



Introduction à l'équité en santé

Module 3 : Agir pour améliorer l'équité en santé

Table des matières

Contents

Bienvenue	1
Objectifs d'apprentissage	2
En aval, intermédiaire et en amont	3
Video : Cadre conceptuel de la CDSS	3
Travailler en amont	5
Programme commun et rôles de la santé publique pour améliorer l'équité en santé.....	8
Cadre d'intervention illustrant les rôles de la santé publique pour améliorer l'équité en santé	10
Rôle 1 — Évaluer et faire rapport.....	13
Rapports sur l'état de santé en tenant compte de l'équité	15
Portail canadien des pratiques exemplaires	18
Rôle 2 — Modifier et orienter les interventions	20
Testez vos connaissances	23
Rôle 3 — Établir des partenariats avec d'autres secteurs.....	25
Rôle 4 — Participer à l'élaboration des politiques	29
Santé publique et réduction de la pauvreté — Une étude de cas	31
Vidéo : Santé publique et réduction de la pauvreté — une étude de cas	31
Sommaire	33
Testez vos connaissances	34
Ressources, références bibliographiques et terminologie	36
Ressources.....	36
Références bibliographiques	37
Terminologie.....	40

BIENVENUE



National Collaborating Centre
for Determinants of Health
Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

Public
Health
Ontario

Santé
publique
Ontario

Avis de non-responsabilité

Cet outil peut être utilisé librement, sans autorisation et uniquement à des fins non commerciales, à condition de mentionner la source, c'est-à-dire le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et Santé publique Ontario.

Il est formellement interdit d'en modifier le contenu sans l'autorisation écrite explicite du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et de Santé publique Ontario.

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) est situé à Mi'kma'ki, le territoire ancestral et non cédé du peuple micmac. Il est financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Les points de vue exprimés dans les modules ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

Veillez citer l'information contenue dans le présent cours comme suit :

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et Santé publique Ontario. (2019). *Cours d'introduction à l'équité en santé* (en ligne). CCNDS, SPO : Antigonish (N.-É.) et Toronto (Ont.).

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

Dans ce troisième module, vous apprendrez ce que peuvent faire les professionnels et les autres acteurs des organismes de la santé publique pour agir sur les déterminants sociaux de la santé.

À la fin du module, vous saurez :

1. décrire les différents paliers d'intervention en santé : en aval, intermédiaire et en amont;
2. décrire les rôles qu'il est possible de jouer en santé publique pour améliorer l'équité en santé;
3. expliquer que les démarches ciblées, universelles et d'universalisme proportionné peuvent servir à améliorer l'équité en santé.

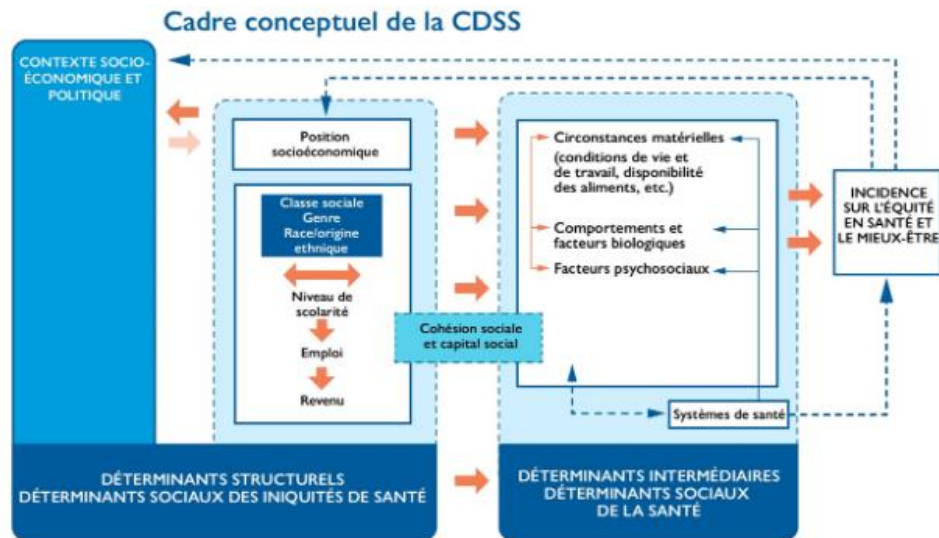
Il faudra compter environ 30 minutes pour terminer le module.

Nous vous encourageons à aborder la matière en pensant à vos propres fonctions au sein du système et aux gestes que vous pourriez poser dans votre sphère d'influence. Vous pourriez sans doute commencer à apporter tout de suite de petits changements dans vos activités quotidiennes, et des changements plus en profondeur qui s'échelonneront sur une période à long terme.

EN AVAL, INTERMÉDIAIRE ET EN AMONT

Video : Cadre conceptuel de la CDSS

Cadre conceptuel de la CDSS



Source : Solar, O. et A. Irwin. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé.

Les programmes et les politiques d'équité en santé peuvent être mis en œuvre sur trois fronts, c'est-à-dire en aval, intermédiaires et en amont.

Vous rappelez-vous le module 2 et le cadre conceptuel de la CDSS pour une action sur les déterminants sociaux de la santé?

Les **interventions en amont** visent à agir sur les déterminants structurels de la santé à l'origine de la répartition de la richesse, du pouvoir, des possibilités et de la prise de décision. Elles visent à atténuer les causes des causes, comme la position sociale, le revenu, le racisme et l'exclusion. De tels changements surviennent à l'échelle macropolitique.

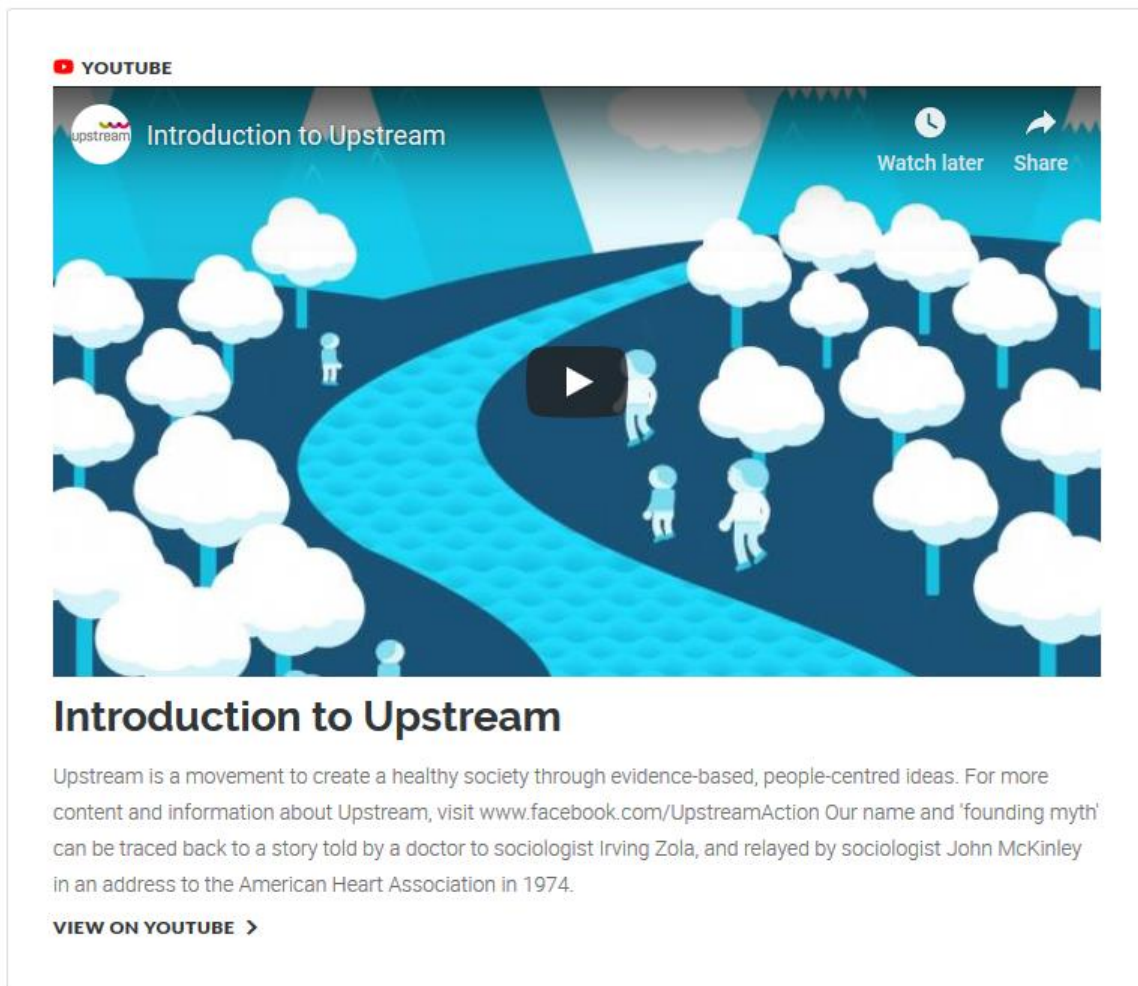
Les **interventions intermédiaires** ciblent les déterminants intermédiaires de la santé. Elles visent à améliorer les conditions matérielles, les facteurs psychosociaux et les comportements. De tels

changements surviennent habituellement à l'échelle micropolitique, c'est-à-dire régionale, locale, communautaire ou organisationnelle.

Les **interventions en aval** se rapportent aux besoins de santé immédiats. Les changements surviennent habituellement à l'échelle du service ou de l'accès au service.

Travailler en amont

Pour mieux comprendre ce que l'on entend par « travailler en amont », visionnez la vidéo ci-dessous (produite en anglais par un organisme de Saskatoon qui s'appelle Upstream/en amont. On y fait le récit classique sur l'importance du travail en amont dans le domaine de la santé publique.



Source : En amont/Upstream. (25 sept. 2013). [Internet]. [Endroit inconnu] : Upstream/En amont [cité le 27 juin 2016]. Contenu vidéo sur Internet : 1:22 min. Récupéré de <https://www.youtube.com/watch?v=qarQXqKbmLg> (Vidéo disponible en anglais seulement)

Le récit des enfants et de la rivière montre le paradoxe des mandats de la santé publique, à savoir celui axé sur la protection qui exige de répondre aux urgences (aider les personnes prises dans le courant de la rivière) et ceux axés sur la prévention et la sensibilisation (empêcher les personnes de tomber dans la rivière).

Il ne manque pas d'études pour montrer que tout le monde tire profit d'une démarche en amont en santé (une démarche qui tient compte de l'accès aux principaux déterminants de la santé). Aujourd'hui, de plus en plus de personnes et d'organismes plaident pour une démarche en amont pour réduire les iniquités de santé. Certains qualifient ce travail de « nouvelle santé publique^{1(p.99)} », tandis que d'autres estiment qu'il s'agit là d'un retour aux sources.

La directrice scientifique honoraire du CCNDS, Connie Clement, a pu fournir à Tanis un peu plus de détails à transmettre aux autres membres du groupe de travail.



En fait, l'intervention en amont consisterait à examiner les réformes à faire pour réorienter les structures sociales desquelles découle la répartition de la richesse et du pouvoir, des possibilités et des ressources pour la prise de décisions. Les politiques intermédiaires consisteraient quant à elles à chercher à réduire l'exposition aux dangers qu'entraînent les types de politiques non équitables. Pour les interventions en aval, il s'agirait d'atténuer les effets déjà en train de se produire.

En y songeant, et considérant le revenu comme un déterminant de la santé clé, les interventions en amont prendraient la forme de politiques sur le salaire minimum vital ou l'impôt progressif. Les interventions intermédiaires consisteraient à faire le lien entre l'aide sociale et les programmes de travail. En aval, il y aurait les programmes offerts de manière chronique aux personnes à faible revenu. Ils n'ont rien à voir avec leur revenu, mais ils visent à pallier les effets nocifs de la pauvreté.

En ayant ces démarches à l'esprit et en étant maintenant capable de bien expliquer le concept à d'autres, Tanis demande à une membre de son groupe de travail de l'aider à trouver des exemples d'actions menées en santé publique sur l'ensemble des fronts, d'en amont jusqu'en aval.

Voici le fruit de leurs recherches :

Déterminant	En amont	Intermédiaires	En aval
Revenu	Se porter à la défense des politiques de salaire minimum, des plafonds salariaux et de l'imposition progressive	Diriger la clientèle vers les programmes d'aide sociale, d'assistance sociale ou de retour au travail	Veiller à ce que les personnes à faible revenu aient accès aux programmes de prévention des maladies chroniques
Éducation	Créer, à l'intention des enseignants, du personnel d'application de la loi et des employeurs, des occasions de travailler ensemble à faire tomber les barrières à l'éducation pour les jeunes	Soutenir les programmes d'achèvement des études secondaires destinés aux adultes	Élargir les programmes d'intervention et de sensibilisation à la santé mentale
Logement	Rencontrer les élus et les groupes de citoyens afin de les rallier à la cause du logement à prix abordable	Réunir les intervenants en vue de resserrer l'application des règlements de manière à remédier au problème de logement insalubre	Offrir aux populations vulnérables plus d'occasions de recevoir un traitement pour les allergies et l'asthme

Source : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2014). *Se diriger vers l'amont : Parlons-en* [Internet]. Antigonish (NS) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier [cité le 3 février 2016], 6 p. Récupéré de <https://nccdh.ca/fr/resources/entry/lets-talk-moving-upstream>



Auriez-vous d'autres exemples à donner par rapport à votre propre contexte de travail? Que pourriez-vous faire pour amener votre organisme à « travailler plus en amont »?

PROGRAMME COMMUN ET RÔLES DE LA SANTÉ PUBLIQUE POUR AMÉLIORER L'ÉQUITÉ EN SANTÉ

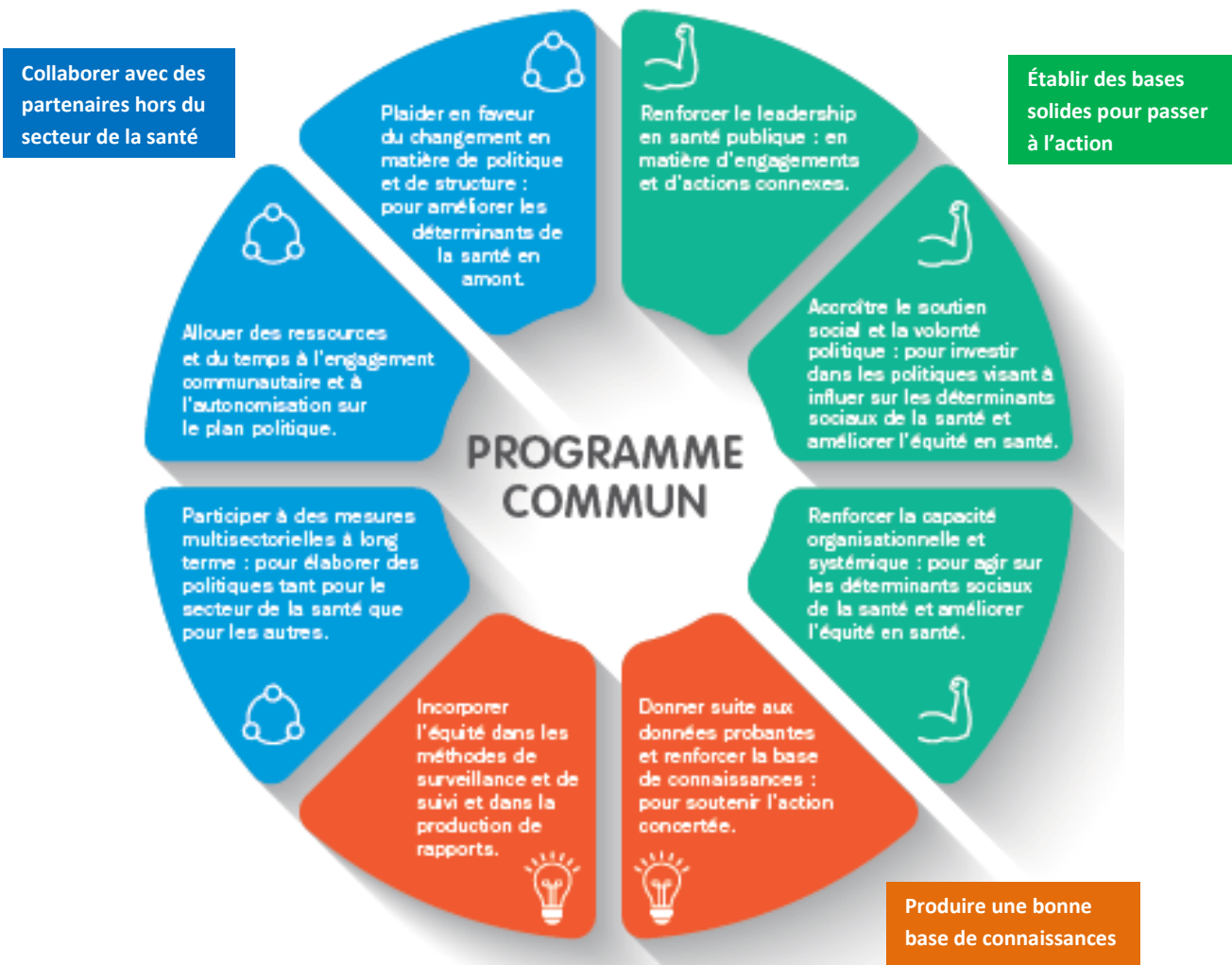
Nous venons d'étudier les différents fronts sur lesquels peuvent agir les acteurs de la santé publique pour améliorer l'équité en santé. Maintenant, examinons le genre de mesures et de rôles que les professionnels et organismes de la santé publique peuvent adopter pour faire avancer vers l'équité en santé.

Le CCNDS a créé à cet effet un guide d'action à mettre en œuvre aux échelles locale, provinciale, territoriale et nationale.

Dans ce document, intitulé *Programme commun pour soutenir l'action de la santé publique en matière d'équité en santé*², les approches sont regroupées sous trois principaux thèmes :

1. établir des bases solides pour pouvoir passer à l'action;
2. produire une bonne base de connaissances et l'utiliser;
3. collaborer avec des partenaires de secteurs autres que la santé.

Le diagramme ci-dessous montre comment chaque thème peut se concrétiser à l'aide de mesures bien précises.

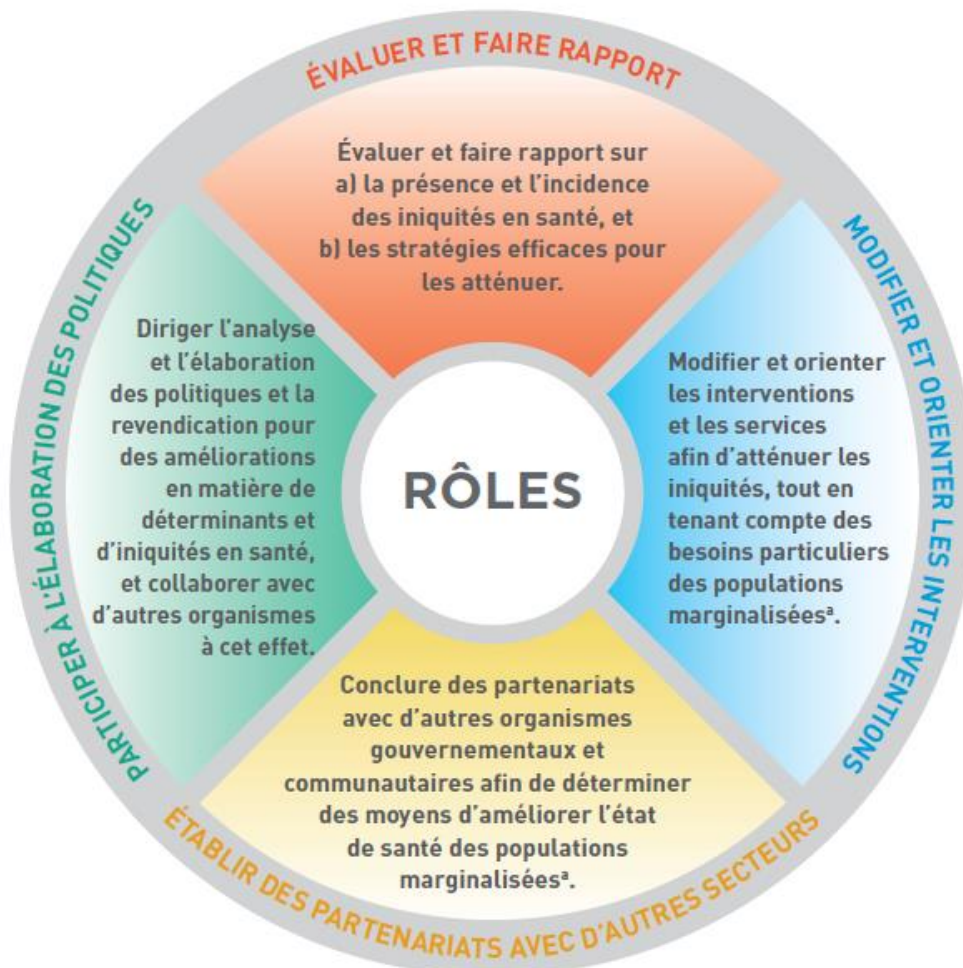


Source : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2017). *Encourager une culture d'équité : Objectifs et approches d'un programme commun pour soutenir l'action de la santé publique*. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.

À cet effet, les **quatre rôles de la santé publique** pour faire avancer l'équité en santé qui s'inscrivent dans le cadre d'intervention pour l'équité en santé s'harmonisent bien aux thèmes du programme commun³.

Cadre d'intervention illustrant les rôles de la santé publique pour améliorer l'équité en santé

Les rôles de la santé publique qui sont énoncés dans le cadre d'intervention pour l'équité en santé visent à aider les praticiens et les organismes à savoir reconnaître et saisir les occasions de passer à l'action³. Lors de ses analyses contextuelles liées au système de santé publique, le CCNDS a constaté que les acteurs de la santé publique adhèrent entièrement à ces quatre rôles^{4,5}.



Les rôles peuvent servir à la planification stratégique et à l'établissement des activités d'un organisme³. Les praticiens ou les gestionnaires peuvent aussi l'utiliser pour orienter leurs activités quotidiennes.

Sume Ndumbe-Eyoh, spécialiste principale du transfert des connaissances, au CCNDS, explique ci-dessous ces quatre rôles aux membres du groupe de travail.

Video: Sume Ndumbe-Eyoh



Les rôles de la santé publique en matière d'équité en santé constituent quatre grands volets d'action sur lesquels peuvent s'appuyer les acteurs des organismes de la santé publique pour réfléchir sur leur démarche en matière d'équité en santé et de déterminants sociaux de la santé. Aussi, je vous donnerai un aperçu de ces quatre rôles en vous expliquant leur fonctionnement.

Parlons d'abord de l'importance d'évaluer l'équité en santé, les iniquités de santé et les interventions sur ces deux plans, puis d'en faire rapport. Le deuxième rôle concerne nos interventions en santé publique. Il s'agit d'analyser nos interventions et de voir comment les réorienter, c'est-à-dire en les modifiant et en les orientant de manière à ce qu'elles soient conçues pour atténuer les inégalités de santé ou les iniquités de santé de manière concrète. Le troisième concerne les partenariats avec d'autres secteurs. Nous savons qu'une bonne partie des principaux déterminants de la santé ne relèvent pas du secteur de la santé. Comment commencer à bâtir des partenariats qui vont durer à long terme avec des acteurs d'autres secteurs comme celui du logement ou encore les responsables des politiques de revenu ou de transports? Pensons à des groupes qui luttent contre le racisme ou pour les droits des personnes handicapées. Comment commencer à établir des partenariats avec eux pour réorienter notre travail, mais aussi leur propre travail et les aider à comprendre en quoi notre travail peut réellement contribuer à un milieu de vie plus favorable à la santé? Ce travail est en général d'après moi extrêmement pertinent. Le quatrième rôle concerne la participation à l'élaboration des politiques. Alors, encore une fois, il s'agit de réfléchir aux politiques qu'il y aurait lieu de

retravailler pour que nous puissions concrètement aider à améliorer les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé.

RÔLE 1 — ÉVALUER ET FAIRE RAPPORT



ÉVALUER ET FAIRE RAPPORT
Évaluer et faire rapport sur a) la présence et l'incidence des iniquités en santé, et b) les stratégies efficaces pour les atténuer.

Le rôle d'évaluer et de faire rapport comporte deux volets :

1. évaluer la présence et l'incidence des iniquités de santé, et en faire rapport, en tenant compte de l'équité dans les activités de suivi, de surveillance, et d'élaboration des rapports,
2. évaluer les stratégies efficaces pour diminuer ces iniquités et en faire rapport.

En santé publique, tout le monde peut, et souvent le fait déjà, participer au rôle d'évaluation et d'élaboration de rapports.

Par exemple :

- des épidémiologistes collectent et analysent les données;
- les responsables d'établir les programmes interprètent les données pour en dégager les priorités, déterminer les populations présentant un risque social, économique ou géographique, et concevoir ou modifier les programmes;
- les gestionnaires et les praticiens interprètent les données afin de voir si les programmes donnent les résultats escomptés dans certaines populations données et la population en général;
- les cadres et les chefs d'équipe tiennent compte des données dans leurs processus de planification stratégique.

L'habitude d'intégrer la perspective d'équité dans les activités de suivi, de surveillance et d'élaboration de rapports se situe au cœur des mesures énoncées pour toutes les sphères de la santé publique dans le programme commun abordé plus tôt. Il pourrait s'agir, par exemple, de créer et de mettre en œuvre un processus de surveillance de l'état de santé et d'élaboration de

rapports des observations en découlant en y intégrant les indicateurs de santé et d'équité en santé, comme l'Outil de données sur les inégalités en santé à l'échelle du Canada et le rapport sur les inégalités en santé au Canada.

Malgorzata Miskurka, gestionnaire de l'analyse en matière d'équité en santé et de la recherche stratégique à l'Agence de la santé publique du Canada, explique pourquoi il faut absolument intégrer la perspective d'équité en santé dans le suivi, la surveillance et l'élaboration de rapports, et pourquoi nous devrions surveiller la répartition des déterminants sociaux de la santé, en plus de l'état de santé.

Vidéo : Malgorzata Miskurka



Il importe au plus haut point d'intégrer la perspective de l'équité en santé dans nos activités de routine en matière de suivi, de surveillance et d'élaboration de rapports, si nous voulons mesurer nos progrès vers l'équité en santé. En sachant que, d'un bout à l'autre du Canada, tout le monde devrait avoir droit à des chances égales de mener une vie en santé. Il importe donc, dans un premier temps, d'instaurer des bases solides pour surveiller et communiquer les inégalités de santé si nous voulons atteindre cet objectif.

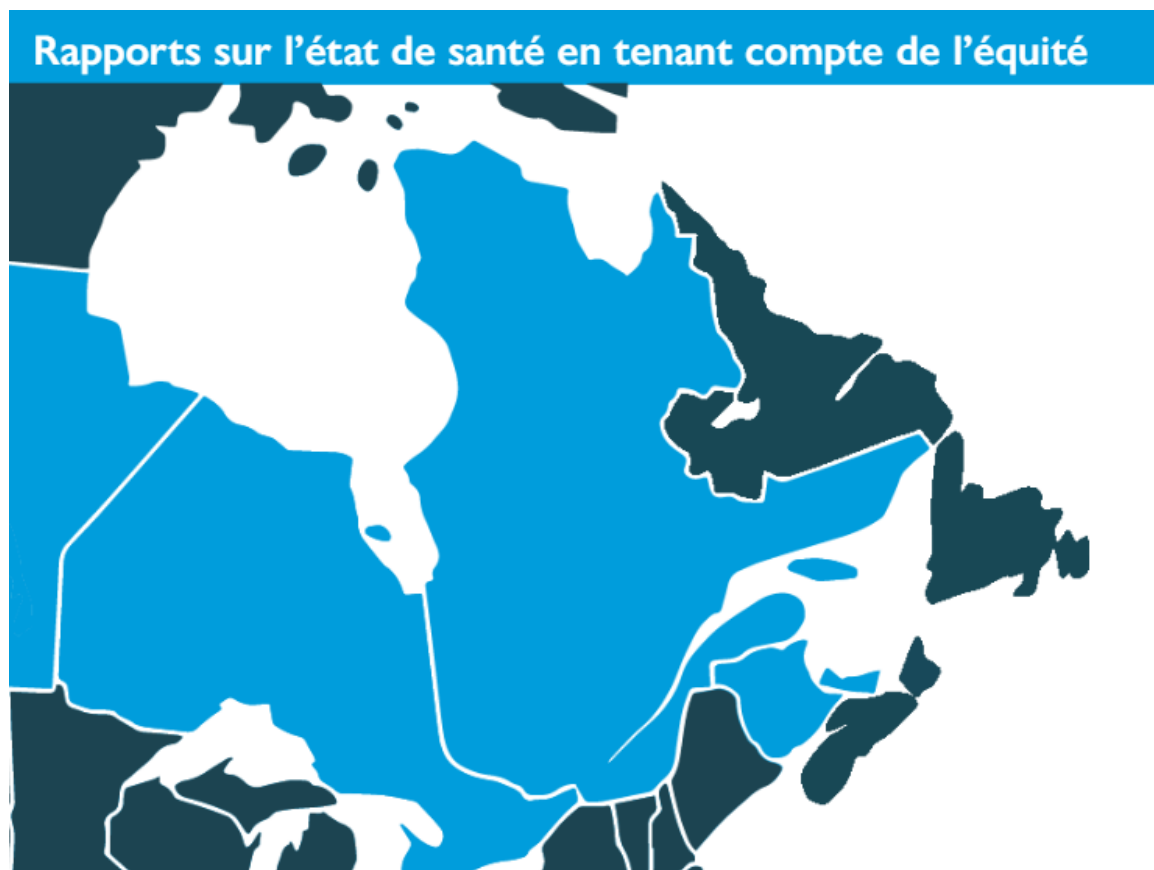
Les professionnels de la santé publique peuvent utiliser des outils comme l’Outil de données sur les inégalités en santé pour évaluer les iniquités de santé à l’échelle nationale, provinciale et territoriale et en faire rapport en stratifiant les indicateurs à l’aide de diverses variables.

Un tel exercice pourrait aussi comporter l’établissement des conditions sociales et économiques et leur rôle dans la génération ou la réduction des iniquités de santé.

Dans les organismes de santé publique, on s’emploie de plus en plus à collecter, à analyser et à publier les données qui font état des principaux indicateurs de santé et de l’équité sociale aux échelles locale, régionale, provinciale et territoriale. La publication de ces données peut inciter à passer à l’action.

Rapports sur l’état de santé en tenant compte de l’équité

Les membres du groupe de travail de Tanis trouvent des exemples de rapports sur l’état de santé produits d’un bout à l’autre du pays en tenant compte de la perspective d’équité. Apprenez-en plus à l’aide de la carte ci-dessous.



[Il faut cliquer sur la carte dans le module en ligne pour révéler l’information.]

Île-du-Prince-Édouard :

Le rapport du médecin-hygiéniste en chef publié en 2016 et intitulé [*La santé pour tous les insulaires*](#) portait essentiellement sur l'équité en santé, la dégradation de la santé et les indicateurs des déterminants sociaux de la santé en fonction du genre, de l'âge et du revenu⁶.

Nouveau-Brunswick :

En 2016, le Bureau du médecin-hygiéniste en chef du Nouveau-Brunswick produisait son premier rapport sur les iniquités de santé ([*Les iniquités en matière de santé au Nouveau-Brunswick*](#)) afin de stimuler l'intérêt individuel et de provoquer la conversation au sujet des différences vécues en matière de santé par la population néo-brunswickoise en fonction du revenu du ménage, du lieu géographique, de l'éducation et du genre⁷.

Québec :

Au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, on a créé un [*Atlas de la santé et des services sociaux*](#) qui permet aux utilisateurs d'explorer, région par région, les iniquités sociales qui sont des sources d'iniquités de santé dans la province⁸. Les utilisateurs peuvent voir la répartition des iniquités à l'aide d'une série d'indicateurs, y compris l'indice de défavorisation dont il a été question dans le module 1.

Ontario :

Le rapport de 2018 du médecin-hygiéniste en chef de l'Ontario, intitulé [*Améliorer les perspectives : Défendre l'équité en matière de santé en Ontario*](#), fait état des iniquités et des inégalités observées dans la province et comporte des recommandations sur les mesures à prendre. « Tous les Ontariens devraient avoir la possibilité de vivre aussi sainement que possible, indépendamment de leur race, origine ethnique, religion, genre, âge, classe sociale, région et statut socioéconomique ou d'autres facteurs sociaux. [...] Des investissements stratégiques dans la recherche, les partenariats et les données sur l'équité aideront à améliorer les perspectives, pour tous les Ontariens, de vivre en santé⁹. »

Manitoba :

Au Manitoba, le rapport de Santé Prairie Mountain intitulé [*Évaluation de la santé communautaire : 2015 — Résumé*](#) comporte des observations sur l'importance de combler l'écart, ce qui évoque la tendance à la hausse des inégalités de santé¹⁰. Les données sont découpées pour montrer les relations entre le revenu, les conditions de logement et les maladies chroniques.

La Dre Shelley-Rose Hyppolite (médecin-conseil, Direction de santé publique de la Capitale-Nationale et professeure adjointe à la Faculté de médecine, Université Laval) signale ci-dessous au groupe de travail un autre rapport centré sur l'équité, [*Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale*](#), pour faire encore mieux comprendre la notion.

Video: Shelly-Rose Hyppolite



Le rapport Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale ne visait pas seulement à documenter les inégalités sociales de santé dans la région. Donc, il y avait aussi trois autres objectifs. Donc, le second était de comprendre comment se construisent les inégalités sociales, le troisième était de susciter des échanges entre les acteurs de la région concernés par les inégalités sociales de santé et la quatrième, c'était d'identifier — de faire la promotion donc de pistes d'interventions prometteuses ou efficaces pour réduire les inégalités sociales de santé.

On a mis en place un comité scientifique qui s'occupait des experts de la Direction de santé publique, mais aussi de l'extérieur de la Direction de santé publique, des experts sur le sujet de la pauvreté et des inégalités sociales de santé et des pratiques communautaires. On a aussi mis en place un comité à l'interne de notre direction de santé publique. Le but était de regrouper les professionnels de nos différentes équipes. On a fait des entrevues individuelles auprès de professionnels qui travaillent dans l'Agence de la santé et des services sociaux dans notre région, auprès de professionnels de la santé et des services sociaux qui travaillent en 1^{re} ligne et aussi auprès de représentants d'organismes communautaires. On a mené des entrevues individuelles auprès de différents partenaires intersectoriels. Ensuite on a mené — et ça c'est important — des groupes de discussion auprès des personnes qui appartiennent aux groupes les plus touchés par les inégalités sociales de santé. On a mené dix groupes de discussion.

Et enfin, à la fin on a mené un forum régional sur les inégalités sociales de santé. Le but c'était de réunir toutes les personnes qu'on avait rencontrées pour leur partager, pour savoir si on avait

bien saisi en fait ce qu'ils nous avaient dit et aussi pour aller un peu plus loin dans notre compréhension et aussi sur l'identification de pistes d'intervention.

Je dirais que la production et la diffusion du rapport ont d'abord permis de sensibiliser les acteurs de santé publique sur ce que sont les inégalités sociales de santé. Ensuite, ça nous a permis de saisir que la santé publique a un rôle à jouer par rapport à la réduction des inégalités sociales de santé et enfin que chaque acteur de santé publique est concerné par la réduction des inégalités sociales de santé.

Par suite de la diffusion du rapport, ça nous a aussi permis d'inscrire l'équité en santé dans nos normes, ce qui n'est pas banal.

Portail canadien des pratiques exemplaires

En santé publique, on peut s'appuyer sur des données probantes pour orienter la démarche en vue d'améliorer l'équité en santé². Par exemple, l'Agence de la santé publique du Canada a créé le Portail canadien des pratiques exemplaires. On peut y trouver des ressources et des solutions qui aideront à concevoir, à l'intention de populations et de collectivités, des programmes axés sur l'équité en santé. La section sur l'équité en santé plus bas sur la page Web comporte plus d'une cinquantaine de projets et de programmes.

The screenshot shows the website of the Canadian Exemplary Practices Portal. At the top, there is a header with the Canadian flag, the text 'Gouvernement du Canada / Government of Canada', and navigation links for 'Canada.ca', 'Services', 'Ministères', and 'English'. Below the header, the main title 'Le portail canadien des pratiques exemplaires' is displayed, along with a large red maple leaf logo. A search bar with the placeholder 'Recherche' is located on the right. Below the search bar, there is a navigation menu with links for 'Maladies chroniques', 'Interventions', 'Ressources', 'Sujets de santé', 'Politiques', and 'Apprendre davantage'. The main content area is titled 'Recherche des interventions' and includes a search bar, a dropdown menu for 'Résultats concordant avec' (set to 'une ou plusieurs des'), and a section for 'Type d'intervention'. This section lists three categories: 'Pratiques prometteuses' (Promising practices), 'Méthodes autochtones éprouvées' (Proven Indigenous methods), and 'Pratiques exemplaires' (Exemplary practices). Each category has a brief description of what it entails.

Recherche des interventions

Le Portail canadien des pratiques exemplaires regroupe deux types d'interventions : les pratiques exemplaires et les méthodes autochtones éprouvées.

Terme(s) de recherche:

Résultats concordant avec: catégories sélectionnées.

Type d'intervention

☐ ★ **Pratiques prometteuses**

Une pratique prometteuse s'entend d'une intervention, d'un programme, d'un service ou d'une stratégie qui a le potentiel (ou « qui promet ») de devenir une pratique exemplaire. Les pratiques prometteuses en sont souvent aux premières étapes de la mise en œuvre et, par conséquent, n'ont pas la même force sur les plans de l'incidence, de l'adaptabilité et de la qualité des données probantes que les pratiques exemplaires. Toutefois, leur potentiel repose sur des

☐ 🍁 **Méthodes autochtones éprouvées**

Les méthodes autochtones éprouvées sont les pratiques réussies de mise en œuvre dans les collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis pour répondre aux besoins locaux. La réussite se mesure non seulement sur le plan de l'efficacité, mais aussi d'après la façon dont l'intervention a été conçue et mise en œuvre. Les interventions visent à inspirer et à appuyer les praticiens, les responsables de l'élaboration de programmes, les évaluateurs et autres

☐ ★★ **Pratiques exemplaires**

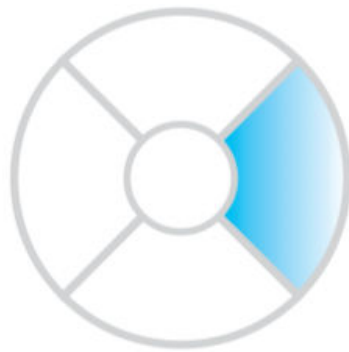
Une pratique exemplaire est une intervention, un programme ou une initiative qui, dans le cadre de nombreuses mises en œuvre, a démontré une forte incidence (changements positifs liés aux objectifs souhaités), un haut degré d'adaptabilité (adaptation et transférabilité réussies dans différents milieux) et une grande qualité des données probantes (qualité de la méthodologie de recherche ou d'évaluation, qui vient confirmer

Pour accéder au portail, allez à <https://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/interventions/search-interventions/>

Les organismes de santé publique peuvent aider à enrichir les connaissances au sujet de ce qui fonctionne bien en évaluant les interventions réalisées pour améliorer l'équité en santé comme suit² :

- déterminer les résultats et le mécanisme des interventions, les populations qui en bénéficient le plus et les conditions sous-jacentes;
- soutenir à l'aide de documents les processus et les résultats des pratiques innovantes;
- échanger des connaissances entre collègues de la santé publique et d'autres secteurs sur ce qui fonctionne bien.

RÔLE 2 — MODIFIER ET ORIENTER LES INTERVENTIONS



MODIFIER ET ORIENTER LES INTERVENTIONS

Modifier et orienter les interventions et les services afin d'atténuer les iniquités, tout en tenant compte des besoins particuliers des populations marginalisées.

Traitons maintenant du deuxième rôle : modifier et orienter les interventions.

Les possibilités sont nombreuses quand vient le temps d'agir pour réduire les iniquités de santé. Revenons à la leçon 2 sur le modèle des interventions en amont, intermédiaires et en aval. On peut concevoir ou modifier des interventions sur chaque front en réponse à des besoins précis des populations marginalisées.

Par exemple, en aval, on peut rendre l'accès à un bon état de santé plus équitable en incluant des messages multilingues ou adaptés aux cultures dans le matériel des programmes, un peu comme pour le programme de compétences culinaires des familles. Celui-ci vise à enseigner aux gens comment préparer des repas santé et à se sentir plus à l'aise en cuisine. Offert en plusieurs langues, le programme s'adresse aux Autochtones, aux nouveaux arrivants, aux familles à faible revenu et aux aînés actifs.

Les interventions intermédiaires viseront plutôt à changer les conditions matérielles des personnes marginalisées. Elles consistent notamment à essayer d'agir sur les déterminants, comme l'isolement social, et à améliorer les facteurs de protection, comme le pouvoir collectif et l'éducation. Par exemple, le projet des choix santé pour les enfants des écoles publiques ou HOPS/The OrganWise Guys (OWG) visait à améliorer le milieu social et physique dans les écoles de manière à réduire l'insécurité alimentaire et à favoriser la santé en employant diverses stratégies, comme accroître la qualité nutritionnelle des repas vendus à l'école et offrir des dîners gratuits ou abordables aux élèves des familles à faible revenu.

Pour les interventions en amont, vous pourriez considérer celles conçues pour agir sur les déterminants structurels. Par exemple, la Commission de vérité et réconciliation du Canada a axé ses efforts sur les déterminants structurels des iniquités sociales que vivent les Autochtones.

La démarche pousse un changement dans les normes sociales et culturelles, et les politiques publiques, pour réduire les iniquités liées aux déterminants intermédiaires de santé et améliorer ainsi l'état de santé des peuples autochtones.

Les organismes de santé publique peuvent en outre employer des démarches universelles, ciblées ou fondées sur l'universalisme proportionné pour atténuer les iniquités de santé.

Avec une approche universelle, tout le monde a accès aux programmes et aux services. Partie intégrante du travail de santé publique, l'universalité garantit une part de l'aide et des ressources à tout le monde. Pourtant, ce sont les gens favorisés sur les plans financiers, de temps et de soutien social — qui sont déjà en meilleure santé — qui bénéficient le plus des programmes et des services universels parce qu'ils sont déjà mieux placés pour en tirer avantage.

Un exemple d'**approche universelle** serait l'étiquetage nutritionnel dans la carte des restaurants pour aider la clientèle à faire des choix plus santé. Les études montrent que les personnes ayant un revenu et un niveau de scolarité plus élevés sont plus susceptibles de remarquer et d'utiliser un tel étiquetage nutritionnel pour choisir des mets moins caloriques que les personnes de statut socioéconomique faible. Cela laisse supposer que les interventions liées à l'étiquetage de la valeur calorique risquent dans les faits d'accentuer les iniquités de santé en fonction du statut socioéconomique.

Une **approche ciblée** consiste à offrir des programmes et des services à des groupes ou dans des endroits précis. Par exemple, pour réduire les iniquités liées au taux de caries chez les enfants, une approche ciblée consisterait à offrir un programme de soins buccodentaires gratuits aux enfants de moins de 18 ans dans les familles à faible revenu.

L'**universalisme proportionné** est une démarche mixte qui vise l'amélioration de la santé de tout le monde, tout en reconnaissant les barrières pour certains groupes, et en mettant en œuvre des stratégies pour faire tomber ces barrières. Cette approche cible directement les iniquités de santé sur tout le gradient social, mais l'intensité des interventions varie en fonction des besoins.

Un exemple de démarche proportionnée serait l'élaboration d'une stratégie de sensibilisation qui viserait les gens les moins susceptibles de tirer avantage d'un programme de vaccination universel contre la grippe. Les stratégies pourraient inclure la sensibilisation par les pairs et les partenariats avec des groupes communautaires ou des cliniques de vaccination satellites.

Parce que c'est une démarche mixte, l'universalisme proportionné pourrait mieux permettre d'améliorer la santé de la population en général, en ramenant le gradient de santé un peu plus à l'horizontale. C'est ce qu'on appelle « nivellement vers le haut ».

Tanis demande à Michael Marmot, directeur de l'Institute of Health Equity, du University College de Londres, de discuter avec le groupe de travail du principe du « nivellement vers le haut », et de fournir quelques exemples des démarches dont il a été question dans la leçon.



En ce moment, le gradient de la santé laisse supposer qu'on ne peut pas simplement s'attarder à la mauvaise santé des pauvres, même si c'est important. C'est vrai que les pauvres ont une mauvaise santé, et la réduction de la pauvreté contribuerait à améliorer la santé des personnes pauvres. Cependant, le gradient social donne à penser qu'il y aurait lieu de porter, d'une certaine façon, notre attention sur les riches, non pas les pauvres. Je m'explique. Nous savons que, plus votre revenu, votre niveau de scolarité et le milieu social dans lequel vous vivez sont élevés, mieux se portera votre santé. C'est ce que nous devrions viser — amener tout le monde à jouir du bon état de santé des personnes tout en haut. Améliorer le sort des pauvres est louable et valable, mais ne touche qu'une partie de l'équation. Nous devrions nous concentrer sur le nivellement vers le haut de tout le gradient social.

J'ai inventé l'expression « universalisme proportionné » pour essayer, en bon compromis britannique classique, de réunir deux idées : le concept britannique classique, peut-être canadien aussi, de porter toute l'attention sur les moins bien nantis. L'idée consiste à dépenser les fonds là où les effets se révéleront les plus positifs. Gros bon sens. La démarche nordique typique consiste à recourir à des politiques universalistes. Nous voulons des politiques qui placent tout le monde dans le même bassin. Nous ne voulons aucun service à part pour les pauvres. Nous voulons des services pour tout le monde et nous assurer que les pauvres, les relativement pauvres et les gens dans le milieu puissent y avoir accès. Dans les faits, le système de santé de la Grande-Bretagne

en est un exemple. Tout le monde y a accès, sans égard à la capacité de payer. Cela dit, tout le monde ne s'en sert pas nécessairement de manière égale. Les services de santé reposent donc sur le principe de l'effort adapté au besoin. Il s'agit de l'universalité des services, mais les services sont disponibles en fonction d'un effort adapté aux besoins.

Après avoir étudié de plus près ces diverses approches, débattre des questions suivantes avec vos pairs :

- Parmi les programmes où vous intervenez dans votre travail, lesquels reposent sur une démarche universelle, ciblée ou fondée sur l'universalisme proportionné?
- En ce qui concerne les programmes, les politiques ou les partenariats auxquels vous participez dans le cadre de votre travail, quels mécanismes sont mis en place pour atténuer les iniquités de santé et répondre aux besoins des populations ou des personnes marginalisées?

Testez vos connaissances

Reliez chaque exemple ci-dessous à la démarche employée (ciblée, universelle ou universalisme proportionné) en le faisant glisser vers le nom de la bonne démarche.

Démarche ciblée	Démarche universelle	Universalisme proportionné
-----------------	----------------------	----------------------------

- Possibilités d'emploi adaptées pour les personnes handicapées
- Assurance maladie publique
- Couverture dentaire pour les familles à faible revenu
- Visites à domicile postnatales pour toutes les nouvelles familles, proportionnellement aux besoins observés
- Promotion de l'allaitement maternel en plaidant pour des endroits Amis des bébés
- Gratuité du test de dépistage des ITS; cliniques satellites pour les personnes moins enclines à se soumettre au test

Grille de réponses :

Démarche ciblée	Démarche universelle	Universalisme proportionné
Possibilités d'emploi adaptées pour les personnes ayant un handicap	Assurance maladie publique	Visites à domicile postnatales pour toutes les nouvelles familles, proportionnellement aux besoins observés
Couverture dentaire pour les familles à faible revenu	Promotion de l'allaitement maternel en plaidant pour des endroits Amis des bébés	Gratuité du test de dépistage des ITS; cliniques satellites pour les personnes moins enclines à se soumettre au test

Lorsque vous avez terminé le test, passez à la prochaine leçon.

RÔLE 3 — ÉTABLIR DES PARTENARIATS AVEC D'AUTRES SECTEURS

Les acteurs du secteur de la santé peuvent étendre leur influence sur les déterminants structurels de la santé en établissant des partenariats avec des acteurs d'autres secteurs que la santé². Pour agir positivement sur l'équité en santé et les déterminants de la santé, l'ensemble du personnel de la santé publique doit travailler en partenariat avec les individus qui vivent directement les iniquités de santé et les organisations de secteurs autres que la santé et qui ont un lien avec les déterminants de la santé. Voilà le troisième rôle à jouer en santé publique dont il est question dans le cadre d'intervention pour l'équité en santé.

Sume Ndumbe-Eyoh explique la question plus en détail ci-dessous.



Bon, je vais aborder le rôle de partenariat avec d'autres secteurs. Nous constatons que des organismes de santé publique sont engagés à fond dans des partenariats très intéressants pour lutter de toute évidence contre la pauvreté. Pensons par exemple aux formes de partenariat comme les coalitions de toutes sortes qui peuvent prêter une voix à la santé publique. Qu'est-ce que ça veut dire? Qu'arrive-t-il quand un organisme de santé publique dit oui? Il faut un projet pilote de revenu de base, parce que nous savons que, plus le revenu est élevé, meilleure est la santé des gens. En mettant sur pied ce genre d'interventions, ne pensons pas seulement à la question de savoir si les gens sont plus prospères, mais pensons aux questions de savoir si les

gens sentent davantage qu'ils font partie du tissu social et s'ils sont plus en santé et plus engagés dans leur collectivité. En prêtant notre voix, ce genre de partenariat nous pousse à réfléchir sur les autres aspects auxquels nous tenons dans la société, sur ce à quoi servent les valeurs et sur quel autre genre d'indicateurs examiner dans ces partenariats.



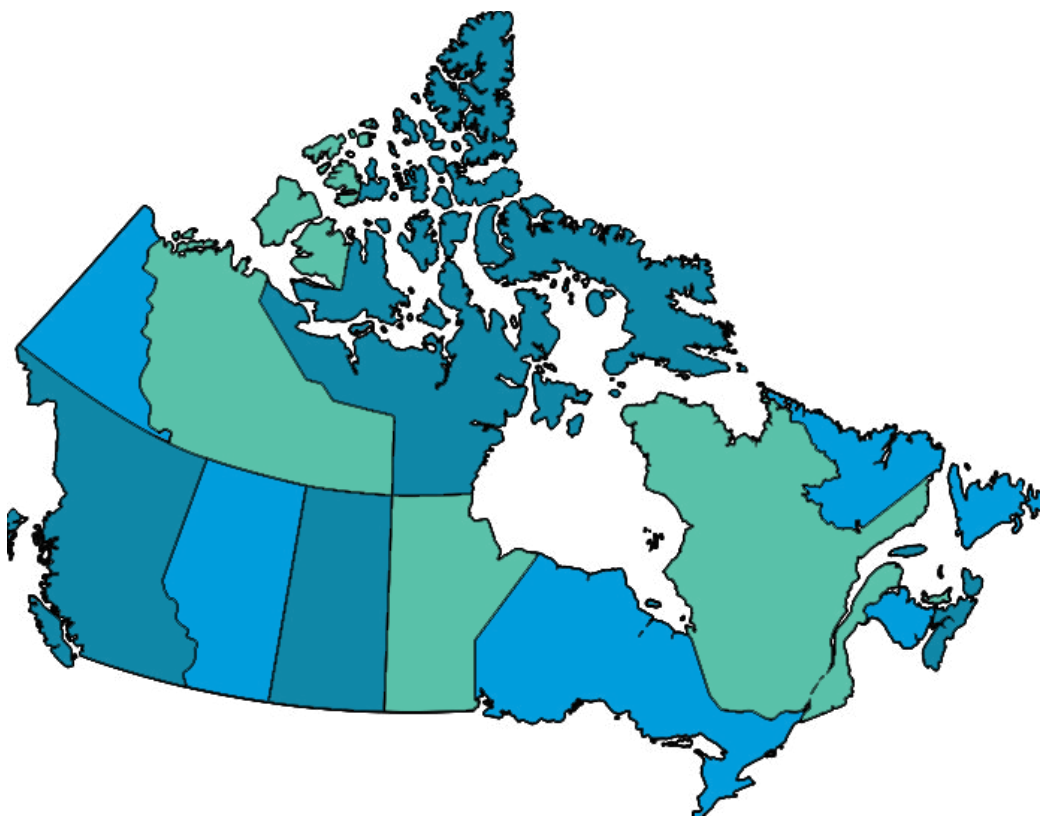
ÉTABLIR DES PARTENARIATS AVEC D'AUTRES SECTEURS

Conclure des partenariats avec d'autres organismes gouvernementaux et communautaires afin de déterminer des moyens d'améliorer l'état de santé des populations marginalisées.

Pour favoriser une collaboration positive au sein des partenariats intersectoriels, il faut^{2(p.22)} :

1. une vision commune et claire du problème à résoudre et du résultat à viser;
2. de solides relations entre les partenaires, ainsi que la meilleure combinaison de partenaires possible;
3. du leadership, tant pour faire avancer les objectifs communs que pour entretenir la collaboration;
4. des ressources adéquates, continues et souples;
5. des structures et des processus qui faciliteront le travail de collaboration.

Le groupe de travail de Tanis bénéficie déjà d'une représentation de plusieurs secteurs. Pour aider les membres à établir la forme de collaboration à utiliser pour donner de meilleurs résultats, Tanis communique avec des gens de son réseau. Elle pose des questions pour trouver des exemples de partenariats intersectoriels et d'engagement communautaire axés sur les déterminants sociaux de la santé. Apprenez-en plus ci-dessous.



Au **Nunavut**, 70 % des ménages sont en situation d'insécurité alimentaire modérée ou grave. La santé publique est représentée au sein de la [Coalition sur la sécurité alimentaire du Nunavut](#), qui s'emploie à améliorer la sécurité alimentaire sur ce territoire canadien¹⁴. Les membres de la Coalition s'intéressent particulièrement à quatre aspects de la sécurité alimentaire, c'est-à-dire la disponibilité, l'accès, la qualité et l'utilisation.

La **Vancouver Island Health Authority** compte parmi la vingtaine de partenaires qui consacrent leur énergie à faire en sorte que les enfants et les jeunes s'épanouissent pleinement¹⁵. Pour ce projet d'impact collectif qui s'appelle le [Child and Youth Health Network](#), l'équipe a établi une vision collective et mis en place une série de mesures. Elle est en outre à la recherche de fonds pour embaucher un coordonnateur de la mobilisation des jeunes et à cartographier et à harmoniser les services.

Santé publique Toronto est l'un des partenaires du [East Scarborough Storefront](#)¹⁶. Cet espace physique a ouvert ses portes en 1999. Des organisations de tous genres, des résidents du quartier et des groupes communautaires s'étaient réunis pour discuter de leur volonté de fournir des services et de l'aide à la population du quartier, particulièrement aux personnes marginalisées et vivant dans la pauvreté. Deux ans de consultation et de discussion ont mené à l'ouverture du East Scarborough Storefront, un lieu de collaboration où s'impliquent plus d'une trentaine d'organisations.

Au **Nouveau-Brunswick**, le plan d'inclusion économique et sociale 2014–2019, Ensemble pour vaincre la pauvreté², est le fruit d'une initiative d'engagement public réalisée par la Société d'inclusion économique et sociale en collaboration avec les réseaux d'inclusion communautaire¹⁷. Des partenaires intersectoriels ont contribué au processus en formulant leurs commentaires ou en mettant à profit leurs connaissances spécialisées.

La **Western Health**, qui fournit des services de santé sur la côte ouest de l'île de Terre-Neuve, a intégré la consultation dans son processus de planification¹⁸. L'évaluation des besoins de la collectivité a lieu tous les trois ans, y compris dans les écoles, afin de connaître les préoccupations des jeunes. Les comités consultatifs communautaires s'appuient ensuite sur les constatations de ces évaluations pour orienter leurs activités.

L'**Office régional de la santé de Winnipeg** appuie le Conseil pour la réduction de la pauvreté depuis les tous débuts et il en est devenu l'un des principaux partenaires¹⁹. Le Conseil a recours à une stratégie de réduction de la pauvreté fondée sur une approche multisectorielle et d'impact collectif.

La **Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse** regroupe 37 conseils de santé communautaire chapeautés par des bénévoles qui informent la Régie de la santé des besoins observés dans les quartiers de leur région respective²⁰. Les conseils allouent des subventions de développement communautaire à des projets de quartiers qui sont axés sur les déterminants de la santé.

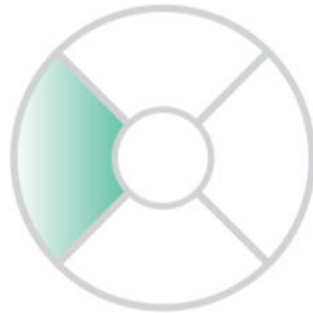
La **Table de concertation communautaire du quartier Pointe-Saint-Charles** regroupe 26 organismes communautaires, y compris des centres de santé du quartier. C'est un lieu d'apprentissage, d'échange et d'action collective mis sur pied dans le but d'améliorer les conditions de vie de la population du quartier Pointe-Saint-Charles, au Québec²¹.



Ces exemples vous donnent-ils des idées sur les partenariats potentiels que votre organisme pourrait établir avec des acteurs d'autres domaines que la santé publique?

RÔLE 4 — PARTICIPER À L'ÉLABORATION DES POLITIQUES

Abordons maintenant le dernier rôle : participer à l'élaboration des politiques.



PARTICIPER À L'ÉLABORATION DES POLITIQUES

Diriger l'analyse et l'élaboration des politiques et la revendication pour des améliorations en matière de déterminants et d'iniquités en santé, et collaborer avec d'autres organismes à cet effet.

En collaboration avec des acteurs d'autres organismes, le personnel de la santé publique peut diriger, soutenir et participer :

- en considérant « l'incidence de toutes les politiques sur l'équité en santé, y compris des politiques organisationnelles, des règlements municipaux et des lois^{3(p.4)} »;
- en plaidant avec d'autres pour des changements dans les conditions sociales, économiques, culturelles et environnementales afin de réduire les écarts en matière de santé³.

Les exemples ci-dessous sont tirés des provinces et des territoires du Canada.

En Ontario :

En 2018, le gouvernement de l'Ontario a passé en revue les lignes directrices qui orientent la manière dont les conseils de santé répondent aux attentes minimales formulées dans les Normes de santé publique de la province. La démarche avait pour objectif d'assurer une mise en œuvre cohérente des lignes directrices par l'ensemble des conseils de santé. La nouvelle version publiée en 2018 comportait une ligne directrice axée sur l'équité en santé et une autre sur les relations avec les collectivités autochtones.

Ailleurs au Canada :

La santé publique s'implique en outre dans les dossiers de la réduction de la pauvreté et du salaire de subsistance d'un bout à l'autre du pays. Depuis 2018, l'ensemble des provinces et territoires du Canada — sauf l'Alberta et la Colombie-Britannique — ont mis en place un plan de

réduction de la pauvreté. Un bon nombre d'organismes de santé publique participent à l'élaboration et à la mise en œuvre d'initiatives de réduction de la pauvreté à l'échelle locale.

Au Québec, l'ensemble des ministères ont l'obligation en vertu de la loi de veiller à ce que tout nouveau projet de loi ou règlement ne nuise pas à la santé de la population québécoise²².

En plus de participer à l'élaboration des politiques, les acteurs de la santé publique devraient s'engager dans des activités de **plaidoyer** pour aider à améliorer la santé de la population.

Le rôle de plaidoyer couvre notamment quatre champs d'action²³ :

- cerner l'enjeu;
- recueillir et faire connaître les données;
- travailler en collaboration et établir des partenariats;
- se servir du système juridique et de réglementation.



Pour en savoir plus sur la manière dont les acteurs de la santé publique peuvent prendre part au processus d'élaboration des politiques, reportez-vous à la section des ressources à la fin du module. Vous pourrez y découvrir les ressources produites par le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) sur des sujets comme l'analyse des politiques publiques et les évaluations d'impact sur la santé.

SANTÉ PUBLIQUE ET RÉDUCTION DE LA PAUVRETÉ — UNE ÉTUDE DE CAS

Vidéo : Santé publique et réduction de la pauvreté — une étude de cas



Voici Luc, un infirmier en santé publique dans une ville de taille moyenne. Luc fournit depuis peu de l'aide au groupe de travail de Tanis. Ses fonctions consistent à renforcer la capacité de son organisme à travailler dans le sens de l'équité en santé. Les membres du groupe de travail sont donc impatients de l'entendre. Luc travaille à la fois à l'interne, avec le personnel de la santé publique, et à l'externe, dans la collectivité.

Écoutez attentivement son récit.

La population de la ville participe à une initiative collective et intersectorielle de lutte contre la pauvreté que chapeaute la nouvelle Table ronde pour la réduction de la pauvreté ou TRRP. Le tout repose sur une démarche d'impact collectif réunissant un grand nombre d'acteurs sociaux et économiques dans le but de trouver des solutions plurisectorielles à la pauvreté.

La démarche tourne autour des enfants et des jeunes, et de cinq grands points d'investissement dans leur développement :

1. apprentissage des jeunes enfants et parentage de qualité;
2. développement des compétences, grâce à l'école, aux activités et aux loisirs;
3. développement de compétences spécialisées, grâce à des études postsecondaires;
4. emploi;
5. acquisition de biens et création de richesse.

On a demandé à Luc de faire partie de la Table ronde à titre de représentant de la santé publique. De toute évidence, la participation à cette initiative lui permettrait de mieux comprendre et d'influencer les conditions de vie urbaine qui ont mené à d'importantes iniquités de santé. Son organisme s'est engagé à travailler dans le sens de l'équité en santé et y consacre des ressources. Alors, il a demandé à la direction de pouvoir consacrer une journée par semaine au dossier de la réduction de la pauvreté, et sa demande a été acceptée.

Lorsqu'il croise par hasard la médecin-hygiéniste de la ville, Luc parle de son projet et de son enthousiasme. La Dre Margot Mwangi montre de l'intérêt.

Le jour suivant, Luc envoie un courriel à la Dre Mwangi pour lui donner un résumé de l'initiative d'impact collectif et l'inviter à participer à l'une des rencontres de la Table ronde. La médecin-hygiéniste prend part à une réunion, rencontre les partenaires des initiatives de la Table ronde et s'engage à continuer d'appuyer Luc dans ses efforts pour poursuivre sa participation à la Table ronde.

Maintenant que vous avez écouté le récit de Luc*, prenez quelques minutes pour débattre des questions suivantes avec vos collègues :

1. Pensez-vous que la participation de Luc à la Table ronde pour la réduction de la pauvreté constitue un bon usage des ressources de la santé publique? Pourquoi?
2. De quelles autres façons Luc pourrait-il contribuer à l'initiative pour vaincre la pauvreté?

*La présente étude de cas est inspirée de la Table ronde de Hamilton pour la réduction de la pauvreté et de Santé publique Hamilton. Les noms des personnes et plusieurs détails ont été changés.

SOMMAIRE

Maintenant que vous avez terminé le module 3, vous devriez mieux comprendre sur quels fronts il est possible d’agir pour favoriser l’équité en santé — en amont, intermédiaire et en aval. Vous devriez aussi connaître les rôles que peut jouer la santé publique pour améliorer l’équité en santé – évaluer et faire rapport, établir des partenariats, modifier et orienter les interventions et participer à l’élaboration des politiques. Vous devriez pouvoir donner des exemples de la manière de concrétiser cette démarche dans le contexte canadien.

Dans le module 4, il sera question de l’influence de vos privilèges, de votre position sociale et de votre vision du monde sur votre capacité de montrer une ouverture aux iniquités de santé, d’en comprendre les mécanismes et de les atténuer. Vous apprendrez aussi à fonder votre intervention sur la pratique réflexive.

Avant de continuer, prenez le temps de réfléchir à ce que vous venez d’apprendre. Quels aspects du *Programme commun pour soutenir l’action de la santé publique en matière d’équité en santé* et des quatre rôles dont il a été question, pourriez-vous commencer à appliquer dans votre domaine et dans votre organisme pour atténuer les iniquités de santé?

TESTEZ VOS CONNAISSANCES

Après avoir appris les rôles qu'il est possible de jouer en santé publique pour améliorer l'équité en santé, les membres du groupe de travail procèdent à un remue-méninges pour trouver quelques idées d'activités qu'ils pourraient mener dans leur région. Reliez chaque initiative au rôle auquel elle correspond en santé publique. La grille de réponses se trouve sur la page suivante.

Reliez chaque exemple ci-dessous à la démarche employée (ciblée, universelle ou universalisme proportionné) en le faisant glisser vers le nom de la bonne démarche.

Évaluer et faire rapport	Participer à l'élaboration des politiques	Établir des partenariats avec d'autres secteurs	Modifier et orienter les interventions
<ul style="list-style-type: none">• Collaborer avec des groupes communautaires à la création d'occasions pour les populations marginalisées de participer aux processus de planification et de prise de décision du groupe de travail.• Dresser la liste des stratificateurs de l'équité en santé à utiliser pour tous les rapports de routine sur l'état de santé des populations dans la région.• Utiliser un outil d'évaluation d'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) pour évaluer les initiatives de santé publique et déterminer les autres mesures possibles pour améliorer l'équité en santé.• Plaider pour des politiques municipales qui portent sur les déterminants sociaux de la santé, par exemple créer des projets de renouvellement urbain en prenant des engagements relativement au logement abordable et aux transports en commun et actif.			

Grille de réponses :

Évaluer et faire rapport	Modifier et orienter les interventions	Établir des partenariats avec d'autres secteurs	Participer à l'élaboration des politiques
Dresser la liste des stratificateurs de l'équité en santé à utiliser pour tous les rapports de routine sur l'état de santé des populations dans la région.	Utiliser un outil d'évaluation d'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) pour évaluer les initiatives de santé publique et déterminer les autres mesures possibles pour améliorer l'équité en santé.	Collaborer avec des groupes communautaires à la création d'occasions pour les populations marginalisées de participer aux processus de planification et de prise de décision du groupe de travail	Plaider pour des politiques municipales qui portent sur les déterminants sociaux de la santé, par exemple créer des projets de renouvellement urbain en prenant des engagements relativement au logement abordable et aux transports en commun et actif.

RESSOURCES, RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET TERMINOLOGIE

Ressources

- [Se diriger vers l'amont... Parlons-en](#), ressource (Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé)
- [Qui utilise les rôles de la santé publique en matière d'équité en santé?](#), billet de blogue (Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé)
- [Outil de données sur les inégalités en santé à l'échelle du Canada, édition 2017](#) (Agence de la santé publique du Canada, Réseau pancanadien de santé publique, Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé)
- [10 pratiques prometteuses pour réduire les iniquités en matière de santé](#) (Santé publique Sudbury et districts)
- [Portail canadien des pratiques exemplaires](#), site Web (Agence de la santé publique du Canada)
- [Démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé : Parlons-en](#), ressource (Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé)
- [Un cadre d'analyse de politique publique](#), cours de formation continue en ligne (Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé)
- [L'évaluation d'impact sur la santé, étape par étape](#), cours de formation continue en ligne (Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé)

Références bibliographiques

1. Falk-Rafael, A. et C. Betker. (1 avril 2012). Witnessing social injustice downstream and advocating for health equity upstream: “The trombone slide” of nursing. *Advances in Nursing Science* [Internet] [cité le 8 août 2016]. Vol. 35, no 2, p. 98-112. Récupéré de https://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Abstract/2012/04000/Witnessing_Social_Injustice_Downstream_and.3.aspx (en anglais)
2. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2016). *Programme commun pour soutenir l'action de la santé publique en matière d'équité en santé* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier (Canada) [cité le 18 octobre 2018], 40 p. Récupéré de <https://nccdh.ca/fr/resources/entry/lets-talk-public-health-roles>
3. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2013). *Le rôle de la santé publique dans l'amélioration de l'équité en santé : Parlons-en* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier (Canada) [cité le 7 janvier 2016], 6 p. Récupéré de http://nccdh.ca/images/uploads/PHR_FR_Final.pdf
4. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2014). *Aviver l'intérêt : Appliquer les connaissances pour faire avancer l'équité en santé — Analyse du contexte 2014* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier (Canada) [cité le 18 octobre 2018], 53 p. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/boosting-momentum>
5. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2011). *L'intégration des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé dans les pratiques de santé publique au Canada : Analyse du contexte en 2010* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier (Canada) [cité le 18 octobre 2018], 91 p. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/scan>
6. Médecin hygiéniste en chef. (2016). *La santé pour tous les insulaires — Promouvoir, prévenir, protéger : Rapport du médecin hygiéniste en chef de l'Î.-P.-É. 2016* [Internet]. Charlottetown (Î.-P.-É.) : ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard [cité le 18 octobre 2018], 66 p. Récupéré de http://www.gov.pe.ca/photos/original/cpho_report2016.pdf (en anglais; avec sommaire en français à l'adresse http://www.gov.pe.ca/photos/original/cpho_RptSum16FR.pdf)
7. Bureau du médecin-hygiéniste en chef. (Février 2016). *Les iniquités en matière de santé au Nouveau-Brunswick* [Internet]. Fredericton (N.-B.) : ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick [cité le 23 mars 2018], 36 p. Récupéré de <https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/h-s/pdf/fr/Publications/IniquitesEnMatiereDeSanteNouveauBrunswick2016.pdf>

8. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2018c) Atlas de la santé et des services sociaux [Internet]. Québec (Québec) : ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec [cité le 18 octobre 2018]. Récupéré de <http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php>
9. Williams, D.C. (2018). *Améliorer les perspectives : Défendre l'équité en matière de santé en Ontario — Rapport annuel 2016 : Rapport du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario*. Toronto (Ontario) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 48 p. Récupéré de http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/cmoh_18/cmoh_18.pdf
10. Allan, J., N. McPherson, C. Williams, P. McTavish, A. Ostash, M. Campbell et coll. (Mars 2015). *Santé Prairie Mountain — Évaluation de la santé communautaire : 2015 – Résumé* [Internet]. Souris (Manitoba) : Santé Prairie Mountain [cité le 18 octobre 2018], 358 p. Récupéré de http://www.prairiemountainhealth.ca/images/Community_Health_Assessment.pdf (en anglais; avec résumé en français à l'adresse https://www.prairiemountainhealth.ca/images/Publications/CommunityHealthAssessment/PMH_CHA_2015_Executive_Summary_FR.pdf)
11. BC Centre for Disease Control. (c2019). *Food skills for families* [Internet]. Vancouver (C.-B.) : BC Centre for Disease Control [cité le 6 juin 2019]. Récupéré de <http://www.bccdc.ca/our-services/programs/food-skills-for-families> (en anglais)
12. Hollar, D., M. Lombardo, G. Lopez-Mitnik, T.L. Hollar, M. Almon, A.S. Agatston et coll. (2010). Effective Multi-level, Multi-sector, School-based Obesity Prevention Programming Improves Weight, Blood Pressure, and Academic Performance, Especially among Low-Income, Minority Children. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* [Internet]. Vol. 21 (2 suppl.), p. 93-108. Récupéré de <http://muse.jhu.edu/article/380463>
13. Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). *Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action* [Internet]. Winnipeg (Manitoba) : Commission de vérité et réconciliation du Canada [cité le 25 octobre 2018]. Récupéré de http://trc.ca/assets/pdf/Calls_to_Action_French.pdf
14. Coalition sur la sécurité alimentaire du Nunavut. (2014). *Stratégie et plan d'action sur la sécurité alimentaire du Nunavut 2014–2016*. Iqaluit (Nunavut) : Coalition sur la sécurité alimentaire du Nunavut [cité le 25 octobre 2018]. Récupéré de https://www.nunavutfoodsecurity.ca/sites/default/files/files/Resources/Strategy/NunavutFoodSecurityStrategy_FRENCH.pdf
15. Child and Youth Health Network. (s. d.) Child and Youth Health Network [Internet] [cité le 25 octobre 2018]. Récupéré de <https://childyouthhealth.org/> (en anglais)

16. East Scarborough Storefront. East Scarborough Storefront, A Project of Tides Canada [Internet]. 2017 [cité le 25 octobre 2018]. Récupéré de <https://thestorefront.org/> (en anglais)
17. Société d'inclusion économique et sociale. (2014). *Ensemble pour vaincre la pauvreté : Le plan d'inclusion économique et sociale du Nouveau-Brunswick 2014–2019* [Internet]. Fredericton (N.-B.) : Province du Nouveau-Brunswick [cité le 25 octobre 2018]. Récupéré de <http://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/esic/pdf/NBEconomicSocialInclusionPlan2014-2019.pdf> (en anglais; avec sommaire en français à l'adresse <https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/esic/pdf/Sommaire2014-2019.pdf>)
18. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2014). *Leadership pour l'équité en santé : Travail intersectoriel et engagement communautaire à la Western Health* [Internet]. Antigonish (N.-É.): CCNDS, Université St. Francis Xavier (Canada) [cité le 25 octobre 2018]. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/Working-intersectorally-and-engaging-the-community-in-Western-Health>
19. Conseil pour la réduction de la pauvreté à Winnipeg [Internet]. (2018c). [Cité le 25 octobre 2018]. Récupéré de <http://wprc.ca> (en anglais)
20. Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse. (s. d.). Conseils de santé communautaire de la Nouvelle-Écosse [Internet] [cité le 25 octobre 2018]. Récupéré de <https://www.communityhealthboards.ns.ca> (la version en français apparaît au bas de la page)
21. Action-Gardien [Internet]. (s. d.). [Cité le 25 octobre 2018]. Récupéré de <http://www.actiongardien.org>
22. Loi sur la santé publique, R.S.Q. chapitre S-2.2, c.60 a.54. [Internet]. (2001). [Cité le 25 octobre 2018]. Récupéré de <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showDoc/cs/S-2.2?&digest=>
23. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *Le plaidoyer et l'équité en santé : Parlons-en* [Internet]. Antigonish (N.-É.): CCNDS, Université St. Francis Xavier (Canada) [cité le 25 octobre 2018]. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/lets-talk-advocacy-and-health-equity>
24. Ministère de la Santé et des Soins de Longue durée. (2008). Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé [Internet]. Toronto (Ont.) : MSSLD [cité le 25 octobre 2018]. Récupéré de <http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/heia/>

Terminologie

Aucun ajout dans la terminologie.