

CADRE D'ACTION AXÉ SUR L'ÉQUITÉ POUR L'ÉLABORATION DE RAPPORTS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DES POPULATIONS



National Collaborating Centres
for Public Health



Centres de collaboration nationale
en santé publique

Cadre d'action axé sur l'équité pour l'élaboration de rapports sur l'état de santé des populations

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 (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. Son personnel interprète et transmet des données probantes et de l'information aux organismes et aux professionnels de la santé publique en vue d'influer sur les déterminants corrélatifs et de promouvoir l'équité en santé par l'entremise de pratiques, de politiques et de programmes de santé publique. Pour en savoir plus, allez à www.ccnds.ca. Les cinq 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 sur les CCN, allez à www.ccnsp.ca.

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

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2015). *Cadre d'action axé sur l'équité pour l'élaboration de rapports sur l'état de santé des populations*. Antigonish (N. É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.

ISBN : 978-1-987901-30-6

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 correspondent pas nécessairement à 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 *Equity-Integrated Population Health Status Reporting: Action Framework*.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	3
SECTION 1. Introduction	4
SECTION 2. Contexte	6
SECTION 3. Cadre d'action axé sur l'équité pour l'élaboration de rapports sur l'état de santé des populations	8
SECTION 4. Exemples concrets	24
SECTION 5. Faire avancer le cadre d'action	26
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	28
ANNEXE A: Glossaire des termes	32
ANNEXE B: Cadre d'action pe-resp – Où?	34
ANNEXE C: Cadre d'action pe-resp – Qui?	35
ANNEXE D: Cadre d'action pe-resp – Comment?	36
ANNEXE E: Cadre d'action pe-resp – Quoi?	37

LES CCN EN SANTÉ PUBLIQUE

Créés en 2005 et bénéficiant d'une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada, les Centres de collaboration nationale (CCN) unissent leurs efforts pour favoriser et faire progresser l'application des connaissances en général, mais particulièrement celles issues des recherches scientifiques afin de renforcer les pratiques, les programmes et les politiques qui se rapportent à la santé publique au Canada. Véritables pôles du savoir, les CCN en santé publique repèrent les lacunes en matière de connaissances, encouragent le réseautage et fournissent aux acteurs du système de santé publique un éventail de ressources, de produits multimédias et de services d'application des connaissances fondés sur des données probantes.

LES CCN ONT CHACUN UNE MISSION ASSOCIÉE À UNE PRIORITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE, ET LEURS BUREAUX SONT RÉPARTIS D'UN BOUT À L'AUTRE DU CANADA. LES SIX CENTRES SONT LES SUIVANTS :



CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES MÉTHODES ET OUTILS (CCNMO), SITUÉ À L'UNIVERSITÉ MCMASTER



CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DE LA SANTÉ AUTOCHTONE (CCNSA), SITUÉ À L'UNIVERSITÉ DU NORD DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE



CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE EN SANTÉ ENVIRONNEMENTALE (CCNSE), SITUÉ DANS LE CENTRE D'ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE



CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES MALADIES INFECTIEUSES (CCNMI), SITUÉ À L'UNIVERSITÉ DE MANITOBA



CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA SANTÉ (CCNPPS), SITUÉ À L'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ)



CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ (CCNDS), SITUÉ À L'UNIVERSITÉ ST. FRANCIS XAVIER À ANTIGONISH

APPUYER LA SANTÉ PUBLIQUE AU CANADA

Rendez-vous à www.ccnspp.ca pour en apprendre davantage sur les projets collaboratifs, les ressources et les activités à venir.



National Collaborating Centres for Public Health

Centres de collaboration nationale en santé publique

REMERCIEMENTS

Les six Centres de collaboration nationale ont uni leurs efforts pour mener à bien ce projet en s'appuyant sur les travaux accomplis par le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Voir <http://nccdh.ca/fr/our-work/assess-and-report/>.

Nous remercions sincèrement le soutien et la contribution des représentantes des Centres de collaboration nationale qui ont participé au groupe de travail mis sur pied dans le cadre du projet :

- Donna Atkinson, *Centre de collaboration nationale de la santé autochtone*
- Linda Dix-Cooper, *Centre de collaboration nationale en santé environnementale*
- Lesley Dyck, *Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé*
- Margaret Haworth-Brockman, *Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses*
- Val Morrison, *Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé*
- Susan Snelling, *Centre de collaboration nationale des méthodes et outils*

Tannis Cheadle, de la firme Tannis Cheadle Consulting, s'est chargée de la recherche et de la rédaction du présent document. Lesley Dyck, Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, a encadré les diverses phases du processus, y compris la révision de la version définitive.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BCCEWH	BC Centre of Excellence for Women's Health	HOC	Health Officers Council (conseil des médecins hygiénistes; Colombie-Britannique)
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé	MCHP	Centre manitobain de politiques en matière de santé
PE-RESP	Perspective d'équité intégrée aux rapports sur l'état de santé des populations	CCNDS	Centre de collaboration des déterminants de la santé
UE	Union européenne	RESP	Rapports sur l'état de santé des populations
CGIPN	Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations	ERS	Enquête régionale sur la santé
		PRPS	Partenariat pour la réduction de la pauvreté à Saskatoon

INTRODUCTION

OBJET

Les rapports sur l'état de santé des populations (RESP) se révèlent de précieux outils pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et améliorer l'équité en santé. Le présent document offre un cadre d'action convivial que peuvent utiliser les personnes directement concernées par l'élaboration de rapports sur l'état de santé de la population de leur région. Il s'adresse aussi aux personnes qui veulent en savoir plus sur la manière d'utiliser cet outil pour mener une action pour l'équité en santé. Nous espérons que l'usage du cadre d'action intensifiera l'intégration de la notion de l'équité en santé dans les processus d'élaboration des RESP et, en bout de piste, améliorera la capacité d'agir sur les déterminants sociaux de la santé.

AUDITOIRE CIBLE

L'auditoire cible se compose du secteur de la santé publique et de ses partenaires dans la collecte des données et de l'élaboration des rapports. Il s'agit notamment du personnel de la santé publique et de la santé en général, des organismes communautaires qui fournissent les données locales et des chercheurs universitaires. Pour la première version du cadre d'action axé sur l'équité pour l'élaboration de RESP (ci-après appelé simplement cadre d'action) qui est présentée dans le présent document,

nous avons privilégié l'auditoire composé des personnes œuvrant en santé publique et le contexte d'exécution des programmes et de prestation des services de santé publique. Il s'agit simplement d'un point de départ. Il ne fait aucun doute que le cadre d'action évoluera et s'enrichira avec le temps pour en venir à répondre aux besoins d'auditoires cibles d'horizons plus variés, comme les partenaires communautaires et le milieu de la recherche.

Les acteurs des diverses sphères du système de santé, y compris les cadres de direction, les médecins hygiénistes, les épidémiologistes, les gestionnaires et le personnel de première ligne, sont bien placés pour se servir du processus d'élaboration de RESP afin d'influencer la mise sur pied d'interventions allant dans le sens des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé. Ils peuvent inviter la population à prendre part à une consultation collaborative dont l'objectif serait d'aider toutes les parties engagées dans le processus à mieux comprendre les données. Ils peuvent utiliser des outils existants pour mobiliser et soutenir leur milieu de travail afin d'agir de manière que tous les membres de leur collectivité puissent atteindre un état de santé optimal. Ils peuvent également plaider et mobiliser en faveur d'un changement au sein du système de santé en général.

UN RÔLE POUR TOUT LE MONDE - QUELLES MESURES LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ PEUVENT-ILS PRENDRE?

Relever le défi d'intégrer la notion d'équité dans les processus d'élaboration de RESP peut sembler colossal si l'on tient compte du nombre d'étapes à franchir. Le cadre d'action dont il est question dans le présent document couvre tous les éléments d'un modèle à cet effet. Cela dit, il est évident que nous travaillons dans des organismes de nature complexe en œuvrant dans des milieux de nature encore plus complexe. Il est donc recommandé de passer en revue les étapes du cadre d'action, puis de l'adapter et de le mettre en œuvre de manière à obtenir un résultat répondant à la réalité de chacun.

Les professionnels de la santé, et ceux de la santé publique plus particulièrement, se trouvent bien placés pour diriger les efforts d'amélioration de la santé de leurs populations locales. Ils disposent en effet de l'infrastructure et des ressources de même que de l'expérience et des compétences voulues pour mobiliser des tranches de populations précises, et pour utiliser et décortiquer les données. Tout le monde a un rôle à jouer. Vous pouvez, à l'intérieur de votre sphère d'influence, prendre des mesures qui viendront enrichir la démarche de votre organisme pour l'équité en santé.

Les gestes posés pour bien asseoir le processus d'élaboration de RESP prendront des formes diverses selon la place occupée par chaque membre du personnel dans l'organigramme. Par exemple, pour une mesure donnée, les cadres de direction ou les médecins hygiénistes peuvent faire preuve de leadership stratégique

et encadrer le processus, les gestionnaires peuvent s'occuper de la planification, de la direction, de la coordination et de l'évaluation des activités, les épidémiologistes peuvent se charger de la collecte, de l'analyse, de la surveillance et de la mention des données sur les diverses tranches de population. D'autres peuvent s'occuper de la mise en place puis de l'évaluation des programmes et des services (c.-à-d. de « l'exécution » comme telle), en plus de faire preuve de vigilance en portant tout problème d'équité à l'attention des personnes responsables.

Nous vous invitons à lire le présent document dans le contexte de vos propres fonctions au sein du système et de réfléchir à ce que vous pourriez faire dans votre cercle d'influence. Vous pourriez peut-être tout de suite modifier certains aspects de vos activités quotidiennes et préparer le terrain à de plus grands changements à long terme? Vous pourriez présenter à votre gestionnaire, à votre équipe ou à votre service le cadre d'action lors d'une de vos réunions, voire lors d'une séance de planification stratégique? Si vous pensez que c'est faisable, vous pourriez demander à des personnes d'autres équipes ou services qui ont des tâches similaires de se joindre à vous? Lors de vos conversations dans ce contexte, vous pourriez explorer la possibilité d'utiliser certains éléments du cadre d'action pour influencer un processus d'élaboration de RESP déjà en cours (p. ex. pourriez-vous modifier ou enrichir la démarche en cours de manière à mieux y intégrer la notion d'équité)? Vous pourriez également vous demander s'il serait approprié de suggérer un nouveau processus et, le cas échéant, les pistes à suivre à cet égard?

CONTEXTE

Les valeurs d'équité en santé constituent les pierres d'assise de la démarche pour intégrer la notion d'équité en santé dans les processus d'élaboration des RESP.

Valeurs d'équité en santé : Il faut analyser les différences observées dans l'état de santé de diverses tranches de population à la lumière des valeurs de respect et de justice, en sachant qu'un bon nombre de ces différences sont le fruit d'injustices et de facteurs sociaux. La modification des structures et des systèmes sociaux, économiques et politiques à la source de telles iniquités de santé peut et devrait s'effectuer dans le contexte d'une mobilisation collective pour que les ressources allouées à la santé (y compris le pouvoir et l'argent) soient réparties de manière plus éclairée.

Les RESP ont servi jusqu'à ce jour à la seule description des différences observées dans l'état de santé en fonction de groupes de population. La prise en compte du manque d'équité veut dire faire un pas de plus en avant en analysant ces différences à la lumière de l'équité. Il n'en faut pas plus pour nous inciter à examiner les déterminants sociaux et les interventions en amont associées aux différences observées dans les données les concernant.

La volonté d'utiliser les données pour amener un changement constitue la clé de voûte du cadre d'action. En inscrivant la notion d'équité dans les processus de collecte et d'analyse des données qui serviront aux rapports sur la santé des populations, on encourage les parties prenantes à déployer les efforts voulus pour améliorer, surveiller et mesurer les actions prises pour atténuer les iniquités. En outre, les utilisateurs des données pourront s'en servir pour :

1. déterminer où se trouvent les iniquités les plus pernicieuses;
2. déterminer les sources des iniquités en approfondissant les recherches et en contextualisant les résultats;
3. décider où investir les ressources, c'est-à-dire en fonction des pistes susceptibles de produire les meilleurs effets;

4. déterminer les actions ou les interventions les plus susceptibles d'atténuer les iniquités et d'améliorer l'équité;
5. consacrer son énergie dans les quartiers cibles afin de pousser le système à y réduire les iniquités et à y améliorer l'équité.

PROCESSUS D'ÉLABORATION DU CADRE D'ACTION

Les praticiens et les organismes de la santé publique ont insisté sur la nécessité de prévoir les ressources, les outils et l'apprentissage collaboratif nécessaires à la qualité des rapports sur l'état de santé des populations¹. Pour faire avancer l'équité en santé, l'idée de rapports « ciblés » fait partie des dix pratiques prometteuses ressorties lors d'une recherche². Cette idée a d'ailleurs servi de point de départ à une réflexion sur la façon d'utiliser les pratiques courantes en santé publique pour élaborer des RESP qui auront pour résultat de favoriser une action sur les déterminants sociaux de la santé. De 2011 à 2013, le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) a piloté un projet d'apprentissage collaboratif afin de déterminer quels seraient les meilleurs moyens d'intégrer la perspective de l'équité en santé dans les RESP. Des gestionnaires,

des cadres de direction, des chercheurs, des épidémiologistes et des médecins hygiénistes ont participé à l'exercice.

Le projet a permis de comprendre qu'il ne peut exister de « modèle universel » pour les RESP ni pour les processus d'élaboration parce que l'analyse porte sur une multitude d'enjeux et de groupes de populations et que l'intention derrière ces rapports dépend d'abord du contexte³. On s'entendait cependant pour dire que les rapports et les processus d'élaboration de ces rapports qui tiennent compte de l'équité en santé ont pour objectifs ce qui suit :

- s'entendre plus souvent sur des objectifs communs en matière d'équité en santé;
- offrir des analyses fondées sur des données probantes;
- avoir pour résultat une action;
- servir les programmes et la responsabilité organisationnelle.

Ce projet, enrichi du contenu et des concepts dégagés de modèles similaires, a mené à une première version du cadre d'action axé sur l'équité pour l'élaboration de RESP.^{a,b,c} Un processus de consultation auprès d'intervenants de la santé publique de partout au Canada a permis ensuite d'examiner et de peaufiner les éléments du cadre d'action qui a ultimement fait l'objet d'une adaptation dans le contexte d'une démarche collaborative communautaire inspirée du Robert Wood Johnson Foundation Action Cycle⁴.

Au cours du processus de consultation, les participants se sont dits d'avis que le cadre d'action permettait de comprendre comment il était possible d'intégrer systématiquement la notion d'équité dans les RESP. Ils ne le trouvaient cependant pas assez commode pour voir comment l'appliquer efficacement dans leurs activités quotidiennes. Le présent document vise à remédier à ce manque.

a « Community Tool Box ». Chapitre 3 : *Assessing community needs and resources*. [Internet]. [Date inconnue], [cité le 17 août 2015]. À consulter à l'adresse <http://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/assessment/assessing-community-needs-and-resources/develop-a-plan/main> (en anglais).

b Centre de collaboration nationale des méthodes et outils. *Introduction à la santé publique fondée sur des données probantes et Recueil d'outils d'évaluation critique pour la pratique en santé publique* [Internet]. Hamilton (Ont.) : Centre de collaboration nationale des méthodes et outils, Université McMaster, 2008, révisé en 2012 [cité le 12 août 2015], 28 p. À télécharger à l'adresse www.nccmt.ca/pubs/IntroEIPH_compendiumFRENCH_web.pdf.

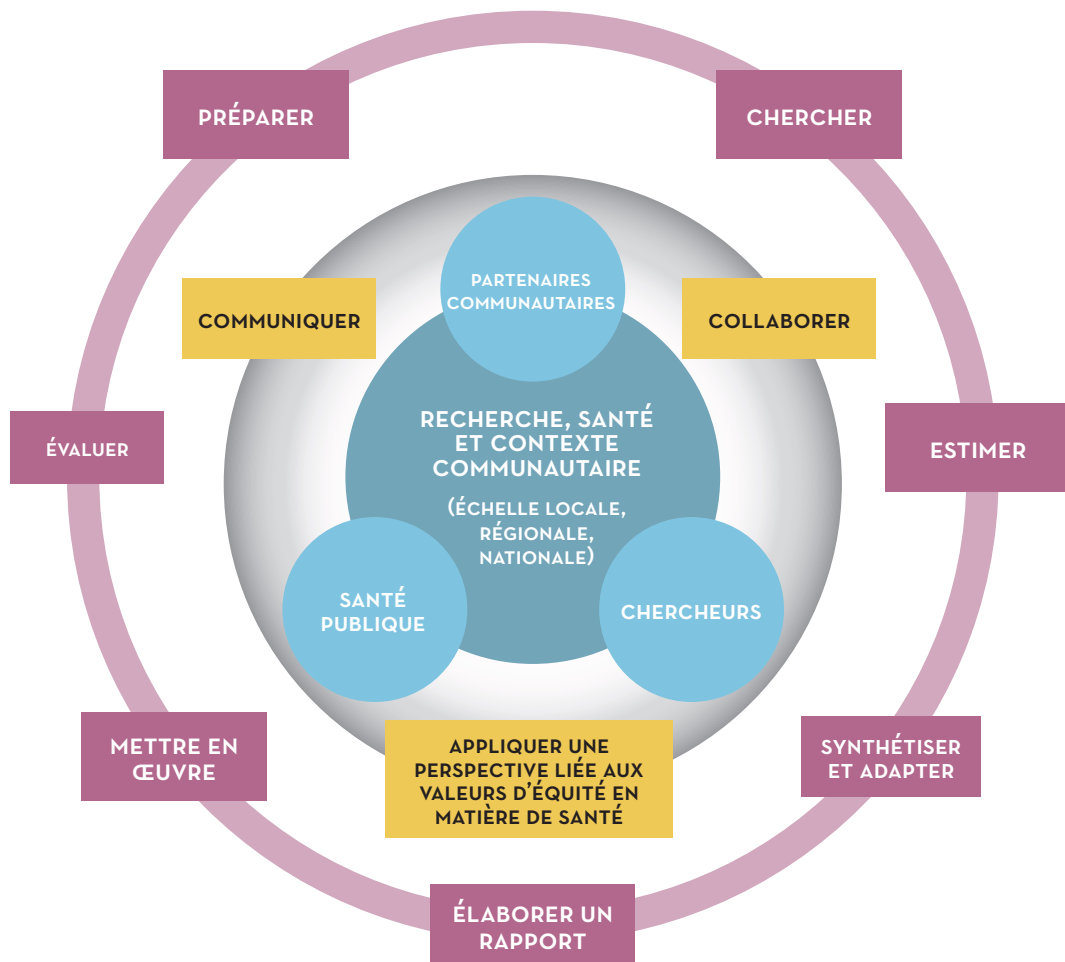
c Isfeld, H., et M. Haworth-Brockman. *Guidelines for Developing a Population-Based Gender and Health Profile*. Centre d'excellence pour la santé des femmes - région des Prairies [Internet]. Washington (D.C.) : Organisation panaméricaine de la Santé, 2009 [cité le 17 août 2015], 56 p. À télécharger à l'adresse <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Perfil-INGLES.pdf> (en anglais).

CADRE D'ACTION AXÉ SUR L'ÉQUITÉ POUR L'ÉLABORATION DE RAPPORTS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DES POPULATIONS

PRÉSENTATION

Le cadre d'action axé sur l'équité pour l'élaboration de RESP couvre les principales composantes d'un processus intégrant de manière efficace la notion d'équité en santé. À l'intérieur d'un système plus global, les éléments présentent à la fois des différences et des interrelations. Si on modifie un élément du système, on influe directement sur les autres éléments. La schématisation du cadre d'action se trouve dans la figure 1 ci-dessous. Les annexes B à E comportent le détail de toutes les composantes montrées dans la figure et expliquées dans le présent document.

FIGURE 1 : SCHÉMATISATION DU CADRE D'ACTION



OÙ	QUI	COMMENT	QUOI
Procure le contexte	Décrit les principaux acteurs	Décrit l'approche à inclure tout au long du processus	Décrit les étapes du processus d'élaboration des rapports sur l'état de santé des populations et les principales questions à prendre en compte pour intégrer l'équité en matière de santé

Le cadre d'action s'articule autour des principales tâches normalement comprises dans un processus d'élaboration de RESP. Ces tâches y sont décrites comme étant les étapes du processus⁵ subdivisées en activités et en considérations à prendre en compte au moment d'intégrer la notion d'équité en santé dans une étape donnée. Même si chaque élément contribue au système dans son ensemble, les valeurs d'équité en santé (voir la définition au début de la section 2) constituent les pierres d'assise du système et se révèlent essentielles à l'efficacité de l'intégration de l'équité en santé.

Composants du cadre d'action

Où? Contexte communautaire local (échelles locale, régionale et nationale)^d

Le processus d'élaboration des RESP se déroule sur divers plans, c'est-à-dire aux échelles locale, régionale et nationale. Les personnes, les organismes, les cultures politiques et les données diffèrent à chaque échelon. Mais, en fin de compte, le contexte communautaire et les enjeux locaux orientent le processus d'élaboration des rapports et inversement, dans un contexte systémique plus global. Au fil du

temps, la collectivité se voit mieux outillée pour atténuer les problèmes d'équité en santé. Il en résulte une amélioration de l'équité en santé dans le contexte communautaire local.

Sur la scène locale, il importe de faire preuve de leadership à toutes les étapes du processus d'élaboration d'un RESP. Il est important de faire participer les intervenants clés, d'établir des indicateurs pertinents, de contextualiser les résultats et de s'attaquer aux iniquités constatées dans chacune des collectivités locales.

Qui? Santé publique, partenaires communautaires, chercheurs^e

Les personnes œuvrant dans le secteur de la santé publique, les partenaires communautaires et les chercheurs sont les principaux acteurs dans un processus d'élaboration de RESP.

Soulignons qu'un processus dirigé par un seul acteur mènera moins souvent à une action. La capacité de chacun de faire preuve de leadership et d'agir joue un rôle crucial dans l'efficacité de l'intégration de l'équité en santé dans un processus de ce genre.

SANTÉ PUBLIQUE

Les acteurs de la santé publique et du plaidoyer sont bien placés pour influencer à bon escient sur le processus d'élaboration de RESP. Il est donc primordial pour le secteur de la santé publique d'avoir la capacité voulue pour exercer un leadership et mener des actions. Pour y parvenir, il lui faut un bon équilibre entre les processus, les ressources (humaines et financières), les infrastructures et les compétences.

Rôle : *Avec le temps, les professionnels de la santé publique (et du secteur de la santé en général) sont en mesure d'offrir :*

- *des objectifs organisationnels clairs concernant l'élaboration des RESP, y compris les publics visés et l'utilisation prévue;*
- *l'accès à des données de grande qualité ou aux compétences et aux ressources nécessaires à la collecte des données;*
- *des compétences et des ressources nécessaires à l'analyse des données et des renseignements;*
- *un soutien organisationnel et des compétences pour communiquer avec la population et la mobiliser.*

Résultats : *L'expression d'un leadership plus solide et une action accrue de la part du secteur de la santé – et de la santé publique plus particulièrement.*

d Voir le schéma à l'annexe B.

e Voir le schéma à l'annexe C.

PARTENAIRES COMMUNAUTAIRES

Les partenaires communautaires (y compris l'administration locale, les organismes communautaires et les autres responsables communautaires) contribuent grandement à enrichir les données probantes nécessaires au processus d'élaboration de RESP. Ils aident en outre à en comprendre le sens et la portée en ce qui a trait à l'équité en santé au sein de la population. Pour que de tels rapports donnent lieu à une action pour l'équité en santé, les partenaires communautaires doivent prendre part à toutes les étapes du processus. Ainsi, les préférences locales et politiques et les mesures appropriées seront dûment prises en compte.

Rôle : *Avec le temps, on voit s'améliorer la capacité communautaire d'exercer un leadership et de mener des actions.*

Résultats : *Un meilleur leadership et une multiplication des actions de la part du milieu communautaire.*

CHERCHEURS

Les chercheurs œuvrent dans milieux et des sphères d'activité différents les uns des autres, par exemple dans les milieux universitaires, de la santé publique, des programmes et services socioéconomiques et des services d'enquête gouvernementaux. Collectivement, ils jouent un rôle clé en favorisant la compréhension des sources des iniquités de santé et des interventions susceptibles de les atténuer.

Rôle : *Avec le temps, l'intégration de la notion d'équité en santé se multiplie dans la recherche et les données.*

Résultats : *Une meilleure intégration de la perspective d'équité en santé dans les travaux de recherche et les données probantes.*

Application du cadre d'action

Comment? Communiquer, collaborer et appliquer une perspective liée aux valeurs d'équité en santé^f

Nous présentons chacune des trois composantes de l'étape du « Comment? » du cadre d'action en deux parties, soit : 1) les questions à poser, puis 2) les exemples d'actions et de pratiques prometteuses qu'il serait possible d'utiliser par rapport à la composante en question.

Pour ce faire, nous avons passé en revue les RESP parus au Canada. Nous en avons dégagé les mesures prises pour intégrer l'équité dans le processus d'élaboration. Nous n'avons pu trouver aucun exemple de cas (que ce soit un

rapport ou un processus) qui montrait une application efficace de toutes les composantes du cadre d'action axé sur l'équité pour l'élaboration de RESP. Dans bon nombre de cas cependant, nous avons pu relever des pratiques prometteuses qui reflétaient assez bien certains des éléments du cadre d'action. Nous les mentionnons dans le présent document tout en sachant qu'il ne s'agit pas d'une liste exhaustive. Nous poursuivons les recherches afin de trouver de nouveaux exemples de pratiques prometteuses. Aussi, si vous en avez à nous suggérer, n'hésitez pas à communiquer avec nous (voir nos coordonnées à la fin du présent document).

^f Voir le schéma à l'annexe D.

APPLIQUER UNE PERSPECTIVE LIÉE AUX VALEURS D'ÉQUITÉ EN SANTÉ

Nous voulons veiller à ce que l'évaluation des écarts dans l'état de santé de la population se fasse dans une perspective d'équité et de justice (voir la définition des valeurs d'équité en santé au début de la section 2), même si nous savons qu'une bonne partie des écarts découle d'injustices et de facteurs sociaux.

Questions à poser :

1. *Comment pouvons-nous nous assurer de prendre en compte les structures et les systèmes sociaux, économiques et politiques qui créent ces iniquités de santé?*
2. *Comment pouvons-nous arriver à considérer les types d'action collective susceptibles de mener à une répartition plus équitable des ressources pour la santé (y compris le pouvoir et l'argent)?*

Exemples d'actions possibles :

Fonder le processus sur des principes d'engagement quant aux valeurs d'équité en santé en en faisant la pierre d'assise des RESP. Commencer en définissant clairement les iniquités de santé puis les déterminants sociaux influant directement sur elles.

- Pratique prometteuse : Dans le rapport du Health Officers Council (HOC) de la Colombie-Britannique intitulé *Health Inequities in BC*⁶, on définit ce que l'on entend par inégalités et iniquités de santé. On facilite ainsi une analyse plus poussée des différences dans l'état de santé et les résultats de santé de la population britanno-colombienne. Contrairement à bien d'autres rapports du même genre, celui-ci fait très bien état de l'obligation morale de comprendre et d'atténuer les iniquités de santé^{6, p. 9}.
- Pratique prometteuse : Le rapport de la Commission européenne intitulé *Health Inequalities in the EU*⁷ vise explicitement à décrire l'ampleur des écarts de santé au sein des pays de l'Union européenne et les déterminants sociaux responsables des inégalités de santé (ou des iniquités de santé) qu'il serait possible d'éviter^{7, p. 7}. Il se révèle donc un exemple parfait de l'utilisation des valeurs d'équité en santé comme fil d'Ariane pour élaborer un RESP.

S'appuyer sur une analyse comparative entre les sexes (ou les genres) pour comprendre les dimensions de la santé et des iniquités de santé liées au sexe et à la diversité.

- Pratique prometteuse : Un rapport produit par le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies⁸ vient enrichir la définition et l'analyse de l'iniquité de santé parce que les auteures sont allées au-delà du statut socioéconomique et du lieu géographique habituellement abordés pour s'intéresser aux facteurs comme le sexe, le genre et la diversité. Elles expliquent que bien des différences injustes et évitables entre l'état de santé des femmes et celui des hommes découlent de la construction sociale du sexe et du genre.

COLLABORER

Nous voulons inclure des personnes de tous les secteurs afin d'obtenir des données probantes plus solides et de mieux en comprendre le sens.

Questions à poser :

1. *Comment pouvons-nous inviter des gens à faire partie de notre équipe quand nous ne les connaissons pas?*
2. *Comment pouvons-nous établir un climat de confiance?*
3. *Comment passer à l'action?*

Exemples d'actions possibles :

Mettre sur pied une communauté de la pratique afin de solutionner le problème de la géographie pour définir une communauté.

- **Pratique prometteuse :** Les RESP que produit le Centre manitobain de politiques en matière de santé (MCHP)⁹ s'appuient sur des consultations menées auprès de chercheurs et de responsables des politiques et de la planification des services de santé dans les cinq offices régionaux de la santé (ORS) et Santé Manitoba. Le Centre a créé une communauté de la pratique, surnommée la *Need to Know Team*¹⁰, afin de l'aider à orienter ses travaux de recherche de manière à mieux les faire correspondre à ses politiques. En s'intéressant particulièrement à la création et à la production de nouvelles connaissances, au renforcement de la capacité organisationnelle et individuelle et à la diffusion et à l'application des résultats de recherche, l'équipe^g a contribué considérablement au processus de planification des services de santé régionaux et ruraux de la province. Elle a d'ailleurs gagné bon nombre de prix de reconnaissance en tant que modèle de pratiques exemplaires en matière d'application des connaissances. Trois fois par année, l'équipe tient durant deux jours des réunions hautement interactives. Elle en profite pour choisir, définir et délimiter ses projets de recherche, participer à des activités d'apprentissage (par exemple des cours « 101 » sur les concepts et les méthodes de recherche), planifier les modalités de diffusion des résultats de recherche et réseauter de manière formelle et informelle. Entre les rencontres, les membres de l'équipe ont des « devoirs à faire », par exemple consulter la direction des ORS sur les sujets de recherche qu'il serait intéressant d'aborder et élaborer des plans de diffusion des résultats de recherche. Les régions désignent elles-mêmes les membres de leur personnel qui feront partie de l'équipe, par exemple des infirmières et des infirmiers, des gestionnaires de la santé publique et des travailleurs sociaux, ce qui a donné à l'équipe un caractère intéressant et fructueux de par sa diversité. La recette gagnante de l'équipe se compose d'ingrédients comme l'établissement d'une relation de confiance, la qualité des relations, la bonne quantité de temps consacré par les partenaires, le soutien indéfectible des cadres de direction et l'authenticité du partenariat¹².

g L'équipe se compose d'une trentaine de personnes, dont une vingtaine de membres du personnel des offices régionaux de la santé (jusqu'à quatre de chacune des cinq régions), de même que de 10 à 15 représentants du Centre manitobain de politiques en matière de santé et de Santé Manitoba.

- Pratique prometteuse : Le Comité d'avancement des pratiques¹³ au Québec constitue une forme de réseautage unique en son genre. Le personnel de l'Observatoire estrien du développement des communautés gère les activités du Comité qui se réunit une fois par mois pour discuter de points d'intérêt sur le développement communautaire, comme la réduction des iniquités sociales. Le Comité offre aux chercheurs et aux praticiens de la santé une occasion d'échanger des données, des connaissances et des ressources. Il se compose de 18 personnes œuvrant dans des secteurs comme la santé, l'environnement, l'économie sociale, le développement communautaire et l'emploi dans les secteurs de la pratique ou universitaire. Les présentations mensuelles alternent entre les praticiens et les chercheurs (un équilibre maintenu dans le calendrier). À la fin de chaque présentation, les personnes responsables ont la tâche de résumer les facteurs qui peuvent avoir facilité l'instauration du changement en question de même que les obstacles et les défis survenus en cours de route¹².

Faire participer les membres des collectivités à toutes les étapes du processus d'élaboration de RESP.

- Pratique prometteuse : Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) constitue un modèle en soi quand on parle de collectivités au cœur du processus d'élaboration de RESP, en l'occurrence l'Enquête régionale sur la santé (ERS)¹⁴. Le Centre voit à ce que la responsabilité du processus d'élaboration du RESP, y compris en ce qui a trait aux décisions concernant la participation, le choix des indicateurs, la propriété des données et la diffusion de l'information, revienne à chacune des collectivités des Premières Nations. L'objectif d'une étude externe de l'ERS¹⁵ de 2002-2003 très tôt suivant le processus visait à évaluer la qualité du plan de recherche et la compatibilité de ce plan avec les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession, surnommés les « principes de PCAP », des Premières Nations¹⁶. Les auteurs de l'étude ont conclu que, par rapport aux autres enquêtes effectuées sur les Autochtones partout dans le monde, l'ERS revêtait un caractère unique parce que les Premières Nations avaient pris les commandes du processus de recherche et incorporé leurs valeurs propres au plan de recherche, et qu'elles s'étaient engagées de manière collaborative à toutes les étapes du processus¹⁵, p. iv.
- Pratique prometteuse : La Régie de santé Capital en Nouvelle-Écosse¹⁷ a mis sur pied la *Understanding Communities Unit*¹⁸ qui agit comme bureau d'évaluation et de surveillance de la santé des populations pour le compte de la régie. C'est le point de convergence pour les partenaires et le personnel de Santé Capital. Le bureau vise à renforcer la capacité de leur clientèle en matière de recherche et d'évaluation sur la santé des populations, à fournir de l'aide dans les travaux de plaidoyer, de planification et d'action pour améliorer la santé des populations. Ce qui en fait une pratique prometteuse, c'est la volonté de faire participer la population locale aux processus, puis les conseils de santé communautaire aux activités.

COMMUNIQUER

Nous voulons nous assurer que toutes les parties participant à l'élaboration des RESP savent ce qui se passe et que celles qui en feront usage sont également prises en compte dans le processus.

Questions à poser :

1. *Comment pouvons-nous nous assurer que tout le monde est au courant du déroulement?*
2. *Comment pouvons-nous faire connaître notre histoire afin d'inspirer d'autres personnes à se joindre à nous?*

Exemples d'actions possibles :

Élaborer et mettre en œuvre un plan de communication aussitôt que possible dans le processus. Le plan devrait couvrir les principaux messages à transmettre à chaque auditoire cible et expliquer les moyens les plus efficaces et les plus pertinents d'interpeler chacun de ces auditoires.

- **Pratique prometteuse :** Les numéros de la série *Better Health for All* que produit la Région sanitaire de Saskatoon se trouvent dans la section des rapports et des publications du site Web de l'Observatoire de la santé publique¹⁹. Pour la plupart des numéros, on peut y télécharger la version intégrale du rapport, de même que des documents d'accompagnement, dont un appel à l'action lancé par le médecin hygiéniste en chef pour les années à venir et un hyperlien vers un résumé graphique des statistiques. Ces divers outils s'adressent à différents auditoires cibles. Dans le site Web du Service de santé publique de Sudbury et du district²⁰, on trouve le même genre d'outils pour divers auditoires cibles dans la section présentant des ressources sur l'équité en santé. Ces deux organismes diffusent leurs rapports auprès de la population à l'aide de plans de communication inclus dans leur processus de consultation. L'un des documents clés de la série produite à Sudbury s'intitule *Possibilités pour tous : le chemin vers l'équité en matière de santé*²¹. Ce rapport contient des données locales qui visent à orienter le dialogue collectif nécessaire pour miser sur les forces et reconnaître et combattre les iniquités.
- **Pratique prometteuse :** Santé publique Ontario profite de sa conférence annuelle provinciale pour faire état des plus récentes données sous diverses formes, y compris des rapports établis en fonction de certaines caractéristiques des populations. On peut également trouver dans son site Web²² une série de 10 résumés graphiques présentant dans des concepts visuels originaux les dernières données associées aux multiples facteurs influençant et façonnant la santé de la population ontarienne. Par ailleurs, l'organisme prévoit produire des tableaux statistiques montrant les données provinciales ou selon les régions couvertes par chacun des bureaux de santé, de même qu'un système de visualisation interactive des données avec notes explicatives à l'appui.

Quoi? Les sept étapes du processus d'élaboration de RESP et les actions possibles^h

Le Centre de collaboration nationale des méthodes et outils a établi qu'une santé publique fondée sur des données probantes repose sur sept composantes. Celles-ci ont servi de point de départ à l'étape du « Quoi? » du cadre d'action. Pour chacune des sept

composantes du cadre d'action, nous avons subdivisé l'information en deux parties : 1) les questions à poser, et 2) les exemples d'actions et de pratiques prometteuses qu'il serait possible d'utiliser par rapport à la composante en question.

PRÉPARER

Questions à poser :

1. Qui doit faire partie du processus?
2. Quelles sont les questions clés et les principaux enjeux ou problèmes?
3. De quelle manière avons-nous intégré les valeurs d'équité dans nos questions d'enquête?

Exemples d'actions possibles :

S'assurer d'avoir invité toutes les parties prenantes à participer au processus. Former un comité directeur et des groupes de travail au besoin.

- Pratique prometteuse : Les collectivités se trouvent au cœur du processus d'enquête régionale sur la santé¹⁴ du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. Elles décident elles-mêmes si elles prendront part à l'enquête, donnent leur avis sur les questions à explorer et surveillent la collecte et l'analyse des données de même que la production des rapports, et se chargent des mesures à prendre pour améliorer la santé et le mieux-être¹⁶ de leur population. Ce modèle d'engagement communautaire est unique.

Entamer une conversation avec les cadres supérieurs de l'organisme au sujet des valeurs d'équité en santé, afin d'enrichir le processus d'élaboration des RESP²⁴ fondé sur de telles valeurs.

- Pratique prometteuse : Le CCNDS a produit un feuillet d'information intitulé *L'équité en santé... Parlons-en*²⁴ que les praticiens et les décideurs de la santé publique peuvent facilement adapter à leur propre contexte. On y explique comment aborder les questions d'équité en santé et intégrer plus explicitement et plus volontairement la notion d'équité en santé dans les activités de la santé publique.

^h Voir le schéma à l'annexe E.

CHERCHER**Questions à poser :**

1. *Quel est le meilleur moyen de trouver les données probantes pertinentes issues de la recherche?*
2. *Quels indicateurs nous aideront à répondre à la question de recherche?*
3. *Quelles autres données pourrions-nous trouver?*
4. *Devrions-nous dresser un plan pour recueillir des données supplémentaires?*

Exemples d'actions possibles :

Veiller à ce que les RESP présentent des données désagrégées en fonction des dimensions d'équité démographiques, géographiques et socioéconomiques. Ces dimensions d'équité (c.-à-d. les facteurs susceptibles d'expliquer les iniquités de santé) pourraient inclure (mais sans nécessairement s'y limiter) les facteurs comme le revenu, l'âge, le sexe, l'orientation sexuelle, le groupe ethnique, le statut d'Indien ou d'Autochtone, le statut d'immigrant, l'éducation, l'emploi, le sans-abrisme, le lieu de résidence urbain ou rural et la défavorisation des quartiers. Des facteurs particuliers (autres que ceux déjà mentionnés) pourraient également influencer sur l'équité en santé dans certaines tranches de populations. Par exemple, le mode de prestation des services de santé dans les collectivités autochtones peut considérablement influencer le taux d'utilisation des services et, par conséquent, les résultats de santé dans ces mêmes groupes de population. Il importe de considérer ce genre de facteurs particuliers dans tout exercice de collecte de données.

- *Pratique prometteuse : En Colombie-Britannique, la Provincial Health Service Authority a dirigé un projet d'envergure provinciale qui a ultimement mené à dresser une liste de 52 indicateurs d'équité en santé à prioriser et à utiliser pour orienter les analyses et les prises de décision en matière d'équité en santé dans la province²⁵. Les chercheurs ont déterminé une série de dimensionsⁱ d'équité démographiques, géographiques et socioéconomiques toutes interreliées qui servent à subdiviser les données liés aux indicateurs à des fins d'analyse^{25, p. 11}.*

Utiliser un cadre de mesure fondé sur des indicateurs de santé comme celui de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), ou l'adapter au besoin pour recueillir et analyser les données et préparer les rapports connexes.

- *Pratique prometteuse : Un document produit récemment par la Provincial Health Service Authority explique à l'aide d'un exemple concret comment le cadre de mesure de l'ICIS avait été adapté pour classer par ordre de priorité une série d'indicateurs d'équité en santé à utiliser en Colombie-Britannique^{25, p. 8}. On donne un exemple similaire dans un document produit par le BC Centre of Excellence for Women's Health^{8, p. 60}.*
- *Pratique prometteuse : Dans un rapport de l'Association des agences locales de santé publique et de l'Association pour la santé publique de l'Ontario, on trouve une liste d'indicateurs à utiliser en fonction du contexte local afin de documenter et de mesurer l'ensemble des activités sanitaires et des actions menées sur l'équité en santé dans la province. On espère que les bureaux de santé pourront partir de ces indicateurs pour mesurer leurs propres progrès dans la réduction des iniquités de santé, une responsabilité qui s'inscrit dans leur mandat.*

ⁱ Ces dimensions d'équité comprennent les suivants : le revenu, l'âge, le sexe, l'orientation sexuelle, le groupe ethnique, le statut d'Indien ou d'Autochtone, le statut d'immigrant, l'éducation, l'emploi, le sans-abrisme, le lieu de résidence rural ou urbain et la défavorisation des quartiers.

- Pratique prometteuse : L'Initiative sur la santé de la population canadienne de l'ICIS a publié récemment son rapport sur les *Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada*. Le document fait état des résultats d'une analyse des données nationales, provinciales et territoriales qui visait à montrer sur une période donnée si les tendances dans les écarts observés entre les groupes de population à revenu élevé et ceux à revenu faible s'intensifient, persistent ou diminuent. Les auteurs ont examiné un grand nombre d'indicateurs des inégalités liées au revenu de même que les taux d'indicateurs de santé en fonction du revenu. Ils ont en outre proposé en conclusion certaines politiques et interventions susceptibles de réduire les inégalités observées²⁷. Un deuxième rapport sur les disparités de santé au Canada devrait paraître en 2016. Il sera le fruit d'une collaboration entre l'Agence de la santé publique du Canada, Statistique Canada, l'ICIS et le Réseau pancanadien de santé publique.

Déterminer les indicateurs permettant de répondre à la question de recherche.

- Pratique prometteuse : Au moment de sélectionner les données à utiliser pour le rapport *Rethinking Women and Healthy Living in Canada*, les responsables ont voulu aussi choisir, parmi les autres mesures de dimensions données, les variables les plus appropriées à l'analyse, compte tenu de leur compréhension des enjeux concernant les femmes^{8, p. 7}.

Se servir des séries de données complémentaires et comparables ou séquentielles afin d'enrichir les données sanitaires courantes.

- Pratique prometteuse : Le Centre manitobain de politiques en matière de santé a la responsabilité du *Population Health Research Data Repository*²⁸, un répertoire exhaustif de données dépersonnalisées provenant de plus de 80 bases de données administratives, de registres, d'enquêtes et autres données concernant la population manitobaine. Le répertoire a été créé afin de faciliter la description et l'explication des tendances observées en matière de soins de santé et des profils de santé et de maladie, et la recherche pluridisciplinaire (p. ex. soins de santé, éducation et services sociaux). Il a grossi progressivement grâce à une relation de confiance et de réciprocité entre les chercheurs et au soutien indéfectible du gouvernement provincial.

Se demander s'il serait pertinent d'inclure dans le processus des indicateurs non traditionnels.

- Pratique prometteuse : La *Community Health Indicators Toolkit*²⁹ créée par la Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit visait à faciliter le choix et la collecte des données utiles pour mesurer les progrès en santé communautaire. La trousse d'outils couvre six grandes dimensions (économie, viabilité, environnement, identité et culture, sécurité alimentaire, services et infrastructure, et mode de vie sain) et les catégories d'indicateurs connexes. Grâce à un plan de recherche participative, les collectivités ont fourni des renseignements qui ont orienté l'élaboration du cadre de mesure, du modèle logique et des indicateurs très souvent non traditionnels. Par exemple, pour la dimension de l'identité et de la culture, la population a proposé deux indicateurs, soit 1) le degré de bénévolat lors d'activités culturelles, et 2) le nombre et le type de rencontres ou de cérémonies spirituelles et le taux de participation à ces dernières. Le cadre offre une liste d'indicateurs à utiliser ou à adapter en fonction du caractère propre au contexte local.

ANALYSER

Questions à poser :

1. *What are the data sources and the quality of the data?*
2. *What limitations are inherent in the sources and data?*
3. *Is there evidence available from other quantitative, qualitative or participatory research that can be used to complement the data?*
4. *How do research approaches, data collection and analysis integrate health equity values?*
5. *Do the various indicators adequately measure both assets and deficits?*
6. *How well are population demographics disaggregated by geography, economic and social characteristics?*

Exemples d'actions possibles

Déterminer les indicateurs substitutifs qu'il serait possible d'utiliser pour ajouter de l'information utile dans les cas où les données requises n'existent pas, sont difficiles à obtenir ou ne sont pas d'une assez bonne qualité à cause de limites méthodologiques⁸.

- **Pratique prometteuse :** Dans le rapport *Rethinking Women and Healthy Living in Canada*, les auteures analysent le mode de vie sain chez les femmes du Canada en fonction du genre, de la diversité et de l'équité²⁷. Elles utilisent parfois des indicateurs substitutifs pour illustrer un phénomène en l'absence de mesures directes. Par exemple, elles ont analysé l'âge non seulement en tant que condition biologique souvent hautement prédictive du risque plus élevé pour la santé, mais aussi comme variable substitutive associée aux étapes de la vie et aux rôles et au statut endossé par les femmes d'âges différents ou qui leur sont assignés^{8, p. 69}. Elles ont par ailleurs choisi d'utiliser l'indice normalisé de sécurité alimentaire des ménages tiré de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, plutôt que l'indice modifié. Bien que les deux se ressemblent, ils mesurent des aspects un peu différents, par exemple la manière de mesurer les degrés de gravité. Ultimement, les auteures ont choisi l'indice normalisé parce qu'on mentionne dans la littérature que la faim chez les enfants est une grande source de préoccupation chez les femmes et qu'elle fournit une meilleure mesure de l'insécurité alimentaire dans les ménages dirigés par une femme et comprenant des enfants; elle permet aussi de déceler la moindre insécurité alimentaire (c.-à-d. une insécurité alimentaire malgré une absence de faim)^{30, p. 7-8}. Les auteures ont décidé des données à utiliser en fonction des objectifs du projet.

Déterminer quels autres travaux de recherche quantitative, qualitative ou participative pourraient servir à enrichir les données.

- **Pratique prometteuse :** Dans le rapport *Rethinking Women and Healthy Living in Canada*⁸, les premières pages du chapitre sur les blessures causées par une chute chez les femmes plus âgées contiennent les données recueillies lors d'une étude quantitative sur la fréquence, les caractéristiques, les circonstances, les risques et les conséquences de ces blessures. Les auteures soulignent ensuite que, même si les chercheurs se sont très peu intéressés jusqu'à ce jour à l'influence de la dynamique de chacun des sexes dans les risques de blessure liée à une chute et les méthodes de prévention, certaines études laissent supposer que cette dynamique pourrait influencer l'approche pour négocier les méthodes de prévention des chutes entre la personne soignante et son parent ayant un historique de chutes^{31, p. 267}. Les auteures citent en exemple les résultats d'une étude réalisée à l'aide d'entrevues exhaustives auprès de 35 aînés et de leurs personnes soignantes (23 filles et femmes et 12 garçons et hommes). Cette étude qualitative a permis de constater et d'expliquer les différences selon le sexe des soignants dans les approches pour aider des parents à prévenir les chutes, de l'information intéressante que les données de l'enquête initiale ne pouvaient montrer.

Envisager comment tirer profit des forces pour favoriser l'engagement et l'autonomisation des collectivités.

- Pratique prometteuse : Contrairement à la plupart des RESP, l'Enquête régionale sur la santé du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations¹⁴ s'appuie explicitement sur les forces et les faiblesses, c'est-à-dire les facteurs de protection contre une mauvaise santé et ceux contribuant à une mauvaise santé. Par exemple, l'Enquête vise à examiner dans une collectivité donnée les perceptions par rapport aux forces, comme les valeurs familiales, les Anciens et les cérémonies traditionnelles^{14, p. 194}, et les perceptions par rapport aux faiblesses, comme l'alcoolisme et la toxicomanie, le logement et l'emploi ou le nombre d'emplois^{14, p. 191}.

SYNTHÉTISER ET ADAPTER

Questions à poser :

1. *Comment pouvons-nous réussir à synthétiser, à adapter et à intégrer des données probantes de types différents afin de broser le véritable tableau des iniquités?*
2. *Quelles recommandations pouvons-nous formuler pour la pratique en fonction des données probantes?*
3. *Comment y inscrire les valeurs d'équité en santé?*
4. *En quoi ces recommandations reflètent-elles le contexte local?*

Exemples d'actions possibles :

En plus de l'analyse des enjeux et des possibilités, inclure dans tout RESP des recommandations quant aux pistes d'action à suivre. Parmi ces recommandations, proposer l'établissement de partenariats avec d'autres secteurs d'activité.

- Pratique prometteuse : Le rapport de l'Initiative sur la santé de la population canadienne fait ressortir l'importance de collaborer avec des partenaires de l'extérieur du secteur de la santé (dans le cas présent, le secteur de l'environnement). Peu d'études de ce genre tiennent compte d'indicateurs comme la qualité de l'air ou les vagues de chaleur. Même si les auteurs du rapport de l'ICIS ne font pas explicitement allusion à l'équité en santé, ils associent certains facteurs environnementaux à des facteurs socioéconomiques et au taux d'utilisation des soins hospitaliers, ce qui ouvre la porte à la discussion au sujet des iniquités de santé.

Proposer d'utiliser la cartographie des forces pour déterminer les options stratégiques et les forces à mesurer parmi celles susceptibles de permettre d'atténuer des disparités données.

- Pratique prometteuse : La plupart des rapports qui visent à atténuer les iniquités tournent en général autour d'indicateurs de faiblesse ou de disparité (p. ex. inégalité du revenu). Morgan et Ziglio³³ mettent au défi les professionnels de la santé d'ajouter une dimension afin de tenir compte des forces dans les RESP. Dans le domaine de la santé, un atout est un facteur ou une ressource propice à renforcer la capacité des individus, des groupes, des collectivités, des populations, des systèmes sociaux et des établissements de favoriser et de maintenir un bon état de santé (p. ex. mesures de cohésion sociale).

- Considérer des recommandations propres à améliorer l'équité et non à accroître les iniquités (p. ex. cibler les quartiers à faible revenu présentant un seuil de vulnérabilité élevé sur le plan de la préparation à l'école).
- Pratique prometteuse : Les membres du Human Early Learning Partnership de l'Université de la Colombie-Britannique ont mis de l'avant un document d'orientation³⁴ afin de demander l'instauration d'un système fondé sur le principe d'universalité proportionnée pour les enfants dès leur plus jeune âge. Ils font valoir qu'une telle démarche permettrait de créer et de maintenir une plateforme de services universels organisés de manière à faire tomber les barrières à l'accès auxquels se heurtent les populations ayant les besoins les plus criants.

Élaborer des recommandations stratégiques fondées sur les constatations des recherches.

- Pratique prometteuse : En Colombie-Britannique, le rapport du Health Officers Council comporte des recommandations précises sur les actions à mener pour atténuer les iniquités de santé, de même que des exemples de pratiques exemplaires utilisées ailleurs au Canada et dans le reste du monde⁶, p. 67-73. Le deuxième rapport du BC Centre of Excellence for Women's Health intitulé *Worth a Second Look* fait état du potentiel que revêt le cadre d'action axé sur l'équité pour l'élaboration de RESP du point de vue stratégique et pratique. Il comporte des exemples montrant l'importance et les avantages de s'appuyer sur l'analyse comparative entre les sexes ou les genres pour analyser les politiques³⁵, p. 11-22.
- Pratique prometteuse : La dernière section du rapport sur les inégalités de santé dans l'Union européenne porte sur les résultats d'une analyse des politiques mises en place par l'Union européenne ou par bon nombre des pays-membres et qui influent sur la santé et les inégalités sociales⁷, p. 133-146. On y formule également des recommandations à l'intention des pays-membres de l'Union européenne⁷, p. 147-151.

ÉLABORER UN RAPPORT

Questions à poser :

1. *Quel est notre public cible et quel est le meilleur moyen de communiquer ce que nous avons appris?*

Exemples d'actions possibles :

- Adapter les stratégies relatives au rapport en fonction d'auditoires cibles (p. ex. scientifiques, analystes des politiques, groupes communautaires ou de plaidoyer, tranches de population, collègues, fonctionnaires ou cadres de direction du secteur de la santé).
- Pratique prometteuse : Les rapports des médecins hygiénistes en chef³⁶ se révèlent de bons exemples de la qualité et du type d'information plus accessible au public non initié, au contraire de certains rapports techniques produits. De la même manière, les rapports du Health Officers Council⁶ et du BC Centre of Excellence for Women's Health^{35,37} sont rédigés dans un style narratif et non pas technique, ce qui les rend accessibles à un plus vaste auditoire.
- Pratique prometteuse : Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations a pour objectif de s'appuyer sur un « processus d'interprétation qui soit pertinent au plan culturel et qui puisse être présenté aux communautés de manière à ce qu'il soit utilisable et qu'il bonifie leur façon de voir, d'établir des rapports, de connaître et d'être¹⁴, p. 3 ».

Explorer la possibilité de rendre les données publiques en les diffusant en ligne pour en donner l'accès à un plus vaste auditoire.

- Pratique prometteuse : Dans le but d'ouvrir l'accès au public, le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations a créé une application³⁸ en ligne où les données sont présentées sous forme de graphiques, de tableaux et de schémas téléchargeables aux fins d'utilisation dans des présentations, des rapports et des travaux scolaires. Il enrichit constamment cette base de données pour la maintenir à jour.
- Pratique prometteuse : Sous la responsabilité du Centre manitobain de politiques en matière de santé, le Population Health Data Repository²⁸ consiste en une vaste collection de données administratives, de registres, d'enquêtes et autres données se rattachant principalement à la population manitobaine. L'organisme l'a créé afin de pouvoir donner une description et d'expliquer les tendances observées en matière de soins de santé et les profils de santé et de maladie, de faciliter la recherche intersectorielle (p. ex. soins de santé, éducation et services sociaux). Il faut suivre un processus en quatre étapes³⁹ avant d'avoir accès aux bases de données du répertoire.

Utiliser l'infographie pour communiquer visuellement l'information sur l'équité en santé.

- Pratique prometteuse : Santé publique Ontario produit des rapports interactifs et présente à l'aide d'éléments visuels les résultats de l'analyse de vulnérabilité associés à la préparation à l'école en fonction du sexe et des difficultés financières⁴⁰. C'est un exemple de représentation visuelle qui attire l'attention et qui peut graver l'information dans la mémoire des gens à court et à long terme et favoriser l'apprentissage en organisant l'information, en suscitant les acquis antérieurs et en améliorant la compréhension.

Inclure des tableaux ou du texte au besoin, en tenant compte de ce qui interpellera le plus l'auditoire cible.

- Pratique prometteuse : Outre les modes de communication traditionnels que sont les schémas et les graphiques, la Régie de santé Capital¹⁷ (N.-É.) et le Health Officer Council⁶ (C.-B.) incluent dans leurs rapports des cartes afin de montrer la répartition des iniquités au sein de la population. Ils veulent ainsi rendre l'information plus pertinente et plus accessible aux collectivités locales. Santé publique Ontario procède un peu de la même façon avec sa collection « Snapshots »⁴¹, laquelle se compose de tableaux de bord interactifs présentés sous forme de cartes illustrant les tendances géographiques et temporelles relatives aux principaux indicateurs de santé publique. La collection s'adresse autant au personnel des bureaux de santé publique qu'à la population en général. Elle permet de créer soi-même des tableaux, des graphiques et des cartes à partir de statistiques déjà calculées.
- Produire une série de rapports plutôt qu'un seul rapport annuel sur l'état de santé des populations. Chacun de ces rapports pourraient porter sur un sujet, un enjeu, une tranche de population ou une région en particulier.
- Pratique prometteuse : La Saskatchewan produit son *Health Status Report*⁴² dans un format qui en fait un document vivant, ce qui lui permet de constamment mettre à jour les chapitres^j. Le rapport comporte trois parties distinctes : 1) un sommaire s'adressant au grand public, 2) des chapitres thématiques (p. ex. blessures, maladie chronique et cancer) s'adressant aux planificateurs et aux décideurs du domaine de la santé, et 3) des tableaux s'adressant aux médecins hygiénistes, aux épidémiologistes et aux autres analystes des données. Chaque chapitre constitue un rapport en soi et vise à regrouper les données et à en simplifier l'utilisation.

j Généralement, ceci se produit quand il s'est écoulé suffisamment de temps pour faciliter une mise à jour des bases de données et permettre ainsi une mise à jour pertinente et efficace du chapitre en question.

METTRE EN ŒUVRE**Questions à poser :**

1. *Comment pouvons-nous cadrer les conclusions de manière qu'elles mobilisent tout le monde?*
2. *Quel est le meilleur moyen d'étudier les mesures possibles, depuis la mobilisation communautaire jusqu'à l'élaboration de politiques?*
3. *Comment pouvons-nous collaborer à la mise en œuvre des mesures en question?*

Exemples d'actions possibles :

Se servir pour cette étape des outils d'Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé et d'Évaluation d'impact sur la santé.

- Pratique prometteuse : Se reporter à l'EIES⁴³, l'outil créé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Cet outil de prise de décision aide à déterminer les effets potentiels non intentionnels (positifs ou négatifs) sur l'équité en santé et à améliorer l'équité dans les processus de planification des programmes et des services.

Entamer une conversation avec la population sur les enjeux liés à santé et à l'équité en invitant à y participer le personnel de la santé publique, les médecins hygiénistes, les partenaires de la santé locaux et les principaux organismes œuvrant en santé dans la collectivité. La conversation devrait viser à :

- passer en revue les données;
- générer des idées chez les intervenants en fonction de leurs observations et des causes sous-jacentes;
- aborder des points directement liés aux questions d'équité;
- examiner les barrières possibles à l'équité au sein du système de soins de santé;
- déterminer ce qu'il y aurait lieu de faire pour faire tomber ces barrières.
 - Pratique prometteuse : Dans le processus d'Enquête régionale sur la santé du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations¹⁴, ce sont les collectivités qui tiennent les commandes en ce qui a trait à la collecte et à l'analyse des données et à la production des rapports connexes. Elles se chargent elles-mêmes des mesures à prendre pour améliorer la santé et le mieux-être de leur population. Il s'agit d'un modèle à citer en exemple pour ce qui est d'une collaboration réussie en matière de collecte, d'analyse et d'utilisation des données.
 - Pratique prometteuse : L'Observatoire de la santé publique de la Région sanitaire de Saskatoon poursuit le peaufinage de sa série de documents produits dans le cadre du projet *Better Health for All*¹⁹. L'objectif est de conscientiser la population aux enjeux de santé et d'équité la concernant. Depuis 2013, le personnel de l'Observatoire de la santé publique, en concertation avec les médecins hygiénistes de la province, organise des rencontres auxquelles prennent part des partenaires du bureau de la région sanitaire et d'autres organismes de la santé de Saskatoon. Les responsables en profitent pour présenter les données et générer des idées autour des problèmes observés et des causes sous-jacentes. Ils incluent des questions directement liées aux enjeux d'équité, ce qui incite l'auditoire à se poser des questions sur les barrières possibles à l'équité au sein du système de santé et à déterminer les actions à prendre pour faire tomber ces barrières⁴⁴.

ÉVALUER

Questions à poser :

1. Dans quelle mesure le processus d'élaboration a-t-il contribué à l'atteinte de nos objectifs organisationnels concernant le RESP? Où avons-nous abordé et intégré la notion d'améliorer l'équité?
2. Dans quelle mesure pouvons-nous associer au processus l'amélioration de la capacité communautaire d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé?

Exemples d'actions possibles :

Évaluer (par l'entremise de sondages en ligne, de groupes de discussion ou d'entretiens auxquels auront participé les principaux intervenants) si oui ou non :

- le processus a permis d'atteindre les objectifs organisationnels fixés pour le rapport;
- le processus a donné lieu à l'amélioration de la capacité de la population d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé;
- la collecte et l'analyse des données associées aux indicateurs d'équité en santé et échelonnées sur une période de temps ont aidé les intervenants dans leurs efforts pour améliorer, surveiller et mesurer le travail réalisé pour l'équité.

Remarque : Dans le contexte de la présente initiative, on n'a pu trouver à ce jour beaucoup d'information sur les évaluations des processus d'élaboration des RESP. Lors de la consultation, certains intervenants ont signalé qu'ils évaluaient le déroulement de leur processus d'élaboration, sans pouvoir donner d'exemple tangible. Par conséquent, il faudra chercher à recueillir plus d'information sur les processus d'élaboration des RESP qui prennent en compte la notion d'équité et qui sont en cours sur les scènes nationale, provinciale, territoriale, régionale et locale au Canada. Il faudra recueillir toute observation relativement aux résultats et au bilan. On pourra ainsi éclairer et améliorer les prochaines démarches dans le cadre de la présente initiative de même que toute autre initiative du même genre réalisée au Canada.

EXEMPLES CONCRETS

Le présent document vise à offrir un cadre d'action convivial aux personnes directement engagées dans la production d'un rapport sur l'état de santé d'une population donnée ou à celles intéressées à savoir comment se servir des composantes du processus pour inciter à l'action voulue pour améliorer l'équité en santé. Nous sommes convaincues que l'intégration de la notion d'équité dans le processus d'élaboration de RESP permettra de doter les collectivités des moyens nécessaires pour agir et remédier aux problèmes d'équité en santé. Nous pouvons d'ailleurs déjà observer des changements d'orientation et de pratiques au sein des organismes ayant opté d'aller en ce sens.

Nous donnons ci-dessous trois exemples concrets de changements survenus à la suite d'un processus axé sur l'équité en santé pour l'élaboration de RESP. Malgré leur caractère incomplet, ces exemples permettent de comprendre tout le potentiel que revêt la démarche.

- Pratique prometteuse : Le rapport *A Profile of Women's Health in Manitoba*⁴⁵ fait état des connaissances actuelles concernant les diverses facettes de la santé des femmes. Les auteures examinent notamment les données sur la santé, l'utilisation des soins de santé et un bon nombre de déterminants de la santé. Elles présentent une analyse comparative entre les genres en abordant la corrélation entre les facteurs et la complexité de leur influence sur les femmes. Elles décrivent et expliquent ces facteurs et dressent la liste des politiques et des programmes susceptibles de produire des améliorations et un changement. La teneur de ce document et du compte rendu d'une série de dix consultations menées dans les diverses régions de la province a servi à produire la nouvelle version de la *Stratégie du Manitoba en matière de santé féminine en 2011*⁴⁶. Soulignons en outre que les ateliers organisés dans la province pour améliorer les compétences en matière

d'analyse comparative entre les genres, comme celle utilisée pour le rapport sur la santé des femmes, ont eu de profonds effets. L'analyse comparative entre les genres influence l'interprétation des données de santé désagrégées recueillies par région lors des évaluations de la santé dans les collectivités. Il ne fait aucun doute que certaines des activités associées aux priorités énoncées dans la *Stratégie du Manitoba en matière de santé féminine en 2011* découlent indirectement des iniquités abordées dans le rapport sur la santé des femmes. En 2011, par exemple, l'injection de ressources additionnelles dans le transport terrestre et aérien aux fins de dépistage du cancer du sein dans les collectivités a permis de faire tomber des barrières de culture, d'accès et de transport soulignées dans le rapport sur la santé des femmes.

- Pratique prometteuse : Le rapport produit en 2008 par la Région sanitaire de Saskatoon et intitulé *Health Disparity in Saskatoon: Analysis to Intervention*⁴⁷ a conscientisé la population à l'enjeu des iniquités de santé. Dans la foulée, des partenaires de tous horizons se sont mobilisés et se sont joints au Comité intersectoriel régional de Saskatoon afin de former le Partenariat pour la réduction de la pauvreté à Saskatoon⁴⁸. Les membres du partenariat invitent encore aujourd'hui les organismes et la population en général à combler l'écart entre la situation actuelle et la collectivité qu'ils rêvent de bâtir, ainsi qu'à les aider à déterminer les prochaines étapes et à leur donner un ordre de priorité. Un document provisoire paru récemment sert justement à orienter les conversations et les décisions à ce titre et comporte une première version d'un cadre théorique qui pourrait se révéler utile à l'élaboration d'un *Plan d'action collectif* pour la réduction de la pauvreté.
- Pratique prometteuse : Grâce à de solides données sur la santé de la population (en grande partie fournies par le Centre manitobain de politiques en matière de santé), l'Office régional de la santé de Winnipeg a adopté la perspective d'équité en santé pour l'ensemble de ses services de santé⁴⁹. Les plans de santé régionaux soumis sont évalués en fonction de critères d'équité en santé, et les plans stratégiques concernant la population et la santé publique reposent sur le principe de « ciblage dans un cadre d'universalité² ». Plus récemment, l'Office a dégagé 1000 recommandations axées sur l'équité en santé dans le cadre d'une revue de la littérature. L'organisme s'en servira pour élaborer sa stratégie d'équité en santé.

FAIRE AVANCER LE CADRE D'ACTION

Nous espérons que la lecture du présent document, ne serait-ce que par les exemples de démarches employées pour tenir compte de la perspective d'équité dans les processus d'élaboration de RESP, vous incitera et vous aidera à faire de même dans vos propres fonctions. Le cadre d'action présenté ici peut également vous guider dans la planification et l'élaboration d'un nouveau processus d'élaboration de RESP. Nous ne nous attendons pas à ce que vous réinventiez la roue chaque fois, car ce serait inutile et superflu. Cependant, nous pensons qu'à force de tenir compte de la perspective d'équité dans vos activités quotidiennes, vous trouverez d'autres occasions d'influer sur les processus organisationnels. Nous donnons ci-dessous des idées sur la manière d'utiliser le cadre d'action.

APPLICATION DU CADRE D'ACTION À VOS PROPRES ACTIVITÉS

Déterminez comment vous pourriez modifier votre façon de travailler. Allez-y progressivement, pas à pas. En étudiant le cadre d'action et son mode d'application, songez aux petits changements que vous pourriez effectuer tout de suite, et préparez le terrain aux plus grands changements que vous souhaiteriez entreprendre à plus long terme.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les mesures que vous prendrez pour enrichir un processus d'élaboration de RESP refléteront en bonne partie votre place au sein de votre organisme. À l'étape de la préparation, vous pourriez par exemple « entamer une conversation avec les cadres supérieurs de l'organisme au sujet des valeurs d'équité en santé » (voir l'étape de préparation). Voici comment pourrait s'appliquer ce principe selon la place que vous occupez dans l'organigramme :

- Les **cadres supérieurs** pourraient demander d'ajouter le point à l'ordre du jour d'une réunion et y aborder la question avec leurs collègues.
- Les **gestionnaires** pourraient demander à leurs cadres de direction de suggérer à leurs collègues une réunion sur le sujet et, si la réunion a lieu, ces mêmes gestionnaires pourraient rédiger l'aide-mémoire et des diapositives à l'appui, en s'inspirant du feuillet d'information *L'équité en santé... Parlons-en*.
- Le **personnel de première ligne** pourrait fournir des exemples recueillis sur le terrain pour enrichir l'aide-mémoire ou les diapositives de manière à illustrer un besoin ou une réussite (afin d'attirer l'attention et de toucher les cordes sensibles de l'auditoire).
- Les **épidémiologistes** pourraient alimenter les discussions à l'aide de données aussi détaillées que possible, en subdivisant les divers indicateurs en dimensions d'équité^k.

^k Ces dimensions d'équité peuvent inclure (sans nécessairement s'y limiter) des facteurs comme le revenu, l'âge, le sexe, l'orientation sexuelle, le groupe ethnique, le statut d'Indien ou d'Autochtone, le statut d'immigrant, l'éducation, l'emploi, le sans-abrisme, le lieu de résidence urbain ou rural, et la défavorisation des quartiers.

UTILISATION DU CADRE D'ACTION COMME AMORCE DE CONVERSATION AVEC D'AUTRES

- Vous pourriez le présenter à votre gestionnaire, à votre équipe ou à votre service lors d'une de vos réunions. Le fait d'en parler pourrait se révéler un moyen efficace d'aborder la question de savoir comment intégrer la notion d'équité dans les processus d'élaboration de RESP et vous permettre de commencer à y appliquer la perspective d'équité.
- Vous pourriez le présenter à la prochaine séance de planification stratégique. Prévoyez expliquer comment il serait possible de mieux intégrer la notion d'équité dans le but, les objectifs, les activités et les résultats, en vous servant des composantes ou des exemples du cadre d'action.
- Mobilisez des membres de votre équipe qui ont des tâches similaires, ainsi que des personnes d'autres équipes de votre organisme (p. ex. surveillance, planification des programmes, évaluation). Il importe d'inscrire l'équité à toutes les étapes du cycle de planification des services de santé, pas seulement au moment de collecter des données.

Les questions suivantes pourront vous aider à amorcer et à alimenter les discussions. Elles peuvent aussi vous aider à décider des prochaines étapes.

1. Saisissons-nous de la même manière le sens d'équité et d'iniquité, puis d'égalité et d'inégalité?
2. Saisissons-nous de la même manière ce qu'exige la prise en compte de l'équité dans l'élaboration de RESP?

3. En quoi le cadre d'action intervient-il dans nos activités quotidiennes?
4. Y a-t-il moyen d'appliquer les concepts du cadre d'action d'une manière quelconque? Y a-t-il moyen dès maintenant d'influencer un processus d'élaboration de RESP en appliquant d'abord les composantes du cadre d'action dans notre propre travail? Pouvons-nous modifier ou enrichir les processus employés à l'heure actuelle pour élaborer des RESP de manière à mieux y intégrer la notion d'équité? Devrions-nous proposer un nouveau processus d'élaboration de RESP et, le cas échéant, par où faudrait-il commencer?
5. En réfléchissant aux façons d'intervenir, demandons-nous quels partenaires nous pourrions mobiliser pour nous aider à ce titre.

NOUS JOINDRE

N'hésitez pas à nous faire part de vos commentaires. Envoyez un courriel directement au CCNDS (ccnds@stfx.ca) si vous avez :

- des questions au sujet du cadre d'action ou sur la façon de l'appliquer;
- d'autres exemples d'actions possibles ou de pratiques prometteuses à nous transmettre;
- des idées pour revoir ou bonifier le cadre d'action afin de le rendre plus utile;
- des suggestions d'autres ressources qui pourraient se révéler utiles dans une démarche pour atténuer les iniquités de santé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Dyck, Lesley. Intégrer la perspective de l'équité en santé dans les rapports sur l'état de santé des populations. Blogue [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, 22 juillet 2010 [cité le 10 août 2015]. À télécharger à l'adresse <http://nccdh.ca/fr/latest-news/entry/integrating-health-equity>.
2. Service de santé publique de Sudbury et du district. « Les 10 pratiques prometteuses » [Internet]. Sudbury (Ont.) : Service de santé publique de Sudbury et du district, 2011 [cité le 13 août 2015]. À consulter à l'adresse www.sdhu.com/fr/sujets-et-des-programmes-de-sante/equite-en-sante/les-10-pratiques-prometteuses. www.sdhu.com/uploads/content/listings/10PromisingPractices.pdf
3. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Apprenons ensemble : Collaborer pour améliorer le processus d'élaboration des rapports sur l'état de santé des populations [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier, 2012 [cité le 12 août 2015], 2 p. À télécharger à l'adresse http://nccdh.ca/images/uploads/Apprenons_ensemble_2.pdf.
4. « County health rankings & roadmaps: Building a culture of health, county by county ». Madison (Wisconsin, É.-U.) : Robert Wood Johnson Foundation; c2015 [cité le 12 août 2015]. À consulter à l'adresse www.countyhealthrankings.org/roadmaps/action-center.
5. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Apprenons ensemble : Qu'avons-nous appris sur l'intégration de la notion d'équité dans les rapports sur l'état de santé des populations? Comment avons-nous fait notre apprentissage? [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier, 2013 [cité le 12 août 2015], 10 p. À télécharger à l'adresse <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/population-health-status-reporting>.
6. Health Officers Council of BC. 2008. Health Inequities in British Columbia: Discussion Paper. À télécharger à l'adresse <https://healthofficerscouncil.files.wordpress.com/2012/12/hoc-health-inequities-in-bc-final-nov-18-08.pdf> (en anglais).
7. Marmot, M., à titre de président du consortium. Health inequalities in the EU: Final report of a consortium lead by Sir Michael Marmot. European Union. Bruxelles (Belgique): Direction générale de la santé et des consommateurs de la Commission européenne, décembre 2013 [cité le 12 août 2015]. 186 p. À télécharger à l'adresse http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/healthinequalitiesineu_2013_en.pdf (en anglais).
8. Pederson, A., M.J. Haworth-Brockman, B. Clow, H. Isfeld, A. Liwander, éditeurs. Rethinking Women and Healthy Living in Canada [Internet]. Winnipeg (Man.) : Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Prairies, février 2013 [cité le 17 août 2015]. 429 p. À télécharger à l'adresse <http://pwhce.ca/rethinkingHealthyLiving.htm> (en anglais).
9. Martens, P., M. Brownell, W. Au, L. MacQiliam, H. Prior, J. Schultz, W. Guenette, L. Elliott, S. Buchan, M. Anderson, P. Caetano, C. Metge, R. Santos, et K. Serwonka. Health inequities in Manitoba: is the socioeconomic gap in health widening or narrowing over time? 3e édition, Winnipeg (Man.) : Centre manitobain de politiques en matière de santé, septembre 2010 [cité le 12 août 2015]. 269 p. À télécharger à l'adresse http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/Health_Ineq_final_WEB.pdf (en anglais).
10. « The Need to Know... » [Internet]. Winnipeg (Man.) : Université du Manitoba, Centre manitobain de politiques en matière de santé [date inconnue], [cité le 13 août 2015]. À consulter à l'adresse www.rha.cpe.umanitoba.ca/ (en anglais).
11. Université du Manitoba, Centre manitobain de politiques en matière de santé. « Ateliers et autres activités » [Internet]. Winnipeg (Man.) : Université du Manitoba, c2015 [cité le 13 août 2015]. À consulter à l'adresse http://umanitoba.ca/faculties/health_sciences/medicine/units/community_health_sciences/departmental_units/mchp/events.html (en anglais).
12. Martens, P., S. Bowen, et R. Fransoo. « Exemple concret d'application des connaissances : l'équipe Need To Know du Manitoba » [Internet]. Ottawa (Ont.) : Instituts de recherche en santé du Canada, page mise à jour le 16 mars 2006 [cité le 12 août 2015]. À consulter à l'adresse www.cihr-irsc.gc.ca/f/30678.html.

13. Observatoire estrien du développement des communautés. « Comité d'avancement des pratiques » [Internet]. Sherbrooke (Qc) : Observatoire estrien du développement des communautés [date inconnue], [cité le 12 août 2015]. À consulter à l'adresse www.oedc.qc.ca/presentation/comite-d-avancement-des-pratiques.
14. Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10 : Rapport national sur les adultes, les adolescents et les enfants qui vivent dans les communautés des Premières Nations [Internet]. Ottawa (Ont.) : Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2012 [cité le 10 août 2015]. 489 p. À télécharger à l'adresse http://fnigc.ca/sites/default/files/docs/rhs_phase_2_2008_2010_fr_final_o.pdf.
15. Harvard Project on American Indian Economic Development. Review of the First Nations regional longitudinal health survey (RHS) 2002/2003 [Internet]. Cambridge (Mass.) : Harvard University, 2006 [cité le 10 août 2015]. 89 p. À télécharger à l'adresse www.fnigc.ca/sites/default/files/ENpdf/RHS_2002/rhs_harvard_independent_review.pdf (en anglais).
16. Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. « Les principes PCAP des Premières Nations » [Internet]. [Endroit inconnu] : Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2013 [cité le 10 août 2015]. À consulter à l'adresse <http://fnigc.ca/fr/pcap.html>.
17. Santé Capital [Internet]. Halifax (N.-É.) : Bureau de la compréhension des collectivités, Régie de santé Capital, mai 2014. [Documents], An Overview of the Health of our Population: Capital Health 2013 (parties 1 et 2), [cité le 10 août 2015]. À télécharger à l'adresse www.cdha.nshealth.ca/public-health/population-health-status-report (en anglais).
18. Centre des médias de Santé Capital. Message de Barbara Hall et de Gaynor Watson-Creed sur la création du Bureau de compréhension des collectivités [Internet]. Halifax (N.-É.) : Santé Capital, 24 mars 2010 [cité le 10 août 2015]. À consulter à l'adresse www.cdha.nshealth.ca/media-centre/news/message-barbara-hall-and-gaynor-watson-creed-understanding-communities-unit (en anglais).
19. Observatoire de la santé publique [Internet]. Saskatoon (Sask.) : Région sanitaire de Saskatoon, 2014. [Documents], Health status reports: better health for all series. [cité le 13 août 2015]. Série à télécharger à l'adresse www.saskatoonhealthregion.ca/locations_services/Services/Health-Observatory/Pages/ReportsPublicatIons.aspx (en anglais).
20. Service de santé publique de Sudbury et du district. « Ressources : équité en matière de santé ». À consulter à l'adresse www.sdhu.com/fr/sujets-et-des-programmes-de-sante/equite-en-sante/ressources-equite-en-matiere-de-sante. www.sdhu.com/content/healthy_living/folder.asp?folder=22203&parent=3225&lang=0
21. Service de santé publique de Sudbury et du district. (2013). Possibilités pour tous : Le chemin vers l'équité en matière de santé (rapport). Sudbury (Ont.) : auteur. À télécharger à l'adresse www.sdhu.com/fr/ressources/recherche-et-statistiques/statistiques-sur-la-sante/possibilites-pour-tous-le-chemin-vers-lequite-en-matiere-de-sante-points-culminants/possibilites-pour-tous-le-chemin-vers-lequite-en-matiere-de-sante-rapport.
22. Santé publique Ontario. « Le Profil de santé de l'Ontario ». À consulter à l'adresse www.publichealthontario.ca/fr/dataandanalytics/ontariohealthprofile/pages/default.aspx.
23. Ciliska, D., H. Thomas, et C. Buffet. Introduction au concept de Santé publique fondée sur des données probantes et Recueil d'outils d'évaluation critique pour la pratique en santé publique (révisé) [Internet]. Hamilton (Ont.) : Centre de collaboration nationale des méthodes et outils, Université McMaster, 2008, révisé en 2010 [cité le 12 août 2015]. 28 p. À télécharger à l'adresse www.nccmt.ca/pubs/IntroEIPH_compendiumFRENCH_web.pdf.
24. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. L'équité en santé... Parlons-en [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier, 2013 [cité le 12 août 2015], 6 p. À télécharger à l'adresse http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Lequite_en_sante_Parlons-en_2013.pdf.

25. Provincial Health Services Authority. Development of priority health equity indicators for British Columbia: process and outcome report [Internet]. Vancouver (C.-B.): Provincial Health Services Authority, sept. 2014 [cité le 12 août 2015]. 38 p. À télécharger à l'adresse www.phsa.ca/Documents/developmentofpriorityhealthequityindicatorsreportw.pdf (en anglais).
26. Association des agences locales de santé publique, Ontario Public Health Association Health Equity Working Group. Health Equity Indicators [Internet]. Toronto (Ont.) : Association des agences locales de santé publique, Ontario Public Health Association, oct. 2013 [cité le 10 août 2015]. 24 p. À télécharger à l'adresse http://opha.on.ca/getmedia/Ocbf9d38-23ef-46f9-94a1-7cd72c860935/Health-Equity-Indicators-Backgrounders_vs-Final.pdf.aspx (en anglais).
27. Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des inégalités en santé liées au revenu au Canada : rapport sommaire*. Ottawa (Ont.) : ICIS, 2015.
28. Université du Manitoba. Centre manitobain de politiques en matière de santé. « Population Health Research Data Repository » [Internet]. Winnipeg (Man.) : Université du Manitoba, c2015 [cité le 13 août 2015]. À consulter à l'adresse http://umanitoba.ca/faculties/medicine/units/community_health_sciences/departamental_units/mchp/resources/repository/index.html (en anglais).
29. Jeffrey, B., S. Abonyi, C. Hamilton, S. Bird, M. Denechezhe, T. Lidguerre, F. Michayluk, L. Thomas, E. Throassie, et Z. Whitecap. (2006). Community Health Indicators Toolkit [Internet]. Prince Albert (Sask.) : Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit, Université de Regina, Université de la Saskatchewan, déc. 2006 [cité le 10 août 2015]. 207 p. À télécharger à l'adresse www.spheru.ca/publications/files/Community%20Health%20Indicators%20Toolkit.pdf (en anglais).
30. Isfeld, H. Part Five : Technical appendix - Rethinking Women and Healthy Living in Canada [Internet]. Winnipeg (Man.) : Centre d'excellence pour la santé des femmes - région des Prairies, février 2013 [cité le 17 août 2015]. 35 p. À télécharger à l'adresse <http://pwhce.ca/rethinkingHealthyLiving.htm> (en anglais).
31. Horton, K., et S. Arber. « Gender and the negotiation between older people and their carers in the prevention of falls ». *Ageing & Society*. janvier 2004, vol. 24, no 1, p. 75 à 94, cité dans Pederson, A., M.J. Haworth-Brockman, B. Clow, H. Isfeld, et A. Liwander, éditeurs. *Rethinking Women and Healthy Living in Canada*. Vancouver (C.-B.) : British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 2013 [cited 2015 Aug 10]. 429 p. À télécharger à l'adresse http://pwhce.ca/pdf/HL_RethinkingWomenandHealthyLiving.pdf (en anglais).
32. Initiative sur la santé de la population canadienne. Environnements physiques en milieu urbain et inégalités en santé [Internet]. Ottawa (Ont.) : Institut canadien d'information sur la santé, 2011 [cité le 10 août 2015]. 92 p. À télécharger à l'adresse https://secure.cihi.ca/free_products/cphi_urban_physical_environments_fr.pdf.
33. Morgan A, et E. Ziglio. « Revitalizing the evidence base for public health: an assets model ». *Global Health Promotion*. Promotion & Education, 2007, Supplement 2, p. 17 à 22.
34. Human Early Learning Partnership. Policy brief: proportionate universality [Internet]. Vancouver (C.-B.) : Human Early Learning Partnership, Université de la Colombie-Britannique, 2011 [cité le 10 août 2015]. 4 p. À télécharger à l'adresse http://earlylearning.ubc.ca/media/publications/proportionate_universality_brief_-_final.pdf (en anglais).
35. Provincial Health Services Authority. Worth a second look: considerations for action on health inequities in British Columbia with a sex, gender, and diversity lens [Internet]. Vancouver (C.-B.) : Provincial Health Services Authority, nov. 2009 [cité le 12 août 2015]. 29 p. À télécharger à l'adresse www.phsa.ca/population-public-health-site/Documents/WorthaSecondLook.pdf (en anglais).
36. Agence de la santé publique du Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : « Agence de la santé publique du Canada, de 2008 à 2013 ». [Documents], Rapports sur l'état de la santé publique au Canada, de l'administrateur en chef de la santé publique [cité le 10 août 2015]. À télécharger à l'adresse www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/index-fra.php.

37. Provincial Health Services Authority. Taking a second look: analyzing health inequities in British Columbia with a sex, gender, and diversity lens [Internet]. Vancouver (C.-B.): Provincial Health Services Authority, nov. 2009 [cité le 12 août 2015]. 33 p. À télécharger à l'adresse www.phsa.ca/population-public-health-site/Documents/TakingaSecondLook.pdf (en anglais).
38. Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. « FNIGC data online » [Internet]. [endroit inconnu]: Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, c2015 [cité le 10 août 2015]. À consulter à l'adresse <http://data.fnigc.ca/online> (en anglais).
39. Université du Manitoba. Centre manitobain de politiques en matière de santé. « Population health research data repository: applying for access » [Internet]. Winnipeg (Man.): Université du Manitoba; c2015 [cité le 13 août 2015]. À consulter à l'adresse http://umanitoba.ca/faculties/medicine/units/community_health_sciences/departamental_units/mchp/resources/access.html (en anglais).
40. Santé publique Ontario. The first 5 years: a foundation for life [Internet]. Santé publique Ontario, 2014 [cité le 12 août 2015]. 1 p. À télécharger à l'adresse www.publichealthontario.ca/en/eRepository/OHP_infog.FirstFiveYears_2014.pdf (en anglais).
41. Santé publique Ontario. « Données et analyses » [Internet]. Toronto (Ont.): Santé publique Ontario, c2015 [cité le 12 août 2015]. À consulter à l'adresse www.publichealthontario.ca/fr/DataAndAnalytics/Pages/default.aspx.
42. Gouvernement de la Saskatchewan [Internet]. Saskatoon (Sask.): ministère de la Santé, Gouvernement de la Saskatchewan; c2015. [Documents] « Health Status Reports ». [cité le 19 août 2015]. À consulter à l'adresse www.saskatchewan.ca/government/government-structure/ministries/health/other-reports/health-status-reports (en anglais).
43. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario [Internet]. Toronto (Ont.): Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, c2008, mise à jour le 19 avril 2013, [documents], « Outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé » [cité le 12 août 2015]. À consulter à l'adresse : www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/hea/tool.aspx.
44. « CommunityView Collaboration: Building Evidence for Action » [Internet]. Saskatoon (Sask.): Région sanitaire de Saskatoon, c2008-2015 [cité le 13 août 2015]. À consulter à l'adresse www.communityview.ca/index.html (en anglais).
45. Donner, L., H. Isfeld, M. Haworth-Brockman, et C. Forsey. A profile of women's health in Manitoba [Internet]. Winnipeg (Man.): Centre d'excellence pour la santé des femmes - région des Prairies, nov. 2008 [cité le 10 août 2015]. À consulter à l'adresse www.pwhce.ca/profile/mbWomensHealthProfile.htm (en anglais).
46. Ministre de la Santé du Manitoba, Ministre responsable de la Condition féminine. (2011). Stratégie du Manitoba en matière de santé féminine en 2011 [Internet]. Winnipeg (Man.): Santé Manitoba, 2011 [cité le 12 août 2015]. 18 p. À télécharger à l'adresse www.gov.mb.ca/health/women/strategy.fr.pdf.
47. Lemstra, M., et C. Neudorf. Health disparity in Saskatoon: analysis to intervention [Internet]. Saskatoon (Sask.): Région sanitaire de Saskatoon, 2008 [cité le 12 août 2015]. 365 p. À télécharger à l'adresse www.saskatoonhealthregion.ca/locations_services/Services/Health-Observatory/Documents/Reports-Publications/HealthDisparityRept-complete.pdf#search=Saskatoon%20Health%20Disparities%3A%20Analysis%20to%20Intervention (en anglais).
48. « Saskatoon Poverty Reduction Partnership » [Internet]. Saskatoon (Sask.): Partenariat pour la réduction de la pauvreté à Saskatoon [date inconnue], [cité le 13 août 2015]. À consulter à l'adresse www.saskatoonpoverty2possibility.ca/index.html (en anglais).
49. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Comblent l'écart entre la recherche et la pratique : Argumentation à l'interne pour l'équité en santé – l'expérience de Winnipeg [Internet]. Antigonish (N.-É.): Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier, 2012 [cité le 12 août 2015], 12 p. À télécharger à l'adresse <http://nccdh.ca/images/uploads/Winnipeg.FR.pdf>.

GLOSSAIRE DES TERMES¹

État de santé

Santé

- La santé concerne l'état complet de bien-être physique, spirituel, mental, économique, émotionnel, environnemental, social et culturel de l'individu, de la famille et de la collectivité.

Inégalités de santé

- Les inégalités de santé sont des différences dans l'état de santé des individus qui ne relèvent pas de l'environnement ou de conditions socioéconomiques.

Inégalités sociales de santé ou iniquités de santé

- Les inégalités sociales de santé font référence à des écarts de santé associés à des avantages ou à des désavantages sociaux (p. ex. revenu, niveau de scolarité, inclusion sociale). Ces écarts sont injustes et évitables et il est possible de les atténuer.
- Les inégalités sociales de santé se répartissent selon le gradient social.
- Les expressions « inégalités sociales de santé » et « iniquités de santé » s'utilisent parfois de manière interchangeable.

Équité en santé

- L'équité en santé signifie que toutes les personnes de tous les groupes sociaux ont les mêmes possibilités d'atteindre un état de santé optimal sans être défavorisées en raison de leurs conditions sociales, économiques, environnementales et culturelles.

Interventions

Ciblage dans un cadre d'universalité

- Le ciblage dans un cadre d'universalité concerne l'exécution des programmes et la prestation des services de manière à les rendre accessibles à tous (universels), mais aussi à faire en sorte que les populations vulnérables ou marginalisées aient accès aux services et au soutien dont elles ont besoin (ciblés). Cette stratégie vise la réduction des écarts de santé.

En amont ou en aval

- Les interventions ou stratégies en amont visent à modifier les conditions sociales et économiques rendant difficile l'accès aux ressources et à améliorer la capacité des individus ou des groupes d'atteindre un état de santé optimal.
- Les interventions ou stratégies en aval visent à offrir un accès équitable aux soins et services de santé afin d'atténuer l'impact des conditions sociales et économiques sur la santé des plus défavorisés.

Approche axée sur les forces

- Une approche axée sur les forces mise sur les capacités et les liens sociaux, c'est-à-dire sur les compétences, les connaissances et le potentiel des individus, groupes ou collectivités.

¹ Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2015). Glossaire français des principaux termes. À consulter ou à télécharger à l'adresse : <http://nccdh.ca/fr/resources/glossary/>.

Causes profondes

Facteurs de risque

- On entend par facteurs de risque les caractéristiques individuelles, les comportements ou l'exposition à des risques environnementaux ou sociaux qui augmentent chez une personne le risque de tomber malade, d'être blessée ou de mourir prématurément.

Facteurs de protection

- Les facteurs de protection sont les ressources qui favorisent la capacité d'adaptation. Ils protègent les individus ou les groupes contre les effets dommageables des facteurs de risque.

Avantages et désavantages

- Les concepts d'avantages et de désavantages font référence à des ressources sociales, politiques et économiques ou au pouvoir auxquels certains individus ou groupes peuvent avoir accès dans leurs relations avec les autres.
- Ceux qui disposent de plus d'avantages par rapport à d'autres peuvent être décrits comme des « privilégiés », alors que ceux qui cumulent les désavantages sont souvent identifiés comme des personnes « défavorisées ».

Inclusion et exclusion sociales

- Les concepts d'inclusion et d'exclusion sociales font référence à un processus social dynamique et complexe qui concerne toutes les tranches de la société (individu, groupe et collectivité).
- Ce processus est la conséquence de rapports de force inégaux dont les dimensions peuvent être économiques, politiques, sociales et culturelles.

Déterminants sociaux de la santé

- Les déterminants sociaux de la santé sont des facteurs interdépendants d'ordre social, politique, économique et culturel qui créent les conditions dans lesquelles les personnes naissent, vivent, grandissent, apprennent, travaillent, s'amuse et vieillissent.
- L'interaction entre les déterminants sociaux de la santé amène ces conditions à se transformer et à changer au fil du temps et de la vie, influençant de différentes façons la santé des individus et des groupes.
- La répartition inéquitable de ces déterminants entre les groupes sociaux est à l'origine de la construction et de la reproduction des inégalités sociales de santé au sein d'un même pays ou entre divers pays.

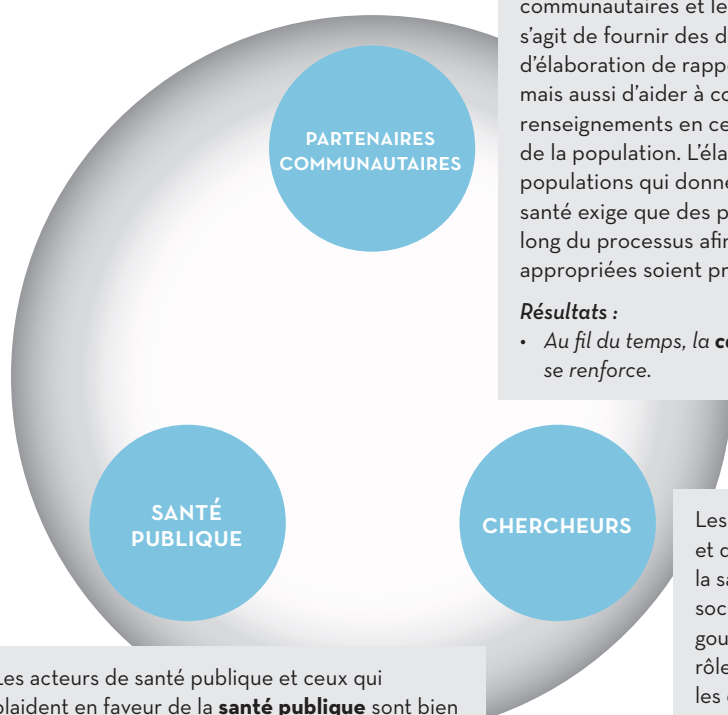
CADRE D'ACTION PE-RESP - OÙ?



Le processus d'élaboration des rapports sur l'état de santé des populations se déroule à divers échelons... local, régional et national. À chacun d'eux, les personnes, les organisations, les cultures politiques et les données disponibles diffèrent. Mais en fin de compte, le contexte communautaire et les questions locales orientent le processus d'élaboration des rapports et sont influencés par lui, dans le cadre du système global. Au fil du temps, l'équité en matière de santé s'améliore dans le contexte communautaire local.

Résultat : la collectivité est mieux équipée pour aborder les questions d'équité en matière de santé.

CADRE D'ACTION PE-RESP - QUI?



Les acteurs de santé publique et ceux qui plaident en faveur de la **santé publique** sont bien placés pour assurer la direction d'un processus efficace d'élaboration des rapports sur l'état de la santé des populations. La capacité de direction et d'action du secteur de la santé publique est essentielle. Il s'agit notamment d'offrir le bon mélange de processus, de ressources (personnel, financement), d'infrastructures et d'expertise.

Résultats :

- Des **objectifs organisationnels** clairs concernant l'élaboration des rapports sur l'état de santé des populations, y compris les **publics** visés et **l'utilisation** prévue
- L'accès à des **données de grande qualité** ou des aptitudes et des ressources pour la **collecte de données**
- Des aptitudes et des ressources pour **analyser les données et les renseignements**
- Un soutien organisationnel et des aptitudes pour **communiquer** avec la population et la **motiver**

La **collectivité** (y compris le gouvernement, les organismes communautaires et les autres dirigeants) est essentielle lorsqu'il s'agit de fournir des données probantes dans le cadre d'un processus d'élaboration de rapports sur l'état de santé des populations, mais aussi d'aider à comprendre le sens et les répercussions des renseignements en ce qui touche l'équité en matière de santé au sein de la population. L'élaboration de rapports sur l'état de santé des populations qui donne lieu à des mesures sur l'équité en matière de santé exige que des partenaires communautaires interviennent tout au long du processus afin que les préférences politiques et les mesures appropriées soient prises en compte.

Résultats :

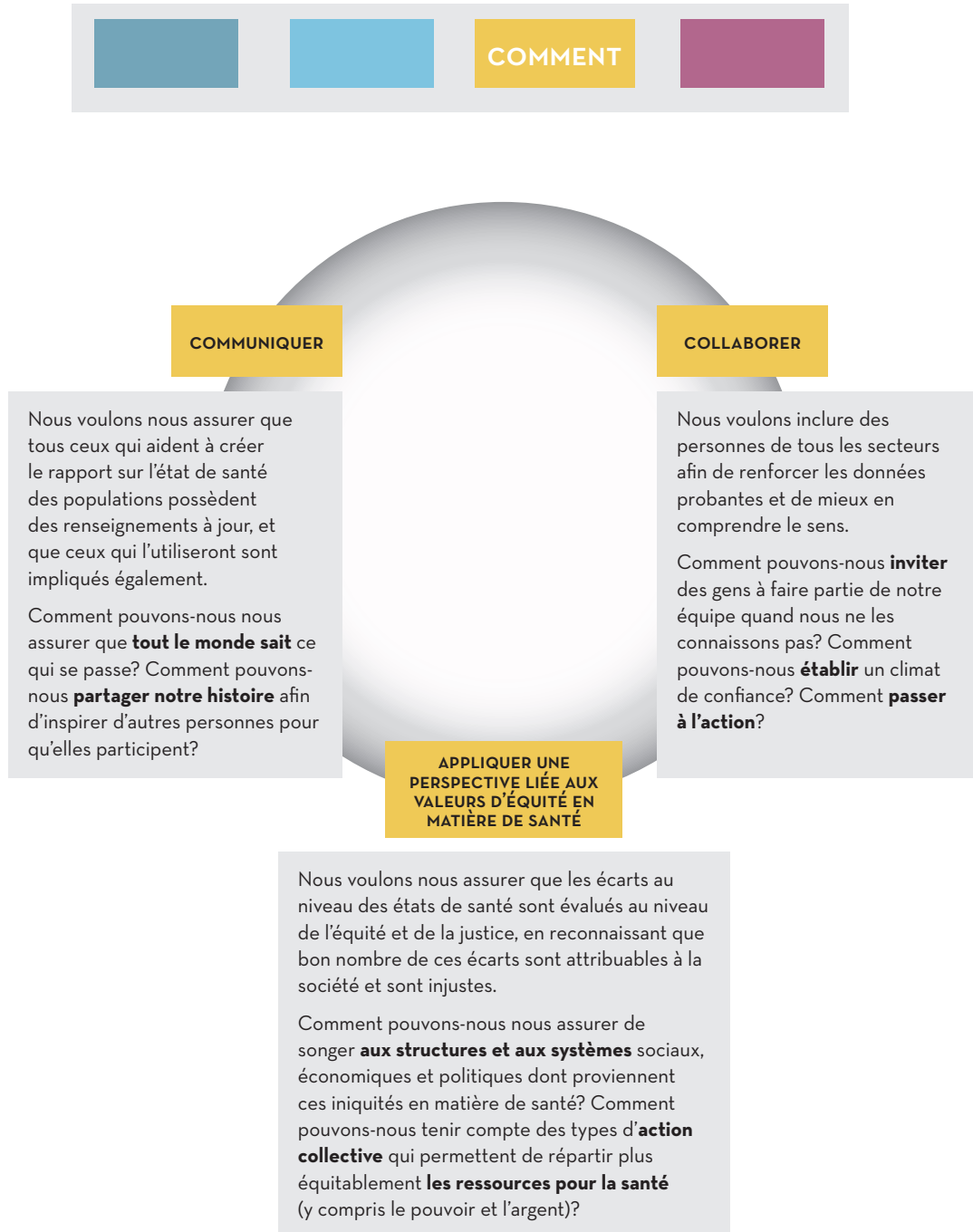
- *Au fil du temps, la **capacité communautaire** de direction et d'action se renforce.*

Les **chercheurs** œuvrent dans divers contextes et disciplines, y compris le milieu universitaire, la santé publique, les programmes et services socioéconomiques et les services d'enquête gouvernementaux. Collectivement, ils jouent un rôle important lorsqu'il s'agit de mieux comprendre les questions d'équité en matière de santé et les interventions efficaces.

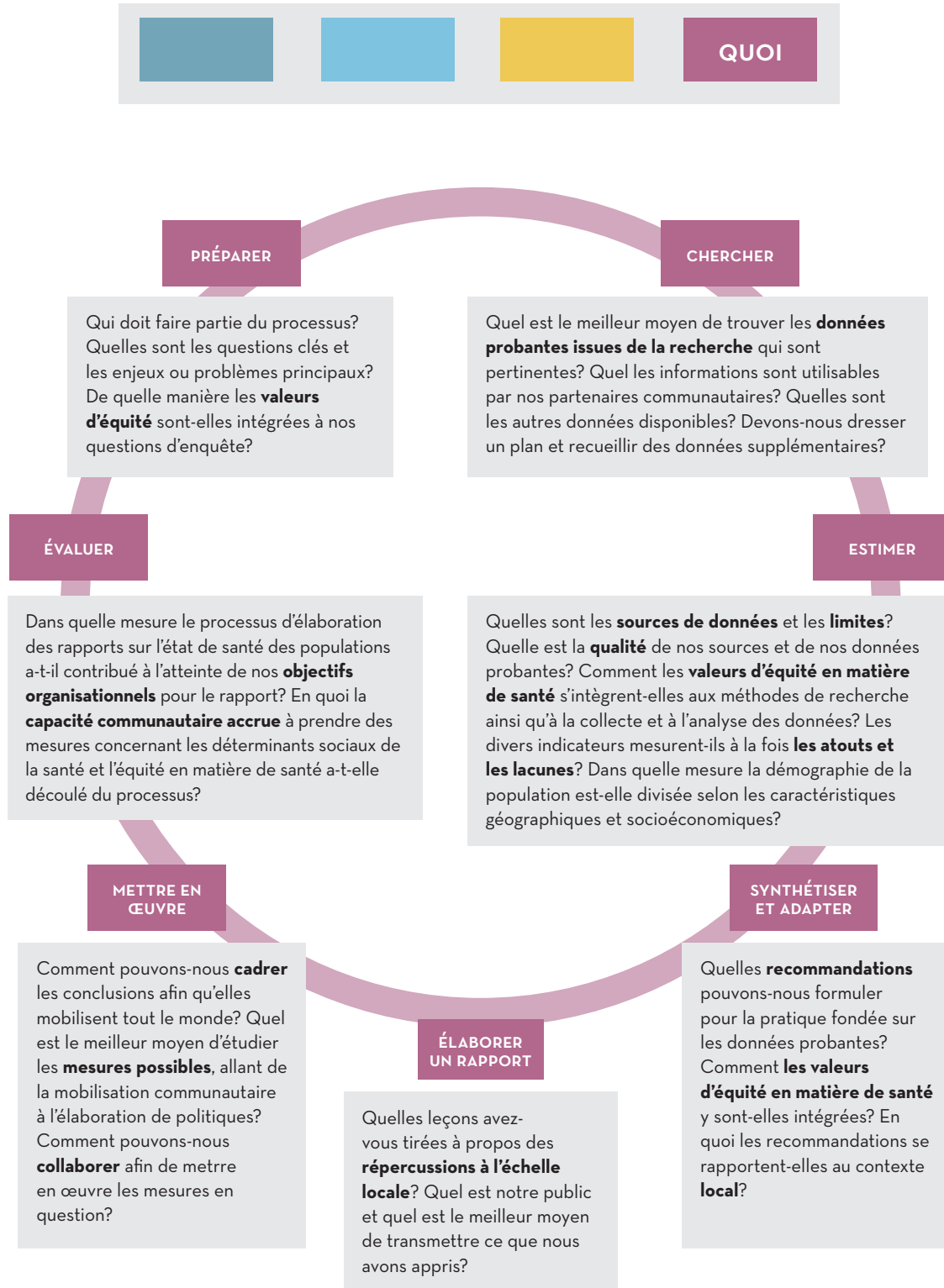
Résultats :

- *Au fil du temps, **l'intégration de l'équité en matière de santé** dans la recherche et les données s'améliore.*

CADRE D'ACTION PE-RESP - COMMENT?



EI-PHSR ACTION FRAMEWORK - WHAT





National Collaborating Centres
for Public Health

Centres de collaboration nationale
en santé publique



CCN de la santé autochtone



CCN des méthodes et outils



CCN en santé environnementale

APPUYER LA
SANTÉ PUBLIQUE
AU CANADA
CCNSP.CA



CCN des maladies infectieuses



CCN des déterminants de la santé



CCN sur les politiques publiques et la santé