



# Introduction à l'équité en santé

## **Module 5 : Renforcement de la capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé**

# Table des matières

## Contents

Bienvenue .....	2
Objectifs d'apprentissage .....	3
Éléments d'un soutien organisationnel efficace .....	4
Capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé publique (CO-AESP) .....	4
Exemples tirés de ministères provinciaux et territoriaux .....	7
Exemples tirés d'organismes régionaux .....	10
Infrastructure favorable (première partie) .....	13
Les quatre éléments d'une infrastructure favorable .....	14
Infrastructure favorable (deuxième partie) .....	20
Recensement des outils d'équité en santé .....	20
Action intersectorielle et engagement communautaire .....	22
Martine — Une étude de cas .....	24
Sommaire .....	27
Testez vos connaissances .....	28
Synthèse du cours .....	33
Ressources, références bibliographiques et terminologie .....	34
Ressources .....	34
Références bibliographiques .....	34
Terminologie .....	38
Contexte et remerciements .....	39
<b>Contexte du cours d'introduction à l'équité en santé</b> .....	39
<b>Remerciements</b> .....	39
<b>Coordonnées</b> .....	41
<b>Référence bibliographique</b> .....	41

# 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

---

Bienvenue au dernier module du cours d'introduction à l'équité en santé. Dans ce module intitulé « Renforcement de la capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé », nous examinerons ce que peuvent faire les organismes de santé publique pour encourager leurs effectifs à porter une attention particulière aux inégalités sociales iniquités de santé dans tous les aspects de leur travail.

Nous étudierons les mesures que peuvent prendre les cadres de direction et les décideurs pour renforcer la capacité de leurs organismes à rendre leurs programmes, services et politiques plus axés sur l'équité et pour allouer les ressources nécessaires au renforcement des compétences de leurs effectifs à cet effet. Nous sommes d'avis qu'il faut du leadership à tous les échelons de l'organisation pour favoriser l'équité en santé et qu'il est possible de tendre vers l'équité en santé, quels que soient son poste ou ses fonctions. Dans le présent module, vous apprendrez ce qu'il faut à votre organisme pour soutenir votre enthousiasme et vos idées pour améliorer la santé de tout le monde.

À la fin du module, vous saurez :

1. expliquer les trois engagements organisationnels essentiels à toute démarche d'équité en santé, tels qu'ils sont illustrés dans le cadre conceptuel de la capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé publique;
2. donner des exemples, au sein d'organismes de santé publique, d'une infrastructure favorable susceptible de faciliter l'action pour l'équité en santé.

Nous vous inviterons à réfléchir à ce que vous a apporté le cours, puis nous reviendrons sur les principales notions couvertes dans les cinq modules.

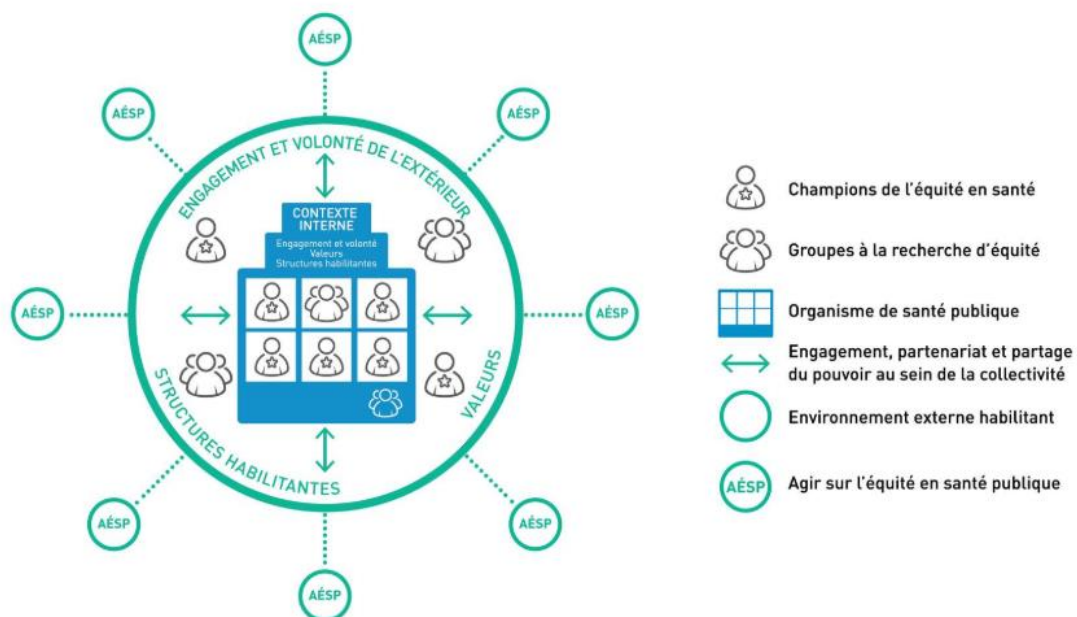
Il faudra compter environ 30 minutes pour terminer le module.

# ÉLÉMENTS D'UN SOUTIEN ORGANISATIONNEL EFFICACE

Tanis estime que son groupe de travail a beaucoup appris au sujet des **inégalités sociales** de santé et de leurs causes. Elle pense que les membres comprennent mieux ce que peuvent faire les cadres et les professionnels de la santé publique pour contribuer à l'atténuation des **inégalités sociales** de santé. Pour que les membres du groupe de travail qui travaillent en santé publique puissent fixer les prochaines étapes pour leur organisme, ils doivent d'abord savoir ce qu'implique dans les faits la capacité d'agir sur l'équité en santé pour un organisme de santé publique. Tanis sait que des chercheurs canadiens ont élaboré un cadre conceptuel à partir de l'expérience de champions de l'équité en santé<sup>1</sup>, et que ce cadre se révélera utile à cet effet.

Jetez un coup d'œil au schéma du cadre conceptuel de la capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé publique (CO-AESP) ci-dessous.

## Capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé publique (CO-AESP)



**Source :** Cohen et coll. (2013). A conceptual framework of Organizational Capacity for Public Health Equity Action (OC-PHEA). *Revue canadienne de santé publique*.

Le cadre conceptuel montre trois éléments essentiels à la démarche d'équité en santé :

1. valeurs et convictions communes axées sur la justice sociale et l'équité;
2. engagement et volonté fermes d'agir;
3. infrastructure favorable.

La principale auteure du cadre conceptuel, Benita Cohen, explique au groupe de travail le cadre conceptuel et les engagements organisationnels nécessaires pour agir sur l'équité en santé.



*Alors, ce cadre théorique sur la capacité organisationnelle en santé publique d'agir sur l'équité, que nous appelons (OC-PHEA) [organizational capacity for public health equity action], comporte deux pôles, deux grands volets, soit le volet interne qui fait allusion à tout ce qui se passe à l'intérieur des murs d'un organisme, d'une organisation ou d'un service en particulier et le volet externe favorable qui se rapporte à tout ce qui se passe à l'extérieur de ces murs, mais surtout dans la collectivité ou le quartier immédiats desservis. Les points en commun entre les deux pôles sont des dimensions que nous appelons des valeurs, l'engagement ou la détermination et l'infrastructure favorable. Ces dimensions peuvent prendre des formes au sein de l'organisme qui diffèrent des formes prises à l'extérieur, dans la collectivité. Mais elles se résument plus ou moins à la même chose. Si on prend l'exemple des valeurs de votre organisme, et je souligne qu'il s'agit d'un cadre conceptuel audacieux, alors ces valeurs représentent l'idéal recherché. Ainsi, dans un monde idéal, votre organisme fonctionnerait en fonction de valeurs communes liées à l'équité.*

*Les valeurs et les objectifs s'inscrivent dans la culture organisationnelle et vous orientent dans l'établissement de vos priorités. Cela nous amène à la deuxième dimension à l'interne, c'est-à-dire l'engagement et la détermination. On s'attendrait ainsi à ce que la haute direction, soit le conseil d'administration, à ce que ces gens manifestent leur engagement et leur soutien à l'action menée en santé publique pour l'équité en santé. Quant à l'infrastructure favorable, on s'attendrait à ce qu'il se produise un certain nombre de choses pour favoriser l'équité en santé, par exemple, que des gens de tous les échelons aient leur part de responsabilité ou aient à rendre des comptes, qu'il y ait des fonds récurrents pour les activités, qu'il y ait une main-d'œuvre compétente — et il faut toutes sortes d'aptitudes et de compétences très précises en matière d'équité en santé — et puis qu'il y ait des processus facilitant la promotion ou le renforcement de la capacité d'agir sur l'équité en santé dans votre organisme. De même, on aurait dans un monde idéal un contexte externe favorable où les valeurs de justice sociale et d'équité sont privilégiées, où la volonté politique et la priorité établie permettent à ceux qui en le plus besoin de recevoir les ressources appropriées et où l'infrastructure favorise vraiment la démarche. Ainsi, on aurait des champions de l'équité, pas seulement dans l'organisme, mais aussi en dehors de l'organisme, qui ont accès aux ressources. On aurait des organismes de la société civile qui ont un objectif commun de favoriser l'équité en santé. Voilà donc les dimensions communes qu'il serait intéressant de voir concrètement à l'interne et à l'externe.*

Étudions maintenant de plus près les engagements en question, en commençant par les deux premiers.

### **Engagement no 1**

**Valeurs et convictions communes :** Une déclaration d'intention de l'organisme d'accorder la priorité à l'équité en santé<sup>1</sup>.

### **Engagement no 2**

**Engagement et volonté fermes d'agir :** L'inclusion de l'engagement envers la démarche d'équité dans les plans stratégiques de l'organisme<sup>1</sup>.

Pourquoi étudier en même temps ces deux engagements? Bien des organismes commencent par rédiger leurs **vision ou mission organisationnelles** en y incluant la question de l'équité, ce qui les amène à rendre leur vision plus concrète en s'engageant envers une **démarche axée sur l'équité** dans leurs plans stratégiques.

Les gouvernements fédéraux, provinciaux ou territoriaux ou des organismes régionaux ou locaux ont mentionné un tel engagement dans des documents officiels. Par exemple, en 2018, l'administratrice en chef de la santé publique du Canada publiait une déclaration dans laquelle elle soulignait ses priorités pour ce qui est de promouvoir et d'améliorer la santé globale des Canadiens. 2 Elle y mentionnait vouloir mettre l'accent sur « une sensibilisation accrue à la



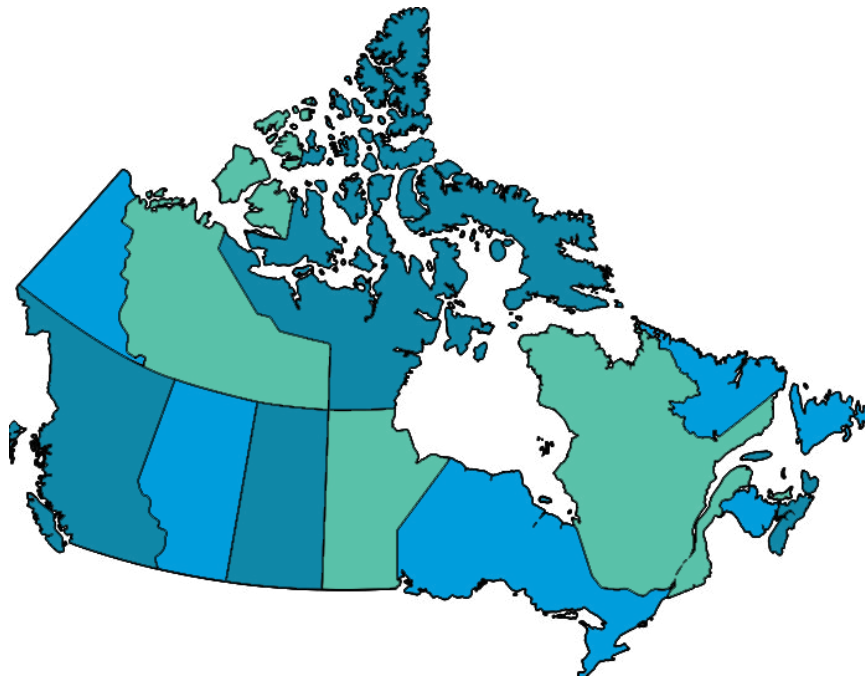
manière dont l'environnement bâti contribue à aggraver ou à réduire les inégalités en matière de santé [...] <sup>2(p.1)</sup> ».

De même, à l'échelle provinciale, Santé publique Ontario fait allusion à l'équité en santé dans son énoncé de mission : « Nous facilitons la prise de décisions et de mesures éclairées pour protéger et promouvoir la santé et contribuer à réduire les iniquités en matière de santé <sup>3</sup> ».

Tanis demande à son groupe de travail d'effectuer des recherches afin de recueillir des exemples d'énoncés de vision ou de mission où il est question d'équité.

## Exemples tirés de ministères provinciaux et territoriaux

La carte ci-dessous montre que le groupe de travail a pu trouver des exemples partout au Canada.



En **Colombie-Britannique**, le document intitulé *Guiding Framework for Public Health* fait état de l'équité comme étant une valeur et un principe directeur du système de santé publique. Toutes les parties prenantes du système verront à améliorer l'équité en santé en offrant le soutien nécessaire aux collectivités et aux individus et en veillant à ce que les processus de prestation des services, de planification et d'élaboration des politiques se fassent de manière équitable. En outre, elles corrigeront les conditions qui créent des iniquités, des barrières à l'accès et des lacunes dans le service; tiendront compte des besoins particuliers des populations vulnérables et défavorisées, y compris les Premières Nations et les Autochtones; et mettront en place un



processus de surveillance efficace<sup>16(p.13)</sup>. Le cadre conceptuel intègre les considérations d'équité dans le processus décisionnel de la santé publique.

Le gouvernement de l'**Alberta** a publié un document intitulé *Alberta's Strategic Approach to Wellness*. Les notions de justice sociale et d'équité sont prises en compte dans les principes directeurs, ainsi que l'importance de commencer tout de suite à bâtir des collectivités en santé<sup>12</sup>. Le ministère de la Condition féminine de la province offre des subventions pour des projets portant sur plusieurs aspects de l'équité<sup>13</sup>. Le gouvernement de l'Alberta est en outre à former son personnel à l'utilisation de l'analyse comparative entre les sexes plus (ou ACS+) qui servira à revoir l'ensemble des politiques, des programmes et des lois du gouvernement<sup>14</sup>. Le « plus » renvoie aux facteurs qui vont au-delà du genre, par exemple l'orientation sexuelle, l'origine ethnique, le lieu géographique, le revenu, la capacité, l'identité de genre et l'expression du genre. Le gouvernement a facilité l'utilisation de l'ACS+ en créant des outils, y compris un modèle de rapport au cabinet, une introduction à l'élaboration des politiques, une feuille de travail en six étapes, un guide sur la communication inclusive, des études de cas et une FAQ au sujet de l'ACS+<sup>15</sup>.

Dans les **Territoires du Nord-Ouest**, le document intitulé *Votre bien-être, notre priorité : Plan stratégique du système des services de santé et des services sociaux des TNO – De 2017 à 2020* fait état de l'équité dans chacune des six priorités stratégiques du Ministère<sup>17</sup>. Relativement aux maladies chroniques, on y décrit les plans pour élaborer des interventions ciblées en s'appuyant sur la perspective d'équité pour étudier les groupes de population les plus à risque ou les plus vulnérables à la maladie chronique en raison de facteurs biologiques, sociaux, culturels et autres<sup>17</sup>.

Au **Manitoba**, dans le rapport annuel 2016-2017, du ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active, on souligne que le système de santé doit en priorité réduire les disparités de santé chez les Manitobains<sup>11(p.8)</sup>.

Dans les **Normes de santé publique de l'Ontario**, on reconnaît le rôle de la santé publique dans la réduction des ~~inégalités sociales~~ iniquités de santé<sup>9</sup>. L'objectif à cet effet fait partie intégrante des normes fondamentales qui sous-tendent toutes les autres normes. Cet aspect est considéré comme tout aussi important que l'amélioration de la santé de la population dans son ensemble. Le ministère de la Santé et des Soins de Longue durée a publié la Ligne directrice sur l'équité en matière de santé afin d'orienter la mise en œuvre des exigences définies dans les Normes et de donner « un aperçu des principaux cadres et concepts dont les conseils de santé doivent tenir compte pour la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de l'équité en santé au sein des pratiques de santé publique<sup>10(p.4,5)</sup> ».

Au **Québec**, la Loi sur la santé publique comporte des dispositions en vertu desquelles le ministre de la Santé conseille les autres ministères et agences du gouvernement, et il est

consulté par eux lors de l'élaboration de politiques susceptibles d'avoir des répercussions sur la santé et le mieux-être de la population<sup>6</sup>. Le Ministère a instauré à cet effet un mécanisme intergouvernemental d'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) qui a nécessité la création de postes, de procédures et d'outils<sup>7</sup>. Bien que la Loi n'exige aucune analyse de l'équité en santé, elle exige des ministères d'étudier les effets de leurs mesures sur la santé de l'ensemble de la population. En outre, l'engagement envers l'équité en santé ressort nettement du Programme national de santé publique, dont l'une des finalités est de réduire les inégalités sociales de santé<sup>8</sup>.

Les **Normes de santé publique de la Nouvelle-Écosse** reposent sur l'équité en santé et la justice sociale : « La santé publique vise à améliorer la santé de la population dans son ensemble ainsi qu'à réduire les iniquités entre les populations en matière de santé<sup>4(p.9)</sup> ». Les Normes font en outre état des exigences précises par rapport à la démarche de la santé publique en matière d'équité en santé et de justice sociale. Pour ce qui est de l'équité en santé plus particulièrement, les acteurs de la santé publique doivent suivre le protocole qu'a publié la province en y énonçant clairement ses attentes par rapport à la compréhension, à l'analyse du contexte, à l'orientation stratégique et au renforcement des capacités<sup>5</sup>.

Christine Johnson (responsable de l'équité en santé, Santé publique, Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse) donne plus de détails sur les Normes de santé publique de la Nouvelle-Écosse au groupe de travail.



*La Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse a été mise sur pied en 2015 et est le résultat d'une amalgamation de neuf différentes régies régionales de la santé. Avant ce changement, des normes et des protocoles constituaient les fondements de la santé publique et en orientaient les pratiques. Dans ces fondements, ces protocoles et ces normes, l'équité en santé ressortait comme une valeur fondamentale et une partie intégrante de la santé publique, un fondement non négociable de la santé publique. On ne parle pas de l'équité en santé comme étant un rajout ou un élément de plus à intégrer à notre travail. C'est que les concepts d'équité, d'égalité et de justice sociale sont à la base de nos activités.*

*Nous avons nos normes, puis l'équité en santé fait partie du protocole qui les recoupe. Cela veut dire que, quel que soit le dossier sur lequel nous travaillons : santé publique, protection de la santé, petite enfance, sain développement de l'enfant, collectivités en santé, la notion de l'équité en santé s'intègre à tout.*

*De ces activités est né l'outil permettant de prendre en compte la perspective d'équité en santé. Cet outil sert en effet à orienter les activités dans notre secteur. Ainsi, il nous aide à savoir comment aborder la planification, l'évaluation et la communication de l'état de santé, l'exécution et l'évaluation des programmes, c'est-à-dire comment procéder en y intégrant la perspective d'équité en santé?*

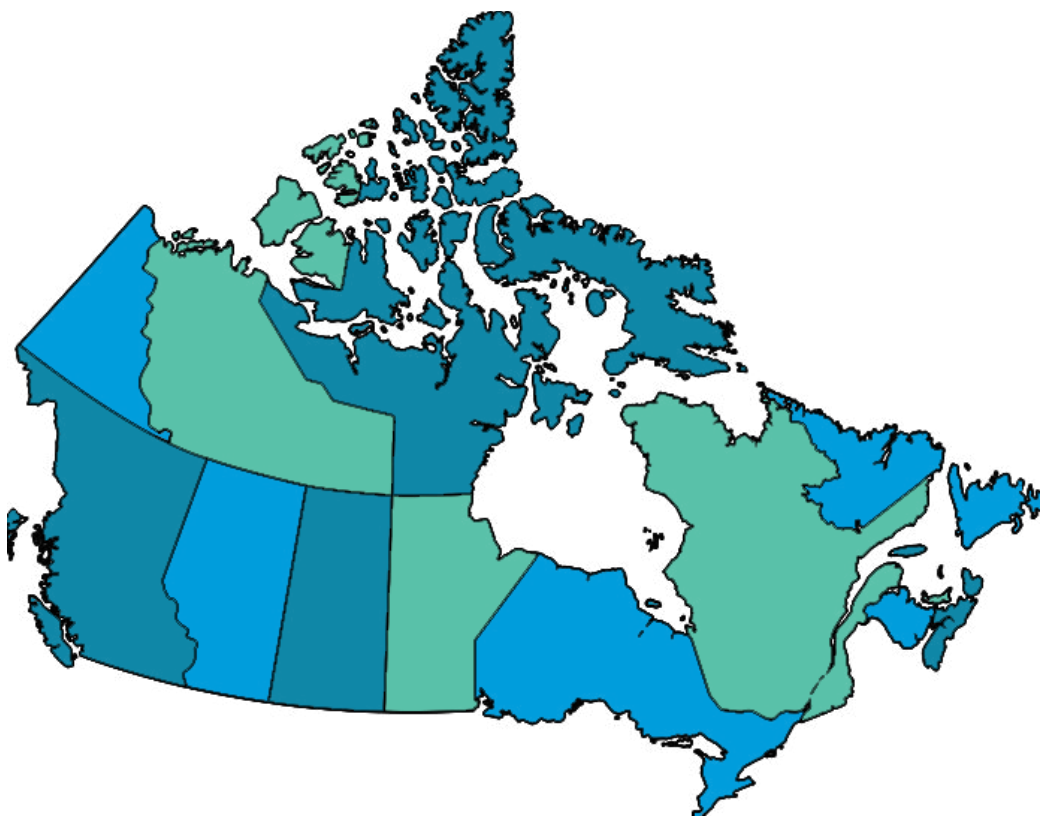
*Cette série de valeurs et de directives communes autour de l'équité en santé et de l'intégration de l'équité en santé dans les pratiques de notre domaine nous ont permis d'améliorer notre capacité d'agir. Par conséquent, si je pense à la capacité du système, je constate que, par suite de la restructuration qui a mené à la création du programme de santé publique, la direction a créé quatre nouveaux postes de spécialistes de l'équité en santé qui sont chargés de travailler dans les différentes zones géographiques avec nos professionnels de la santé publique afin de nous appuyer collectivement dans notre démarche pour l'équité en santé.*

*La restructuration a en outre mené à la création de postes, tant dans le domaine des politiques sociales, des stratégies et de l'action sociale que des partenariats et de l'engagement. Il s'agit dans le fond d'investissements dans des domaines où nous devons nous perfectionner pour réussir à faire du bon travail en matière d'équité.*

## Exemples tirés d'organismes régionaux

Sur le plan **régional ou local**, un bon nombre d'organismes ont officialisé leur engagement envers l'équité en incluant un énoncé à cet effet dans leurs plans stratégiques.

La carte ci-dessous montre les exemples compilés par le groupe de travail sur les organismes régionaux qui ont des énoncés de vision ou de mission où il est question d'équité.



L'autorité de santé de la **Colombie-Britannique** a élaboré une stratégie sur la santé et le mieux-être des Autochtones (2015-2019). L'amélioration de l'équité en santé fait partie des quatre grandes priorités qui y sont mentionnées<sup>25</sup>. Pour cette orientation stratégique, l'autorité de la santé s'est donné comme objectif d'élaborer une stratégie de l'équité en santé en partenariat et en collaboration étroite avec des Autochtones<sup>25(p.12)</sup>. Elle inclura dans sa stratégie des objectifs précis et des indicateurs de performance.

En **Saskatchewan**, l'autorité de la santé de la région de Saskatoon a publié une déclaration d'intention en matière d'équité en santé<sup>24</sup>. Elle y mentionne quatre engagements envers la promotion de l'équité en santé, soit :

1. veiller à fournir des services de santé équitables et justes;
2. intégrer l'équité en matière de soins de santé dans les processus d'élaboration des politiques, de planification stratégique et d'amélioration de la qualité;
3. utiliser et renforcer les partenariats intersectoriels et avec les collectivités, ainsi que la collaboration en vue d'améliorer l'équité en santé;
4. rendre des comptes pour ce qui est de ses engagements envers l'équité en santé.

Elle explique en outre dans sa déclaration la manière dont elle respectera ses engagements.

L'Office régional de la santé de **Winnipeg** (ORSW) a pris position au sujet de l'équité en matière de santé, comme suit : « L'ORSW s'engage à améliorer les résultats au chapitre de l'équité en matière de santé, en visant davantage d'égalité dans les services de santé offerts, en modifiant sa façon de planifier les activités et de les appliquer, en diffusant des connaissances à d'autres et en soutenant leurs prises de décisions, ainsi qu'en établissant en dehors du secteur de la santé de véritables partenariats et des relations fondées sur un engagement profond<sup>20(p.1)</sup> ». Il a en outre publié en 2013 un plan d'action sur l'équité en santé dans le cadre de son initiative « La santé pour tous<sup>21</sup> ». Il a produit depuis une série de rapports<sup>22</sup> et d'outils<sup>23</sup> pour faciliter les changements systémiques et dans ses services afin de progresser vers l'équité en santé dans la région desservie.

En **Ontario**, l'équité fait partie des principales valeurs sur lesquelles repose le plan stratégique de 2017 à 2020 du bureau de santé du Nord-Ouest. Celui-ci déclare reconnaître que certains individus ou groupes n'ont pas les mêmes chances dans la vie que d'autres pour ce qui est de la santé et de la réussite en raison d'une discrimination systémique à leur endroit. Le bureau de santé est déterminé à modifier les politiques, les pratiques et les structures, tant à l'interne que dans la société, pour arriver à l'égalité des chances pour tout le monde<sup>19(p.8)</sup>. Améliorer l'équité en santé compte d'ailleurs parmi les buts mentionnés dans son plan stratégique. Ses objectifs sous-jacents sont de stratifier les données des rapports de surveillance et sur l'état de santé des populations en fonction de variables démographiques et socioéconomiques, d'inclure une évaluation de l'équité en santé dans tous les plans programmatiques et de renforcer la capacité des membres des conseils de santé en matière d'équité en santé.

Dans son Plan d'action régional de santé publique 2016–2020, le CIUSSS de **Québec** définit l'équité en santé comme étant un objectif de santé publique et un axe transversal qui contribue de façon continue à la prestation des services de santé publique<sup>18</sup>.

Allez maintenant à la prochaine leçon qui porte sur le troisième engagement du cadre conceptuel : l'infrastructure favorable.

## INFRASTRUCTURE FAVORABLE (PREMIÈRE PARTIE)

Comme nous l'avons vu dans la dernière leçon, le cadre conceptuel CO-AESP fait état de **trois** engagements organisationnels à prendre dans une démarche d'équité en santé<sup>1</sup>. Le groupe de travail de Tanis a pris connaissance d'exemples se rapportant aux deux premiers : valeurs et convictions communes et engagement et volonté fermes d'agir.

Examinons maintenant le dernier engagement, c'est-à-dire l'infrastructure favorable.

L'une des créatrices du cadre conceptuel, Benita Cohen, explique au groupe de travail les éléments à prévoir dans l'infrastructure d'une organisation pour favoriser la concrétisation de l'énoncé de mission et du plan stratégique.



*De l'externe, si un ministère de la santé relevant du provincial ou du territorial accorde la priorité à l'équité en santé, en établissant cette espèce de norme ou d'attente de l'externe, alors vous auriez une motivation même si votre organisme n'accomplissait pas grand-chose sur ce plan, il n'a plus le choix.*

*De l'interne, d'après mes observations, il est avantageux d'avoir un champion de l'équité en position de pouvoir dans l'organisme. Nous avons constaté que si des gens de la direction sont engagés et se font les champions de l'équité, cela se fera ressentir à tous les échelons de l'organisme.*



Un autre facteur qui joue un rôle positif est l'accès aux données locales et la capacité de les interpréter, d'en faire quelque chose. Vous devez être capable de prendre des notes sur les inégalités sociales iniquités de santé dans votre zone de responsabilité si vous voulez être capable d'y remédier. Ensuite, vous devez évidemment entretenir de très bonnes relations avec les intervenants et les parties prenantes et aussi avec les populations à la recherche d'équité dans la collectivité. Il faut être capable de travailler avec ces populations et cela peut prendre beaucoup de temps. Il faut bâtir un lien de confiance, et toutes sortes de raisons historiques font que certains groupes de population ne nous font pas confiance.

L'un des aspects de ce cadre théorique, c'est que vous n'avez pas à travailler sur toutes les dimensions. C'est le genre de modèle qui fait en sorte que si vous renforcez vos compétences ne serait-ce que sur un petit point, vous verrez que cela se répercutera souvent sur d'autres. Vous n'avez qu'à commencer là où vous en êtes en ce moment, et tout le monde peut renforcer ses capacités sur un plan ou sur un autre.

## Les quatre éléments d'une infrastructure favorable

Le **premier élément** d'une infrastructure favorable fait référence à l'affectation et au soutien des **champions de l'équité en santé**. Ces individus occupent peut-être un poste officiel lié à l'équité en santé (fort heureusement, le nombre de ces postes tend à augmenter au pays) ou sont des cadres ou des professionnels résolus à mettre en pratique les concepts des droits de la personne et de la justice sociale.

Ce sont des personnes dont la crédibilité, le respect et l'engagement sont des sources d'inspiration pour les autres. Elles tiennent toujours compte des effets que sont susceptibles d'entraîner les programmes et les politiques sur les différents groupes de population. Elles travaillent soit dans une équipe chargée de l'équité en santé, soit dans une équipe responsable d'un programme de santé publique. Leur engagement envers l'équité en santé leur vient de leurs valeurs personnelles.

Tanis est tombée sur une étude de cas du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé qui traite de deux façons d'optimiser l'incidence des champions de l'équité en santé dans un organisme<sup>26</sup>, c'est-à-dire :

- affecter un cadre de direction au rôle de champion;
- recruter et former des champions parmi le personnel de première ligne qui se passionne pour l'équité en santé.



Ci-dessous, Samiya Abdi, spécialiste principale en matière de programme à Santé publique Ontario, explique à Tanis que le fait d'avoir en place un champion de l'équité en santé a facilité la démarche d'équité en santé de son organisme.

### Video: Samiya Abdi



*La création de ce rôle constitue une progression naturelle du travail réalisé. Je parle du travail effectué à l'interne pour favoriser la santé et atténuer les iniquités et le racisme systémique, ainsi que du travail que nous accomplissons à l'externe dans la collectivité, que ce soit avec des intervenants communautaires ou du gouvernement ou dans nos activités de santé publique. Et, pour ce qui est de savoir en quoi ce rôle appuie le fait que le travail d'équité en santé à l'interne, dans l'organisme, consiste à se servir de cette perspective et d'en faire une plateforme pour s'assurer que l'organisme a désigné officiellement des champions d'équité en santé, établi un cadre stratégique, donné de la formation pour renforcer les compétences à l'interne et aussi continué de travailler dans la collectivité et les unités de santé publique. C'est la manière dont le rôle peut servir à soutenir le changement organisationnel.*

*Je pourrais vous donner des exemples de ce que j'ai vu sur ce plan comme l'idée des champions et de désigner officiellement des champions à tous les échelons de l'organisme. Pourquoi? Parce qu'il est impossible de travailler sur la question seulement sur le terrain ou au niveau de la haute direction. Il faut que ce soit un rôle ou un programme qui touche tous les aspects de l'organisme. J'ai vu des unités de santé et d'autres organismes de santé publique inscrire la question dans les activités d'orientation du nouveau personnel afin de faire en sorte que tous les membres du personnel de l'organisme aient certaines connaissances de base sur l'équité en santé et que la*

notion s'inscrive dans leurs activités, qu'ils soient un professionnel de première ligne ou le directeur général de l'organisme.



**Pour lire un autre exemple de l'action positive d'un champion de l'équité en santé, allez voir le document de l'Alberta Health Services<sup>28</sup> dans la section intitulée *Ressources, références bibliographiques et terminologie*.**

Le **deuxième élément ou condition ou pratique favorables** se rapporte à l'accès aux données locales sur les iniquités et à la capacité de les interpréter. Les données probantes qui montrent un lien entre la santé et les déterminants sociaux et économiques de la santé ont la capacité de catalyser l'action<sup>28</sup>.



*Stratifier les données par statut socioéconomique (SSE) au lieu de vérifier l'effet du SSE, comme bon nombre d'analyses visent à faire, est une approche qui met en lumière les iniquités. La stratification permet de mettre en évidence l'effet du revenu sur l'état de santé.*

—Santé publique de Sudbury et du district<sup>28(p.1)</sup>

Les rapports sur l'état de santé des populations se révèlent des outils indispensables pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et réduire les ~~inégalités sociales~~ iniquités de santé<sup>29</sup> (voir le module 3 qui traite du rôle d'évaluation et d'élaboration de rapports). Le CCNDS a créé un très bon cadre d'action pour aider les professionnels de la santé publique à tenir compte de l'équité en santé dans leurs processus d'analyse des données et d'élaboration de rapports. Un membre du groupe de travail s'adresse à Dianne Oickle, spécialiste du transfert des connaissances au CCNDS, pour en savoir plus sur le cadre d'action et la manière de l'utiliser.



*Le cadre d'action en matière de rapports sur l'état de santé des populations est un modèle qui montre et qui décrit les éléments à considérer pour bien intégrer la perspective d'équité en santé dans les programmes de santé publique et plus particulièrement dans les rapports sur l'état de santé des populations. Quand des acteurs de la santé publique communiquent les résultats recueillis dans la collectivité sur l'état de santé des gens, on parle de rapports sur l'état de santé des populations ou parfois de rapports sur la santé dans une collectivité donnée. Le cadre d'action est né de l'idée qu'il ne s'agit pas simplement de sortir des statistiques ou de sortir des données. La mobilisation des connaissances veut dire se trouver au cœur de tout plan d'élaboration d'un rapport sur l'état de santé des populations. La mobilisation des connaissances comporte trois éléments, et les valeurs entourant l'équité en santé se trouvent à la base. Si les professionnels de la santé publique veulent élaborer un rapport sur l'état de santé des populations de manière à rendre justice et honneur à l'équité en santé, et les façons dont nous voulons mobiliser ces connaissances, ils doivent intégrer la question dès les premières discussions concernant ce rapport, pas en faire un objet de réflexion après coup seulement.*

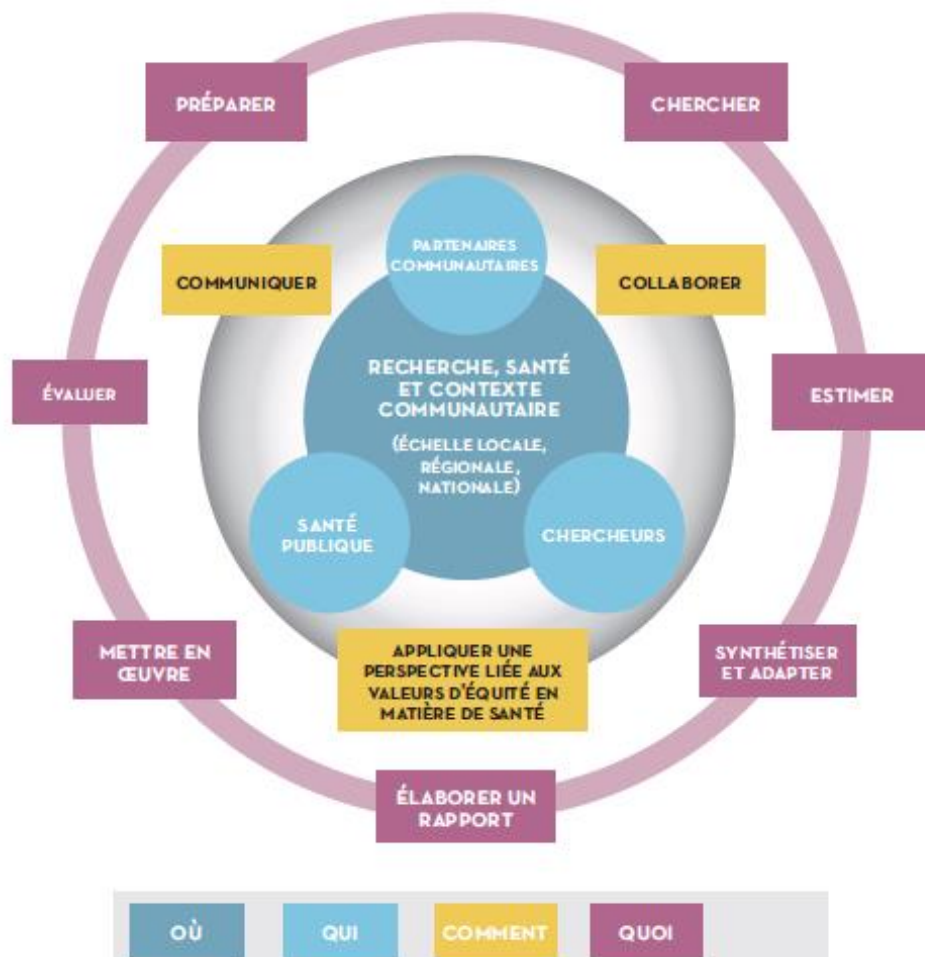
*Parfois, on se retrouve avec un rapport sur l'état de santé des populations qui ne fait pas du tout allusion aux problèmes de revenu. Il peut y être question de niveau de revenu, mais pas d'iniquité du revenu. Il peut ne pas y être question des groupes qui vivent de l'insécurité alimentaire ou qui sont sans logement adéquat.*

*Un rapport sur l'état de santé des populations qui tient compte de la perspective d'équité aurait été planifié dès le début du projet d'élaboration avec cette question en tête : quels sont les déterminants sociaux de la santé qui permettront de dresser le tableau des raisons d'une*

*incidence ou d'une prévalence de maladies; quels aspects des caractéristiques de notre collectivité devons-nous connaître pour déterminer les raisons pour lesquelles les problèmes de santé se présentent comme ils se présentent; quelles personnes voulons-nous faire participer au processus et quelles personnes voulons-nous connaître?*

Naturellement, un grand nombre d'éléments différents et interdépendants sont pris en compte dans le cadre d'action. Un changement à l'un des éléments a des effets directs sur les autres éléments du système. Comme l'explique Dianne Oickle, le cadre d'action montre dans quel contexte les rapports sur l'équité sont élaborés, les principales parties prenantes, l'approche employée et les étapes du processus en question.

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



**Source :** 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 University, p. 8.

### Introduction à l'équité en santé : Module 5 ~

Renforcement de la capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé

## OÙ

Ceci fait référence au contexte communautaire (c.-à-d. aux échelles locale, régionale et nationale)<sup>29</sup>. Le processus d'élaboration de RESP peut s'effectuer à n'importe quelle échelle, mais le contexte communautaire local éclaire le processus d'élaboration du rapport. C'est ce que représente le premier cercle au centre du cadre d'action.

## QUI

Ceci fait référence aux principaux acteurs du processus d'élaboration de RESP axés sur l'équité (p. ex. le milieu de la santé publique, les partenaires de la collectivité et les chercheurs)<sup>29</sup>. C'est ce que représentent les cercles autour du premier grand cercle.

## COMMENT

La composante « Comment » correspond aux boîtes jaunes à l'intérieur de l'anneau : communiquer, collaborer et appliquer une perspective liée aux valeurs d'équité en santé<sup>29</sup>.

## QUOI

Ceci fait référence aux sept étapes du processus d'élaboration de RESP qui forment l'anneau extérieur du cadre d'action, c'est-à-dire : préparer, chercher, estimer, synthétiser et adapter, élaborer un rapport, mettre en œuvre et évaluer<sup>29</sup>.

Pour en savoir plus sur le cadre d'action, allez à la section **Ressources, références bibliographiques et terminologie** du module. Passez maintenant à la prochaine leçon pour étudier le dernier élément de l'infrastructure favorable.

## INFRASTRUCTURE FAVORABLE (DEUXIÈME PARTIE)

---

Le **troisième élément** de l'infrastructure favorable concerne l'accès et le soutien nécessaires afin d'utiliser **les bons outils et les bonnes méthodes pour améliorer l'équité en santé**.

*On entend par outil d'équité en santé une publication ou une ressource créée explicitement pour aider à améliorer l'équité en santé et qui fait état des étapes, des questions ou du cadre d'action à employer pour atteindre cet objectif<sup>30(p.8)</sup>.*

### Recensement des outils d'équité en santé

À l'Université de Victoria (UVIC) (Colombie-Britannique), l'équipe du projet de recherche Equity Lens in Public Health (ELPH) — a effectué le [recensement des outils d'équité en santé](#) afin d'aider les professionnels et les cadres du domaine de la santé publique à s'y retrouver parmi le nombre croissant de ressources produites sur le sujet<sup>30(p.8)</sup>.

Voici les explications données à Tanis par Bernie Pauly, Ph. D. (professeure agrégée, École de Nursing de l'UVIC), à propos du recensement ELPH et des types d'outils disponibles pour soutenir la démarche d'équité en santé. Bernie Pauly souligne en outre que l'accès et le soutien offerts pour bien utiliser les outils et les méthodes axées sur l'équité peuvent aider à renforcer la capacité d'agir sur l'équité en santé.

## Video: Bernadette M. Pauly



*Un outil d'équité en santé est une ressource qui devrait vous aider à peut-être déterminer la série d'étapes ou de principes que vous pourriez appliquer pour analyser ou mettre en œuvre un dossier donné, et nous avons créé un répertoire d'outils d'équité en santé. Le répertoire comporte plus de 130 outils qui se prêtent à toutes sortes de situations auxquelles il est possible de les appliquer. Ainsi, si vous voulez analyser l'équité en santé du point de vue du genre ou de la culture, il existe des outils pour ça. Si vous voulez un outil d'équité en santé tellement bref qu'il comporte quatre questions que peuvent poser les responsables des politiques au moment d'établir leurs politiques, il existe des outils pour la planification, pour la mise en œuvre et pour le développement organisationnel. Il s'agit de connaître vos besoins, puis de choisir le bon outil.*

*Il faut aussi évaluer ces outils. La plupart des outils n'ont fait l'objet d'aucune évaluation. Il y a une série de critères simples à utiliser pour évaluer les outils, par exemple : l'outil est-il accompagné d'un manuel d'utilisation? comporte-t-il des mécanismes de suivi? et, au-delà du pratico-pratique, est-il facile à utiliser? exige-t-il beaucoup de ressources? Voilà quelques-unes des considérations à prendre en compte avant de commencer à utiliser l'un des outils afin de savoir si c'est l'outil le mieux adapté à votre contexte.*

Comme Tanis l'a découvert en discutant avec Bernie Pauly et en jetant un coup d'œil au recensement ELPH, il y a plus d'outils et de méthodes qu'elle ne le pensait pour aider les acteurs de la santé publique à se concentrer sur la réduction des inégalités sociales iniquités de santé ou à prendre en compte les questions d'équité dans les processus de conception, d'exécution et d'évaluation des programmes mis en place par leur organisme. Elle sait qu'il n'y a pas d'outil



parfait. Cependant, les acteurs de la santé publique doivent faire le tour et s'appuyer sur leur jugement pour choisir ceux qui conviennent le mieux :

- au contexte ou à la situation;
- aux populations concernées;
- aux questions en jeu.

## Action intersectorielle et engagement communautaire

Le **dernier élément favorable** concerne l'établissement des processus nécessaires pour assurer que les acteurs de la santé publique travaillent en partenariat avec les membres de la collectivité et d'autres secteurs pour réduire les inégalités sociales iniquités de santé. Il s'agit notamment de nouer des partenariats avec des gens de divers secteurs et de mobiliser les collectivités de manière à ce que les individus et les groupes directement concernés puissent influencer les prises de décisions.

Dans le présent module, nous avons exploré des mesures que peuvent prendre les acteurs de la santé publique afin de renforcer la capacité organisationnelle et travailler dans le sens de l'équité en santé. L'une des composantes de cette capacité consiste à allouer en priorité les ressources — tant humaines que financières — utiles pour nouer des partenariats avec d'autres secteurs gouvernementaux et organismes communautaires qui s'emploient à améliorer les conditions sociales qui agissent sur la santé. Nous avons étudié cet aspect du travail de santé publique dans le module 3.

Le groupe de travail de Tanis a été mis sur pied de sorte qu'il travaille de manière intersectorielle. Il se compose donc d'élus du gouvernement et de représentants du secteur à but non lucratif (comme Ted qui fait partie de la coalition régionale de lutte contre la pauvreté), du réseau de la santé (comme Vinay, un médecin de famille de la région) et du milieu des affaires. Ils définissent et réalisent ensemble des objectifs communs pour améliorer l'équité dans leur région.

L'un des membres du groupe de travail tombe sur l'excellente vidéo ci-dessous intitulée *La santé publique a la parole : l'action intersectorielle pour l'équité en santé* (une production du CCNDS) dans laquelle des cadres et des professionnels de la santé publique discutent de collaboration intersectorielle et de la nécessité d'intervenir au-delà du secteur de la santé pour mettre fin aux inégalités sociales iniquités de santé.



Téléversée par le CCNDS le 1<sup>er</sup> avril 2014.

Visionner sur YOUTUBE au : [https://www.youtube.com/watch?v=BbFhmrsyhvw&index=9&list=UULm-VIfgVHSvqu\\_8pY2whQ](https://www.youtube.com/watch?v=BbFhmrsyhvw&index=9&list=UULm-VIfgVHSvqu_8pY2whQ) (en anglais avec sous-titres en français)

**Source :** La santé publique a la parole : l'action intersectorielle pour l'équité en santé (Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé).



Maintenant que vous en savez plus sur les infrastructures favorables et que vous avez étudié le cadre conceptuel CO-AESP et les outils du recensement ELPH, pensez-vous que vous pourriez renforcer votre capacité (ou celle de votre organisme) de travailler dans le sens de l'équité en santé? Le cas échéant, comment? Seriez-vous capable de déterminer qui pourrait jouer le rôle de champion de l'équité en santé? Le cas échéant, qui? Quels outils ou quelles méthodes sont les plus susceptibles de vous être utiles?

## MARTINE — UNE ÉTUDE DE CAS

---



Voici Martine, une fonctionnaire fédérale. Elle travaille aujourd’hui comme analyste des politiques au bureau régional de l’Ontario et du Nunavut de l’Agence de la santé publique du Canada, à Ottawa. C’est une ancienne collègue de Joëlle, une inspectrice en santé publique de Winnipeg et membre du groupe de travail de Tanis. Martine explique à Joëlle et aux autres membres du groupe de travail comment faire en sorte que les structures organisationnelles encouragent et soutiennent une démarche d’équité en santé.

Les inspecteurs en santé publique des bureaux de santé doivent traiter les cas de logements dangereux pour la santé et la sécurité. D’un endroit à l’autre dans la province, ils répondent différemment aux plaintes concernant la qualité de l’air et de l’eau, les systèmes d’eaux usées et les moisissures. Ces différences s’expliquent notamment par l’interprétation des normes provinciales et de la loi sur la protection de la santé, et par les ressources disponibles au bureau de santé.

Récemment, Martine a reçu une demande de soutien de la part des membres d’une coalition informelle de cadres de la santé publique, d’administrateurs municipaux et de groupes d’appui au logement d’une ville voisine. De tels groupes dénoncent de plus en plus les conditions de logement qui nuisent à la santé des locataires à faible revenu. Martine estime qu’il est

important de mieux faire comprendre aux autorités provinciales les effets d'un logement locatif mal entretenu pour la santé et le peu de moyens dont les inspecteurs en santé publique disposent pour y remédier.

Elle estime en outre que l'ASPC pourrait certainement aider les bureaux de santé régionaux à améliorer leurs stratégies pour remédier à l'insalubrité des logements locatifs, y compris auprès des bureaux d'inspection municipaux, des bureaux d'aide juridique et ainsi de suite.

Maintenant, imaginez-vous à la place de Martine. Selon vous, comment pourrait-elle se servir de son poste au gouvernement pour appuyer l'action intersectorielle menée ailleurs qu'à l'ASPC, particulièrement parce qu'il est parfois difficile d'influencer la façon de travailler dans les bureaux de santé publique (et d'autres secteurs)?

Sur une feuille, écrivez vos idées des mesures que Martine pourrait prendre, et des types d'information ou de données qu'elle devrait recueillir. Écrivez aussi les résultats positifs potentiels et toute autre mesure d'importance.

Rappelez-vous les notions sur le travail intersectoriel et le renforcement des capacités qu'il faut faire pour rendre les infrastructures plus favorables. Nous avons aussi exploré la pratique réflexive dans le module 4. Alors, n'oubliez pas d'appliquer tout ce vous avez appris tout au long du cours.

Lorsque vous aurez terminé, lisez dans les paragraphes ci-dessous ce que Martine a décidé de faire.

### **Mesures prises et données recueillies par Martine**

Martine pense que de recueillir et de communiquer de l'information sur l'état de la situation serait un bon point de départ. Elle demande donc à sa directrice régionale d'ajouter le projet sur sa liste de responsabilités.

Elle décide ensuite de travailler avec les groupes d'intérêt afin de déterminer :

- le nombre de fois où des locataires, des propriétaires, des professionnels d'organismes de la santé publique ou d'application de la loi, des élus du gouvernement ou du personnel des services sociaux entraient en contact avec des bureaux de santé publique pour signaler des problèmes de santé associés à de mauvaises conditions de logement;
- le nombre de fois où des risques pour la santé ou la sécurité sont soulevés lors d'inspections des services de santé publique;

- l'objet des demandes d'information (p. ex. eaux usées, eau potable, qualité des lieux, humidité et moisissures, présence de rongeurs, infestation, qualité de l'air, prévention des chutes);
- les mesures prises par les inspecteurs en santé publique à la suite d'observations faites en personne ou communiquées par d'autres;
- l'évaluation des inspecteurs en santé publique par rapport à leur propre capacité ou incapacité de gérer la situation;
- la perception des inspecteurs en santé publique relativement aux liens entre un logement présentant des risques élevés pour la santé et la sécurité et l'équité en santé.

Martine estime devoir travailler en priorité avec les groupes qui ont communiqué avec elle pour élaborer et administrer un sondage auprès des inspecteurs en santé publique de la région (et peut-être aussi d'autres régions), afin de déterminer les mécanismes en place pour connaître et traiter les plaintes liées à de mauvaises conditions de logement.

### Résultats positifs

Avec l'appui de ses supérieurs, Martine et le groupe qui a fait appel à ses services ont commencé à :

- mieux comprendre la situation des conditions de logement qui présentent les risques les plus élevés pour la santé et la sécurité dans des quartiers précis;
- établir, dans la mesure du possible, des liens de cause à effet entre ces mauvaises conditions de logement et la santé des locataires;
- explorer les mécanismes en place pour rendre les propriétaires responsables d'améliorer les conditions de logement.

Le groupe intersectoriel a en outre cherché à connaître les mesures que les inspecteurs en santé publique souhaiteraient pouvoir prendre. Les gestionnaires ont accepté de servir de courroie de transmission pour que Martine puisse obtenir cette information et organiser une séance de discussion lorsqu'elle aura les résultats.



**Le récit de Martine vous donne-t-il des idées sur les diverses façons dont des organisations d'horizons différents peuvent unir leurs forces pour soutenir la démarche d'équité en santé? Quelles initiatives en cours dans votre collectivité pourraient bénéficier d'un partenaire de la santé publique, même si ces initiatives n'ont rien à voir avec la santé?**

# SOMMAIRE

---

Dans ce dernier module du cours d'introduction à l'équité en santé, vous avez étudié les trois composantes de la capacité et du soutien organisationnels nécessaires pour agir sur l'équité en santé :

1. valeurs et convictions communes;
2. engagement et volonté fermes d'agir;
3. infrastructure favorable.

Au chapitre de l'infrastructure favorable, nous avons étudié l'importance de nommer et de soutenir des champions de l'équité en santé, et d'avoir accès aux données locales sur les iniquités et la capacité de les interpréter.

Vous avez eu l'occasion d'écouter ce qu'avaient à dire des professionnels et des cadres de la santé publique, et d'apprendre à utiliser des outils et des méthodes qui permettent de progresser vers l'équité en santé. Vous avez étudié les mécanismes à mettre en place pour que les acteurs de la santé publique travaillent avec des partenaires de l'extérieur pour atténuer les ~~inégalités sociales~~ iniquités de santé et en quoi l'action intersectorielle et l'engagement communautaire influencent et accélèrent la prise de décision en santé publique.

## TESTEZ VOS CONNAISSANCES

---

Maintenant, testez vos connaissances sur les concepts couverts dans le module 5.

### Q01/04

En 2008, la régie régionale de la santé de Saskatoon a collecté des données sur les **inégalités sociales** **iniquités** de santé dans la région, y compris sur l'état de santé des gens en fonction des quartiers. À l'aide de ces données locales, l'équipe de santé a mobilisé de nombreux partenaires et résidents de divers milieux pour l'aider à planifier et à mettre en œuvre des programmes et des politiques qui tiennent compte des différences observées entre les quartiers les plus pauvres et les quartiers les plus riches pour ce qui est de l'état de santé des gens.

*Parmi les éléments mentionnés ci-dessous relativement à l'infrastructure favorable, lesquels se rapportent à l'exemple de Saskatoon? Sélectionnez TOUS ceux qui s'appliquent.*

- ☐ Nommer et soutenir des champions de l'équité en santé.
- ☐ Accès aux données locales et capacité de les interpréter.
- ☐ Accès aux outils et aux méthodes nécessaires pour progresser vers l'équité en santé et soutien pour apprendre à les utiliser.
- ☐ Action intersectorielle et engagement communautaire.

#### **Commentaire pour toutes les réponses :**

Cet exemple de Saskatoon porte À LA FOIS sur le deuxième et le quatrième élément sous-jacents à une infrastructure favorable : le recours aux données locales et les partenariats avec d'autres organisations et l'engagement communautaire.

### Q02/04

L'Office régional de la santé de Winnipeg (ORSW) a pris position pour l'équité en santé en publiant une déclaration par laquelle il s'engage à « améliorer les résultats au chapitre de l'équité en matière de santé, en visant davantage d'égalité dans les services de santé offerts, en modifiant sa façon de planifier les activités et de les appliquer, en diffusant des connaissances à d'autres et en soutenant leurs prises de décisions, ainsi qu'en établissant en dehors du secteur de la santé de véritables partenariats et des relations fondées sur un engagement profond ». Cette déclaration reflète lequel ou lesquels des éléments de la capacité organisationnelle?



Sélectionnez TOUS ceux qui s'appliquent.

- ☐ Valeurs et convictions communes axées sur l'équité et la justice sociale.
- ☐ Engagement et volonté fermes d'agir.
- ☐ Infrastructure favorable.

**Mauvaise réponse :**

- ☒ Infrastructure favorable.

La déclaration de l'ORSW reflète À LA FOIS des valeurs et des convictions communes en matière d'équité ET un engagement et une volonté d'agir. Pour assurer une infrastructure favorable, il pourrait être utile d'inclure des éléments comme la désignation de champions de l'équité en santé et l'utilisation d'outils axés sur l'équité.

**Bonnes réponses :**

- ☒ Valeurs et convictions communes axées sur l'équité et la justice sociale.
- ☒ Engagement et volonté fermes d'agir.

Cet exemple tiré de l'Office régional de la santé de Winnipeg fait état d'une déclaration publique qui place l'équité en santé parmi les priorités organisationnelles et d'un engagement dans le plan stratégique de l'organisme à prendre des mesures concrètes en matière d'équité<sup>1</sup>.

## Q03/04

Une autorité de santé provinciale a procédé à l'établissement d'une liste de 52 indicateurs d'équité en santé à considérer en priorité pour analyser l'équité en santé dans la province. Pour ce faire, l'équipe a effectué une revue de la littérature et une analyse des indicateurs utilisés dans les autres provinces et territoires.

*À quelle partie du cadre d'action axé sur l'équité pour l'élaboration de rapports sur l'état de santé des populations (RESP) cette pratique prometteuse se rapporte-t-elle?*

- ☐ **Synthétiser et adapter** : Elle s'est servi des données afin de dresser un portrait plus précis des iniquités et de réfléchir à la manière d'utiliser cette information pour modifier les pratiques.
- ☐ **Collaborer** : Elle a inclus des personnes de tous les secteurs afin d'obtenir des données probantes plus solides et de mieux en comprendre le sens.

- ☐ **Évaluer** : Elle a évalué si le processus d'élaboration de RESP a contribué à l'atteinte des objectifs et à l'amélioration de la capacité d'agir sur les iniquités.
- ☐ **Chercher** : Elle a déterminé les indicateurs pertinents, le type de données disponibles et s'il fallait recueillir d'autres données.

#### **Mauvaises réponses :**

- ☒ **Synthétiser et adapter** : Elle s'est servi des données afin de dresser un portrait plus précis des iniquités et de réfléchir à la manière d'utiliser cette information pour modifier les pratiques.

« Synthétiser et adapter » fait partie des composantes de l'étape du « Quoi? » dans le cadre d'action. Les principales questions à poser pour cette composante du processus d'élaboration de RESP sont : Comment réussir à synthétiser, à adapter et à intégrer des données probantes de types différents afin de brosser le véritable tableau des iniquités? Quelles recommandations y aurait-il lieu de formuler relativement aux pratiques à partir des données probantes? Comment y refléter les valeurs d'équité et le contexte local?

- ☒ **Collaborer** : Elle a inclus des personnes de tous les secteurs afin d'obtenir des données probantes plus solides et de mieux en comprendre le sens.

« Collaborer » fait partie des composantes du « Comment? » du cadre d'action axé sur l'équité pour l'élaboration de RESP. La collaboration y est décrite comme étant essentielle à toutes les étapes du processus.

- ☒ **Évaluer** : Elle a évalué si le processus d'élaboration de RESP a contribué à l'atteinte des objectifs et à l'amélioration de la capacité d'agir sur les iniquités.

« Évaluer » est l'une des composantes du « Quoi » dans le cadre d'action. Les principales questions à poser pour cette composante du processus d'élaboration de RESP sont : Dans quelle mesure le processus d'élaboration a-t-il contribué à l'atteinte des objectifs organisationnels concernant le RESP? Dans quelle mesure peut-on associer au processus l'amélioration de la capacité communautaire d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé?

#### **Bonne réponse :**

- ☒ **Chercher** : Elle a déterminé les indicateurs pertinents, le type de données disponibles et s'il fallait recueillir d'autres données.

« Chercher » fait partie des composantes de l'étape du « Quoi? » dans le cadre d'action. Les principales questions à poser pour cette composante du processus d'élaboration de RESP sont : Quel est le meilleur moyen d'obtenir des données probantes pertinentes? Quel genre

d'information serait utile à nos partenaires de la collectivité? Quelles autres données sont disponibles? Devrions-nous dresser un plan et recueillir des données supplémentaires<sup>30</sup>? Cette autorité de santé provinciale a établi une série de paramètres précis afin de recueillir le bon type de données.

## Q04/04

*Parmi les définitions suivantes, laquelle correspond le mieux à la description et à l'utilité d'un outil d'équité en santé?*

- ☐ Un cadre d'action permettant d'intégrer à mon travail l'élaboration de rapports sur l'état de santé des populations en tenant compte de la perspective d'équité.
- ☐ Une ressource qui comporte une série d'étapes ou de principes à appliquer ou à mettre en œuvre pour analyser une question précise sous un angle précis.
- ☐ Une ressource ou un document dans lequel l'amélioration de l'équité en santé est clairement mentionnée comme étant un but et qui comporte une série d'étapes, de principes ou de questions ou un cadre conceptuel à utiliser pour atteindre cet objectif.

### **Mauvaises réponses :**

- ☒ Un cadre d'action permettant d'intégrer à mon travail l'élaboration de rapports sur l'état de santé des populations en tenant compte de la perspective d'équité.

Un cadre d'action pour l'élaboration de RESP (comme celui créé par le CCNDS) n'est que l'un des types d'outil d'équité en santé, bien qu'il puisse vous aider à tenir compte de la perspective d'équité en santé dans votre travail.

- ☒ Une ressource qui comporte une série d'étapes ou de principes à appliquer ou à mettre en œuvre pour analyser une question précise sous un angle précis.

Il est vrai que cette définition se rapproche beaucoup de celle donnée d'un outil d'équité en santé par Bernie Pauly dans sa vidéo au sujet du recensement ELPH. Cependant, cette explication ne fait aucune mention explicite de l'amélioration de l'équité en santé comme l'un des buts ou des objectifs ni de documents.

### **Bonne réponse :**

- ☒ Une ressource ou un document dans lequel l'amélioration de l'équité en santé est clairement mentionnée comme étant un but et qui comporte une série d'étapes, de principes ou de questions ou un cadre conceptuel à utiliser pour atteindre cet objectif.

Les outils d'équité en santé sont des documents ou d'autres types de ressources créés explicitement pour vous aider à atteindre l'objectif d'améliorer l'équité en santé.

## SYNTHÈSE DU COURS

---

Tout au long des cinq modules du cours d'introduction à l'équité en santé, vous avez suivi le cheminement de l'infirmière en santé publique et responsable du groupe de travail, Tanis, et des membres de son équipe intersectorielle. Ils ont approfondi leurs connaissances au sujet de l'équité en santé et des causes des inégalités sociales iniquités de santé, et du rôle que les acteurs de la santé publique et d'autres secteurs peuvent jouer pour réduire les inégalités sociales iniquités de santé. Vous avez écouté les propos de spécialistes de diverses disciplines et appris à utiliser une série d'outils, de méthodes et de rôles pour atténuer les inégalités sociales iniquités de santé.

Le cours devrait vous avoir permis de mieux saisir les principaux concepts d'équité en santé et de reconnaître les parcours qui mènent à la création et à la perpétuation des inégalités sociales iniquités de santé. Vous devriez aussi être capable d'obtenir et d'utiliser les données sur la situation et les tendances au chapitre des inégalités sociales iniquités de santé et de décrire les mesures que pourraient prendre les professionnels de première ligne et les décideurs de toutes les disciplines, de toutes les fonctions et de tous les coins du Canada pour réduire les inégalités sociales iniquités de santé.

En adoptant une pratique réflexive, vous saurez reconnaître vos valeurs et vos motivations qui sont susceptibles de faciliter votre travail pour l'équité en santé, de même que vos caractéristiques personnelles qui empêchent ou facilitent votre action. Vous devriez en outre mieux savoir ce que les organismes peuvent faire pour renforcer leur capacité de soutenir une démarche d'équité en santé et des champions à ce chapitre. Enfin, vous devriez mieux savoir comment travailler avec d'autres groupes, y compris ceux des secteurs autres que la santé publique, pour réduire les inégalités sociales iniquités de santé dans votre région.

N'hésitez pas à revenir aux modules du cours pour revoir les différents concepts et outils et consulter les ressources proposées.

Nous espérons que le cours s'est révélé non seulement intéressant mais inspirant et qu'il vous incitera à continuer d'explorer le concept d'équité en santé.

# RESSOURCES, RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET TERMINOLOGIE

---

## Ressources

- [A Conceptual Framework of Organizational Capacity for Public Health Equity Action](#) (OC-PHEA, en anglais)
- [Vers l'équité en santé : Approches canadiennes relatives au rôle du secteur de la santé](#) (Agence de la santé publique du Canada)
- [Les 10 pratiques prometteuses pour réduire les iniquités sociales de santé](#) (Santé publique de Sudbury et du district)
- [Cadre d'action axé sur l'équité pour l'élaboration de rapports sur l'état de santé des populations](#) (Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé)

## Références bibliographiques

1. Cohen, B.E., A. Schultz, E. McGibbon, M. VanderPlaat, R. Bassett, K. GermAnn et coll. (2013). A conceptual framework of Organizational Capacity for Public Health Equity Action (OC-PHEA). *Revue canadienne de santé publique* [Internet], [cité le 3 février 2015]. Vol. 104, no 3, p. e262-e266. doi : 10.17269/cjph.104.3735
2. Tam, T. (2018). Déclaration de la Dre Theresa Tam, administratrice en chef de la santé publique du Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada [cité le 29 octobre 2018]. Récupéré de [https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2018/01/declaration\\_de\\_ladretheresatamadministratriceenchefdelasante.html](https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2018/01/declaration_de_ladretheresatamadministratriceenchefdelasante.html)
3. Santé publique Ontario. (2019). Vision, mission, mandat et valeurs [Internet]. Toronto (Ont.) : Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé [cité le 6 février 2019]. Récupéré de <https://www.publichealthontario.ca/fr/about/our-organization/vision-mission-mandate-values>
4. Santé publique de Nouvelle-Écosse. (2011). Normes de santé publique de la Nouvelle-Écosse 2011-2016 [Internet]. Halifax (N.-É.) : SPNE, 2 [cité le 5 octobre 2016]. 31 p. Récupéré de [https://novascotia.ca/dhw/publichealth/documents/Public\\_Health\\_Standards\\_FR.pdf](https://novascotia.ca/dhw/publichealth/documents/Public_Health_Standards_FR.pdf)
5. Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse. (s. d.) Nova Scotia Public Health Health Equity Protocol [Internet]. Halifax (N.-É.) : Ministère de la Santé et du Mieux-

être de la Nouvelle-Écosse [cité le 4 avril 2018]. Récupéré de <https://novascotia.ca/dhw/publichealth/documents/05-Health-Equity-Protocol.pdf> (en anglais)

6. Gouvernement du Québec. (2001) Loi sur la santé publique, R.S.Q. c. S -2.2, c.60 a.54. Récupéré de <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/S-2.2>
7. Benoit, F., C. Druet, G. Hamel et L. St-Pierre. (2012). L'application de l'article 54 de la Loi sur la santé publique du Québec [Internet]. Montréal (Qc) : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé [cité le 12 août 2016]. 9 p. Récupéré de <https://www.ccnpps.ca/docs/Article54français042008.pdf>
8. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Programme national de santé publique 2015-2025. Québec (QC); Ministère de la Santé et des Services sociaux. Récupéré de <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>
9. Ministère de la Santé et des Soins de Longue durée. (2018a). Normes de santé publique de l'Ontario : exigences relatives aux programmes, aux services et à la responsabilisation [Internet]. Toronto (Ont.) : Imprimeur de la Reine [cité le 3 avril 2018]. Récupéré de [http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph\\_standards/docs/protocols\\_guidelines/Ontario\\_Public\\_Health\\_Standards\\_2018\\_fr.pdf](http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/protocols_guidelines/Ontario_Public_Health_Standards_2018_fr.pdf)
10. Ministère de la Santé et des Soins de Longue durée. (2018a). Ligne directrice sur l'équité en matière de santé, 2018 [Internet]. Toronto (Ont.) : Imprimeur de la Reine [cité le 8 mai 2018]. Récupéré de [http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph\\_standards/docs/protocols\\_guidelines/Health\\_Equity\\_Guideline\\_2018\\_fr.pdf](http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/protocols_guidelines/Health_Equity_Guideline_2018_fr.pdf)
11. Ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active. (2017). Ministry of Health, Seniors and Active Living 2016-2017 Annual Report [Internet]. Winnipeg (Man.) : Gouvernement du Manitoba [cité le 29 octobre 2018]. Récupéré de <http://www.gov.mb.ca/health/ann/docs/1617.pdf> (en anglais, avec introduction en français)
12. Santé Alberta. (Mai 2014). Alberta's strategic approach to wellness: Health for all, wellness for life [Internet]. Edmonton (Alb.) : Gouvernement de l'Alberta [cité le 2 avril 2018]. 28 p. Récupéré de <https://open.alberta.ca/dataset/2638ad48-04b5-4bd6-b347-2a2a63a1cf03/resource/937b3839-be43-49d8-a2ce-4e1566b62534/download/6880410-2014-albertas-strategic-approach-wellness-2013-2014-03.pdf> (en anglais)
13. Gouvernement de l'Alberta. (c2019). Ministry of Status of Women: now Ministry of Culture, Multiculturalism and Status of Women [Internet]. Edmonton (Alb.) : Gouvernement de l'Alberta [cité le 6 juin 2019]. Récupéré de <https://www.alberta.ca/ministry-status-of-women.aspx#toc-1> (en anglais)



14. Gouvernement de l'Alberta. (2018c). Gender-based analysis plus (GBA+) [Internet]. Gouvernement de l'Alberta [cité le 29 octobre 2018]. Récupéré de <https://www.alberta.ca/gender-based-analysis.aspx> (en anglais)
15. Martz, Patricia. (9 mai 2018). Communication personnelle.
16. Ministère de la Santé. (2017). Promote, protect, prevent: Our Health Begins Here: BC's Guiding Framework for Public Health [Internet]. Gouvernement de la Colombie-Britannique [cité le 29 octobre 2018]. Récupéré de <https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2017/BC-guiding-framework-for-public-health-2017-update.pdf> (en anglais)
17. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). Votre bien-être, notre priorité : Plan stratégique du système des services de santé et des services sociaux des TNO — De 2017 à 2020 [Internet]. Yellowknife (T. N.-O.) : Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest [cité le 29 octobre 2018]. Récupéré de <http://www.hss.gov.nt.ca/sites/hss/files/resources/caring-our-people-strategic-plan-2017-2020.pdf> (en anglais, avec résumé en français à l'adresse <https://www.hss.gov.nt.ca/sites/hss/files/resources/caring-our-people-strategic-plan-2017-2020-fr.pdf>)
18. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. (2017). Plan d'action régional de santé publique 2016-2020. Québec (Qc) : Direction de santé publique [cité le 29 octobre 2018]. Récupéré [https://www.ciussc-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/SantePublique/plan\\_daction\\_regionale\\_sant\\_e\\_publique\\_2016-2020\\_vf.pdf](https://www.ciussc-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/SantePublique/plan_daction_regionale_sant_e_publique_2016-2020_vf.pdf)
19. Bureau de santé du Nord-Ouest. (2017). Strategic Plan 2017-2020: Creating Healthy Communities, Moving Upstream [Internet]. Kenora (Ont.) : Bureau de santé du Nord-Ouest [cité le 29 octobre 2018]. Récupéré de <https://www.nwhu.on.ca/MediaPressCentre/Documents/NWHU%20Strategic%20Plan%202017-2020.pdf> (en anglais)
20. Office régional de la santé de Winnipeg. (2012). Équité en matière de santé : prise de position [Internet]. Winnipeg (Man.) : Office régional de la santé de Winnipeg [cité le 1 juin 2020]. Récupéré de <https://wrha.mb.ca/fr/prise-de-position/>
21. Office régional de la santé de Winnipeg. (2013). Health for all: Building Winnipeg's health equity action plan [Internet]. Winnipeg (Man.) : Office régional de la santé de Winnipeg [cité le 28 juin 2016]. 65 p. (en anglais) Récupéré de <https://wrha.mb.ca/files/health-equity-health-for-all.pdf>
22. Office régional de la santé de Winnipeg. (s. d.). Reports and evidence [Internet]. Winnipeg (Man.) : Office régional de la santé de Winnipeg [cité le 19 avril 2018]. Récupéré de <https://wrha.mb.ca/health-equity/reports/> (en anglais)

23. Office régional de la santé de Winnipeg. (s. d.). Tools for leading systems and service change [Internet]. Winnipeg (Man.) : Office régional de la santé de Winnipeg [cité le 19 avril 2018]. Récupéré de <https://wrha.mb.ca/health-equity/tools-for-leading-change/> (en anglais)
24. Saskatoon Health Region. (2016). Health Equity Position Statement [Internet]. Saskatoon (Sask.) : Saskatoon Health Region [cité le 29 octobre 2018]. Récupéré de [https://www.saskatoonhealthregion.ca/locations\\_services/Services/Health-Observatory/Documents/Reports-Publications/Health%20Equity%20Position%20Statement%20FINAL\\_20160728.pdf](https://www.saskatoonhealthregion.ca/locations_services/Services/Health-Observatory/Documents/Reports-Publications/Health%20Equity%20Position%20Statement%20FINAL_20160728.pdf) (en anglais)
25. Interior Health. (2015). Aboriginal Health and Wellness Strategy [Internet]. Interior Health [cité le 29 octobre 2018]. Récupéré de <https://www.interiorhealth.ca/sites/default/files/PDFS/aboriginal-health-strategy-2015-2019.pdf> (en anglais)
26. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2015). Le sentier choisi — Renforcer la capacité organisationnelle d'améliorer l'équité en matière de santé dans quatre bureaux de santé de l'Ontario [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier (Canada) [cité le 28 juin 2016]. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/developing-organizational-capacity-for-improving-health-equity-in-four-onta>
27. Agence de la santé publique du Canada. (Avril 2014). Vers l'équité en santé : Approches canadiennes relatives au rôle du secteur de la santé [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC [cité le 16 août 2016]. 38 p. Récupéré de [https://www.who.int/social\\_determinants/publications/64-03-Towards-Health-Equity-FR-FINAL.pdf](https://www.who.int/social_determinants/publications/64-03-Towards-Health-Equity-FR-FINAL.pdf)
28. Santé publique de Sudbury et du district. (Mai 2012). 10 pratiques prometteuses pour réduire les iniquités sociales en matière de santé : que nous révèlent les données probantes? 2<sup>e</sup> pratique prometteuse : Rapports ciblés [Internet]. Sudbury (Ont.) : Santé publique de Sudbury et du district [cité le 15 août 2016]. 4 p. Récupéré de <https://www.phsd.ca/wp-content/uploads/2016/04/02-Purposeful-Reporting-FR.pdf>
29. 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 [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier (Canada) [cité le 29 octobre 2018]. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/equity-integrated-population-health-status-reporting-action-framework>
30. Pauly, B., M. MacDonald, T. Hancock, W. O'Briain, W. Martin, D. Allan et coll. pour le compte de l'équipe de recherche ELPH. (2016). Health Equity Tools. Victoria (C.-B.) : Université de

Victoria [cité le 29 octobre 2018]. Récupéré de <https://www.uvic.ca/research/projects/elph/assets/docs/Health%20Equity%20Tools%20Inventory%202.0.pdf> (en anglais)

- 31.** LeCavalier, J. (2015). Analyse contextuelle et évaluation des possibilités d'apprentissage en ligne sur l'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé à l'intention des praticiens de la santé publique au Canada. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé [cité le 23 juillet 2019]. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/an-environmental-scan-and-assessment-of-online-learning-opportunities>

## Terminologie

Aucune nouvelle terminologie ajoutée.

# CONTEXTE ET REMERCIEMENTS

---

## Contexte du cours d'introduction à l'équité en santé

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) a constaté la nécessité de créer un cours d'introduction sur l'équité en santé adapté au contexte canadien et destiné à divers auditoires de la santé publique à la suite d'une analyse contextuelle détaillée des cours en ligne qui traitent d'équité en santé et de déterminants sociaux de la santé<sup>31</sup>.

En 2016, le CCNDS a amorcé l'élaboration d'un cours d'introduction à l'équité en santé à offrir dans le cadre du programme d'apprentissage « Compétences en ligne » de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Malheureusement, l'Agence a mis fin à son programme.

Muni du contenu déjà rédigé dans le contexte de « Compétences en ligne », le CCNDS s'est associé en 2018 avec Santé publique Ontario (SPO) afin de produire et d'offrir conjointement le présent cours d'introduction à l'équité en santé dans le cadre du programme de formation autodirigée produit en ligne par SPO.

## Remerciements

Teri Emrich, a élaboré le contenu de la présente ressource sous la direction de Sume Ndumbe-Eyoh. Karen Fish avait élaboré les versions précédentes dans le cadre du projet de collaboration conclu avec l'ASPC relativement au programme « Compétences en ligne ».

Les membres du personnel du CCNDS et de SPO qui ont passé en revue le contenu sont :

- Connie Clement, directrice scientifique émérite, CCNDS;
- Samiya Abdi, spécialiste principale en matière de programmes, Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des traumatismes, SPO;
- Mandy Wong, spécialiste de l'éducation, Services de mobilisation des connaissances, SPO.

Le CCNDS et SPO aimeraient remercier les membres du groupe consultatif du projet, ceux de la phase du programme Compétences en ligne de l'ASPC et ceux de la phase du programme de formation en ligne de SPO, qui ont généreusement contribué de leur temps et de leurs connaissances spécialisées.

**Membres du groupe consultatif du programme Compétences en ligne :**

- Sara Allin, Initiative sur la santé de la population de l'Institut canadien d'information sur la santé;
- Connie Berry, Division des déterminants sociaux de la santé, Agence de la santé publique du Canada;
- Karen Blondin-Hall, Division de la santé des Autochtones et du mieux-être des collectivités, gouvernement des Territoires du Nord-Ouest;
- Ginette Boyer, Chaire de recherche du Canada, Approches communautaires et inégalités de santé, Université de Montréal;
- Karen MacDougall, Division du renforcement des capacités en santé publique, Agence de la santé publique du Canada;
- Keren Tang, Direction de la santé publique et du mieux-être, Alberta Health;
- Ingrid Tyler, Fraser Health;
- Cheryl Ward, San'yas Indigenous Cultural Safety, Provincial Health Services Authority.

**Membres du groupe consultatif du cours en ligne du CCNDS :**

- Sara Allin, Initiative sur la santé de la population de l'Institut canadien d'information sur la santé;
- Karen Blondin-Hall, Division de la santé des Autochtones et du mieux-être des collectivités, gouvernement des Territoires du Nord-Ouest;
- Alycia Fridkin, Direction des politiques et des projets sociaux, Ville de Vancouver;
- Shelley-Rose Hyppolite, Direction de santé publique du CIUSSS de la Capitale-Nationale ;
- Patricia Martz, gestionnaire de la santé et du mieux-être à l'école, Alberta Health et Alberta Education, gouvernement de l'Alberta;
- Erin Pichora, Initiative sur la santé de la population de l'Institut canadien d'information sur la santé;
- Marcela Tapia, équipe de l'approche axée sur la santé de la population, Santé publique Ottawa.

Le CCNDS et SPO tiennent en outre à souligner l'apport considérable de Devon MacPharlane et de Devan Nambiar de Santé arc-en-ciel Ontario, et de Geneviève McCready, doctorante à l'Université d'Ottawa.

Conception et production du cours : [PathWise Solutions Inc.](#)

## Coordonnées

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé

Université St. Francis Xavier

Antigonish (N.-É.) B2G 2W5

[ccnds@stfx.ca](mailto:ccnds@stfx.ca)

Téléphone : 902-867-6133

Télécopieur : 902-867-6130

<http://nccdh.ca/fr/>

Twitter : @NCCDH\_CCNDS

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé est situé à l'Université St. Francis Xavier. Nous tenons à souligner que nous nous trouvons en Mi'kma'ki, le territoire ancestral non cédé du peuple micmac.

Promotion de la santé, Prévention des maladies chroniques et des traumatismes

Santé publique Ontario

480, avenue University, bureau 300

Toronto (Ontario) M6G 1V2

[hpcdip@oahpp.ca](mailto:hpcdip@oahpp.ca)

Téléphone : 647-260-7471

Les bureaux de Santé publique Ontario sont situés à Toronto, le territoire traditionnel des Wendats, des Anishinabés, des Haudenosaunees, des Métis et des Mississaugas de la Première Nation New Credit.

## Référence bibliographique

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

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). (2019). *Introduction à l'équité en santé — Cours en ligne* [Internet]. Antigonish (N.-É.) et Toronto (Ont.) :

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier (Canada) et Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.

La production du présent cours 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), et de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario).

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