_web.pdf
21. Institut canadien d'information sur la santé. (2008). *Réduction des écarts en matière de santé – Un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada*. [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS, [cité le 8 février 2016], 171 p. Récupéré de https://secure.cihi.ca/free_products/Reducing_Gaps_in_Health_Report_FR_081021.pdf
22. Institut canadien d'information sur la santé. (2006). *Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé*. [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS, [cité le 9 février 2016], 221 p. Récupéré de https://secure.cihi.ca/free_products/rural_canadians_2006_report_f.pdf
23. Bureau de santé de Toronto. (2013). *Racialization and health inequities in Toronto*. [Internet]. Toronto (Ont.) : Toronto Public Health, [cité le 9 février 2016], 56 p. Récupéré de www.toronto.ca/legdocs/mmis/2013/hl/bgrd/backgroundfile-62904.pdf
24. Institut canadien d'information sur la santé. (2015). *Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada – Rapport technique*. [Internet]. Ottawa (Ont.) : ICIS, [cité le 7 janvier 2016], 311 p. Récupéré de https://secure.cihi.ca/free_products/trends_in_income_related_inequalities_in_canada_2015_fr.pdf
25. Butler-Jones, D. (2008). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique de 2008 sur l'état de la santé publique au Canada – S'attaquer aux inégalités en santé*. [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada, [cité le 3 février 2016], 122 p. Récupéré de www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/fr-rc/pdf/CPHO-Report-f.pdf
26. Whitehead M. (1998). « Diffusion of ideas on social inequalities in health: A European perspective ». *Milbank Quarterly*, vol. 76, n° 3, p. 469 à 492.
27. Institut de la santé publique et des populations. (2009). *Plan stratégique 2009-2014 – L'équité en santé : une nécessité*. [Internet]. Ottawa (Ont.) : Instituts de recherche en santé du Canada, [cité le 3 février 2016], 30 p. Récupéré de www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/ipph_strategic_plan_f.pdf
28. En amont [Internet]. En amont, [date inconnue] [cité le 22 février 2016]. Récupéré de www.thinkupstream.net/en_amont
29. Agence de la santé publique du Canada. (2007). *Compétences essentielles en santé publique au Canada - Version 1.0*. [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC, [cité le 4 février 2016], 31 p. Récupéré de www.phac-aspc.gc.ca/php-psp/ccph-cesp/pdfs/cc-manual-fra090407.pdf
30. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2012). *Compétences essentielles en santé publique au Canada : analyse et comparaison du contenu relatif aux déterminants sociaux de la santé*. [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier, [cité le 4 février 2016], 19 p. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/core-competencies-assessment>
31. Edwards, N. et C.M. Davison. (2007). « Social justice and core competencies for public health: Improving the fit ». *La Revue canadienne de santé publique*, vol. 9, no 2, p. 130 à 132.
32. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. (2005). *A framework for core functions in public health: Resource document*. [Internet]. Victoria (C.-B.) : gouvernement de la Colombie-Britannique, [cité le 4 février 2016], 107 p. Récupéré de www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2005/core_functions.pdf [en anglais]
33. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, ministère de la Promotion de la santé et du Sport. (2011). *Normes organisationnelles de santé publique de l'Ontario*. [Internet]. Ottawa (Ont.) : Santé publique Ontario, [cité le 3 février 2016], 26 p. Récupéré de www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/orgstandards/docs/org_std.pdf

34. MacDonald, M., T. Hancock, B. Pauly et R. Valaitis. (2010). *Renewal of public health services in BC and Ontario*. [Internet]. Victoria (C.-B.) : Université de Victoria, [cité le 15 février 2016]. Récupéré de www.uvic.ca/research/groups/cphfri/projects/currentprojects/rephs (en anglais)
35. Santé publique de la Nouvelle-Écosse. (2010). *Normes de santé publique de la Nouvelle-Écosse 2011-2016*. [Internet]. Halifax (N.-É.) : Santé publique de la Nouvelle-Écosse, [cité le 4 février 2016], 35 p. Récupéré de http://novascotia.ca/dhw/publichealth/documents/Public_Health_Standards_FR.pdf
36. D'Angelo-Scott, H. (2013). *An overview of the health of our population: Capital health*, 2013 (part 1). [Internet]. Halifax (N.-É.) : Régie régionale de la santé Capital, [cité le 3 février 2016], 60 p. Récupéré de www.cdha.nshealth.ca/public-health/population-health-status-report (en anglais)
37. Lemstra, M., C. Neudorf, J. Opondo, J. Toye, A. Kurji, A. Kunst et coll. (2007). « Disparity in childhood immunizations ». *Paediatrics & Child Health*, vol. 12, n° 10, p. 847 à 852.
38. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2008). *Normes de santé publique de l'Ontario*. [Internet]. Toronto (Ont.) : Imprimeur de la Reine, [cité le 17 février 2016], 82 p. Récupéré de www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/ophs_2008.pdf
39. MacNeil, A. (2012). *Exploring action on the social determinants of health in Canada's health regions*. Victoria (C.-B.) : Université de Victoria, [cité le 22 février 2016], 58 p. Récupéré de <http://nccdh.ca/resources/entry/exploring-action> (en anglais)
40. Blas, E. et K. Sivasankara. (2010). Éditeurs. *Equity, social determinants and public health programmes*. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé.
41. Diderichsen, F., T. Evans et M. Whitehead. (2001). « The social basis of disparities in health ». Dans : Evans, T., M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya et M. Wirth, éditeurs. *Challenging inequities in health: From ethics to action*. New York : Oxford University Press, p. 13 à 23.
42. Living wage Canada [Internet]. [Lieu inconnu] : *Living Wage Canada*, [date inconnue] [cité le 16 février 2016]. Récupéré de www.livingwagecanada.ca (en anglais)
43. Association médicale canadienne. (2013). *Les soins de santé au Canada : Qu'est-ce qui nous rend malades?* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Association médicale canadienne, [cité le 17 février 2016], 16 p. Récupéré de www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/advocacy/What-makes-us-sick-f.pdf
44. Santé publique du district de Simcoe Muskoka. (2015). *Public health support for a basic income guarantee (résolution A15-4)*. Ontario : Association of Local Public Health Agencies, [cité le 16 février 2016]. Récupéré de http://c.ymcdn.com/sites/www.alphaweb.org/resource/collection/CE7462B3-647D-4394-8071-45114EAAB93C/A15-4_Basic_Income_Guarantee.pdf (en anglais)
45. Alberta Public Health Association. (2014). *GAI : Support for guaranteed annual income for Albertans (résolution)*. Edmonton (Alb.) : Alberta Public Health Association, [cité le 16 février 2016]. Récupéré de www.apha.ab.ca/index.php/issues-actions/resolutions/104-resolution-2014-gai
46. Coalition sur la sécurité alimentaire du Nunavut. (2014). *Stratégie et plan d'action sur la sécurité alimentaire 2014-16* [Internet]. Iqaluit (Nun.) : gouvernement du Nunavut, [cité le 16 février 2016], 28 p. Récupéré de www.nunavutfoodsecurity.ca/sites/default/files/files/Resources/Strategy/NunavutFoodSecurityStrategy_FRENCH.pdf
47. McCammon-Tripp, L. et C. Stich. (2010). Région sanitaire de Waterloo et Waterloo Region Housing Smoke-Free Multi-Unit Dwelling Committee. *The development of a smoke-free housing policy in the Region of Waterloo: Key success factors and lessons learned from practice* [Internet]. Toronto (Ont.) : Program Training and Consultation Centre, projet LEARN, [cité le 10 février 2016]. 26p. Récupéré de www.ptcc-cfc.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=104038 (en anglais)
48. Kershaw, T., J. Cushon et T. Dunlop. (2011). *Towards equity in immunization: The immunization reminders project* [Internet]. Saskatoon (Sask.) : Région sanitaire de Saskatoon, [cité le 17 février 2016], 17 p. Récupéré de www.saskatoonhealthregion.ca/locations_services/Services/Health-Observatory/Documents/Reports-Publications/TowardsEquityinImmunization_Final.pdf (en anglais)
49. Schrecker, T. (2013). « Beyond «run, knit, and relax»: Can health promotion in Canada advance the social determinants of health agenda? » *Healthcare Policy*, vol. 9, p. 48 à 58.
50. Baum, F. (2008). « The commission on the social determinants of health: Reinventing health promotion for the twenty-first century? » *Critical Public Health*, vol. 18, n° 4, p. 457 à 466.
51. Braveman, P., S. Egerter et D.R. Williams. (2011). « The social determinants of health: Coming of age ». *Annual Review of Public Health*, vol. 32, p. 381 à 398.
52. Gore, D. et A. Kothari. (2012). « Social determinants of health in Canada: Are healthy living initiatives there yet? A policy analysis ». *International Journal for Equity in Health*, vol. 11, p. 41.

53. Brassolotto, J., D. Raphael et N. Baldeo. (2014). « Epistemological barriers to addressing the social determinants of health among public health professionals in Ontario, Canada: A qualitative inquiry ». *Critical Public Health*, vol. 24, n° 3, p. 321 à 336.
54. Raphael, D., J. Brassolotto et N. Baldeo. (2014). « Ideological and organizational components of differing public health strategies for addressing the social determinants of health ». *Health Promotion International*, vol. 30, n° 4, p. 855 à 867.
55. Hofrichter, R. (2006). *Tackling health inequities through public health practice: A handbook for action*. Lansing (MI). National Association of County & City Health Officials, the Ingham County Health Department.
56. Hankivsky, O., D. Grace, G. Hunting, M. Giesbrecht, A. Fridkin, S. Rudrum S et coll. (2014). « An intersectionality-based policy analysis framework: Critical reflections on a methodology for advancing equity ». *International Journal for Equity in Health*, vol. 13, n° 1, p. 119.
57. Rogers, J. et U.A. Kelly. (2011). « Feminist intersectionality: Bringing social justice to health disparities research ». *Nursing Ethics*, vol. 18, n° 3, p. 397 à 407.
58. Bauer, G.R. (2014). « Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity ». *Social Science & Medicine*, vol. 110, p. 10 à 17.
59. Pauly, B.B., M. MacDonald, T. Hancock, W. Martin et K. Perkin. (2013). « Reducing health inequities: The contribution of core public health services in BC ». *BMC Public Health*, vol. 13, n° 1, p. 550.
60. Marmot, M., J. Allen, R. Bell et P. Goldblatt. (2012). « Building of the global movement for health equity: From Santiago to Rio and beyond ». *Lancet*, vol. 379, p. 181 à 188.
61. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2013). *Les démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé : Parlons-en*. [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier, [cité le 4 février 2016]. 6 p. Récupéré de http://nccdh.ca/images/uploads/Approaches_FR_Final.pdf
62. Marmot, M.G., J. Allen, P. Goldblatt et coll. (2010). *Fair society, healthy lives: Strategic review of health inequalities in England post-2010*. [Internet]. The Marmot Review, [cité le 3 février 2016]. 242 p. Récupéré de www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review [en anglais]
63. Thomsen, S., D.T.P. Hoa, M. Målvist, L. Sanneving, D. Saxena, S. Tana et coll. (2011). « Promoting equity to achieve maternal and child health ». *Reproductive Health Matters*, vol. 19, n° 38, p. 176 à 182.
64. Agence de la santé publique du Canada. (2014). *Vers l'équité en santé : Approches canadiennes relatives au rôle du secteur de la santé*. [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC, [cité le 4 février 2016]. 46 p. Récupéré de www.who.int/social_determinants/publications/64-03-Towards-Health-Equity-FR-FINAL.pdf
65. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2013). *Le rôle de la santé publique dans l'amélioration de l'équité en santé : Parlons-en*. [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier, [cité le 4 février 2016]. 6 p. Récupéré de http://nccdh.ca/images/uploads/PHR_FR_Final.pdf
66. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2013). *En santé publique, quels facteurs facilitent l'exercice d'un leadership efficace en matière d'équité en santé? Interrogation appréciative : 14 entrevues*. [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier, [cité le 4 février 2016]. 22 p. Récupéré de http://nccdh.ca/images/uploads/Appreciative_Inquiry_FR_Full.pdf
67. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2015). *Apprendre à travailler différemment : Mise en œuvre de l'initiative du personnel infirmier de la santé publique chargé des déterminants sociaux de la santé en Ontario*. [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier, [cité le 10 février 2016]. 44 p. Récupéré de http://nccdh.ca/images/uploads/comments/SDOH_Nurse_Study_FR.pdf

68. Kelly, M.P., J. Bonnefoy, A. Morgan et F. Florenzano. (2006). *The development of the evidence base about the social determinants of health* [Internet]. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé, [cité le 10 février 2016]. 29 p. Récupéré de www.who.int/social_determinants/resources/mekn_paper.pdf [en anglais]
69. Davison, C.M. et le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2012). *Analyse critique des modèles de passage des connaissances à la pratique et de leur portée dans la promotion de l'équité en santé*. [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier, [cité le 3 février 2016]. 36 p. Récupéré de http://nccdh.ca/images/uploads/KT_Model_FR_web.pdf
70. Murphy, K., R. Glazier, X. Wang, E. Holton, G. Fazli et M. Ho. (2012). *Hospital care for all: An equity report on differences in household income among patients at Toronto central local health integration network (TC LHIN) hospitals, 2008-2010* [Internet]. Toronto (Ont.) : Center for Research on Inner City Health, [cité le 16 février 2016]. 32 p. Récupéré de www.torontohealthprofiles.ca/a_documents/resources/Report_2008-2010_TCLHIN_HospitalCareForAll.pdf [en anglais]
71. Danaher, A. (2011). *Reducing health inequities: Enablers and barriers to inter-sectoral collaboration* [Internet]. Toronto (Ont.) : Institut Wellesley, [cité le 10 février 2016]. 20 p. Récupéré de www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2012/09/Reducing-Health-Inequities-Enablers-and-Barriers-to-Intersectoral-Collaboration.pdf [en anglais]
72. Dorfman, L., S. Sorenson et L. Wallack. (2009). *Working upstream: Skills for social change* [Internet]. Berkeley (CA) : Berkeley Media Studies Group, [cité le 10 février 2016]. 288 p. Récupéré de http://bmsg.org/sites/default/files/bmsg_handbook_working_upstream.pdf [en anglais]
73. Johnson, S.A. (2009). *Public health advocacy* [Internet]. [Lieu inconnu] : Healthy Public Policy –Services de santé de l'Alberta, [cité le 10 février 2016]. 9 p. Récupéré de <http://phabc.org/wp-content/uploads/2015/07/Public-Health-Advocacy.pdf> [en anglais]
74. Vancouver Coastal Health. *Advocacy guideline and resources*. [Internet]. Vancouver (C.-B.) : Vancouver Coastal Health, Population Health, [date inconnue] [cité le 10 février 2016]. 11 p. Récupéré de www.vch.ca/media/Population-Health_Advocacy-Guideline-and-Resources.pdf [en anglais]
75. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2015). *Le plaidoyer et l'équité en santé : Parlons-en*. [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier, [cité le 1 février 2016]. 6 p. Récupéré de http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Advocacy_FR.pdf
76. Potvin, L. « La santé publique canadienne en état de siège ». *Revue canadienne de santé publique*. [Internet]. [Cité le 2 février 2016], vol. 105, n° 6, p. e401 à 403. Récupéré de <http://dx.doi.org/10.17269/cjph.105.4960>
77. Whitehead, M. (2007). « A typology of actions to tackle social inequalities in health ». *Journal of Epidemiology & Community Health*, vol. 61, n° 6, p. 473 à 478.
78. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2015). *Accroître la capacité de la santé publique d'agir pour l'équité en santé dans les provinces et les territoires : Compte rendu de l'atelier*. [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier, [cité le 16 février 2016]. Récupéré de http://nccdh.ca/images/uploads/NCC856-prov-territorial_proceedings_FR_Nov23.pdf
79. Solar, O. et A. Irwin. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health: Social determinants of health discussion paper 2 (policy and practice)*. [Internet]. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé, [cité le 16 février 2016]. 79 p. Récupéré de www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf [en anglais]

ANNEXE 1 : SOURCES D'INFORMATION

ACTIVITÉ	PARTENAIRES	AUDITOIRE
<p>Dialogue : acteurs multiples contribuant diverses connaissances pour améliorer l'équité en santé</p> <p>http://nccdh.ca/fr/resources/entry/multiple-actors-diverse-knowledge-to-improve-health-equity-forumproceedings</p> <p>Les 4 et 5 février 2015 Québec (Qc)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réseau de recherche en santé des populations du Québec • Institut national de santé publique du Québec 	<p>70 participants</p> <p>Praticiens et chercheurs de la santé publique, organismes communautaires de partout au Québec.</p>
<p>Accroître la capacité de la santé publique d'agir pour l'équité en santé dans les provinces et les territoires : compte rendu de l'atelier</p> <p>http://nccdh.ca/fr/resources/entry/advancing-provincial-and-territorial-public-health-capacity-for-health-equity</p> <p>Le 29 et 30 mai 2014 Toronto (Ont.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé et des Services sociaux • Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest • Université Dalhousie • Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse • Maladies chroniques et traumatisme, Santé publique Ontario • Université de Montréal • Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé de Montréal • Faculté des sciences infirmières, Université du Manitoba • Faculté des sciences infirmières, Université de Victoria 	<p>35 participants</p> <p>Représentants de toutes les provinces et territoires ainsi que du gouvernement fédéral ont été invités. Seuls les représentants du Yukon n'ont pas pu assister à l'atelier. Étaient présents la majorité des médecins hygiénistes en chef, des médecins hygiénistes en chef adjoints, des directeurs généraux, des sous-ministres adjoints et, dans le cas de trois provinces, des médecins hygiénistes régionaux.</p>
<p>Table ronde sur l'équité en santé tenue au Manitoba</p> <p>Le 4 juin 2013 Winnipeg (Man.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ministère de la Santé, de la Vie saine et des Aînés du Manitoba, Agence de la santé publique du Canada, Offices régionaux de la santé du Manitoba, et Régions sanitaires de la Saskatchewan et la Manitoba Public Health Association, Enfants en santé du Manitoba, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, ministère de la Vie saine et des Aînés du Manitoba, Division de la protection du consommateur, Office régional de la santé de Winnipeg, Faculté des sciences infirmières de l'Université du Manitoba, Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada, Institut canadien des inspecteurs en santé publique 	<p>111 participants</p> <p>Sous-ministres adjoints, analystes politiques, gestionnaires, directeurs, chercheurs, médecins hygiénistes, praticiens de la santé publique, Aînés autochtones et membres de conseils d'administration.</p>

ACTIVITÉ	PARTENAIRES	AUDITOIRE
Sommet sur l'équité en santé de la Saskatchewan Le 13 mai 2013 Saskatoon (Sask.)	<ul style="list-style-type: none"> • Université de la Saskatchewan • Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé • Région sanitaire de Saskatoon 	63 participants Praticiens de la santé publique et décideurs des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des administrations municipales, des associations régionales de professionnels de la santé, des organismes non gouvernementaux et des universités. Les participants représentaient toutes les provinces et territoires, sauf le Yukon, le Québec, le Nunavut et Terre-Neuve.
Forum régional de l'Î.-P.-É. sur l'équité en santé Le 9 avril 2013 Charlottetown (Î.-P.-É.)	<ul style="list-style-type: none"> • Institut d'été sur les collectivités sûres et en santé au Canada atlantique et bureaux régionaux de l'Association canadienne de santé publique au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard 	65 participants Praticiens de la santé publique, responsables de la santé communautaire, chercheurs et responsables de l'élaboration des politiques, personnes œuvrant dans les milieux de l'éducation, de la sécurité et du développement socioéconomique.
Forum de la Nouvelle-Écosse sur la santé publique Les 19 et 20 novembre 2012 Antigonish (N.-É.)	<ul style="list-style-type: none"> • Parrainé par l'Université St Francis Xavier (séries Frank McKenna Centre for Leadership Encounter) • Bureau de santé Guysborough Antigonish Straight Health Authority • Public Health Association of Nova Scotia 	450-500 participants Étudiants, membres du corps professoral, personnel de santé publique et membres de la collectivité : <ul style="list-style-type: none"> • Guysborough Antigonish Straight Health Authority • Pictou County, Colchester East Hants, et Santé Capital • Groupes communautaires locaux : la coalition pour la lutte contre la pauvreté; centre de ressources des femmes d'Antigonish, la coalition pour la sécurité alimentaire; l'association d'apprentissage des adultes d'Antigonish et du comté • Membres de la Première nation Paq'tnkek • Membres du corps professoral et étudiants de l'Université St. Francis Xavier.

ACTIVITÉ	PARTENAIRES	AUDITOIRE
<p>Nouvelles réalités, mêmes déterminants de la santé : votre rôle dans l'avancement de l'équité en santé à Terre-Neuve-et-Labrador.</p> <p>Les 16 et 19 octobre 2012 St John's (T.-N.-L.)</p> <p>Téléconférence depuis Corner Brook, avec la participation de Stephenville, de Deer Lake et de Norris Point par vidéoconférence.</p>	<ul style="list-style-type: none"> St. John's – Newfoundland and Labrador Public Health Association (NLPHA) Corner Brook – NLPHA, Centre de collaboration nationale des méthodes et outils, Western Health Region 	<p>110 participants</p> <p>St. John's – praticiens de la santé publique, responsables de l'élaboration des politiques, chercheurs, éducateurs, associations professionnelles, organismes communautaires et étudiants.</p> <p>Corner Brook – personnel de première ligne en soins primaires, en promotion de la santé et en santé publique, gestionnaires et cadres de direction des bureaux de santé ainsi que des représentants de la Western Regional School of Nursing.</p>
<p>Forum régional du Nunavut sur l'équité en santé</p> <p>Le 3 et 4 avril 2012 Iqaluit (Nt)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé Centre de collaboration nationale de la santé autochtone 	<p>50 participants</p> <p>Praticiens de la santé publique et décideurs des régions de Kitikmeot, Kivalliq, et Qikiqtaaluk; Nunavut Tunngavik Inc.; les ministères de l'Éducation et de la Santé et des Services sociaux du gouvernement du Nunavut; le Secrétariat à la lutte contre la pauvreté au Nunavut; le Quajigiartit Health Research Centre; le Hamlet of Cambridge Bay; et le Conseil du statut de la femme de Qullit Nunavut.</p>
<p>Atelier des chercheurs-praticiens sur l'équité en santé : combler l'écart</p> <p>http://nccdh.ca/fr/resources/entry/researcher-practitioner-healthequity-workshop-proceedings</p> <p>Les 14 et 15 février 2012 Toronto (Ont.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada, avec le soutien de l'Institut de la santé des Autochtones des Instituts de recherche en santé du Canada, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé et Initiative sur la santé de la population canadienne de l'Institut canadien d'information sur la santé 	<p>50 participants</p> <p>Chercheurs, responsables de l'élaboration des politiques et praticiens de la santé publique s'intéressant aux déterminants sociaux de la santé et à l'équité en santé au Canada et ailleurs dans le monde.</p>

Rapports

- Association médicale canadienne. [2012]. *Politique de l'AMC : L'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé : Un rôle pour la profession médicale*. Ottawa (Ont.). AMC, 10 p. Repéré à <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd%5CPolicypdf%5CPD13-03F.pdf>
- Association médicale canadienne. [2013]. *Les médecins et l'équité en santé : Possibilités dans la pratique*. Ottawa (Ont.). AMC.
- Commission des déterminants sociaux de la santé. [2008]. *Comblant le fossé en une génération – Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* [Internet]. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé, 256 p. Repéré à www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/
- Institut national de santé publique de Québec. [2014]. *Avenues politiques : intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé* [Internet]. Montréal (Qc) : INSPQ, 39 p. Repéré à www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1822_Avenues_Politiques_Reduire_ISS.pdf
- Muntaner, C., E. Ng, et H. Chung. [2012]. *Better health: An analysis of public policy and programming focusing on the determinants of health and health outcomes that are effective in achieving the healthiest populations*. Ottawa (Ont.) : Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, 68 p. Repéré à www.cfhi-fcass.ca/publicationsandresources/ResearchReports/ArticleView/12-06-18/dced281f-7884-4d36-8b0f-a797aa7eec41.aspx (en anglais; sommaire en français intitulé *Meilleure santé : une analyse des politiques et des programmes publics qui sont fondés sur les déterminants et les résultats de santé et qui sont efficaces pour avoir des populations les plus en santé* repéré à www.fcass-cfhi.ca/publicationsandresources/ResearchReports/ArticleView/12-06-18/dced281f-7884-4d36-8b0f-a797aa7eec41.aspx)
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. [2014]. *Aviver l'intérêt : Appliquer les connaissances pour faire avancer l'équité en santé – Analyse du contexte 2014*. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier [cité le 14 déc. 2015], 48 p. Repéré à <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/boosting-momentum>
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. [2010]. *L'intégration des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé dans les pratiques de santé publique au Canada – Analyse du contexte en 2010*. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, 84 p. Repéré à <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/scan>
- National Partnership for Action to End Health Disparities. [2011, avril]. *National Stakeholder Strategy for Achieving Health Equity*. Rockville (É.-U.) : U.S. Department of Health and Human Services, Office of Minority Health, 227 p. Repéré à <http://minorityhealth.hhs.gov/npa/templates/content.aspx?lvl=1&lvlid=33&ID=286>
- Agence de la santé publique du Canada. [2014]. *Vers l'équité en santé : Approches canadiennes relatives au rôle du secteur de la santé* [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC, 41 p. Repéré à www.who.int/social_determinants/publications/64-03-Towards-Health-Equity-FR-FINAL.pdf
- Whitehead, M., S. Poval, et B. Loring. [2014]. *The equity action spectrum: Taking a comprehensive approach—Guidance for addressing inequities in health* [Internet]. Danemark : Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé, 40 p. Repéré à www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/247631/equity-action-090514.pdf (en anglais; sommaire en français intitulé *Toute la gamme des actions menées en faveur de l'équité : une approche globale. Recommandations pour la lutte contre les inégalités dans le domaine de la santé* repéré à www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/equity-action-spectrum-taking-a-comprehensive-approach-the-guidance-for-addressing-inequities-in-health-2014)

ANNEXE 2 : ACTIVITÉS EN MATIÈRE D'ÉQUITÉ EN SANTÉ À L'ÉCHELLE PROVINCIALE, TERRITORIALE ET NATIONALE^{78(P.5-7)}

INSTANCE	BASES FACILITANT L'ACTION	BASE DE CONNAISSANCES	COLLABORATION AVEC DES PARTENAIRES DE L'EXTÉRIEUR DU SECTEUR DE LA SANTÉ
Alberta	<ul style="list-style-type: none"> Discussions en ligne entre les membres de la direction Désignation d'une équipe vouée à la promotion de l'équité en santé au sein de la Direction de la santé publique (populations et Autochtones) de l'Alberta Health Services (AHS) Mise sur pied par l'AHS de l'Aboriginal Health Program and Wisdom Council Élaboration par l'AHS d'un cadre pour la promotion de l'équité en santé Planification de faire participer la population albertaine à une discussion au sujet du mieux-être et des déterminants sociaux de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> Production de ressources par l'AHS : glossaire de l'équité en santé; rapport sur les populations à risque de vivre en moins bonne santé Surveillance et suivi : l'AHS et le gouvernement de l'Alberta sont à créer un cadre conceptuel s'articulant autour d'un indice de privation provincial 	<ul style="list-style-type: none"> Cadre sociopolitique provincial Stratégies de lutte contre la pauvreté et le sans-abrisme
Colombie-Britannique	<ul style="list-style-type: none"> Mise sur pied d'une régie de la santé des Premières nations La <i>Public Health Act</i> exige des rapports de la part des médecins hygiénistes et des agents de santé Cadre d'orientation en santé publique Stratégie de santé provinciale jusqu'en 2017 axée sur les populations rurales et éloignées et celles présentant les besoins les plus urgents Examen des principaux programmes de santé publique; l'élaboration et la responsabilité des programmes s'effectuent sous l'angle de l'équité Réalisation d'une étude d'impact sur la santé des programmes axés sur les maladies transmissibles sexuellement et les maladies infectieuses Acceptation par les instances dirigeantes et décisionnelles que l'équité influe sur l'état de santé 	<ul style="list-style-type: none"> Allusion à l'iniquité dans le plan de surveillance provincial Projet de recherche Equity Lens in Public Health en collaboration avec UVic et les régies de la santé Aide provinciale pour le congrès de l'association de santé publique provinciale Indicateurs de l'équité servant à faire un suivi Partenariat entre les régies de la santé pour la création d'activités de conscientisation, de ressources, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Formation d'un comité pangouvernemental des sous-ministres adjoints de la santé Partenariat entre les ministères de l'Éducation et de l'Agriculture concernant les programmes de fruits et légumes et de sécurité alimentaire dans les écoles Accent mis par les responsables du programme Familles en santé sur les partenariats avec les administrations locales et les ONG
Manitoba	<ul style="list-style-type: none"> Priorité stratégique donnée à l'équité en santé Services d'équité en santé et des populations en place Création par l'Office régional de la santé de Winnipeg d'une déclaration, de rapports et de postes consacrés à l'équité en santé 	<ul style="list-style-type: none"> Ressources de l'Office régional de la santé de Winnipeg 	<ul style="list-style-type: none"> Stratégie d'inclusion sociale et de lutte contre la pauvreté Approche axée sur la priorité au logement
Nouveau-Brunswick	<ul style="list-style-type: none"> Stratégie du mieux-être pour des communautés saines et inclusives Priorité stratégique accordée à l'équité en santé Capacité de travailler pour l'équité en santé 		
Terre-Neuve-et-Labrador	<ul style="list-style-type: none"> Présence depuis 2011 d'une direction générale pour la santé des populations Activités liées à l'équité en santé mises sur pied dans les régions par l'entremise du Wellness Advisory Council 	<ul style="list-style-type: none"> Capacité des régies régionales de la santé de s'occuper de la promotion de la santé Surveillance et suivi : contrôle des maladies transmissibles et Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador 	<ul style="list-style-type: none"> Stratégie de lutte contre la pauvreté

INSTANCE	BASES FACILITANT L'ACTION	BASE DE CONNAISSANCES	COLLABORATION AVEC DES PARTENAIRES DE L'EXTÉRIEUR DU SECTEUR DE LA SANTÉ
Territoires du Nord-Ouest	<ul style="list-style-type: none"> Volonté politique manifeste Adhésion à la notion que la santé commence à la maison Accent mis sur les enfants et les familles en santé 		<ul style="list-style-type: none"> Processus de planification en concertation avec les collectivités, qui déterminent elles-mêmes les priorités
Nouvelle-Écosse	<ul style="list-style-type: none"> Au sein de l'équipe du programme des communautés en santé au Service de santé publique, création d'un poste de coordinateur de la lutte contre les inégalités de santé s'occupant de travailler en collaboration avec les collègues des autres programmes de santé publique, le ministère des Services communautaires et autres partenaires Orientation stratégique : l'équité en santé figure parmi les cinq protocoles transversaux mis de l'avant dans les <i>Normes de santé publique de la Nouvelle-Écosse</i>; on entend par protocole une condition préalable à la mise en œuvre des étapes ultérieures Pratique : mise à l'essai de la perspective de l'équité en santé en s'appuyant sur les quatre rôles que peut jouer la santé publique pour agir sur l'équité en santé 	<ul style="list-style-type: none"> Intérêt renouvelé envers l'élaboration de rapports sur l'état de santé des populations à l'échelle locale Activités locales soutenues par le bureau pour la compréhension des collectivités (nouvelle initiative de surveillance et d'épidémiologie) 	
Nunavut	<ul style="list-style-type: none"> Équité en santé transpirant dans l'ensemble des activités du ministère de la Santé 	<ul style="list-style-type: none"> Déterminants sociaux de la santé inuite <ul style="list-style-type: none"> Acculturation Logement Productivité 	<ul style="list-style-type: none"> La superficie du territoire se prête bien aux partenariats réussis entre divers secteurs d'activité Plan d'action sur la sécurité alimentaire découlant du Plan de réduction de la pauvreté
Ontario	<ul style="list-style-type: none"> <i>Normes de santé publique de l'Ontario, 2008</i> <i>Planifier des plans d'envergure – Plan stratégique pour le secteur de la santé publique de l'Ontario</i> (2013) Création de postes de personnel infirmier chargé des déterminants sociaux de la santé dans l'ensemble des bureaux de santé Outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) en usage un peu partout Iniquités abordées dans tous les rapports sur la santé 	<ul style="list-style-type: none"> Projet de recherche sur le renouvellement du système de santé publique 	

INSTANCE	BASES FACILITANT L'ACTION	BASE DE CONNAISSANCES	COLLABORATION AVEC DES PARTENAIRES DE L'EXTÉRIEUR DU SECTEUR DE LA SANTÉ
Île-du-Prince-Édouard	<ul style="list-style-type: none"> Personnel de la santé publique ayant à cœur l'équité en santé (p. ex. congrès de l'Association de santé publique provinciale) Cliniques vouées aux nouveaux arrivants et aux peuples autochtones Programme d'échange de seringues 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Promouvoir, prévenir, protéger : rapport du médecin hygiéniste en chef de l'Île-du-Prince-Édouard et tendances en matière de santé</i> faisant mention pour la première fois du revenu et de l'éducation Rapports sur l'incidence des maladies chroniques 	<ul style="list-style-type: none"> Accent mis par le gouvernement sur la réduction de la pauvreté, l'aide précoce à l'apprentissage et le développement économique
Québec	<ul style="list-style-type: none"> <i>Loi sur la santé publique</i> énonçant des mesures d'action Équité en santé faisant partie des fonctions du médecin hygiéniste 	<ul style="list-style-type: none"> Indice de défavorisation Suivi à l'aide de 18 indicateurs de défavorisation Recensement des politiques intégrées de lutte contre la pauvreté (y compris la santé mentale) par le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé 	
Saskatchewan	<ul style="list-style-type: none"> Système de santé intégré : penser et agir dans le même sens Structure horizontale Atténuation des iniquités inscrite dans le plan stratégique du Ministère Champions de l'équité dans quelques régions régionales de la santé Dans certaines régions régionales de la santé, personnel désigné et recours aux outils d'équité pour modifier les programmes et les politiques 	<ul style="list-style-type: none"> Observatoire de la santé publique de Saskatoon Recherche, surveillance, application des connaissances, évaluation du rendement et audit en matière d'équité en santé par le Service de recherche sur l'évaluation et la santé des populations Accent mis par le Groupe de promotion de la santé sur l'équité en santé plutôt que sur les modes de vie 	<ul style="list-style-type: none"> Le Saskatchewan Population Health Council couvre aussi les Premières nations Comités interministériels provinciaux et régionaux Solide leadership exercé par d'autres ministères et organismes à vocation philanthropique
Fédéral	<ul style="list-style-type: none"> Accent sur l'évaluation, les sciences, les subventions et les contributions Engagements des partenaires du portefeuille de la Santé Plan de l'ASPC 2013-2016 pour faire avancer l'équité en santé <i>L'équité en santé : une nécessité – Plan stratégique de l'ISPP – 2009-2014</i> (Institut de la santé publique et des populations des IRSC) <i>Plan stratégique sur la Santé des Premières nations et des Inuits</i> (direction générale de Santé Canada) 	<ul style="list-style-type: none"> Collecte et analyse des données de 56 indicateurs et de 13 désagrégeurs Ajout de la notion d'équité au Portail canadien des pratiques exemplaires de l'ASPC 	<ul style="list-style-type: none"> Collaboration de l'ASPC avec divers ministères fédéraux, le Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé et le Réseau pancanadien de santé publique



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ (CCNDS)

Université St. Francis Xavier Antigonish, (N.-É.) B2G 2W5

Téléphone : 902-867-5406 Télécopieur : 902-867-6130

ccnds@stfx.ca www.ccnds.ca