



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé



Cadres d'équité en santé comme outils pour faciliter les interventions en santé publique : Revue rapide de la littérature

Réalisée par le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé pour le compte de la Division de la santé des populations et de la santé publique du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Remerciements

Rédaction : Kristia Maatta et Nandini Saxena, spécialistes du transfert des connaissances, Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS). Assistance à la recherche : Rachel Warren et Heather McDougall. Des remerciements particuliers vont aux réviseurs internes : Jonathan Heller, Allison Wiens et Claire Betker, et aux réviseurs externes : Justine Wardle, Keren Massey et Dru Armstrong, pour leurs précieux commentaires.

Nous tenons en outre à remercier Myrienne Richards et Stephanie Nixon de nous avoir fait part de leurs judicieuses réflexions et de nous avoir fait remettre en question nos idées reçues comme équipe responsable de la revue de la littérature.



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

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé est situé à l'Université St. Francis Xavier. Nos bureaux se trouvent en Mi'kma'ki, le territoire ancestral non cédé du peuple micmac.

Veuillez citer l'information contenue dans le présent document comme suit : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2023). *Cadres d'équité en santé comme outils pour faciliter les interventions en santé publique : Revue rapide de la littérature*. Antigonish (NS): CCNDS, Université St Francis Xavier.

ISBN: 978-1-998022-19-9

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de l'Agence de la santé publique du Canada, qui finance le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS). Les points de vue exprimés dans le document ne reflètent pas forcément ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

Une version électronique (en format PDF) du présent document est disponible au www.ccnds.ca.

A PDF format of this document is also available in English at www.nccdh.ca under the title *Health equity frameworks as a tool to support public health action: A rapid review of the literature*.

TABLE DES MATIÈRES

2	Sommaire
4	<u>HISTORIQUE ET CONTEXTE</u>
4	Lien entre le renouvellement de la santé publique et la démarche d'équité en santé
5	Priorité à l'équité en santé dans des systèmes de santé complexes
6	Idées reçues et limites
9	<u>MÉTHODE</u>
9	Question de recherche
10	Méthode de recherche
11	Processus de sélection
12	<u>SYNTHÈSE DES CONSTATATIONS</u>
12	Lieu d'origine et langue
12	Population ciblée
13	Fondement des cadres
18	Représentation visuelle
19	Objectif du cadre
21	Plan d'intervention des cadres
23	Structure du cadre
27	Méthode de conception
30	Processus de mise en œuvre
35	Évaluation des cadres
39	<u>CONSIDÉRATIONS POUR ASSURER UNE PLUS GRANDE ÉQUITÉ</u>
39	Considérations générales au sujet de la démarche d'équité en santé
40	Considérations générales au sujet de la création, de l'adaptation et de l'application des cadres d'équité
41	Considérations spécifiques aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis
41	Lacunes dans la littérature et implications pour les travaux de recherche à l'avenir
42	<u>CONCLUSION</u>
43	Références bibliographiques
47	Annexe A : Cadres d'équité en santé sélectionnés (en anglais)
50	Annexe B : Critères d'inclusion et d'exclusion (en anglais)
52	Annexe C : Organigramme PRISMA 2020 final utilisé pour la revue (en anglais)

Sommaire

Les cadres d'équité en santé sont l'un des moyens que peuvent utiliser les praticiens de la santé publique pour continuer de renforcer et d'accroître leur rôle de leadership en matière d'équité en santé, que ce soit pour le renouveau du système de santé publique ou d'autres types de transformation organisationnelle ou systémique. Le présent rapport vise à mieux faire comprendre l'utilité des cadres d'équité en santé dans une démarche pour entamer ou poursuivre le démantèlement des systèmes d'oppression et faire avancer l'équité au sein des grandes organisations et des imposants systèmes de santé du Canada, que ce soit à l'échelle locale, provinciale ou territoriale.

Les cadres d'équité en santé permettent aux praticiens de la santé publique et à leurs partenaires non seulement de comprendre de la même façon les principaux concepts d'équité, mais aussi d'accorder la priorité à la démarche d'équité en santé sur les plans systémiques et organisationnels. En travaillant ensemble, nous pouvons aider à dynamiser l'action axée sur l'équité en santé. Les cadres peuvent fournir l'approche concrète utile pour orienter le travail de collaboration des praticiens et des partenaires pour assurer l'équité des processus et des résultats dans les points de services, les organisations et les systèmes. Les cadres peuvent en outre soutenir les responsabilités associées à l'équité en santé, car ils comportent une structure facilement adaptable à l'évaluation des progrès vers l'atteinte des objectifs d'équité.

Les données probantes au sujet de la nature et des causes profondes des inégalités de santé (p. ex., colonialisme de peuplement, suprématisme blanc, racisme) au Canada sont abondantes. En collaboration avec le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) a décidé de réaliser une revue de la littérature afin de dresser la liste des cadres d'équité en santé susceptibles d'aider à remédier aux inégalités observées. La question de recherche était la suivante : Parmi les cadres d'équité en santé, lesquels pourraient servir à orienter les processus de planification, de prise de décision et de prestation des services en santé publique?

L'équipe de recherche a procédé à la revue systématique et à la sélection des cadres. Au total, elle a relevé 47 cadres susceptibles de faciliter une action axée sur l'équité en santé dans le domaine de la santé publique. (Voir la liste des 47 cadres sélectionnés à l'annexe A.) Le présent rapport comporte la description détaillée du rigoureux travail de recherche réalisé et des réflexions sur les idées reçues et les limites entrant en ligne de compte dans les résultats de la revue. Les thèmes descriptifs ressortant des

constatations sont classés en fonction des éléments du cadre, c'est-à-dire les objectifs, la population ciblée, la structure, la portée, les théories et les concepts de base, les méthodes de conceptions et les considérations relatives à la mise en œuvre et à l'évaluation.

Il importe de souligner que la plupart des cadres sélectionnés proviennent des États-Unis. Viennent ensuite ceux du Canada. Une forte proportion a été tirée de la littérature grise. De nombreux cadres visent à assurer une plus grande équité pour les populations autochtones ou aborigènes de certaines régions du monde. Nombreux aussi sont ceux faisant état de l'importance de déconstruire les relations de pouvoir inéquitables sur les plans cliniques, organisationnels et systémiques, un aspect mentionné comme crucial dans une démarche d'équité en santé. Par ailleurs, il est clair dans plusieurs des cadres que le démantèlement du racisme joue un rôle fondamental dans l'avancement de l'équité en santé en général. Bien que, dans de nombreux cas, les cadres d'équité en santé ne semblent pas encore avoir fait l'objet d'une mise en œuvre ou d'une évaluation, certains textes les concernant traitent néanmoins des facteurs en facilitant la mise en œuvre et des méthodes d'évaluation à utiliser. Ces observations ont des répercussions sur les praticiens de la santé publique cherchant à prioriser ou à intégrer systématiquement la question de l'équité dans les programmes et les services.

Le présent rapport se termine sur une série de considérations à l'intention des acteurs de la santé publique désireux de créer ou de mettre en œuvre des cadres d'équité en santé dans le contexte d'un cheminement collectif vers une meilleure santé pour tout le monde. Il importe pour les personnes qui lisent le rapport de songer aux moyens de mieux prendre en compte les facteurs favorisant la *priorisation* de l'équité en santé dans les systèmes de santé complexes et imposants – comme le renforcement des capacités et des compétences du personnel¹ – grâce à la création et à l'utilisation de cadres d'équité en santé.

Il ressort en outre de la revue documentaire que l'élaboration et de la mise en œuvre des cadres d'équité en santé demandent notamment ce qui suit :

- nous questionner sur nos propres préjugés et idées reçues,
- situer les initiatives dans un processus d'engagement plus général,
- travailler en véritable partenariat grâce à l'engagement communautaire et au partage du pouvoir avec les autres personnes investies dans la collaboration et la cocréation,
- traiter sur un pied d'égalité les systèmes de savoirs autochtones et occidentaux.

Historique et contexte

Lien entre le renouvellement de la santé publique et la démarche d'équité en santé

En Colombie-Britannique, le ministère de la Santé, en collaboration avec le bureau de la médecin hygiéniste en chef de la province, est à revoir son document d'orientation *Guiding Framework for Public Health* qui vise à améliorer la santé et le mieux-être de la population britanno-colombienne par divers moyens, y compris le soutien axé sur la santé des populations et le rôle de la santé publique en matière d'équité en santé^{2(p.4)}. Pour appliquer une approche d'équité en santé fondée sur les données probantes, le Ministère a demandé au CCNDS d'effectuer une revue de la littérature. Le présent rapport est le fruit de ce travail de recherche. Il peut servir de fondement au renouvellement de la santé publique et faciliter la démarche d'équité en santé dans l'ensemble du système de santé publique de la Colombie-Britannique.

La pandémie de COVID-19 a fait prendre davantage conscience à la population en général de l'urgence de s'attaquer aux inégalités sociales et de santé endémiques causées par des systèmes d'oppression qui s'entrecroisent (p. ex., racisme, colonialisme de peuplement, suprémacisme blanc^a, sexisme, capacitisme, classisme, capitalisme racisé). L'incessante démonstration de racisme interpersonnel, sociétal et institutionnalisé dans les collectivités et les services de soins de santé, avant et durant la pandémie, ont déclenché un tollé général, dynamisé les mouvements pour la justice sociale et capté l'attention à l'échelle nationale et internationale.

La Dre Theresa Tam a insisté sur l'urgence de mettre fin aux inégalités de santé dans son rapport de 2020 intitulé *Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19*, en précisant ce qui suit : *Veiller à ce qu'un programme d'équité en santé fasse partie intégrante des efforts de planification et d'intervention en cas de pandémie signifie que les mesures que nous prenons pour améliorer la sécurité économique et les conditions d'emploi, le logement et l'environnement bâti, les systèmes de santé, sociaux et d'éducation, ainsi que la durabilité environnementale peuvent permettre de mieux protéger les Canadiens contre les crises sanitaires et créer de la résilience et des possibilités durables et équitables*^{3(p.58)}.

La littérature fait état de la nature et des causes profondes des inégalités de santé dans l'ensemble des provinces et territoires de l'endroit appelé aujourd'hui le Canada, mais aussi ailleurs dans le monde^b. La revue de la littérature avait essentiellement pour objet de dresser la liste et de faire la description des cadres d'équité en santé *applicables* aux processus de planification, de prise de décision et de prestation des services de santé publique. Les résultats de recherche peuvent servir à continuer de renforcer et d'intensifier le leadership exercé par les acteurs de la santé publique pour assurer une plus grande équité en santé. Pensons par exemple au processus de renouvellement de la santé publique entamée en Colombie-Britannique ou à d'autres opérations de transformation des systèmes dans d'autres coins de la partie du monde aujourd'hui appelée le Canada.

a Dans le présent rapport, le terme « blanc » sert de façon explicite à qualifier de racisées les personnes de race blanche, dont les ancêtres provenaient d'Europe. Cet usage a l'avantage de déstructurer le discours suprémaciste blanc voulant que la « Blanchité » constitue une norme ou une voix neutre et d'éveiller les personnes blanches – au fait d'avoir une identité raciale – dans les conversations au sujet de la race. Pour en savoir plus sur la question, veuillez vous reporter au texte en anglais « [Recognizing race in language: Why we capitalize 'Black' and 'White'](#) ».

b Pour connaître les données sur les inégalités observées, veuillez vous reporter, par exemple, aux rapports suivants : *Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national* (2018); *Inégalités sociales des décès liés à la COVID-19 au Canada, par caractéristiques individuelles et locales* (2022); *First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada* (en anglais) (2015).

Priorité à l'équité en santé dans des systèmes de santé complexes

Malgré l'attention accrue à l'avancement de l'équité au sein des systèmes de santé, de nombreuses questions sur les moyens à prendre pour y parvenir sont laissées en suspens. Une étude menée récemment en Colombie-Britannique révèle qu'il faut d'abord et avant tout *prioriser* l'équité en santé pour réorienter l'ensemble des systèmes de santé imposants et complexes sur l'équité en santé¹.

Cela dit, les auteures de l'étude britanno-colombienne se sont également penchées sur les difficultés d'une telle démarche et constaté ce qui suit :

*Pour prioriser l'équité en santé avec efficacité au sein des systèmes de santé, il faut prendre en considération ce qui y fait obstacle, c'est-à-dire les valeurs dominantes et paradoxales que sont l'efficacité, le colonialisme, l'individualisme et la biomédecine et le manque de compréhension des concepts d'équité en santé. Faire de l'équité en santé une valeur fondamentale du système de santé dans son ensemble permettrait certainement de surmonter le problème, mais ne suffirait pas à en assurer la priorité*¹(p.11 et 12). (Traduction libre)

Ces propos ne manqueront pas de faire prendre conscience que l'adoption de l'équité en santé comme valeur n'est pas nécessairement garante d'un passage à l'action.

La réflexion n'est nullement l'apanage de la Colombie-Britannique. On a reconnu ailleurs aussi la nécessité d'officialiser et d'explicitier l'engagement envers l'équité au-delà des énoncés de valeurs organisationnelles. La Nouvelle-Écosse a d'ailleurs adopté la *Loi sur le démantèlement du racisme et de la haine*⁴, la première loi du genre à prévoir l'élaboration d'une stratégie provinciale et d'un cadre d'équité en santé d'ici juillet 2023.

Dans d'autres parties du monde, par exemple le Queensland (Australie), on explore des façons de créer des milieux motivants et encourageants propices à la démarche pour l'équité en santé. Comme l'a appris l'équipe de recherche lors d'une conversation avec un fonctionnaire du gouvernement du Queensland (août 2022), un processus d'orientation en matière d'équité en santé est en cours et consiste, par exemple, à former des alliances stratégiques au sein de l'appareil gouvernemental afin de soutenir l'application d'un cadre d'équité en santé et d'une approche pangouvernementale.

Ces exemples montrent que la progression vers l'équité n'exige pas seulement de faire prendre conscience des inégalités ou des formes d'oppression – mais aussi de changer la mentalité des individus, d'étendre les sphères d'influence verticales aussi bien qu'horizontales au sein et au-delà des grands systèmes de santé, et d'utiliser des leviers stratégiques tel le système législatif pour faire avancer l'équité en santé.

Les cadres d'équité en santé peuvent servir de moyens de faire participer des partenaires aux discussions afin de concentrer et d'officialiser l'engagement à agir pour l'équité en santé en contexte organisationnel et systémique. Les cadres d'équité en santé peuvent aussi se révéler utiles pour :

- parvenir une compréhension commune des principaux concepts d'équité;
- susciter le même élan d'enthousiasme pour la démarche d'équité en santé;
- faire connaître des façons souples d'avancer ensemble vers l'équité en santé;
- donner la structure voulue pour mesurer les résultats et les progrès accomplis par rapport aux objectifs d'équité en santé.

Cependant, l'ampleur des efforts à consacrer pour assurer une plus grande équité en santé fait en outre ressortir les limites des cadres d'équité en santé : ils ne demeurent qu'un outil. Les auteures de l'un des cadres sélectionnés pour la revue affirment d'ailleurs :

Une stratégie organisationnelle pour lutter contre [les inégalités sociales de santé] ne peut reposer

sur le seul usage d'un outil d'équité en santé. Il faudrait plutôt en considérer l'intégration d'un point de vue systémique, critique et réflexif. Pour utiliser l'outil à bon escient, il faut absolument chercher à intégrer l'équité dans les organismes et les politiques en cherchant ce faisant à renforcer la capacité organisationnelle et les compétences professionnelles^{5(p.e82)}. (Traduction libre)

Idées reçues et limites

Nous savions que, comme êtres humains, nous abordions la revue de la littérature avec nos croyances, nos idées reçues et nos préjugés, ce qui influençait nos méthodes de travail. Par exemple, bien que nous ayons employé un processus systématique afin de produire un rapport rigoureux renfermant des descriptions « impartiales » des textes de la littérature, nous avons utilisé une approche scientifique occidentale pour la synthèse des connaissances. Notre point de vue s'en trouve donc foncièrement limité par la vision du monde dans lequel il se situe. Les processus de recherche, de collecte, d'analyse, de synthèse et de communication des connaissances n'ont rien de neutres. Nous avons également fait des choix qui teintent nos conclusions de limites (un exemple en est notre stratégie de recherche qui influence les voix dont nous tenons compte).

Pour rédiger le présent rapport, nous n'avons pas fait appel à des conseillers des Premières Nations, inuits et métis afin d'y intégrer la perspective autochtone. Nous reconnaissons humblement que cette lacune constitue une limite. Nous reconnaissons que nous

avons laissé les systèmes coloniaux (p. ex., systèmes de savoirs, processus de gestion de projets et calendriers de travail occidentaux) dicter notre démarche, perpétuant et renforçant ainsi les systèmes mêmes que nous cherchons à démanteler. Nous avons cherché comme équipe à décentrer les systèmes de savoirs occidentaux grâce à notre stratégie de recherche et à nos critères d'inclusion et d'exclusion (voir la méthode de recherche à l'annexe B). Soulignons cependant que l'une des questions habitant notre esprit tout au long du processus de rédaction du rapport était : « Compte tenu de nos méthodes, quelles voix et quelles formes de savoirs ressortent comme étant valables? »

Lors d'une conversation tenue avec Stephanie Nixon, Ph. D. (vice-doyenne de la faculté des sciences de la santé et directrice de l'École de physiothérapie de l'Université Queen's) en novembre 2022, la physiothérapeute a remis en question la *supposée* objectivité des cadres d'équité en santé – c'est-à-dire, le point de vue voulant que les cadres soient uniquement utiles. Elle nous a invité à :

- utiliser la perspective de la théorie critique afin de comprendre que les phénomènes sociaux produisent à la fois des effets positifs et négatifs, et que les cadres d'équité en santé ne font pas exception;
- chercher intentionnellement à comprendre les deux côtés de la médaille afin d'amplifier les côtés positifs et d'amortir les côtés négatifs.

Il ne s'agit pas de suggérer avec la théorie critique que tous les cadres d'équité en santé ne valent rien, mais plutôt de rejeter l'idée reçue que les cadres sont tous bons en soi. L'approche nous invite plutôt à réfléchir au fait que ce que nous tenons pour acquis, normal et juste en santé publique repose en grande partie sur des systèmes d'inégalités historiques. Étant donné l'origine du Canada, comme colonie de peuplement, et la vision eurocentrique occidentale de la médecine et de la santé publique, nous devons réfléchir de manière critique aux *méthodes* de conception des cadres d'équité en santé dans un contexte plus large dont les normes sont conçues pour reproduire et perpétuer ces systèmes d'inégalité. L'une des tactiques courantes dans ce contexte consiste, pour les acteurs de la santé publique, des soins de santé et des secteurs connexes, à demeurer inconscients de leurs rôles dans la reproduction non intentionnelle des inégalités mêmes qu'ils cherchent à éliminer.

Les praticiens de la santé publique doivent ainsi réfléchir, à l'aide des cadres d'équité en santé ou autres outils, à l'influence de ces systèmes sur leur travail au moment de déterminer les façons d'atténuer les inégalités et de faire avancer l'équité.

Nous invitons les praticiens qui lisent le présent rapport et qui cherchent à assurer une plus grande équité à considérer les deux questions différentes mais complémentaires suivantes :

- **Comment les cadres d'équité en santé sont-ils susceptibles de servir au maintien et à la perpétuation du projet colonial de peuplement blanc et d'autres systèmes d'oppression observés?**
- **Comment nous assurer que le cadre d'équité en santé que nous avons créé ou mis en œuvre fasse en sorte de démanteler le colonialisme, le suprémacisme blanc et d'autres types de systèmes d'oppression?**

Bien que nous adressions ces questions aux créateurs et aux utilisateurs des cadres d'équité en santé, nous rappelons que la revue avait pour objet de décrire les cadres d'équité en santé sélectionnés dans la littérature conventionnelle et non conventionnelle. Un prochain travail de recherche pourrait avoir pour objet d'effectuer une analyse critique plus poussée des cadres. Mentionnons en outre que le présent rapport ne comporte aucune recommandation quant aux cadres ou au mode d'application à utiliser puisque ces démarches dépendent énormément du contexte local de l'utilisateur.

Comment faire progresser les efforts d'équité en santé de manière à briser le cycle perpétuel des systèmes d'oppression et à bâtir un avenir différent? Dans son texte paru en 2019 sur l'importance de l'alliance inclusive, Stephanie Nixon, Ph. D., nous exhorte à commencer par nous interroger sur la mesure dans laquelle nos domaines respectifs ont été façonnés par des systèmes d'inégalité interreliés qui produisent des avantages injustes et injustifiés (privilèges) pour certaines personnes et des désavantages (inégalités) pour d'autres. En examinant les deux côtés de la médaille, la médaille représentant ici un système d'inégalité et notre orientation dans la lutte contre les inégalités, la physiothérapeute écrit ce qui suit :

L'objectif ne consiste pas à faire passer les gens du revers de la médaille au côté face, parce que les deux côtés sont injustes. Il s'agit plutôt de démanteler les systèmes (c.-à-d., les médailles) à l'origine des inégalités. Il importe certes d'attirer l'attention sur le côté face de la médaille, parce que l'inégalité est d'ordre relationnel : le revers étant désavantagé par rapport au côté face. Pourtant, les

problèmes d'équité en santé sont souvent présentés comme étant exclusivement vécus par les gens situés sur le revers de la médaille. [...] Si le problème était perçu comme provenant non seulement du revers mais de la médaille elle-même (c.-à-d., la structure sociale injuste entraînant un désavantage pour les personnes se trouvant sur le revers de la médaille), les solutions seraient possiblement différentes. Pensons par exemple à des amendements aux politiques et aux lois afin d'y enchâsser des mesures de protection contre la discrimination engendrée par le système d'inégalité^{6(p.3)}. (Traduction libre)

Les cadres dont l'objectif est de faire avancer l'équité en santé ne garantissent pas que leur application facilitera un changement structurel visible plutôt qu'une impasse. S'ils sont employés par des acteurs de la santé publique et des partenaires investis dans la pensée critique, la réflexivité, l'apprentissage et le désapprentissage continu et l'action stratégique, les cadres se révéleront des outils efficaces pour démanteler les systèmes d'oppression et assurer une plus grande équité en santé.

Méthode

Question de recherche

Le présent rapport comporte un sommaire descriptif des cadres d'équité en santé afin d'en faciliter la création, l'utilisation et l'adaptation dans un contexte de santé publique. La question de recherche construite pour effectuer la revue était : Parmi les cadres d'équité en santé, lesquels pourraient servir à orienter les processus de planification, de prise de décision et de prestation des services en santé publique?

L'élaboration de la question de recherche s'est effectuée à l'aide du cadre PCC (population, concept et contexte) afin de déterminer les principaux concepts à intégrer à la question et de guider la bibliothécaire dans sa stratégie de recherche. Le tableau 1 montre les détails du processus de formulation de la question.

TABLEAU 1 : Question de recherche

P (population)	Les personnes qui font l'expérience des inégalités
C (concept)	Cadres, modèles, lignes directrices ou guides liés à l'équité en santé et permettant de mesurer des indicateurs de la santé et du bien-être, dans le contexte du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et de ses partenaires de la santé publique
C (contexte)	Échelle provinciale et régionale de la Colombie-Britannique

Méthode de recherche

Une spécialiste de l'information a élaboré et dirigé le processus de recherche documentaire en suivant les lignes directrices de la méthode PRISMA-S⁷. Les membres de l'équipe de recherche ont consulté leurs collègues du CCNDS, leurs homologues du Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (CCNMO) et des assistants à la recherche externes afin d'explorer les stratégies propices à faire entendre un large éventail de voix tout en maîtrisant l'ampleur de la revue de la littérature. (Reportez-vous à la section intitulée Historique et contexte – Idées reçues et limites, p. 6 pour en savoir plus sur l'approche.) L'équipe a ensuite décidé intentionnellement de considérer trois langues et une vaste étendue géographique, y compris les 38 pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), afin d'aider à décentrer les systèmes de savoirs occidentaux et à sélectionner une plus grande variété de cadres pour la revue. Elle a en outre incorporé les concepts de « réconciliation » dans sa stratégie de recherche. Elle n'a pas fait appel à des conseillers autochtones, mais elle a quand même tenu compte des leçons apprises avec les Autochtones lors d'une revue documentaire menée antérieurement pour répondre à une question de recherche similaire.

LITTÉRATURE CONVENTIONNELLE

La recherche documentaire a eu lieu le 26 juin 2022 en interrogeant la base de données bibliographiques électronique PubMed de la National Library of Medicine. La stratégie de recherche reposait sur l'emploi d'un vocabulaire contrôlé, comme le thésaurus MeSH (vedettes-matières en médecine) de la National Library of Medicine, et de mots-clés. Les concepts à l'étude se résumaient à l'équité en santé et aux cadres. Les zones géographiques prises en compte sont celles de la liste suivante : régions circumpolaires, Canada, Australie, Autriche,

Belgique, Chili, Colombie, Costa Rica, République tchèque, Danemark, Estonie, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Hongrie, Islande, Irlande, Israël, Italie, Japon, Corée, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Mexique, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Norvège, Pologne, Portugal, République slovaque, République de Slovénie, Espagne, Suède, Suisse, Turquie, Royaume-Uni et États-Unis (notamment l'Alaska et l'État de Washington). Aucun filtre n'a servi à circonscrire les résultats selon les types d'études. Cela dit, l'extraction s'est limitée aux textes de langue anglaise, française et espagnole publiés depuis 2015, ce qui a permis de relever 3860 références.

LITTÉRATURE NON CONVENTIONNELLE

La recherche dans la littérature grise a eu lieu du 9 au 12 juillet 2022, puis du 23 au 27 juillet de la même année. La stratégie de recherche s'est composée cette fois d'une interrogation simple en ligne (à l'aide du moteur de recherche Google), d'une interrogation plus avancée (à l'aide du moteur de recherche Google Scholar), puis d'une recherche ciblée des sites Web d'organisations et de cellules de réflexion considérées pertinentes par l'équipe de recherche. En raison de la nature générale des paramètres de recherche utilisés pour la revue de la littérature conventionnelle et des contraintes de temps, l'équipe de recherche a décidé de limiter les paramètres de recherche dans la littérature grise aux seules zones géographiques d'intérêt suivantes : régions circumpolaires, Canada, Australie, Danemark, Finlande, Nouvelle-Zélande, Norvège, Suède, Royaume-Uni et États-Unis (notamment l'Alaska et l'État de Washington). L'extraction s'est limitée aux références de langue anglaise publiées depuis 2015. La recherche de la littérature non conventionnelle a exigé 16 heures de travail et permis de relever 160 références.

Processus de sélection

L'équipe responsable de la revue documentaire pour le CCNDS (quatre membres du personnel et deux assistantes de recherche externes) a effectué une première sélection (en interrogeant les titres et les résumés), puis une deuxième (en interrogeant le texte intégral) parmi l'ensemble des références relevées dans la littérature conventionnelle et non conventionnelle à l'aide des critères d'inclusion et d'exclusion définis à l'annexe B. Elle a ensuite vérifié la fiabilité interévaluateurs des processus de sélection des références issues de la revue de la littérature conventionnelle et non conventionnelle afin d'assurer l'uniformité dans l'application des critères d'inclusion et d'exclusion.

L'organigramme PRISMA présenté à l'annexe C montre les étapes de la méthode utilisée par l'équipe de recherche avec le soutien d'une spécialiste de l'information afin d'effectuer la sélection parmi les résultats. En se basant sur sa longue expérience professionnelle des revues rapides au sein de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé au Canada, la spécialiste a déclaré que le nombre de résultats à viser pour une revue rapide à l'aide de la base de données bibliographiques PubMed est de 500 titres et que la durée de la recherche dans la littérature grise ne devrait pas dépasser quatre heures et demie. Il semble dès lors que la méthode employée pour la présente revue de la littérature s'avère considérablement plus robuste et exhaustive que celle servant habituellement pour les revues rapides.

Synthèse des constatations

En tout, 47 cadres d'équité en santé répondaient aux critères d'inclusion définis pour la revue. (Voir la liste des cadres sélectionnés à l'annexe A.) De ce nombre, 25 ont été tirés de la recherche dans la littérature grise et 22, de celle dans la littérature conventionnelle. Il importe de noter que la littérature grise constitue une excellente source documentaire sur l'équité en santé. Moins de 1 pour cent des textes de la littérature conventionnelle passés en revue ont été sélectionnés, contre 16 pour cent des textes de la littérature non conventionnelle passés en revue. Parmi les cadres d'origine australienne inclus, par exemple, la majorité (7 sur 9 ou 78 %) ont été relevés dans la littérature grise. Cette observation pourrait avoir des répercussions sur les prochaines recherches visant à inventorier les cadres, les publications ou les plans axés sur l'équité.

Lieu d'origine et langue

La plupart cadres relevés dans la littérature tant conventionnelle que non conventionnelle proviennent des États-Unis (pour un total de 18 sur 47 ou 38 %) et du Canada (pour un total de 15 sur 47

ou 32 %). Les autres sont issus de l'Australie, des pays d'Europe et de la Nouvelle-Zélande (voir la figure 1).

En ce qui concerne la langue, tous les textes sélectionnés ont été publiés en anglais. Bien que l'équipe de recherche ait appliqué des filtres afin d'inclure le français et l'espagnol dans la stratégie de recherche, aucun cadre de l'une ou l'autre langue n'a pu être retenu à l'aide des critères d'inclusion et d'exclusion établis pour la revue.

Population ciblée

Une forte proportion de cadres s'applique aux populations autochtones ou aborigènes habitant un lieu géographique précis (18 sur 47 ou 38 %), y compris les Premières Nations (vivant à la maison ou à l'extérieur), les Inuits, les Métis, les Maoris et les Aborigènes et Insulaires du détroit de Torres.

La figure 2 montre la répartition des groupes de population représentés dans chacun des cadres. Un nombre élevé de cadres touchent les personnes

FIGURE 1 : Répartition des cadres en fonction du lieu d'origine

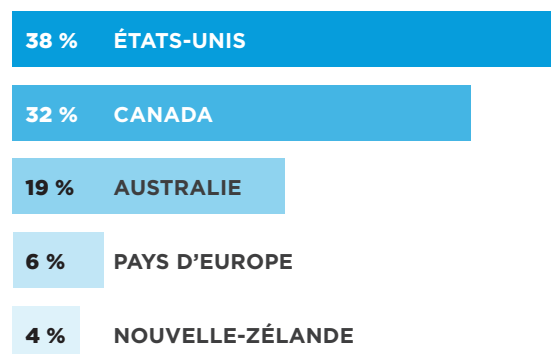


FIGURE 2 : Répartition des cadres selon les populations ciblées



de couleur ou les communautés racisées (12 sur 47 ou 26 %) ou les « personnes qui font l'expérience d'inégalités » (12 sur 47 ou 26 %) de façon générale. Trois ciblent une population assez vaste, mais plus particulièrement des groupes privés d'équité (p. ex., individus en détention, personnes atteintes d'un trouble de santé mentale). Deux cadres prennent en compte l'identité de genre ou l'orientation sexuelle : le premier s'applique aux personnes s'identifiant comme bispirituelles ou aux deux-esprits, lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queer, intersexuées et aux autres façons dont les personnes choisissent de s'identifier (2SLGBTQ+) et le deuxième s'applique aux individus s'identifiant comme transgenre.

La forte proportion des cadres axés sur les populations autochtones reflète l'attention portée ces dernières années à la réconciliation et à l'atténuation des inégalités causées par le colonialisme de peuplement, comme nous l'avons déjà mentionné dans la partie sur le contexte (voir la section intitulée « Historique et contexte – Lien entre le renouvellement de la santé publique et la démarche d'équité en santé », p. 4). Nous soulignons la volonté commune de viser les personnes de couleur ou les communautés racisées. Nous traiterons du sujet dans le contexte de démarches stratégiques pour déstructurer le racisme (voir la section intitulée « Fondement des cadres – Politiques axées sur le démantèlement du racisme », p. 17).

Fondement des cadres

Les cadres d'équité en santé reposent sur une vaste combinaison d'éléments, y compris :

- des théories, des modèles et des concepts;
- des systèmes de savoirs;
- des approches fondées sur mesures législatives, les droits ou les politiques (p. ex., la déstructuration du racisme).

Dans certains cas, les fondements sont explicites alors que, dans d'autres, ils sont implicites voire nébuleux. La pluralité des fondements laisse sous-entendre que la démarche d'équité en santé peut émerger ou bénéficier de nombreux éléments constitutifs différents. Pour déterminer si un cadre s'applique à un contexte, à des valeurs et des objectifs donnés, il importe d'en comprendre les fondements.

THÉORIES, MODÈLES AND CONCEPTS

Une pléiade de théories, de concepts et de modèles^c sous-tendent les cadres, ce qui renforce le commentaire formulé précédemment voulant qu'il

soit possible de fonder une démarche d'équité en santé sur de nombreux éléments. La liste ci-dessous nomme quelques-uns des modèles, des théories et des concepts mentionnés par les auteurs des cadres :

- amélioration de la qualité
- transfert et échange des connaissances
- impact collectif
- théorie des systèmes
- théorie de la complexité
- théorie de l'action par la coalition
- intersectionnalité
- théorie du changement
- sécurité culturelle
- humilité culturelle
- théorie critique de la race
- espace éthique
- vision des deux yeux
- pouvoir
- modèle socio-écologique
- cadre de santé publique visant à atténuer les inégalités de santé

c. L'équipe de recherche n'a pas tenté de classer ou d'organiser les théories, modèles et concepts, parce que cela dépassait la portée de la revue.

- effets possibles de la variabilité du climat et du changement climatique pour la santé
- modèle de changement communautaire
- modèle de la solidarité fondée sur les enseignements du cercle de la vie Papequash et Musqua

Des auteures combinent par exemple les concepts de la théorie critique de la race, de l'intersectionnalité et des dimensions de temps, c'est-à-dire le passé, le présent et l'avenir, dans un cadre d'action visant à éliminer les inégalités de santé vécues par les populations afro-américaines⁷. Elles signalent que l'emploi de la dimensionnalité comme concept permet de comprendre les sources des inégalités de santé vécues par les populations afro-américaines^{8(p.148)} et sert de point de départ dans une démarche pour atténuer et renverser les inégalités injustes et évitables. Dans le cadre créé par le Human Impact Partners, les pratiques stratégiques s'inscrivent dans une théorie du changement plus globale⁹.

Un autre cadre reflète l'importance du partage du pouvoir décisionnel et, dans cet esprit, du déplacement du pouvoir vers les groupes de population poussés à faire l'expérience des inégalités¹⁰. Tara Horrill et ses collaboratrices¹¹ relient aussi la responsabilité du personnel infirmier de prodiguer des soins sensibles à la sécurité culturelle et à la violence et aux traumatismes vécus par et avec les peuples autochtones au concept du pouvoir et au rôle joué par le pouvoir. Elles affirment en outre que le personnel infirmier doit se garder d'entretenir des relations de pouvoir inéquitables, qui sont courantes dans toutes les interactions liées aux soins de santé, et nouer des liens de confiance fondés sur la collaboration. La sécurité culturelle exige par ailleurs que le personnel infirmier examine les déséquilibres structurels du pouvoir ancrés dans les systèmes politiques, économiques et sociaux en général. Comprendre bien le concept du pouvoir, les

auteures reconnaissent leur propre privilège et leur propre avantage positionnel à titre de descendantes des peuples colonisateurs blancs, malgré une longue carrière en soins infirmiers et en enseignement qui les a amenées à travailler étroitement avec les peuples autochtones, car elles ne sont pas Autochtones elles-mêmes. Elles ajoutent que l'engagement communautaire avec les Autochtones est pour elles la prochaine grande étape du processus¹¹.

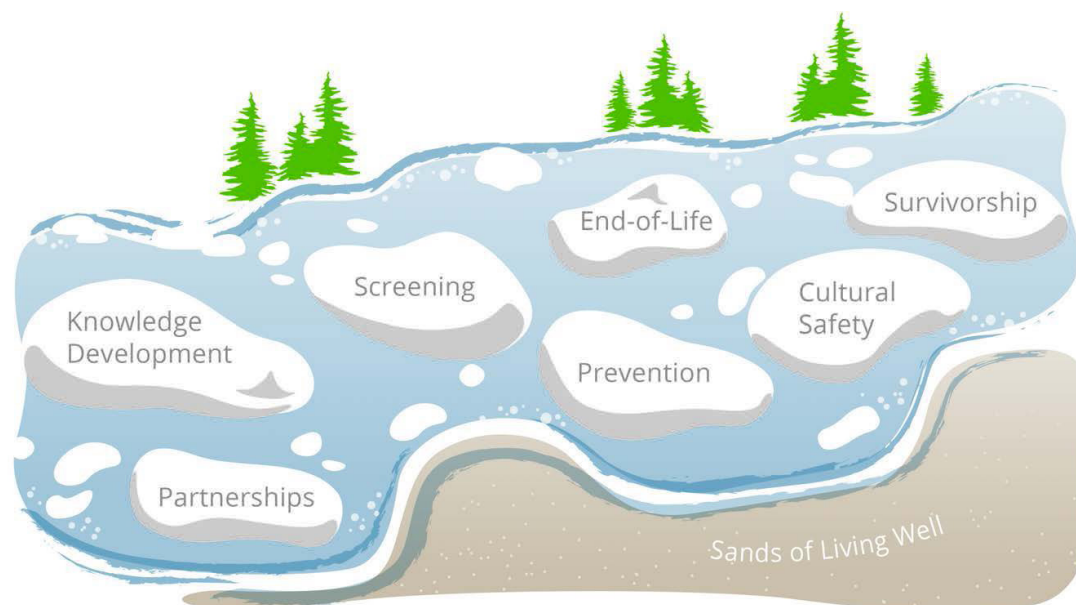
SYSTÈMES DE SAVOIRS

De nombreux cadres semblent principalement fondés sur les systèmes de savoirs soit autochtones, soit occidentaux. D'autres semblent basés sur les deux systèmes définis au sens large. Dans certains cas, les auteurs vont jusqu'à nommer expressément le système de savoirs sur lequel repose le cadre.

En Colombie-Britannique, par exemple, le cadre stratégique de la régie de la santé des Premières Nations intitulé « Improving Indigenous Cancer Journeys in BC: A Road Map » repose sur les perspectives des Premières Nations et des Métis par rapport à la santé et au bien-être¹². Ces perspectives transparaissent à de nombreux endroits, y compris dans l'image visuelle (voir la figure 3); dans la section sur le contexte où on insiste sur l'importance de la sécurité culturelle et où on définit la sécurité culturelle, l'humilité culturelle, le partage du pouvoir décisionnel et les formes de bien-être traditionnelles pour les Autochtones, et dans l'approche d'engagement communautaire employée pour créer le cadre (c.-à-d., écouter les Aînés, échanger sur les expériences vécues et colliger les sagesses).

À titre comparatif, la création d'un autre cadre s'est effectuée suivant la méthode Delphi. Les chercheurs en ont appliqué le processus itératif d'interrogations répétées et de mise en évidence des consensus afin de formuler et de valider une série de recommandations visant à améliorer l'état de santé

FIGURE 3 : Visuel du cadre « Improving Indigenous Cancer Journeys in BC: A Road Map^{12(p.4)} »



des « minorités ethniques » au Danemark, ce qui laisse supposer l'usage d'un processus scientifique occidental¹³.

D'autres cadres reposent de toute évidence sur les systèmes de savoirs autochtones aussi bien qu'occidentaux. Les auteures de l'un d'entre eux ont cocréé dans un contexte multilinguistique, en se basant sur les connaissances tant yorlques (peuples aborigènes vivant sur les terres situées à l'endroit aujourd'hui appelé le Territoire-du-Nord, en Australie) qu'occidentales, les domaines de connaissances fondamentales et les pratiques culturelles sous-jacentes¹⁴. Pour un autre cadre, celui-ci axé sur les soins de santé primaires aux Autochtones et la recherche décisionnelle, les auteurs déclarent avoir appliqué des concepts tirés des systèmes de savoirs tant autochtones qu'occidentaux¹⁵.

Un autre cadre encore vise en priorité à améliorer les soins de santé prodigués aux communautés des Premières Nations du Québec afin de réaliser la mission « d'accompagner les Premières Nations au Québec dans l'atteinte de leurs objectifs en matière de santé, de mieux-être, de culture et d'autodétermination^{16(p.6)} ». Les éléments fondamentaux en sont l'autodétermination et l'approche fondée sur les forces. Spécifique aux communautés des Premières Nations, le cadre ne réfère pourtant à aucun autre concept autochtone que l'autodétermination.

Deux cadres font référence à des approches permettant de naviguer les complexités associées à la prise en compte des systèmes de savoirs tant autochtones qu'occidentaux : « la vision des deux yeux » et « l'espace éthique ». La vision des deux yeux fait ressortir l'importance de

percevoir le monde du point de vue et des savoirs à la fois occidentaux (ce qui est considéré comme traditionnel) et autochtones^{17(p.3)}. L'espace éthique, un cadre conceptuel visant à favoriser des relations réciproques et significatives entre divers groupes culturels, repose sur la notion que les modes de savoirs et de vie occidentaux et autochtones constituent des systèmes comportant des valeurs et des règles. On peut aménager un espace éthique en naviguant ces différences culturelles avec humilité, honnêteté et engagement et en faisant confiance aux connaissances respectives¹⁸.

APPROCHES FONDÉES SUR LES MESURES LÉGISLATIVES, LES DROITS ET LES POLITIQUES

De nombreux cadres reposent une approche fondée sur les droits et les politiques, notamment :

- la *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*,
- les *Appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation (CVR)*,
- les droits issus des traités,
- les mesures législatives ou les orientations stratégiques du gouvernement.

Inscrire les cadres dans une démarche législative et stratégique ou pour les droits peut inciter davantage à appliquer les cadres et à favoriser la création de milieux motivants et encourageants. Des exemples en sont présentés ci-dessous.

Déclaration des Nations Unies, Appels à l'action et droits issus des traités

Dans leur cadre d'engagement envers la santé des Autochtones, les Services de santé de l'Alberta arriment ses objectifs et ses mesures aux dispositions de la *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones* et aux *Appels à l'action de la*

Commission de vérité et réconciliation. Étant donné la portée internationale et nationale de ces documents, cette harmonisation peut inciter encore plus à mettre en œuvre les mesures dont il est question dans le cadre¹⁸.

D'autres auteurs n'harmonisent pas les objectifs et les mesures à la Déclaration des Nations Unies, mais en soulignent l'usage fait pour entamer le processus. L'un de ces cadres, qui vise à améliorer l'accès aux soins et l'état de santé des Aborigènes et des Insulaires du détroit de Torres, fait référence à la Déclaration des Nations Unies et ancre ainsi la démarche dans les documents prioritaires du gouvernement l'Australie (c.-à-d., l'entente nationale visant à combler le fossé¹⁹).

Le cadre présenté dans le *Guide to He Korowai Oranga Māori Health Strategy* fait un rapprochement entre les principes de partenariat, de participation et de protection et la relation décrite dans le Traité de Waitangi entre les Maoris et le gouvernement de la Nouvelle-Zélande. L'une des fils conducteurs de la stratégie est de faciliter l'exercice du pouvoir des Maoris sur leur propre santé et leur propre bien-être, de même que sur la conduite et la nature de leurs propres institutions, communautés et évolutions comme peuple^{20(p.8)}.

En Australie, l'importance de placer les individus au cœur de leurs soins en termes d'expériences, de choix, de dignité et de droits trouve écho dans le cadre de la National Aboriginal Community Controlled Health Organisation²¹ et s'inscrit dans le contexte stratégique général où l'on cherche à « combler le fossé » entre les résultats de santé observés chez les Aborigènes et les Insulaires du détroit de Torres et les populations non autochtones.

Nous invitons les personnes qui lisent le présent document à réfléchir aux mots dans l'expression « combler le fossé » entre les Aborigènes et les Insulaires du détroit de Torres et les populations non autochtones de l'Australie. Parce qu'ils laissent sous-entendre que les personnes en situation désavantageuse doivent *devenir* comme les personnes en situation avantageuse, parce qu'ils font voir les populations australiennes non autochtones comme étant le modèle auquel aspirer, les mots s'avèrent problématiques. Revenons au privilège et au principe de la médaille et de l'alliance inclusive⁶ (voir la section intitulée « Historique et contexte – Idées reçues et limites », p. 6). Les mots employés suggèrent que l'objectif de la démarche d'équité en santé est de sortir les individus du dessous de la médaille pour les placer sur le dessus au lieu de démanteler les systèmes d'oppression sous-jacents représentés métaphoriquement par la médaille.

Mesures législatives

Dans « Making Tracks Together » au sujet du cadre d'équité en santé pour les Aborigènes et les Insulaires du détroit de Torres²², les auteurs mentionnent une situation où le processus législatif avait été employé pour assurer une plus grande équité en santé. Le gouvernement du Queensland a en effet adopté une loi pour que l'ensemble des services de santé priorisent l'équité en santé pour les populations d'Aborigènes et d'Insulaires du détroit de

Torres. La loi stipule d'ailleurs que les prestataires de services doivent faire participer ces populations aux processus de conception, de prestation et d'évaluation des services de santé. L'approche d'engagement communautaire a pour objet de créer la base la plus solide possible pour favoriser l'équité en santé, atteindre la parité en termes d'espérance de vie d'ici 2031 et éliminer le racisme institutionnel au moyen de diverses lois, politiques et pratiques^{22(p.ii)}.

Tout au long de leur étude, les auteurs ont noté que les Aborigènes et les Insulaires du détroit de Torres offraient toujours le même conseil : « Écoutez-nous. Travaillez avec nous. Cheminez avec nous. Soyez nos partenaires et créons ensemble l'avenir que nous souhaitons pour nos enfants. Apprenez du passé. Ayez confiance en notre capacité de diriger^{22(p.ii)} » (traduction libre).

Le cadre du réseau de santé publique du nord-ouest de Melbourne²³ repose sur une approche fondée sur les droits de la personne. Celui de Santé Ontario²⁴ fait suite à des mesures législatives telle la *Loi sur 2019 pour des soins interconnectés* (énonçant l'importance de l'équité et de la promotion de résultats équitables en matière de santé pour le système public de soins de santé) et des exigences de la *Loi sur les services en français*.

Politiques axées sur le démantèlement du racisme

De nombreux cadres sont centrés sur le démantèlement du racisme. Parmi les 47 cadres sélectionnés pour la revue, 30 (64 %) mettent l'accent sur le racisme, ce qui n'est pas surprenant étant donné qu'ils ont été conçus pour assurer une plus grande équité soit pour les peuples autochtones (18 sur 47 ou 38 %) ou les personnes de couleur et les populations racisées (12 sur 47 ou 26 %). Il est étonnant cela dit

qu'un petit nombre des autres cadres – même ceux qui ne sont pas axés explicitement sur ces populations – situent le démantèlement du racisme au cœur de la démarche. Mentionnons à titre d'exemple l'approche prise pour le cadre des pratiques stratégiques⁸ et décrite comme suit :

Nous dirigeons en tenant compte explicitement de la race – quoique non exclusivement – en sachant que les inégalités raciales perdurent dans chaque système [santé, éducation, justice pénale et ainsi de suite] partout au pays, sans exception. [...] Le racisme opère sur les plans individuel, institutionnel et structurel. Il transparaît donc dans tous les systèmes que nous examinons²⁵.

Les auteurs d'un autre cadre comportant des éléments conceptuels pour que les responsables de l'élaboration des politiques agissent de façon

rigoureuse sur les déterminants sociaux de la santé et tendent à atteindre la santé pour tous et l'équité en santé soulignent ce qui suit :

Affirmer qu'il soit impossible d'atteindre l'équité à moins d'éliminer le racisme structurel et systémique signifie que l'élimination du racisme s'avère sans doute le plus important de tous les aspects du cadre conceptuel, ce qui se traduit dans tous les exemples de politiques de santé décrits dans le présent document issu d'une conférence de consensus²⁶(p.12).
(Traduction libre)

En gros, l'éventail des approches fondamentales relevées dans les 47 cadres sélectionnés font ressortir la complexité, l'étendue et l'ampleur de la démarche à entreprendre sur de multiples plans pour mettre fin aux inégalités de santé.

Représentation visuelle

Près de 90 pour cent des cadres sélectionnés (41 sur 47) comportent un diagramme synthétisant ou schématisant le cadre. Le visuel varie considérablement d'un cadre à l'autre : graphiques ou tableaux; schémas cycliques, par étapes ou hiérarchiques; illustrations abstraites ou paysages naturels dépeignant des métaphores reliant l'environnement à la démarche d'équité. La présentation du cadre peut refléter ou imiter le système de savoirs sur lequel repose le cadre (voir la section intitulée « Fondement des cadres – Systèmes de savoirs, p. 13).

Dans un même ordre d'idées, trois cadres relevés dans la littérature grise comportent une œuvre créée par des artistes autochtones ou aborigènes^{18,21,27}. Les auteurs présentent des œuvres d'artistes autochtones, font référence à d'autres tableaux autochtones ou décrivent leur cadre à l'aide de broderies perlées en expliquant le symbolisme (voir la figure 4). Leur décision de mettre intentionnellement en lumière des artistes et des œuvres contraste avec d'autres cadres traitant des concepts de façon plus technique.

FIGURE 4 : Broderie perlée schématisant le cadre décrit dans *Indigenous Health Commitments: Roadmap to Wellness framework*^{18(p.6)}



Le motif perlé symbolise notre mode de travail (écouter, comprendre, agir et être) et nos axes de travail (personnes, processus, sagesse des pratiques et qualité des résultats). Chaque perle est cousue dans le cuir et constitue un élément crucial d'un tout beaucoup plus vaste. Reliées entre elles, les perles dépendent les unes des autres pour assurer leur force. Chaque perle représente une personne jouant un rôle dans l'édification de collectivités en bonne santé. Il faut réunir un grand nombre de perles pour réaliser les engagements pris dans cette feuille de route.

Le cuir comme tel symbolise le lien fondamental avec la terre.

L'unique perle blanche figurant dans le motif symbolise l'esprit, un défaut intentionnel, afin de nous rappeler de rester humbles, puisque seul le Créateur est parfait. Elle nous rappelle également que nous devons toujours continuer d'apprendre et que notre travail en est un d'une vie.

L'art traditionnel du perlage est transmis de génération en génération dans les familles et les communautés autochtones. » De même, nous espérons que les messages livrés dans le document d'orientation intitulé *Indigenous Health Commitments: Roadmap to Wellness* seront communiqués à l'ensemble des Services de santé de l'Alberta et qu'ils parviendront avec le temps à transformer et à soutenir notre mode de travail. (Traduction libre)

Objectif du cadre

Tous les cadres sélectionnés font état d'un objectif lié à l'avancement de l'équité en santé. Dans certains cas, l'objectif est rédigé de façon claire et succincte et sert à préciser que le cadre vise à promouvoir l'équité en santé ou à éliminer les causes profondes des inégalités de santé. Dans d'autres cas, les objectifs sont exposés plus en détail, par exemple, en faisant état d'un mécanisme à utiliser pour favoriser l'équité. Enfin, la nature d'autres objectifs s'avère plus complexe parce que les énoncés renferment des concepts supplémentaires comme le racisme et le changement climatique.

Dans certains cas, l'énoncé de l'objectif laisse deviner l'auditoire cible. Il peut aussi faire référence aux services de santé ou de santé publique locaux, aux gouvernements nationaux, aux ministères de la santé, aux organismes locaux des secteurs des services sociaux et de santé ou aux prestataires de services comme tels, y compris les professionnels de la santé et les praticiens de la santé publique.

Le tableau 2 comporte les principales catégories et des exemples d'objectifs énoncés dans les cadres.

TABLE 2 : Principales catégories et exemples d'objectifs énoncés dans les cadres sélectionnés

CATÉGORIE D'OBJECTIFS	EXEMPLES D'OBJECTIFS
Simple et peu détaillé (p. ex., énoncé général au sujet de la promotion de l'équité en santé ou de l'élimination des inégalités)	<ul style="list-style-type: none"> » Comprendre la nature des inégalités et encourager la prise de mesures propres à promouvoir l'équité en santé²⁸
Plus détaillé, y compris en termes de mentions d'une collaboration ou d'un partenariat pour favoriser l'équité	<ul style="list-style-type: none"> » Encourager les partenaires intersectoriels à soutenir les populations et travailler avec les populations pour assurer une démarche concertée²⁹ » Prendre en compte des éléments associés aux déterminants sociaux, politiques, organisationnels et commerciaux et placer au cœur de la démarche le rôle des acteurs de l'équité en santé et du personnel de l'organisme responsables de l'élaboration des politiques afin d'assurer une plus grande équité dans les régions rurales et éloignées³⁰
Plus détaillé, y compris en termes de partenariats avec la population	<ul style="list-style-type: none"> » Améliorer la capacité des ministères de la santé et des collaborateurs à travailler en partenariat étroit avec les populations à l'exécution d'interventions destinées aux personnes perçues comme obèses dans les populations privées d'équité³¹ » « Responsabiliser les communautés autochtones¹⁴ » [<i>Remarque : Nous encourageons une réflexion critique sur le choix de ces mots, car ceux-ci laissent entendre que les communautés ne possèdent pas déjà leur propre pouvoir et qu'il revient donc à d'autres de leur en « accorder ».</i>]
Liens établis avec des concepts connexes comme le racisme	<ul style="list-style-type: none"> » Déstructurer et démanteler les inégalités de santé et chercher à mettre fin à la tendance à traiter les enfants noirs comme des adultes dans les salles d'urgence³² » Guider sur une base individuelle le personnel infirmier à intégrer à ses pratiques infirmières la sécurité culturelle [et les soins sensibles aux traumatismes et à la violence] afin de briser le statu quo et de remédier à l'accès inéquitable aux soins pour les personnes autochtones du Canada^{11(p.2)}
Connexions avec des concepts connexes comme le changement climatique	<ul style="list-style-type: none"> » Montrer la nature complexe des corrélations entre les inégalités de santé et le changement climatique et souligner l'importance de l'action collective sur ce plan³³ » Indiquer les mesures à prendre [par les services de santé locaux] pour promouvoir l'équité en santé et la résilience climatique dans les programmes déjà en place^{34(p.10)}

Plan d'intervention des cadres

L'équipe de recherche a classé les cadres en fonction des plans d'intervention précisés dans le document, par exemple : individuel, organisationnel, régional, systémique ou sur de multiples plans.

Plus de la moitié des cadres (28 sur 47 ou 60 %) touchent plusieurs plans. Parmi le reste, certains concernent une intervention sur le plan individuel (p. ex., suppression des préjugés, apprentissage, désapprentissage), sur le plan organisationnel (p. ex., politiques et pratiques internes) ou sur de multiples plans au moyen de partenariats et de mesures (p. ex., à l'échelle de la population, de la région ou du système).

Parmi les cadres destinés à agir sur une multitude de plans, mentionnons le Systems Health Equity Lens (voir la figure 5) créé à partir d'un modèle

socio-écologique pour orienter le système de santé vers l'équité en santé en en faisant une valeur, une priorité et l'objet d'une série de mesures sur tous les plans^{28(p.1)}. Les anneaux concentriques du modèle montrent les divers plans sur lesquels il faut agir pour atteindre l'équité. Un autre exemple est le VicHealth Framework for Health Equity (voir la figure 6). Celui-ci contient des exemples de mesures possibles sur le plan sociétal (p. ex., mesures législatives), de la population (p. ex., politiques organisationnelles), et individuel (p. ex., actions individuelles en matière de connaissances, de comportement et d'attitude³⁵). La colonne dans le centre du diagramme met en évidence l'influence du contexte sociétal, de la position sociale et des conditions de vie quotidienne. Le gouvernement du Queensland (Australie) s'est servi du cadre pour

FIGURE 5 : Systems Health Equity Lens^{28(p.1)}, un cadre pour agir sur de multiples plans

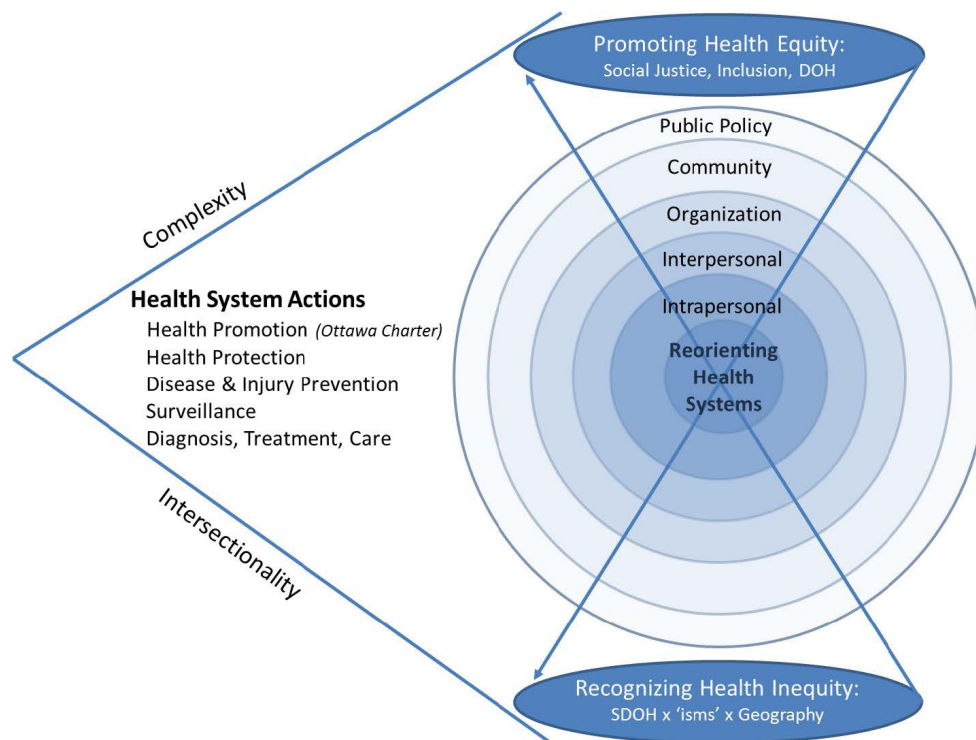
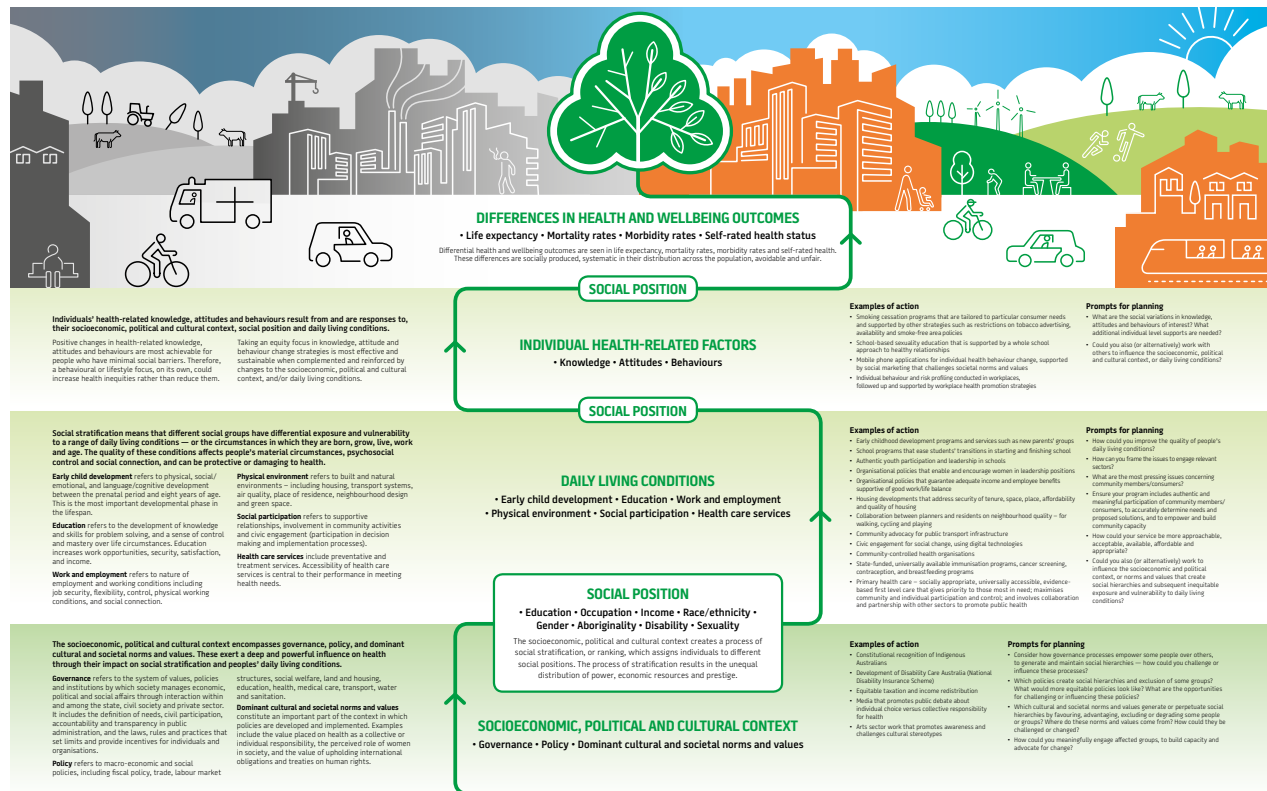


FIGURE 6 : Multilevel VicHealth Framework for Health Equity^{35(p.3)}



Fair Foundations: The VicHealth framework for health equity
 The social determinants of health inequities: the layers of influence and entry points for action



entreprendre une démarche pour faire de l'équité une priorité (voir la section intitulée Historique et contexte – Priorité à l'équité dans des systèmes de santé complexes, p. 5).

Il n'est pas surprenant de voir l'importance accordée dans de nombreux cadres aux mesures exhaustives à prendre sur de nombreux plans pour assurer une plus grande équité. Vu la grande quantité de structures et de systèmes en interaction dans la production des inégalités, il semble logique de penser que les solutions exigeront de porter attention à ces divers facteurs interreliés. Il sera question plus loin dans le présent document du facteur facilitant que constitue la concertation à l'échelle du système constitué dans la mise en œuvre d'une intervention axée sur l'équité (voir la section intitulée « Processus de mise en œuvre du cadre – Leviers de mise en œuvre », p. 30).

Dans certains cadres, on met l'accent sur une double démarche, c'est-à-dire interne et externe, en faisant ressortir l'importance de commencer par son propre organisme ou service, puis à poursuivre avec l'ensemble du système de santé. Par exemple : *Santé Ontario reconnaît qu'un système de santé de grande qualité, ancré dans une culture organisationnelle axée sur l'équité, l'inclusion, la diversité, l'antiracisme et la sécurisation culturelle des Autochtones, est essentiel pour créer et maintenir un milieu de travail en santé au sein de Santé Ontario, ainsi que pour s'assurer que les patients et les familles qui accèdent au système de santé obtiennent globalement de meilleurs résultats*^{24(p.2)}.

De façon similaire, le cadre du Human Impact Partners repose sur une démarche à la fois interne et externe qui demande aux services de santé d'acquiescer la capacité organisationnelle et d'avoir la volonté d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé. La démarche appelle en outre à nouer des liens avec les populations et le gouvernement et de les mobiliser autour du plaidoyer pour une action en matière d'équité en santé³⁶.

Structure du cadre

La structure varie considérablement d'un cadre à l'autre. L'organisation du contenu semble habituellement dépendre du but visé et du plan d'intervention visé aussi. Les recouvrements de thèmes ou de principes sont fréquents, par exemple, les soins tenant compte des traumatismes, les modes de savoir et d'être autochtones, la responsabilisation.

Les approches généralement employées pour organiser le contenu sont :

- l'approche par étapes, parfois guidée par le cycle de gestion des programmes ou d'amélioration de la qualité;
- l'approche par domaines d'action prioritaires, par exemple, les éléments fondamentaux de la prestation de soins équitables, la façon d'être et de travailler, les relations et les partenariats et les fonctions de la santé publique;
- l'approche par recommandations stratégiques de nature sociétale et/ou systémique.

APPROCHE PAR ÉTAPES

L'une des façons les plus usuelles d'organiser le contenu des cadres consiste à le schématiser en une série d'étapes progressives et séquentielles que les utilisateurs peuvent suivre pour guider leur démarche d'équité en santé.

Certains cadres s'arriment explicitement aux étapes de gestion des programmes (p. ex., planification,

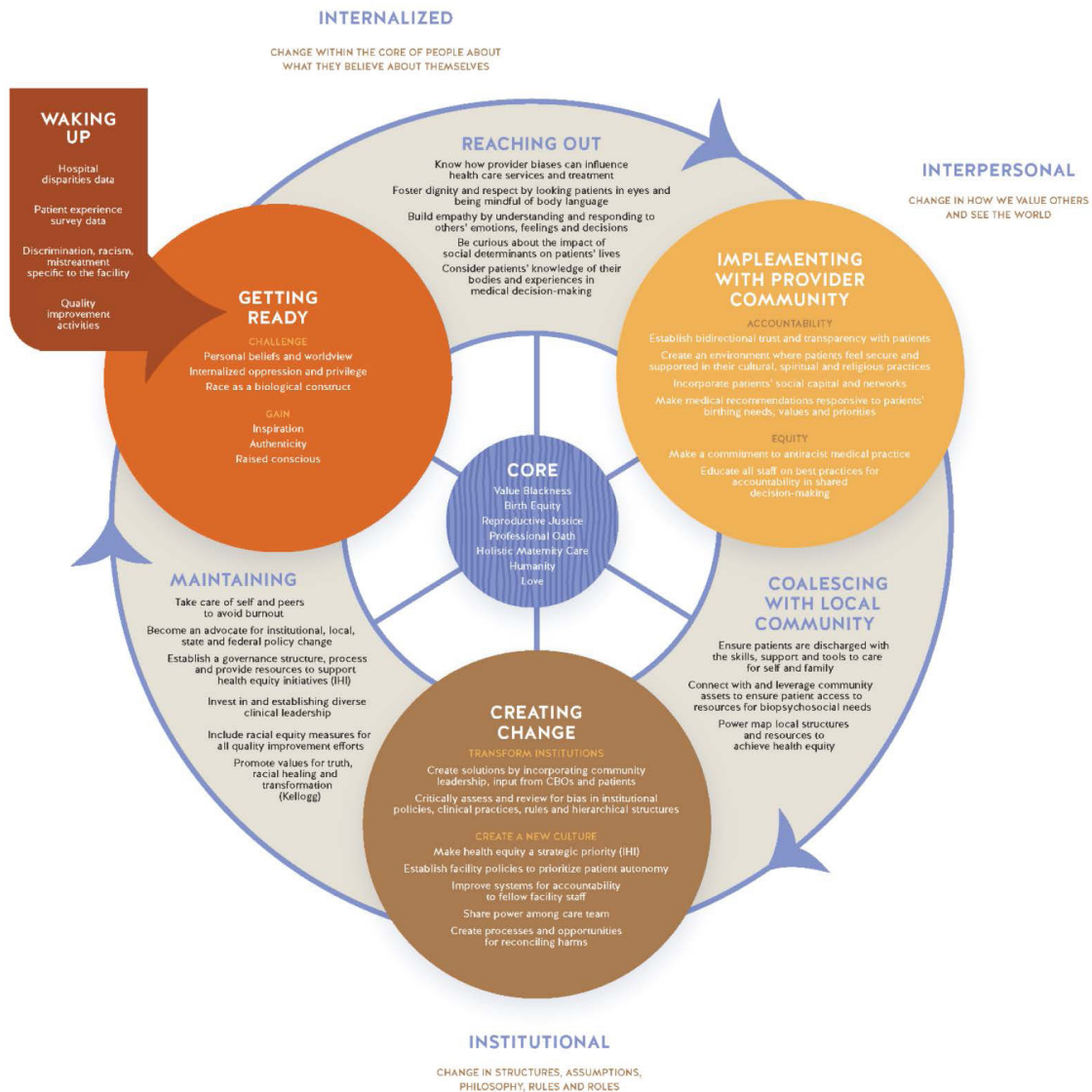
Une approche qui commence de l'intérieur peut tout de même présenter des limites. De longs et incessants débats tenus à l'interne peuvent limiter les progrès réalisés dans la démarche pour assurer une plus grande équité avec et pour les populations en situation de marginalisation engendrée par différents facteurs.

mise en œuvre, évaluation et pérennisation⁵) ou intègrent les étapes de gestion des programmes dans la démarche d'équité en santé d'un individu ou d'un organisme (p. ex., se réveiller, se préparer, interagir, mettre en œuvre, se solidariser, créer le changement et pérenniser³⁷ – voir la figure 7). D'autres s'harmonisent, par exemple, aux phases de la trajectoire de soins en oncologie : partenariat, dépistage, prévention, sécurité culturelle, survie, fin de vie et acquisition des connaissances¹².

L'organisation du contenu des cadres s'effectue parfois aussi en commençant par établir l'étendue des inégalités existantes (en puisant dans diverses sources de données tout en centrant le processus sur la voix des personnes) ou en établissant les vecteurs systémiques des inégalités, puis en déterminant les mesures stratégiques nécessaires à l'atténuation des inégalités observées et des vecteurs systémiques^{8,11,15,31}. Dans l'un des cadres, ces étapes de définition et de solution des problèmes sont appelées : retirer, réparer, corriger, restructurer et exécuter⁸.

Bien que les cadres structurés suivant une approche par étapes peuvent porter des fruits, les utilisateurs doivent procéder avec prudence afin de s'assurer que le cadre offre la souplesse nécessaire pour prendre des mesures adaptées et s'harmonisant aux contextes locaux.

FIGURE 7 : Cycle to Respectful Care, les étapes du cadre destiné aux professionnels de la santé^{37(p.7)}



APPROCHE PAR DOMAINES D'ACTION PRIORITAIRES

Une autre populaire façon d'organiser le contenu des cadres est de l'articuler selon des domaines d'action prioritaires, sans ordre aucun. Selon les objectifs du cadre, les domaines d'action peuvent, par exemple, tourner autour de ce qui suit :

- les façons d'être et de travailler ensemble (p. ex., par l'écoute, la compréhension, l'être et l'attitude, accompagnées de mesures centrées

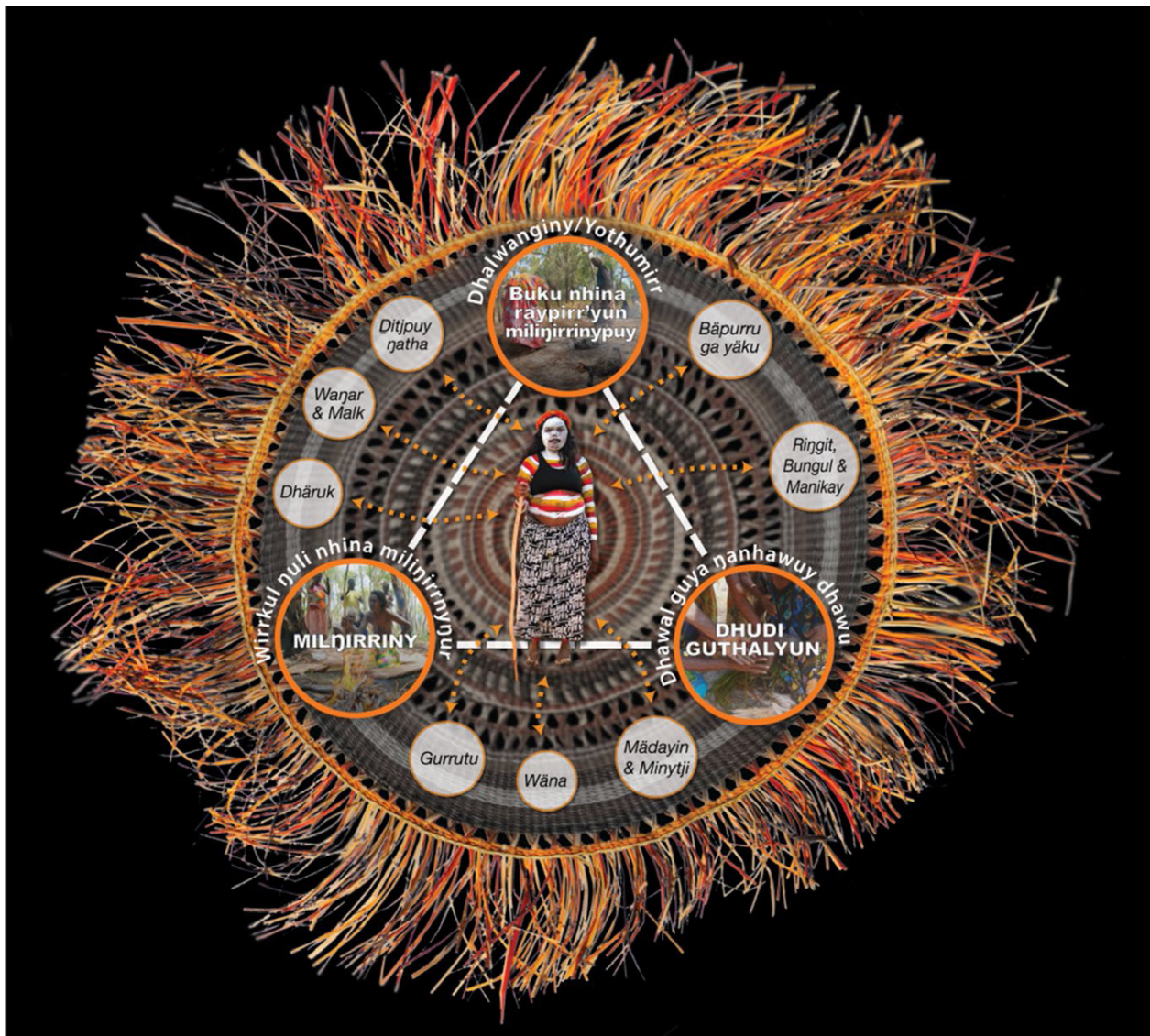
sur la personne, les processus, la sagesse des pratiques et la qualité des résultats¹⁸⁾;

- le rôle central des relations et des partenariats (p. ex., par la recherche d'intérêts et d'objectifs communs entre les partenaires, en déterminant ensemble la marche à suivre et ce qui fonctionne et en utilisant le dialogue délibératif¹⁷⁾;
- les fonctions de la santé publique (p. ex., par la promotion et la protection de la santé, la prévention des maladies et des blessures et la surveillance²⁸⁾).

Un autre point important par rapport aux domaines d'action prioritaires concerne les principaux éléments entrant en ligne de compte dans l'atteinte de l'équité des soins. Un cadre conçu pour améliorer la littératie en santé reproductive chez les filles et les femmes yolŋues (voir la figure 8) comporte trois domaines liés aux connaissances (menstruation, reproduction, accouchement) et intégrés aux pratiques culturelles (p. ex., noms de clan, objets sacrés, danse et chant¹⁴). Un autre cadre visant l'efficacité et l'adaptation culturelle du processus

de mise en œuvre d'interventions pour la prévention et le traitement des communautés maories^{38(p.2)} s'articule autour des domaines suivants : approche centrée sur la culture; engagement communautaire et recherche participative communautaire; application de la pensée systémique afin de situer les comportements individuels dans des contextes politiques, sociaux et économiques plus larges et création de partenariats démocratiques entre les utilisateurs des connaissances et les chercheurs.

FIGURE 8 : Cadre de littératie en santé reproductive chez les femmes yolŋues créé en respectant les pratiques culturelles^{14(p.196)}



Certains cadres sont en outre représentés sur des axes qui s'entrecroisent ou sur un continuum. L'un d'entre eux comporte par exemple quatre axes d'intervention en matière d'équité en santé (centrés respectivement sur les enfants et les jeunes, les modes de vie et les milieux de vie sains, la prévention des maladies infectieuses et la gestion du risque pour la santé, et la préparation aux situations d'urgence) et un dernier axe concerne la surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants et recoupe les quatre axes d'intervention³⁹. Un autre cadre est bâti sur deux continuums, l'un représentant des éléments allant des services de santé intentionnellement non invitatifs jusqu'aux services de santé intentionnellement invitatifs pour les communautés 2SLGBTQ+ et recoupant un second continuum composé d'indicateurs d'accès aux soins dans des domaines différents (p. ex., engagement communautaire, leadership, politiques et processus⁴⁰).

APPROCHE PAR RECOMMANDATIONS STRATÉGIQUES DE NATURE SOCIÉTALE ET/OU SYSTÉMIQUE

Une faible proportion des cadres sélectionnés s'articule autour de recommandations stratégiques précises relativement au système ou à la société.

L'un d'entre eux vise à améliorer l'état de santé des « groupes ethniques minoritaires » au Danemark. Il comporte des recommandations stratégiques au sujet du système, par exemple, pour renforcer et adapter les politiques et les stratégies du système de santé, multiplier les activités axées sur la promotion de la santé à l'échelle locale et améliorer l'accès aux services de santé¹³. Un autre fait état des

plans d'intervention servant à guider l'élaboration de politiques de santé qui tiennent compte de la situation planétaire dans les contextes de racisme structurel et systématique et la promotion de l'équité des questions touchant les individus, les populations et le monde en général^{26(p.18)}. Ces champs d'intervention se rapportent par exemple à la stabilité économique, à la situation planétaire et aux quartiers et au cadre bâti, qui recourent une multitude de concepts de base (p. ex., facteurs liés à l'individu et aux populations, qualité de vie associée à la santé dans un contexte planétaire).

Parmi les approches utilisées moins couramment, mentionnons celles visant à articuler les cadres autour de :

- concepts fondamentaux – par exemple, par rapport au rôle crucial de l'équité dans l'état de santé des populations (système de pouvoir, relations et réseaux, facteurs individuels et trajectoires physiologiques); et à la prise en compte de la perspective historique et du parcours de vie⁴¹;
- résultats attendus – par exemple, par rapport aux membres de la collectivité; à la cohésion et à la sécurité de la collectivité; à la participation et à la représentation; à l'éducation et à l'apprentissage continu⁴²;

Comme nous venons de le voir, il y a bien des façons de structurer le contenu d'un cadre d'équité en santé, que ce soit en fonction du but visé et des résultats escomptés, des valeurs et des principes sous-jacents ou des voix à faire entendre en priorité dans le processus de création.

Méthode de conception

Les méthodes d'élaboration diffèrent aussi d'un cadre à l'autre, et la présente partie porte sur les thèmes qui se sont dégagés de la revue de la littérature sur l'approche, c'est-à-dire :

- la littérature comme fondement;
- l'engagement de partenaires de divers secteurs envers le processus de cocréation;
- l'application de processus d'engagement communautaire différents.

Appliquées avec ouverture d'esprit et humilité, les méthodes d'élaboration ci-dessus peuvent s'avérer prometteuses. Il est également question dans la présente partie de la valeur des approches de cocréation itératives et de la logique qui en sous-tend l'utilisation.

LITTÉRATURE COMME FONDEMENT

Les mentions au sujet des stratégies, des travaux de recherche ou des cadres utilisés pour guider le processus de conception sont fréquentes dans les textes sélectionnés. Par exemple, le cadre de Betsy Leimbigner et ses collaborateurs pour l'équité en santé en région rurale prend en compte à la fois les déterminants politiques, commerciaux et organisationnels et les déterminants [sociaux de la santé] inclus dans la liste de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS^{30(p.751)}). De son côté, le cadre touchant les populations transgenres d'Arjee Javellana Restar et de ses collaborateurs est basé sur l'échelle d'évaluation de l'intégration des questions de genre mise au point par l'OMS⁴². D'autres cadres encore s'appuient sur des cadres ou des outils axés sur l'équité ayant une pertinence en santé publique^{5,10,17,33}.

Une forte proportion d'auteurs font état des processus de recherche itératifs employés pour relever les cadres mentionnés dans la littérature. Par exemple, Amy Peterson et ses collaborateurs⁴¹ expliquent avoir commencé par passer en revue les cadres conceptuels et théoriques visant à analyser l'incidence de diverses dimensions sur la santé (p. ex., développement et biologie, quartier et collectivité, sociopolitique). Un groupe de professionnels de la santé et de chercheurs en recherche appliquée en a ensuite analysé conjointement les constatations et en a dégagé de nombreux éléments à adapter pour créer un nouveau cadre, parce qu'aucun des cadres examinés ne répondait aux critères du groupe. Un nouveau cadre a donc été conçu itérativement à la lumière de 12 entretiens tenus avec des partenaires spécialisés en équité en santé, en santé publique et en sciences sociales.

Les processus qui tirent parti des travaux en cours, des ressources déjà investies et des leçons apprises peuvent produire de meilleurs résultats que ceux destinés à « partir de zéro ».

ENGAGEMENT DE PARTENAIRES DE DIVERS SECTEURS ENVERS LE PROCESSUS DE COCRÉATION

Pour la majorité des cadres, tant ceux décrits dans la littérature conventionnelle que non conventionnelle, le processus de création reposait sur une certaine forme d'engagement visant à faire participer des partenaires de divers horizons.

Les partenaires ayant joué un rôle fondamental dans les processus de cocréation itératif faisaient par exemple partie de comités déjà en place, de groupes communautaires, de réseaux professionnels, du milieu de la recherche, de conseils de la santé, de commissions de la santé et ainsi de suite. Ils travaillent de l'échelon régional à national et proviennent par exemple de l'Agence de la santé publique du Canada, de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, de l'Assemblée des Premières Nations¹⁶ et de la National Aboriginal Community Controlled Health Organisation²¹.

Le document d'orientation *Improving Indigenous Cancer Journeys in BC* fait état de l'engagement du BC Cancer, de la First Nations Health Authority, de Métis Nation British Columbia et de la BC Association of Aboriginal Friendship Centres à prendre part à la création du cadre^{12(p.4)}.

APPLICATION DE PROCESSUS D'ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE DIFFÉRENTS

Il est en outre question des divers processus employés pour recueillir les commentaires de partenaires autres que ceux ayant participé à la cocréation, puis peaufiner le cadre. On a eu recours par exemple à des activités publiques comme des réunions et des sondages auxquels ont pris part des membres de la population et des organismes subventionnaires⁴⁴, des forums tenus en personne, des tables rondes et des invitations à répondre à des questionnaires en ligne ou en personne¹².

Dans le document d'orientation de la First Nations Health Authority au sujet de l'*Urban and Away-From-Home Framework*, on explique la méthode de conception employée comme suit :

[...] des recherches et des visites aux services sociaux et de santé des Premières Nations et des Autochtones dans les quatre coins de la Colombie-Britannique, de l'Ontario et de l'Alaska et des dialogues communautaires dans les cinq régions sanitaires de la Colombie-Britannique [puis] deux séries consécutives d'entretiens avec des représentants de la communauté des Premières Nations grâce à des processus d'engagement et d'approbation lors de caucus, de sous-caucus et de rassemblements pour le mieux-être à l'échelle régionale^{45(p.6)}. (Traduction libre)

Dans le document *Indigenous Health Commitments: Roadmap to Wellness* des Services de santé de l'Alberta, on fait référence au « chemin parcouru jusqu'à maintenant » en soulignant ce qui suit :

*Nous avons utilisé le cadre de l'espace éthique lors des journées d'écoute – une série d'entretiens tenus entre les directions du programme de santé des Autochtones et des ressources humaines au sujet du document d'orientation *Our People Strategy* et de la diversité et de l'inclusion. La discussion a pris une nouvelle direction et porté de manière plus globale sur la réconciliation et ses répercussions sur la santé des Autochtones^{18(p.11)}. (Traduction libre)*

Dans de nombreux cas, les cadres sont le fruit d'une rigoureuse méthode de conception à volets multiples, y compris la revue de la littérature et l'engagement communautaire. Pour l'un des cadres, par exemple, on s'est appuyé sur trois sources d'information : a) un panel d'experts, b) une revue des modèles de planification et de changement, c) des groupes de population ayant fourni des renseignements utilisés pour rédiger des études de cas^{31(p.85)}. Les commentaires du panel d'expert ont été intégrés aux principales étapes dégagées des modèles de planification et de changement pour

créer un processus de planification en six étapes simples à suivre. La méthode de conception d'un autre cadre comportait une revue de la littérature, une rencontre publique avec plus de 250 psychiatres locaux afin de discuter des façons de mettre fin au racisme structurel, la collecte de l'opinion documentée de cliniciens et de gestionnaires et l'harmonisation avec d'autres cadres visant à atténuer les inégalités de santé⁴⁶.

Dans de nombreux cas, on reconnaît la contribution de gens du milieu, qui ont en l'occurrence une connaissance étroite des inégalités, ainsi que leurs familles ou leurs proches aidants²³, y compris les personnes dont la voix n'a pas toujours été aussi bien entendue^{42(p.14)}. Carmen Green et de ses collaboratrices expliquent pour leur part avoir cherché à inclure des personnes de diverses identités et perspectives et à créer un cadre facile à appliquer. Elles y sont parvenues en appelant les Afro-Américaines donnant naissance à formuler leurs commentaires et tenu compte des points de vue recueillis dans le processus d'élaboration de leur cadre qui vise à assurer des soins respectueux^{37(p.2)}. De même, Andrea Daley et ses collaboratrices précisent avoir eu recours à une démarche de cocréation impliquant des chercheurs et des comités consultatifs locaux composés de personnes des communautés 2SLGBTQ+ ayant des expériences de vie différentes en termes d'incapacité, de race, de bispiritualité et d'âge, et un comité spécifiquement formé pour apporter le point de vue des aînés^{40(p.5)}.

Lynden Lindsay Crowshoe et ses collaborateurs se sont basés quant à eux sur les commentaires recueillis lors d'entretiens pour créer un cadre destiné à améliorer la qualité des soins prodigués aux Autochtones :

Les principaux participants aux [séances de discussion] étaient notamment i) les Aînés et les détenteurs des connaissances, car nous voulions nous laisser guider par les connaissances et les points de vue épistémologiques autochtones; ii) les autorités autochtones; iii) les prestataires de services de santé et les décisionnaires des systèmes de santé; iv) les gens des collectivités ayant des obligations professionnelles en matière d'équité en santé des populations et de transformation des [soins de santé primaires] en Alberta^{15(p.726)}. (Traduction libre)

Dans certains cas, aucune description du processus d'élaboration ne figure dans le texte, et seuls les auteurs ou les sources de financement sont énumérés^{8,9,29,32,35}. D'autres sont le fruit d'un projet de plus grande envergure (p. ex., étude de recherche), mais ne comportent aucun détail au sujet de la méthode de conception^{27,34}.

PROCESSUS DE CONCEPTION RIGOREUX

Le cadre de Santé Ontario est le fruit d'un processus de conception rigoureux, et le rapport comporte une description détaillée du mode d'engagement communautaire employé. Le cadre émane de consultations internes et externes, mais aussi « d'une évaluation de l'état actuel des ressources et du soutien, d'une analyse réalisée par le Wellesley Institute [...] et de la mobilisation des membres noirs de l'équipe et de la direction de Santé Ontario^{24(p.10)} ».

Le rapport fait état de sondages, de consultations et de discussions tenus avec des groupes ou des membres du personnel de diverses branches de Santé Ontario, y compris, sans s'y limiter, les Groupes de travail sur l'équité, l'inclusion, la diversité et l'antiracisme, l'équipe de direction intégrée, le Conseil consultatif des patients et des familles de Santé Ontario et les membres noirs de l'équipe de Santé Ontario.

Les consultations externes ont été menées auprès de prestataires de soins à domicile et en milieu communautaire, d'intervenants dans le domaine de la santé mentale et des toxicomanies (y compris les secteurs de la santé mentale et des toxicomanies aiguës et communautaires), de fournisseurs et de responsables des soins primaires (y compris le Indigenous Primary Health Care Council) et ainsi de suite²⁴.

Ces listes, quoique spécifiques au contexte de Santé Ontario, pourraient se révéler utiles pour d'autres instances au moment de se questionner sur les partenaires et informateurs clés à engager dans un processus pour assurer une plus grande équité.

LOGIQUE SOUS-TENDANT L'UTILISATION DU PROCESSUS DE COCRÉATION

Parmi les textes décrivant les processus de cocréation ou de collaboration à la conception, on explique habituellement l'importance d'une telle approche. Dans un cas, par exemple, on mentionne avoir mené de vastes consultations afin d'assurer que le plan reflète les besoins des peuples aborigènes des quatre coins de la Tasmanie (Australie^{47(p.6)}). Dans un autre cas, on signale que le cadre a été conçu par et pour les peuples aborigènes

et que l'amélioration de leur état de santé et de bien-être dépend de leur engagement et de leur participation^{27(p.3)}.

Dans le cas d'autres cadres encore, on précise que le processus de collaboration à la conception permet de collecter de l'information sur les priorités à accorder dans les plans, les politiques et les programmes auprès des personnes ultimement concernées par la démarche^{12,42,44}. Dans un cas, les auteurs soulignent l'importance de recueillir le récit directement des personnes ayant vécu la situation ou vivant dans la situation. Ils signalent avoir écouté de nombreux récits de leurs frères et sœurs qui ont fait l'expérience du cancer, et vouloir s'assurer que leur stratégie reflète la sagesse des Autochtones atteints du cancer ou ayant survécu au cancer et de leurs proches aidants^{12(p.10)}.

Ces témoignages mettent en relief la valeur du processus de cocréation et laissent entendre qu'il s'agit d'une condition sine qua non de la qualité et de la pertinence des stratégies propres à contribuer à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être – et, qui plus est, un but à viser en priorité selon les groupes de population eux-mêmes.

Processus de mise en œuvre

De manière générale, il est possible de mettre en œuvre les cadres sélectionnés puisqu'ils montrent *ce qu'il y a* à faire. Les cadres fournissent pourtant trop peu de détails sur la façon de procéder ou *la démarche* employée lors de la mise en œuvre. Cela dit, il y a heureusement des exceptions (expliquées ci-dessous) susceptibles d'aider les acteurs des organisations et des systèmes à progresser vers l'atteinte de l'équité en santé.

LEVIERS DE MISE EN ŒUVRE

La présente partie traite des leviers pouvant servir à traduire les cadres d'équité en santé en mesures concrètes. L'équipe de recherche a arrimé, dans la mesure du possible, les mécanismes de mise en œuvre décrits dans les textes aux sept leviers ressortant du document britanno-colombien afin de prioriser l'équité en santé dans les systèmes de santé d'envergure¹.

Les sept leviers de mise en œuvre sont :

- appliquer une approche concertée et rigoureuse à la priorisation de l'équité en santé dans les systèmes de santé;
- allouer les ressources nécessaires à la démarche d'équité en santé;
- bâtir les capacités voulues pour s'engager dans une démarche d'équité en santé;
- recruter, faire participer et soutenir des champions de l'équité en santé;
- faire de l'équité en santé une valeur des systèmes;
- énoncer explicitement que l'équité en santé constitue une priorité stratégique;
- intégrer la notion d'équité en santé dans les processus décisionnels.

Le cadre de Santé Ontario comporte une brève description du processus de mise en œuvre. Outre les recommandations et les premières activités proposées au sein de Santé Ontario et du système de santé de la province, le rapport fait état des responsabilités à assumer et notamment que « [L]e Bureau de l'équité de Santé Ontario soutiendra toutes les activités liées au cadre^{24(p.22)} »

Le fait de préciser à qui revient la responsabilité de la démarche d'équité en santé dans la façon de travailler de l'organisation et de ses partenaires, et de prévoir les ressources nécessaires au respect de cette responsabilité, favorise une démarche d'équité harmonisée et rigoureuse dans l'ensemble des systèmes et peut aider à mobiliser les ressources nécessaires à l'atteinte de l'équité en santé.

Dans de nombreux cas, on décrit des mesures concrètes ou des études de cas s'arrimant avec le levier d'acquisition des compétences. Par exemple, bâtir la capacité organisationnelle compte parmi

les pratiques stratégiques mises de l'avant par le Human Impact Partners. La pratique consiste pour le personnel et la direction des services de santé à prendre certaines mesures, par exemple :

Disposer d'un processus de sensibilisation, de dialogue et de perfectionnement professionnel pour que l'ensemble du personnel s'engage à :

1. expliquer les données probantes au sujet de la nature et des causes des inégalités de santé;
2. explorer les causes profondes des inégalités de santé – l'oppression et le pouvoir – et les moyens d'y mettre fin;
3. débattre des valeurs et des besoins de la population;
4. doter le personnel des compétences et des capacités de base nécessaires à l'atteinte de l'équité en santé⁹. (Traduction libre)

Sur le plan de l'acquisition des compétences voulues pour reconnaître et démanteler le racisme, les auteures de l'un des textes sélectionnés posent la question : « Comment savoir si le racisme est bel et bien la cause profonde des écarts de santé que vous cherchez à éliminer^{48(p.3)}? » (Traduction libre) Pour aider à répondre à la question, elles proposent une liste de situations potentiellement vécues par la population concernée, y compris les obstacles à la possibilité d'accumuler de richesses, les inégalités en matière d'éducation ou l'insécurité du logement vécue de façon disproportionnée.

L'acquisition des compétences peut impliquer l'acquisition des connaissances des concepts d'équité en santé, y compris la reconnaissance des sources d'inégalité et d'oppression (colonialisme/ racisme, discrimination fondée sur le genre et le sexe, âgisme, néolibéralisme/capitalisme), du pouvoir et du privilège^{1(p.10et11)} grâce à de la formation efficace et structurée.

Des études de cas au sujet de l'acquisition de la capacité organisationnelle accompagnent le cadre du Human Impact Partners⁹. L'une d'entre elles porte sur le projet lancé par le service de santé et de l'hygiène mentale de la Ville de New York afin de doter le personnel des compétences nécessaires pour mettre fin au racisme, mettre en place des politiques propres à atténuer les effets de l'oppression structurelle et multiplier les collaborations avec les diverses communautés présentes dans la métropole américaine⁴⁹. Il est intéressant de noter que les propos de la toute nouvelle commissaire à la santé ont inspiré la démarche. Celle-ci avait en effet déclaré que l'équité en santé doit constituer une priorité commune du personnel de l'ensemble des divisions et de l'agence et instauré un Centre de l'équité en santé. Elle a aussi expliqué publiquement les raisons pour lesquelles les professionnels de la santé publique et de la santé devaient lutter contre le racisme et les autres formes d'oppression. Elle est d'ailleurs l'auteure du texte paru dans le *New England Journal of Medicine* et intitulé « #BlackLivesMatter – A Challenge to the Medical and Public Health Communities⁴⁹ ».

La même étude de cas montre que la présence de champions de l'équité en santé peut créer de la valeur et consolider la priorité accordée à l'équité en santé et même soutenir le développement des compétences en matière d'équité en santé au sein de l'organisation^{1(p.10)}.

Le processus de mise en œuvre du cadre d'Andrea Daley et de ses collaboratrices comporte les sept étapes suivantes :

- mobiliser les ressources financières;
- mettre sur pied un comité responsable de l'équité, de la diversité et de l'inclusion;
- assurer la formation continue de la direction et du personnel en matière d'équité, de diversité et d'inclusion;

- veiller à nommer à des postes direction des membres des groupes de population privés d'équité;
- élaborer des plans de mise en œuvre et d'évaluation;
- évaluer le changement organisationnel⁴⁰.
(Traduction libre)

De nombreux cadres montrent l'importance des partenariats et des collaborations durant les processus de mise en œuvre. La participation de partenaires à la mise en œuvre s'inscrit dans une démarche concertée et rigoureuse pour assurer une plus grande équité. Comme il est énoncé dans la publication au sujet du cadre du gouvernement de l'Écosse :

Nous voilà à l'étape de la mise en œuvre et de la surveillance. Nous prévoyons ce néanmoins nous appuyer sur le même processus participatif fondé sur les partenariats qui a servi à l'élaboration du cadre. Nous accroîtrons nos interactions avec des organisations et des individus de divers horizons, en commençant par les organismes communautaires axés sur le travail de proximité jusqu'aux praticiens du secteur public et les universitaires et en passant par les responsables de l'élaboration des politiques. Nous élaborerons ensemble l'approche au cours des six mois suivant le lancement du processus^{42(p.16)}.
(Traduction libre)

Dans le document d'orientation sur le cadre d'équité en santé concernant les Aborigènes et les Insulaires du détroit de Torres, le gouvernement du Queensland (Australie) souligne « l'importance à accorder aux voix, à l'expérience vécue et au pouvoir culturel des Aborigènes et des Insulaires du détroit de Torres dans la cocréation, la coresponsabilisation et la coréalisation des stratégies d'équité en santé^{22(p.12)} » (traduction libre). Il attire en outre l'attention sur le fait que la cocréation exige un processus décisionnel concerté, entamé le plus rapidement possible dans la démarche.

Dans un cadre produit en Colombie-Britannique, on établit le lien entre le fait d'assurer que le travail exécuté à chaque étape de la démarche repose sur l'engagement communautaire et d'encourager une représentation et un pouvoir plus appréciables des Premières Nations dans l'ensemble du système de santé⁴⁵.

Dans un autre cas, on estime qu'il faut une collaboration intersectorielle pour prendre en compte les corrélations entre la santé et les déterminants sociaux. On encourage ainsi les acteurs de secteurs différents à démontrer leur engagement envers la réalisation du cadre en harmonisant leur planification stratégique au cadre^{27(p.24)}. Cela témoigne de l'importance d'officialiser les engagements envers l'équité en faisant explicitement de l'équité en santé une priorité stratégique et en utilisant une approche concertée et rigoureuse pour assurer une plus grande équité.

La leçon tirée de l'application d'un des cadres est qu'il faut insister davantage sur l'utilisation d'une approche concertée et rigoureuse pour faire avancer l'équité en ce sens que l'établissement d'une terminologie commune s'est révélé une première étape cruciale dans la démarche pour l'équité en santé^{41(p.744)}. Le cadre en question se veut un outil pour aider les cadres de direction et les professionnels des milieux de la recherche et des pratiques dans le domaine de la santé publique à réfléchir et à soutenir un changement afin d'agir pour éliminer les inégalités de santé découlant de l'interaction entre les facteurs structurels, relationnels, individuels et physiologiques^{41(p.741)}.

Soulignons que les cadres créés et appliqués grâce à des partenariats peuvent aider à véhiculer l'équité en santé comme valeur des systèmes, soutenue par la justice sociale et fondée sur la reconnaissance des causes structurelles des inégalités, où l'équité reçoit toute l'attention des partenaires de toutes les branches de la santé publique et des soins de santé^{1(p.10)}.

PROBLÉMATIQUES, OCCASIONS ET LEÇONS APPRISES

Inscrire explicitement l'équité dans les priorités stratégiques ne suffit pas nécessairement à assurer une démarche rigoureuse en ce sens⁵⁰. Les énoncés au sujet de l'équité en santé peuvent relever simplement de la rhétorique, et la courte durée de vie des projets ne permet pas toujours de réaliser les plans dans leur entier⁴⁹. Il semble donc que l'usage d'un seul levier soit insuffisant et qu'une approche globale s'avère nécessaire pour enclencher et soutenir une démarche pour l'équité en santé. Comme il a été mentionné plus haut, les cadres présentent des limites inhérentes. Un outil d'équité en santé ne peut par exemple servir de fondement à une stratégie organisationnelle visant à lutter contre [les inégalités sociales de santé]; il faut plutôt l'intégrer à une approche systémique en matière de perfectionnement professionnel et de développement organisationnel^{5(p.e71)}.

À l'issue d'une étude d'évaluation des facteurs facilitant l'utilisation d'un outil d'équité en santé, Anne Guichard et ses collaboratrices ont publié leurs résultats qui se résument comme suit :

- la convivialité,
- la littératie,
- les ressources utiles pour adapter et appliquer l'outil,
- l'acquisition des compétences,
- les organisations et les politiques dans lesquels on encourage l'application de l'outil dans les activités courantes et dans une démarche pour assurer une plus grande équité⁵.

Il serait sans doute avantageux pour les organismes prévoyant élaborer ou appliquer des outils ou des cadres d'équité d'analyser ces facteurs à la lumière de leur contexte local.

Les leçons tirées de l'application du cadre « Partnership Pentagram Plus » de Ray Markham et de ses collaborateurs indiquent que la mise en œuvre exige ce qui suit :

- accorder le temps nécessaire, en raison de la longueur de la méthode;
- mesurer les divers indicateurs de réussite (p. ex., à l'aide de processus itératifs), puisque l'attribution s'avère difficile dans un système complexe;
- bâtir les compétences pour animer des groupes suivant la méthode de l'analyse positive;
- établir des relations de travail sans égard aux cloisonnements;
- maintenir la dynamique engagée en entretenant des relations sur une base permanente;
- affirmer le leadership des Premières Nations (sur les plans des politiques et de la santé¹⁷).

Dans le même ordre d'idées, le document d'orientation concernant le cadre de l'Aboriginal Community Controlled Health Organisation (Australie) fait état des facteurs de réussite des démarches d'amélioration de la qualité. Celles-ci reflètent étroitement les facteurs facilitant la mise en œuvre décrits par Thea van Roode et ses collaboratrices¹, c'est-à-dire :

- l'engagement de l'ensemble de l'organisation;
- les approches concertées et rigoureuses;
- la formation du personnel;
- la collecte et l'application des données probantes²¹.

Puisque certains des cadres sélectionnés ont moins de trois ans, leur mise en œuvre est sans doute toujours en cours. Les observations en découlant n'ont dès lors pas encore été rendues publiques.

Les acteurs d'organisations et de systèmes qui mettent en œuvre de tels cadres peuvent saisir l'occasion de publier les résultats de leur processus – positifs et négatifs – et de contribuer ainsi à l'enrichissement des connaissances au sujet des démarches d'équité.

Comme nous l'expliquons dans la partie sur les considérations à prendre en compte pour assurer une plus grande équité (voir la section intitulée « Considérations pour assurer une plus grande équité – Considérations au sujet de la démarche d'équité en santé », p. 39), la concertation s'avère tout aussi importante, sinon plus, que le processus ou les résultats. S'engager à travailler en partenariat et dans la solidarité peut avoir plus d'impact que de suivre des plans hautement prescriptifs ne laissant aucune place à la nuance ni aucune marge de manœuvre. Dans un cas, on cite dans le document d'orientation qu'il faut considérer la manière d'apporter le changement, pas seulement l'objectif à atteindre, parce que le changement ne résistera pas à l'épreuve temps s'il n'est pas réalisé de la bonne façon^{47(p.3)}.

Soulignons en outre l'absence d'une marche à suivre claire ou détaillée pour la mise en œuvre le cadre, ce qui peut refléter le fait qu'il n'y a pas de « bonne » façon de faire avancer l'équité. Certaines stratégies peuvent exiger de procéder par essais et erreurs ou d'effectuer des tests pilotes, en y incluant une étape d'évaluation du procédé, afin de déterminer ce qui pourra fonctionner dans un contexte particulier²¹.

L'absence de détails concernant le mode de mise en œuvre des cadres montre qu'il n'est pas nécessaire de posséder toutes les réponses avant d'entamer la démarche.

Évaluation des cadres

Bien qu'ils fournissent peu de renseignements au sujet des plans d'évaluation des cadres, les auteurs reconnaissent leur importance capitale et l'utilité des résultats, par exemple, pour :

- améliorer les connaissances au sujet de ce qui fonctionne bien (ou non) pour faire avancer l'équité en santé;
- soutenir une plus grande responsabilisation envers la démarche d'équité en santé;
- continuer de peaufiner les cadres à mesure que les connaissances s'améliorent sur leur usage.

Les auteurs de nombreux textes font allusion à l'évaluation au fil de leurs propos, alors que d'autres y accordent une place distincte dans la structure du cadre. Des méthodes et des outils d'évaluation pratiques sont aussi mentionnés dans de nombreux cas. Signalons qu'un processus d'évaluation est en cours pour un seul des cadres et que des résultats d'évaluation sont mentionnés pour un autre cadre, mais sans beaucoup de détails.

De toute évidence, la littérature – et peut-être aussi les mesures concrètes – laisse transparaître des failles dans les processus d'évaluation des cadres.

CADRES DOTÉS D'UNE COMPOSANTE D'ÉVALUATION DISTINCTE

De nombreux cadres renferment une composante distincte pour l'évaluation. L'une des six composantes incluses dans le cadre de Gayle Holmes Payne et de ses collaborateurs³¹ porte sur « la surveillance et l'évaluation des progrès » et comporte des explications sur la marche à suivre pour créer un modèle logique pour la planification et l'évaluation des interventions. Les auteurs incluent dans cette partie un aperçu des méthodes d'évaluation

formative et d'évaluation des processus et des résultats afin de mesurer le degré de réussite des stratégies de changement et dirigent les lecteurs vers d'autres mesures et ressources en matière d'évaluation. Ils fournissent par ailleurs des détails sur l'apport de la cocréation dans la rigueur des plans d'évaluation, compris dans l'élaboration de mesures facilement adaptables à de nombreuses langues, activités de collecte de données et méthodes d'application des données.

L'une des composantes du cadre de la First Nations Health Authority se rapporte à l'acquisition des connaissances, un aspect de l'évaluation parce l'objectif est d'accroître les occasions de recherche et de surveillance afin de mieux comprendre la trajectoire de soins en oncologie chez les Autochtones^{12(p.23)}.

Le cadre de Santé Ontario comporte quant à lui deux composantes associées à l'évaluation, l'une centrée sur la collecte de données sur l'équité et l'autre sur les rapports et les évaluations pour assurer une amélioration^{24,51}. Une série d'indicateurs de résultats sous-tendent ces deux composantes et peuvent servir à recueillir des données de base et à mesurer l'évolution du changement. Des mesures de départ ont été établies collaborativement dans le contexte du processus d'engagement communautaire ayant servi à l'élaboration du cadre. Des mesures sont énoncées pour chacune des onze composantes du cadre (p. ex., démanteler le racisme, atténuer les inégalités). Une bonne partie des mesures réfèrent à des façons d'intégrer les responsabilités à cet effet dans les pratiques courantes (p. ex., l'équipe de la haute direction dispose du temps nécessaire à l'ordre du jour pour analyser l'état d'avancement des efforts pour atteindre les objectifs²⁴).

CADRES DOTÉS DE MÉTHODES ET D'OUTILS D'ÉVALUATION CONCRETS

De nombreux auteurs décrivent des outils concrets à utiliser pour évaluer les démarches d'équité. Vijaya Hogan et ses collaboratrices présentent par exemple dans leur texte une échelle – non validée pour le moment – qu'elles ont surnommé la Hogan/Rowley Institutional Measure of Equity (H.R.I.M.E.) et qui sert à évaluer le degré de réussite d'une organisation à atténuer les inégalités⁸. L'échelle numérique varie de -6 à +6 et les valeurs correspondent à ce qui suit :

- -6 : l'influence de l'organisation amène d'autres acteurs à prendre des mesures régressives et à renforcer encore plus les inégalités de santé;
- 0 : aucune mention ou indication des mesures à prendre pour mettre fin aux inégalités;
- +6 : les initiatives organisationnelles pour l'équité sont intégrées dans l'ensemble de l'organisation et influencent la démarche d'autres acteurs en matière d'équité, favorisant ainsi la synergie entre les collectivités et les secteurs.

Dans une étude de cas présentée par les auteures, l'organisation étudiée a reçu un score de +3 (c.-à-d., l'organisation offre un soutien concret), les données attestant de la formation du personnel sur le plan de l'antiracisme et d'autres sujets connexes afin de comprendre le rôle joué par la race^{8(p.152)}.

Un autre outil d'évaluation efficace comporte une série de six indicateurs organisationnels chacun doté de questions d'évaluation fondées sur la dynamique du pouvoir et du privilège afin d'aider les organisations à procéder à des auto-évaluations systématiques de leurs politiques, programmes et services^{40(p.8)}. Les résultats d'une telle auto-évaluation peuvent servir à déterminer le changement organisationnel nécessaire et à

soutenir la mise en œuvre de stratégies propres à favoriser des soins inclusifs et d'affirmation de genre à l'intention des communautés 2SLGBTQ+^{40(p.8)}.

Dans de nombreux cas, les auteurs citent des études de cas sur les mesures concrètes prises à l'aide d'approches et d'outils précis. Le document sur le cadre de l'Aboriginal Community Controlled Health Organisation (Australie) pour assurer l'équité des projets d'amélioration de la qualité comporte par exemple de l'information sur la création et l'utilisation de tableaux de bord de données destinés à déterminer et à mesurer le changement²¹. Les tableaux de bord aident à encourager une rivalité amicale entre les équipes et sont repensés tous les six mois afin de soutenir un changement à long terme. Les auteurs soulignent que les rapports sur l'état d'avancement du projet d'amélioration de la qualité servent à plaider pour l'enrichissement des politiques et des fonds nécessaires à la démarche d'équité en santé.

CADRES DOTÉS D'UN PLAN D'ÉVALUATION DÉTAILLÉ

Melanie Ward et ses collaborateurs¹⁰ font la description de plans d'évaluation détaillés puisque leur cadre a un double objectif, c'est-à-dire :
1) guider la mise en œuvre des interventions d'équité en santé fondés sur des partenariats équitables et
2) évaluer l'efficacité des partenariats visant à remédier aux inégalités de santé.

Les auteurs établissent une corrélation entre la mesure dans laquelle les partenariats s'avèrent équitables et l'efficacité du travail du groupe pour atteindre l'objectif commun d'atténuer les inégalités de santé. Les partenariats équitables se caractérisent par le partage du leadership et du pouvoir et la participation efficace¹⁰.

Les facteurs susceptibles de favoriser des partenariats plus équitables sont par exemple les changements apportés aux relations de pouvoir au sein des partenariats et l'amélioration de la capacité individuelle et collective (p. ex., connaissances, influence sur les processus décisionnels) susceptible de contribuer à l'atteinte des buts et des objectifs du partenariat à long terme^{10(p.27)}. Les résultats à long terme vont de l'intégration de changements dans les politiques et les pratiques, jusqu'aux nouveaux programmes et aux interventions dans les façons de travailler de l'organisation et la réduction de résultats inéquitables par rapport à l'état de santé.

Les auteurs décrivent dans leur texte les mesures d'équité, les indicateurs et les méthodes de collecte de données pour chacune des cinq composantes du cadre fondé sur une approche de travail par étapes pour assurer une plus grande équité en santé. Le tableau 3 reproduit un exemple tiré de la composante « Processus de partenariat axés sur l'équité » du cadre.

Les auteurs recommandent d'utiliser l'évaluation formative vu la nature cyclique et itérative des partenariats. Ils recommandent en outre d'élaborer les mesures d'évaluation de l'équité des processus et des résultats du partenariat de manière concertée et à la lumière des priorités des populations^{10(p.30)}.

CADRES SANS VÉRITABLE MENTION DE PLANS D'ÉVALUATION

Dans bien des cas, les activités et les plans d'évaluation font l'objet de brèves, voire de mauvaises, descriptions. Les auteurs de l'un des cadres mentionnent qu'une évaluation est en cours (sans approfondir sur la question). Ils reconnaissent toutefois l'importance d'en communiquer les résultats afin de faire progresser les connaissances au sujet du processus de mise en œuvre d'un cadre d'équité en santé :

À mesure qu'avancera l'évaluation du [cadre d'équité en santé], nous n'hésiterons pas à profiter des occasions de travailler collaborativement avec les personnes qui ont créé un cadre d'équité en santé, afin d'échanger sur les leçons apprises et de réfléchir au peaufinage à faire pour les acteurs du domaine^{41(p.745)}. (Traduction libre)

Le peu de renseignements au sujet des activités ou des plans d'évaluation fait en sorte que les auteurs font peu souvent mention de *résultats* quelconques sur ce plan. Nous pouvons en supposer que, dans la majorité des cas, rien en ce sens n'a été fait ou terminé pour l'instant ou, si une évaluation est en cours ou a déjà été menée à bien, les résultats n'ont pas encore été rendus publics.

TABLEAU 3 : Exemple de mesure, d'indicateur et de méthode de collecte de données^{10(p.31)}

MESURE	INDICATEUR	MÉTHODE DE COLLECTE DE DONNÉES
Points analysés suivant une liste pertinente dressée par la population	Activités fondées sur les commentaires des populations qui vivent des inégalités	Revue documentaire, par exemple, les comptes rendus des réunions

Dans de nombreux cas, les auteurs mentionnent qu'il faudra pousser plus loin les recherches et le peaufinage une fois les processus de mise en œuvre et d'évaluation du cadre terminés. Un autre point à aborder dans ce contexte concerne le choix des mécanismes à prévoir pour assurer l'utilité et la souplesse du cadre à long terme en l'adaptant aux connaissances émergentes et aux changements en matière de démographie et de politiques dans les dernières phases de la durée de vie du cadre et en tenant compte du chemin parcouru^{42(p.16)}. Les données recueillies à la suite des évaluations aideront sans doute les responsables de la mise à œuvre à apporter les ajustements nécessaires au cadre à mesure que le contexte et les connaissances continuent d'évoluer.

En fin de compte, malgré le peu de mentions au sujet de plans d'évaluation et l'absence presque complète de résultats d'une évaluation quelconque, un bon nombre d'auteurs insistent sur l'importance de l'évaluation en raison du peu de connaissances au sujet des facteurs facilitant la progression vers l'équité en santé.

Il en découle par voie de conséquence que la littérature et probablement aussi les pratiques présentent des lacunes sur ce plan. Il semblerait alors important d'allouer les ressources nécessaires en ce sens et de diffuser les résultats afin de soutenir l'apprentissage dans les organisations et les systèmes.

Considérations pour assurer une plus grande équité

À partir des observations formulées plus haut, nous présentons ci-dessous une série de considérations à prendre en compte dans une démarche pour faire avancer l'équité en santé, qu'il s'agisse d'élaborer, d'adapter ou d'utiliser un cadre d'équité en santé ou non. Les considérations peuvent plus particulièrement aider les acteurs du ministère

de la Santé de la Colombie-Britannique et leurs partenaires régionaux de même que les acteurs des autres provinces et territoires à prendre des mesures pour l'équité en santé dans le contexte d'une réforme de la santé publique ou d'autres efforts de transformation organisationnelle et systémique.

Considérations générales au sujet de la démarche d'équité en santé

- Rappelez-vous que votre *méthode de travail et votre façon de cheminer* comptent tout autant que le résultat. Comme il est mentionné dans l'un des textes : « Il faut savoir s'interroger sur la façon d'apporter le changement, pas seulement sur la nature des changements à opérer; si le changement n'est pas effectué de la bonne manière, il ne durera pas^{47(p.3)} » (traduction libre). Mettre l'accent sur la qualité du processus s'avère singulièrement important puisque la démarche d'équité en santé n'a rien de facile. Il s'agit d'un exercice itératif et cyclique qui dépend du contexte précis dans lequel il a lieu.
- Réfléchissez sur votre propre conception du monde, votre propre position sociale et les préjugés et idées reçues qui vous sont propres, et engagez-vous dans un processus d'apprentissage continu – et de désapprentissage au besoin – pour vous aider à surmonter les difficultés inhérentes à la démarche d'équité en santé.
- Inscrivez la démarche d'équité en santé dans un processus d'engagement officiel et important en matière, par exemple, de mesures législatives (p. ex., provinciales, territoriales et fédérales en lien avec la *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*, néo-écossaises en lien avec le projet de loi pour démanteler le racisme et la haine); d'orientations stratégiques ou d'autres plans stratégiques, opérationnels ou de mise en œuvre à l'échelle du système. Cela pourrait permettre de responsabiliser davantage les individus intervenant dans la démarche.
- Centrez la démarche d'équité en santé avant tout autour du démantèlement des relations de pouvoir inéquitables et du rétablissement de l'équilibre entre les divers acteurs et autour du démantèlement du racisme et du suprémacisme blanc.

- Tirez parti des sept facteurs de réussite de base (leviers du processus de mise en œuvre) et intégrez-les afin de faire de l'équité en santé une priorité des systèmes de santé de grande envergure^d et dans les démarches de transformation du système et de renouvellement de la santé publique et de déterminer en quoi les cadres d'équité en santé peuvent servir à soutenir la démarche.
- Il n'y a pas de « bonne » façon de faire avancer l'équité en santé. Il n'est pas nécessaire ni toujours possible de disposer de toutes les réponses avant d'entamer la démarche. Vous devrez mettre à l'essai, peaufiner et évaluer les stratégies de mise en œuvre pour savoir ce qui portera des fruits dans un contexte ou un autre²¹.

Considérations générales au sujet de la création, de l'adaptation et de l'application des cadres d'équité

Questionnez la mesure dans laquelle un cadre d'équité en santé aura pour effet de faciliter ou d'entraver les grands changements structurels nécessaires pour atteindre une véritable équité en santé. Commencez par vous poser les questions fondamentales suivantes :

- Quel est le but visé par la démarche d'équité en santé et les valeurs et est-ce que les principes sous-jacents au cadre sélectionné s'harmonisent à ce but?
- Le cadre d'équité en santé exige-t-il de procéder à l'analyse critique rigoureuse nécessaire pour effectuer les changements structurels et la transformation du système appropriés?
- Pourquoi pensez-vous que le cadre d'équité en santé choisi s'avère la prochaine étape logique?
- les fonctions en aval, comme la prestation des services aux points d'intervention;
- les fonctions en amont, comme l'exercice d'une influence sur les politiques ou le renforcement du pouvoir des populations poussées à vivre en situation de marginalisation.
- Où se situe l'organisation dans son cheminement vers l'équité en santé?
- Sur quelles voix, perspectives et formes de savoirs repose le cadre?
- Comment est organisé le système de santé dans la région desservie par l'organisation? Les niveaux d'intervention du cadre s'harmonisent-ils au contexte dans lequel le changement est souhaité?

Pour sélectionner le cadre répondant le mieux à votre contexte de travail, commencez par vous poser les questions suivantes :

- Sur quels aspects la démarche de l'organisation en matière d'équité en santé est-elle centrée? Par exemple :
 - les fonctions de la santé publique, comme la surveillance, la promotion de la santé et la gestion du système;

Intégrez des approches globales, rigoureuses et éclairées en matière d'engagement communautaire et de création de partenariats équitables – y compris pour ce qui est du partage du pouvoir et du processus décisionnel – à toutes les étapes des processus de cocréation, de mise en œuvre concertée et de co-évaluation d'un cadre d'équité en santé.

^d Les sept leviers de mise en œuvre sont : appliquer une approche concertée et rigoureuse à la priorisation de l'équité en santé dans les systèmes de santé; allouer les ressources nécessaires à la démarche d'équité en santé; bâtir les capacités voulues pour s'engager dans une démarche d'équité en santé; recruter, faire participer et soutenir des champions de l'équité en santé; faire de l'équité en santé une valeur commune aux systèmes; énoncer explicitement que l'équité en santé constitue une priorité stratégique; intégrer la notion d'équité en santé dans les processus décisionnels¹.

Considérations spécifiques aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis

En sachant que l'application des principes de décolonisation, de réconciliation et d'autodétermination s'avère un travail délicat, l'équipe propose les considérations préliminaires suivantes en ce qui touche les Premières Nations, les Inuits et les Métis :

- Il importe d'accorder la même place aux systèmes de connaissances autochtones qu'aux systèmes de connaissances occidentaux. Toutes les deux abordées dans le présent document, les approches de la vision des deux yeux et de l'espace éthique permettent de prendre en compte des visions du monde différentes. Dans un rapport du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone intitulé *Vers un avenir meilleur*, Margo Greenwood, Ph. D., a déclaré ce qui suit :

Bâtir un système de santé publique et populationnelle exempt de racisme et de discrimination dans lequel les Autochtones ont la possibilité d'accéder à des services de santé qui reposent tant sur les savoirs traditionnels que sur les modèles occidentaux, voilà un rêve qu'il [faut] réaliser, à force d'efforts et de volonté^{52(p.26)}.

- Il faut absolument démanteler le racisme et le suprémacisme blanc pour faire avancer l'équité, parce que le racisme se manifeste partout,

dans l'ensemble des systèmes et des structures et que ses manifestations s'entrecroisent et engendrent les inégalités.

- Utiliser l'analyse critique des systèmes de pouvoir (p. ex., le colonialisme de peuplement) et l'approche de la décolonisation pour assurer une plus grande équité en santé et une meilleure autodétermination pour et par les Premières Nations, les Inuits et les Métis pèse dans la balance. L'analyse du pouvoir peut s'avérer un outil efficace pour promouvoir la sécurité culturelle et, de ce fait, se rapprocher un peu plus de l'équité en santé.
- Il faut aussi intensifier et renforcer l'engagement avec divers conseillers des Premières Nations, inuits et métis à toutes les étapes d'un processus axé sur l'équité en santé en matière de renouvellement de la santé publique ou de transformation systémique. Tara C. Hill et ses collaboratrices ont cité à cet effet Leah May Walker et Daniele Behn-Smith qui estiment que les personnes travaillant dans le milieu médical pourraient saisir l'occasion de reconnaître et d'honorer les principes de relations comme fondamentaux dans la médecine des communautés autochtones^{11(p.10)}.

Lacunes dans la littérature et implications pour les travaux de recherche à l'avenir

- Dans la littérature, les rares textes faisant référence à des cadres d'action contiennent peu de détails sur les processus de mise en œuvre, les plans d'évaluation ou les résultats. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'il n'y a pas de bonne façon de procéder puisqu'il faut par-dessus tout adapter la démarche d'équité en santé au contexte comme tel.
- Il faut considérer l'évaluation des démarches et des cadres d'équité en santé comme une étape essentielle exigeant les ressources appropriées.
- Un autre point important est de rendre les résultats d'évaluation publics, qu'ils soient positifs ou négatifs, afin d'enrichir les données probantes en matière d'équité en santé dans le cadre d'une démarche plus globale pour faire progresser les connaissances au sein des systèmes et des organisations.

Conclusion

Après leur revue systématique et leur étude de synthèse de la littérature, l'équipe de recherche a relevé 47 cadres d'action qui répondaient à la question de recherche suivante : Parmi les cadres d'équité en santé, lesquels pourraient servir à orienter les processus de planification, de prise de décision et de prestation des services en santé publique?

Outre la synthèse descriptive des principaux éléments de chaque cadre – y compris les objectifs, les populations ciblées, la structure, les théories et les concepts fondamentaux, les méthodes de conception et les perspectives quant à la mise en œuvre et l'évaluation –, le présent rapport devrait inciter les utilisateurs des cadres à remettre en question les idées reçues et la vision du monde qui leur sont propres tout au long des processus de cocréation, de sélection ou d'application d'un cadre. Il vise aussi à faire comprendre que les cadres d'équité en santé ne sont pas nécessairement tous bons en soi et à encourager les utilisateurs à se montrer critiques dans leur démarche pour faire avancer l'équité en santé. En sachant que la conception s'effectue dans des contextes empreints d'inégalités, les utilisateurs des cadres doivent

commencer par se poser la question suivante : Comment nous assurer que le cadre d'équité en santé que nous sommes à élaborer et/ou à utiliser fera en sorte de démanteler le colonialisme, le suprémacisme blanc, le racisme, la transphobie, le sexisme et les autres systèmes d'oppression? La sous-question devient ensuite : Comment nous assurer que notre façon de fonctionner ensemble pourra aider à mettre fin aux inégalités par rapport aux relations de pouvoir et à l'universalité des systèmes d'oppression?

Dans le même ordre d'idées, les cadres sélectionnés mettent en évidence deux piliers fondamentaux sur lesquels l'approche d'équité en santé doit reposer : 1) situer la correction des inégalités par rapport aux relations de pouvoir et du déséquilibre du pouvoir entre les divers acteurs au cœur de la démarche, et 2) démanteler le racisme et le suprémacisme blanc.

S'ils sont employés par des praticiens investis dans la pensée critique, la réflexivité, et l'apprentissage et le désapprentissage continus, les cadres d'équité en santé se révéleront des outils efficaces dans la démarche pour annihiler les systèmes d'oppression et atteindre l'équité en santé pour tout le monde.

Références bibliographiques

1. van Roode T, Pauly BM, Marcellus L, Strosher HW, Shahram S, Dang P, et al. Values are not enough: qualitative study identifying critical elements for prioritization of health equity in health systems. *Int J Equity Health*. 2020;19:article 162 [13 p.]. doi: 10.1186/s12939-020-01276-3
2. Ministère de la Santé (C.-B.). Promote, protect, prevent: our health begins here. BC's guiding framework for public health [En ligne]. Victoria (BC): ministère de la Santé; 2013 mars [mis à jour en mars 2017; cité le 28 avril 2023]. 57 p. Disponible: <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2017/BC-guiding-framework-for-public-health-2017-update.pdf> (en anglais)
3. Agence de la santé publique du Canada. Du risque à la résilience : Une approche axée sur l'équité concernant la COVID-19 [En ligne]. Ottawa (ON): ASPC; 2020 oct [cité le 28 avril 2023]. 83 p. (Rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur l'état de la santé publique au Canada; 2020). Disponible: <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/from-risk-resilience-equity-approach-covid-19/cpho-covid-report-fra.pdf>
4. Nouvelle-Écosse, Office of Equity and Anti-Racism Initiatives. Legislation will address systemic racism, hate and inequity [En ligne]. Halifax (NS): The Office; 2022 mars 24 [cité le 28 avril 2023]; [environ 8 écrans]. Disponible: <https://novascotia.ca/news/release/?id=20220324002> (en anglais)
5. Guichard A, Tardieu E, Nour K, Lafontaine G, Ridde V. Adapting a health equity tool to meet professional needs (Québec, Canada). *Health Promot Int*. 2019 déc;34(6):e71-83. doi: 10.1093/heapro/day047
6. Nixon SA. The coin model of privilege and critical allyship: implications for health. *BMC Public Health*. 2019;19:Article 1637 [13 p.]. doi: 10.1186/s12889-019-7884-9
7. Rethlefsen ML, Kirtley S, Waffenschmidt S, Ayala AP, Moher D, Page MJ, et al. PRISMA-S: an extension to the PRISMA Statement for Reporting Literature Searches in Systematic Reviews. *Syst Rev*. 2021;10:article 39 [19 p.]. doi: 10.1186/s13643-020-01542-z
8. Hogan V, Rowley DL, Baker White S, Faustin Y. Dimensionality and R4P: a health equity framework for research planning and evaluation in African American populations. *Matern Child Health J*. 2018 fév;22(2):147-53. doi: 10.1007/s10995-017-2411-z
9. Human Impact Partners. Strategic practices [En ligne]. Oakland (US): HealthEquityGuide.org; [mis à jour le 6 juil 2017; cité le 28 avril 2023]. Disponible: <https://healthequityguide.org/strategic-practices/> (en anglais)
10. Ward M, Schulz AJ, Israel BA, Rice K, Martenies SE, Markarian E. A conceptual framework for evaluating health equity promotion within community-based participatory research partnerships. *Eval Program Plann*. 2018 oct;70:25-34. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2018.04.014
11. Horrill TC, Martin DE, Lavoie JG, Schultz ASH. Nurses as agents of disruption: operationalizing a framework to redress inequities in healthcare access among Indigenous Peoples. *Nurs Inq*. 2021 juil;28(3):e12394 [14 p.]. doi: 10.1111/nin.12394
12. First Nations Health Authority; Métis Nation BC; BC Association of Aboriginal Friendship Centres; BC Cancer. Improving Indigenous cancer journeys in BC: a road map [En ligne]. West Vancouver (BC): FNHA; 2017 [cité le 28 avril 2023]. 24 p. Disponible: <https://www.fnha.ca/WellnessSite/WellnessDocuments/improving-indigenous-cancer-journeys-in-bc.pdf> (en anglais)
13. Smith Jervelund S, Vinther-Jensen K, Ryom K, Villadsen SF, Hempler NF. Recommendations for ethnic equity in health: a Delphi study from Denmark. *Scand J Public Health*. 2021 sep 13:Article 14034948211040965 [11 p.]. doi: 10.1177/14034948211040965

14. Ireland S, Maypilama EL. "We are sacred": an intercultural and multilingual approach to understanding reproductive health literacy for Yolŋu girls and women in remote Northern Australia. *Health Promot J Austral*. 2021 fév;32(S1):192-202. doi: 10.1002/hpja.439
15. Crowshoe LL, Sehgal A, Montesanti S, Barnabe C, Kennedy A, Murry A, et al. The Indigenous primary health care and policy research network: guiding innovation within primary health care with Indigenous peoples in Alberta. *Health Policy*. 2021 juin;125(6):725-31. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.02.007
16. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. La santé publique chez les Premières Nations du Québec : Une responsabilité partagée pour une action concertée [En ligne]. Wendake (QC): CSSSPNQL; 2018 [cité le 28 avril 2023]. 67 p. Disponible: <https://files.cssspnql.com/index.php/s/29zsJlBpszZ8KM>
17. Markham R, Hunt M, Woollard R, Oelke N, Snadden D, Strasser R, et al. Addressing rural and Indigenous health inequities in Canada through socially accountable health partnerships. *BMJ Open*. 2021 nov;11(11):e048053 [7 p.]. doi: 10.1136/bmjopen-2020-048053
18. Services de Santé (AB). Indigenous health commitments: roadmap to wellness [En ligne]. Edmonton (AB): AHS; 2020 jan 14 [cité le 28 avril 2023]. 26 p. Disponible: <http://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ihp/if-ihp-indigenous-health-commitments.pdf> (en anglais)
19. Ministère de la Santé (AU). National Aboriginal and Torres Strait Islander health plan 2021-2031 [En ligne]. Canberra (Australia): The Department; 2021 [cité le 28 avril 2023]. 102 p. Disponible: <https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2022/06/national-aboriginal-and-torres-strait-islander-health-plan-2021-2031.pdf> (en anglais)
20. Ministère de la Santé (NZ). The guide to He Korowai Oranga: Māori health strategy 2014 [En ligne]. Wellington (NZ): The Ministry; 2014 juin [cité le 28 avril 2023]. 13 p. Disponible: <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/guide-to-he-korowai-oranga-maori-health-strategy-jun14-v2.pdf> (en anglais)
21. National Aboriginal Community Controlled Health Organisation. National framework for continuous quality improvement in primary health care for Aboriginal and Torres Strait Islander people 2018-2023 [En ligne]. Canberra (AU): NACCHO; 2018 [cité le 28 avril 2023]. 26 p. Disponible: <https://ahcsa.org.au/resources/National-Framework-for-Continuous-Quality-Improvement-in-Primary-Health-Care-for-Aboriginal-and-Torres-Strait-Islander-People-2018-2023.pdf> (en anglais)
22. Santé Queensland; Queensland Aboriginal and Islander Health Council (AU). Making tracks together: Queensland's Aboriginal and Torres Strait Islander health equity framework [En ligne]. Brisbane (AU): Queensland Health; 2021 oct [cité le 28 avril 2023]. 33 p. Disponible: https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0019/1121383/health-equity-framework.pdf (en anglais)
23. North Western Melbourne Primary Health Network (AU). Access and equity framework: a framework for improving health equity in the North Western Melbourne PHN region, July 2021 to June 2024 [En ligne]. Parkville (AU): NWMPHN; 2021 sep [cité le 28 avril 2023]. 31 p. Disponible: https://nwmphn.org.au/wp-content/uploads/2021/10/NWMPHN_Access_Equity_Framework_FINAL-2.pdf (en anglais)
24. Corpus Sanchez International. Élaboration d'un cadre et d'un plan sur l'équité, l'inclusion, la diversité et l'antiracisme : Rapport final présenté à Santé Ontario [En ligne]. Toronto (ON): CSI; 2020 oct [cité le 28 avril 2023]. 28 p. Disponible: <https://www.ontariohealth.ca/sites/ontariohealth/files/2020-12/OH%20Equity%20Inclusion%20Diversity%20Anti%20Racism%20Framework%20French.pdf>
25. Human Impact Partners. Why lead with race [En ligne]. Oakland (US): HealthEquityGuide.org; [mis à jour le 27 juil 2019; cité le 28 avril 2023]. [Environ 4 écrans]. Disponible: <https://theequityguide.org/about/why-lead-with-race/> (en anglais)

26. Kuehnert P, Fawcett J, DePriest K, Chinn P, Cousin L, Ervin N, et al. Defining the social determinants of health for nursing action to achieve health equity: a consensus paper from the American Academy of Nursing. *Nurs Outlook*. 2022 jan-fév;70(1):10-27. doi: 10.1016/j.outlook.2021.08.003
27. Ministère de la Santé de l'Australie-Occidentale (AU). WA Aboriginal health and wellbeing framework 2015-2030 [En ligne]. Perth (AU): Department of Health; 2015 [cité le 28 avril 2023]. 26 p. Disponible: https://ww2.health.wa.gov.au/~media/Files/Corporate/general-documents/Aboriginal-health/PDF/12853_WA_Aboriginal_Health_and_Wellbeing_Framework.pdf (en anglais)
28. Pauly B, Shahram SZ, van Roode T, Stroscher HW, MacDonald M. Reorienting health systems towards health equity: the systems health equity lens [En ligne]. Victoria (BC): University of Victoria, Equity Lens in Public Health; 2018 [cité le 28 avril 2023]. 6 p. Disponible: <https://www.uvic.ca/research/projects/elph/assets/docs/kte-resource-6---systems-health-equity-lens.pdf> (en anglais)
29. Cotton QD, Smith P, Ehrenthal DB, Green-Harris G, Kind AJH. A case study on a university-community partnership to eliminate racial disparities in infant mortality: effective strategies and lessons learned. *Soc Work Public Health*. 2019;34(8):673-85. doi: 10.1080/19371918.2019.1671933
30. Leimbigler B, Li EPH, Rush KL, Seaton CL. Social, political, commercial, and corporate determinants of rural health equity in Canada: an integrated framework. *Can J Public Health*. 2022 oct;113(5):749-54. doi: 10.17269/s41997-022-00630-y
31. Payne GH, James SD Jr, Hawley L, Corrigan B, Kramer RE, Overton SN, et al. CDC's health equity resource toolkit: disseminating guidance for state practitioners to address obesity disparities. *Health Promot Pract*. 2015 jan;16(1):84-90. doi: 10.1177/1524839914538967
32. Koch A, Kozhumam A. Addressing adultification of Black pediatric patients in the emergency department: a framework to decrease disparities. *Health Promot Pract*. 2022 juil;23(4):555-9. doi: 10.1177/15248399211049207
33. Rudolph L, Gould S. Climate change and health inequities: a framework for action. *Ann Glob Health*. 2015 mai-juin;81(3):432-44. doi: 10.1016/j.aogh.2015.06.003
34. Rudolph L, Harrison C, Buckley L, North S. Health equity and climate change. Dans: *Climate change, health, and equity: a guide for local health departments* [En ligne]. Oakland (US): Public Health Institute; 2018 [cité le 28 avril 2023]; p. 412. Disponible: https://www.apha.org/-/media/Files/PDF/topics/climate/Guide_Section2.ashx (en anglais)
35. Victorian Health Promotion Foundation (AU). Fair foundations: the VicHealth framework for health equity [En ligne]. 2nd ed. Melbourne (AU): VicHealth; 2015 [cité le 28 avril 2023]. 4 p. Disponible: <https://www.vichealth.vic.gov.au/-/media/ResourceCentre/PublicationsandResources/Health-Inequalities/Fair-Foundations/Web-Fair-Foundation-VicHealth-framework-for-health-equity.pdf?la=en&hash=EA5BFE306E2F0BA74406C8DBA459BF0650C1E3F7> (en anglais)
36. Human Impact Partners. About the Health Equity Guide [En ligne]. Oakland (US): HealthEquityGuide.org; [mis à jour le 27 juil 2019; cité le 28 avril 2023]; [environ 4 écrans]. Disponible: <https://healthequityguide.org/about/> (en anglais)
37. Green CL, Perez SL, Walker A, Estriplet T, Ogunwole SM, Auguste TC, et al. The cycle to respectful care: a qualitative approach to the creation of an actionable framework to address maternal outcome disparities. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 mai;18(9):Article 4933 [15 p.]. doi: 10.3390/ijerph18094933
38. Oetzel J, Scott N, Hudson M, Masters-Awatere B, Rarere M, Foote J, et al. Implementation framework for chronic disease intervention effectiveness in Māori and other indigenous communities. *Global Health*. 2017 sep 5;13:article 69 [13 p.]. doi: 10.1186/s12992-017-0295-8

39. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (QC). Plan d'action régional en santé publique 2016-2020 [En ligne]. Kuujuaq (QC): RRSSSN; 2017 [cité le 28 avril 2023]. 44 p. Disponible: https://nrhss.ca/sites/default/files/action_plan_regional_fr.pdf
40. Daley A, Brotman S, MacDonnell JA, St Pierre M. A framework for enhancing access to equitable home care for 2SLGBTQ+ communities. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(20):article 7533 [18 p.]. doi: 10.3390/ijerph17207533
41. Peterson A, Charles V, Yeung D, Coyle K. The health equity framework: a science- and justice-based model for public health researchers and practitioners. *Health Promot Pract*. 2021 nov;22(6):741-6. doi: 10.1177/1524839920950730
42. Gouvernement d'Écosse. Race equality framework for Scotland 2016-2030 [En ligne]. Edinburgh (GB): Scottish Government; 2016 mai [cité le 28 avril 2023]. 94 p. Disponible: <https://www.gov.scot/binaries/content/documents/govscot/publications/advice-and-guidance/2016/03/race-equality-framework-scotland-2016-2030/documents/00497601-pdf/00497601-pdf/govscot%3Adocument/00497601.pdf> (en anglais)
43. Restar AJ, Sherwood J, Edeza A, Collins C, Operario D. Expanding gender-based health equity framework for transgender populations. *Transgend Health*. 2021 fév;6(1):1-4. doi: 10.1089/trgh.2020.0026
44. Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Alaska. Healthy and equitable communities strategic plan 2022 2025 [En ligne]. Anchorage (US): Division of Public Health; 2021 déc [cité le 28 avril 2023]. 26 p. Disponible: <https://dhss.alaska.gov/dph/Director/Documents/AKHECommunitiesPlan.pdf> (en anglais)
45. First Nations Health Authority (BC). Urban and away-from-home health and wellness framework [En ligne]. West Vancouver (BC): FNHA; 2020 oct [mis à jour en nov 2022; cité le 28 avril 2023]. 42 p. Disponible: <https://www.fnha.ca/WellnessSite/WellnessDocuments/FNHA-Urban-and-Away-From-Home-Health-and-Wellness-Framework.pdf> (en anglais)
46. Talley RM, Shoyinka S, Minkoff K. The Self-assessment for Modification of Anti-Racism Tool (SMART): addressing structural racism in community behavioral health. *Community Ment Health J*. 2021 août;57(6):1208-13. doi: 10.1007/s10597-021-00839-0
47. Tasmanian Aboriginal Centre; Tasmanian Government (AU). Closing the gap: Tasmanian implementation plan 2021-2023 [En ligne]. Hobart (AU): TAC; 2021 [cité le 28 avril 2023]. 20 p. Disponible: <https://tacinc.com.au/wp-content/uploads/2021/08/CtG-Tas-Implementation-Plan.pdf> (en anglais)
48. Malawa Z, Gaarde J, Spellen S. Racism as a root cause approach: a new framework. *Pediatrics*. 2021 Jan;147(1):e2020015602 [6 p.]. doi: 10.1542/peds.2020-015602
49. Human Impact Partners. New York City races to justice [En ligne]. Oakland (US): HealthEquityGuide.org; [mis à jour le 10 sep 2019; cité le 28 avril 2023]. [about 16 screens]. Disponible: <https://healthequityguide.org/case-studies/new-york-city-races-to-justice/> (en anglais)
50. Freeman T, Javanparast S, Baum F, Ziersch A, Mackean T. A framework for regional primary health care to organise actions to address health inequities. *Int J Public Health*. 2018 juin;63(5):567-75. doi: 10.1007/s00038-018-1083-9
51. Santé Ontario. Cadre en matière d'équité, d'inclusion, de diversité et d'anti-racisme de Santé Ontario [En ligne]. Toronto (ON): Santé Ontario; 2020 [cité le 28 avril 2023]. 2 p. Disponible: <https://www.ontariohealth.ca/sites/ontariohealth/files/2020-12/Equity%20Framework%20French.pdf>
52. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. Vers un avenir meilleur : santé publique et populationnelle chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis [En ligne]. Prince George: CCNSA; 2021 [cité le 28 avril 2023]. 63 p. Disponible: https://www.ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/10351/RPT-Visioning-the-Future_FR_2021-12-07-web.pdf

ANNEXE A

Cadres d'équité en santé sélectionnés

As a reference for the reader, Table A1 briefly identifies all 47 included frameworks. Although each framework is not directly cited in the narrative of the report, they have all been included in the data analysis and synthesis process, and form part of the report findings.

TABLE A1: All frameworks included in the review (in reference number order)

AUTHOR (first named)	TITLE	REF #
Guichard et al.	Adapting a health equity tool to meet professional needs (Québec, Canada)	5
Hogan et al.	Dimensionality and R4P: a health equity framework for research planning and evaluation in African American populations	8
Human Impact Partners	Strategic practices	9
Ward et al.	A conceptual framework for evaluating health equity promotion within community-based participatory research partnerships	10
Horrill et al.	Nurses as agents of disruption: operationalizing a framework to redress inequities in healthcare access among Indigenous Peoples	11
First Nations Health Authority et al.	Improving Indigenous cancer journeys in BC: a road map	12
Smith et al.	Recommendations for ethnic equity in health: a Delphi study from Denmark	13
Ireland et al.	"We are sacred": an intercultural and multilingual approach to understanding reproductive health literacy for Yolŋu girls and women in remote Northern Australia	14
Crowshoe et al.	The Indigenous primary health care and policy research network: guiding innovation within primary health care with Indigenous peoples in Alberta	15
First Nations of Quebec and Labrador Health and Social Services Commission	Public health for First Nations in Quebec: shared responsibility, concerted action	16
Markham et al.	Addressing rural and Indigenous health inequities in Canada through socially accountable health partnerships	17
Alberta Health Services	Indigenous health commitments: roadmap to wellness	18
Australia Department of Health	National Aboriginal and Torres Strait Islander health plan 2021–2031	19
New Zealand Ministry of Health	The guide to He Korowai Oranga: Māori health strategy 2014	20

ANNEXE A

Cadres d'équité en santé sélectionnés

AUTHOR (first named)	TITLE	REF #
National Aboriginal Community Controlled Health Organisation	National framework for continuous quality improvement in primary health care for Aboriginal and Torres Strait Islander people 2018-2023	21
Queensland Health et al.	Making tracks together: Queensland's Aboriginal and Torres Strait Islander health equity framework	22
North Western Melbourne Primary Health Network	Access and equity framework: a framework for improving health equity in the North Western Melbourne PHN region, July 2021 to June 2024	23
Corpus Sanchez International	Building a framework & plan to address equity, inclusion, diversity & anti-racism in Ontario: final report submitted to Ontario Health	24
Kuehnert et al.	Defining the social determinants of health for nursing action to achieve health equity: a consensus paper from the American Academy of Nursing	26
Western Australia Department of Health	WA Aboriginal health and wellbeing framework 2015-2030	27
Pauly et al.	Reorienting health systems towards health equity: the systems health equity lens	28
Cotton et al.	A case study on a university-community partnership to eliminate racial disparities in infant mortality: effective strategies and lessons learned	29
Leimbigner et al.	Social, political, commercial, and corporate determinants of rural health equity in Canada: an integrated framework	30
Payne et al.	CDC's health equity resource toolkit: disseminating guidance for state practitioners to address obesity disparities	31
Kock et al.	Addressing adultification of Black pediatric patients in the emergency department: a framework to decrease disparities	32
Rudolph et al.	Climate change and health inequities: a framework for action	33
Rudolph et al.	Climate change, health, and equity: a guide for local health departments	34
Victorian Health Promotion Foundation	Fair foundations: the VicHealth framework for health equity	35
Green et al.	The cycle to respectful care: a qualitative approach to the creation of an actionable framework to address maternal outcome disparities	37
Oetzel et al.	Implementation framework for chronic disease intervention effectiveness in Māori and other indigenous communities	38

ANNEXE A

Cadres d'équité en santé sélectionnés

AUTHOR (first named)	TITLE	REF #
Nunavik Regional Board of Health and Social Services	Regional action plan for public health 2016-2020	39
Daley et al.	A framework for enhancing access to equitable home care for 2SLGBTQ+ communities	40
Peterson et al.	The health equity framework: a science- and justice-based model for public health researchers and practitioners	41
Scottish Government	Race equality framework for Scotland 2016-2030	42
Restar et al.	Expanding gender-based health equity framework for transgender populations	43
Alaska Department of Health and Social Services	Healthy and equitable communities strategic plan 2022-2025	44
First Nations Health Authority	Urban and away-from-home health and wellness framework	45
Talley et al.	The Self-assessment for Modification of Anti-Racism Tool (SMART): addressing structural racism in community behavioral health	46
Tasmanian Aboriginal Centre et al.	Closing the gap: Tasmanian implementation plan 2021 - 2023	47
Malawa et al.	Racism as a root cause approach: a new framework	48
Freeman et al.	A framework for regional primary health care to organise actions to address health inequities	50
Ontario Health	Ontario Health's equity, inclusion, diversity and anti-racism framework	51
Browne et al.	Enhancing health care equity with Indigenous populations: evidence-based strategies from an ethnographic study	
Wooten	Integration of health equity in a local health department: California Conference of Local Health Officials (CCLHO) framework for local public health departments (LHDs)	
Howell et al.	Reduction of peripartum racial and ethnic disparities: a conceptual framework and maternal safety consensus bundle	
Clarke et al.	A roadmap to reduce racial and ethnic disparities in health care	
Rouvinen-Wilenius et al.	Finnish NGOs promoting health equity in the context of welfare economy	
Saskatchewan Health Authority	Unity framework	

ANNEXE B

Critères d'inclusion et d'exclusion

Table B1 identifies the inclusion and exclusion criteria used by the review team to identify relevant health equity frameworks for the review. Based on conversations with NCCDH Indigenous Advisors for a previous review on a similar topic, the review team applied these criteria flexibly to allow for some nuance in how they are applied, especially if the framework was specific to First Nations, Inuit and Métis Peoples.

Our definition of frameworks is guidance (may or may not be structured) to move forward and act on achieving equitable processes and health equity outcomes. Framework components include, for example, goals and objectives; steps; short-term, medium-term and long-term actions; values and principles; and grounding in legislation or larger strategic directions.

Overall, the review team focused on identifying frameworks that included and were based on different forms of knowledge and ways of knowing (e.g., Western, Indigenous, qualitative/storytelling). This is one methodological approach that was used to help decentre Eurocentric knowledge systems. We aimed to include frameworks that acknowledge complexity, interconnectedness and intersectionality within health equity work, and that reflect the value of various forms of knowledge.

At the first level of screening (title and abstract), if the team was unsure whether the framework was actionable, the team moved the framework to the second full-text stage of screening for assessment.

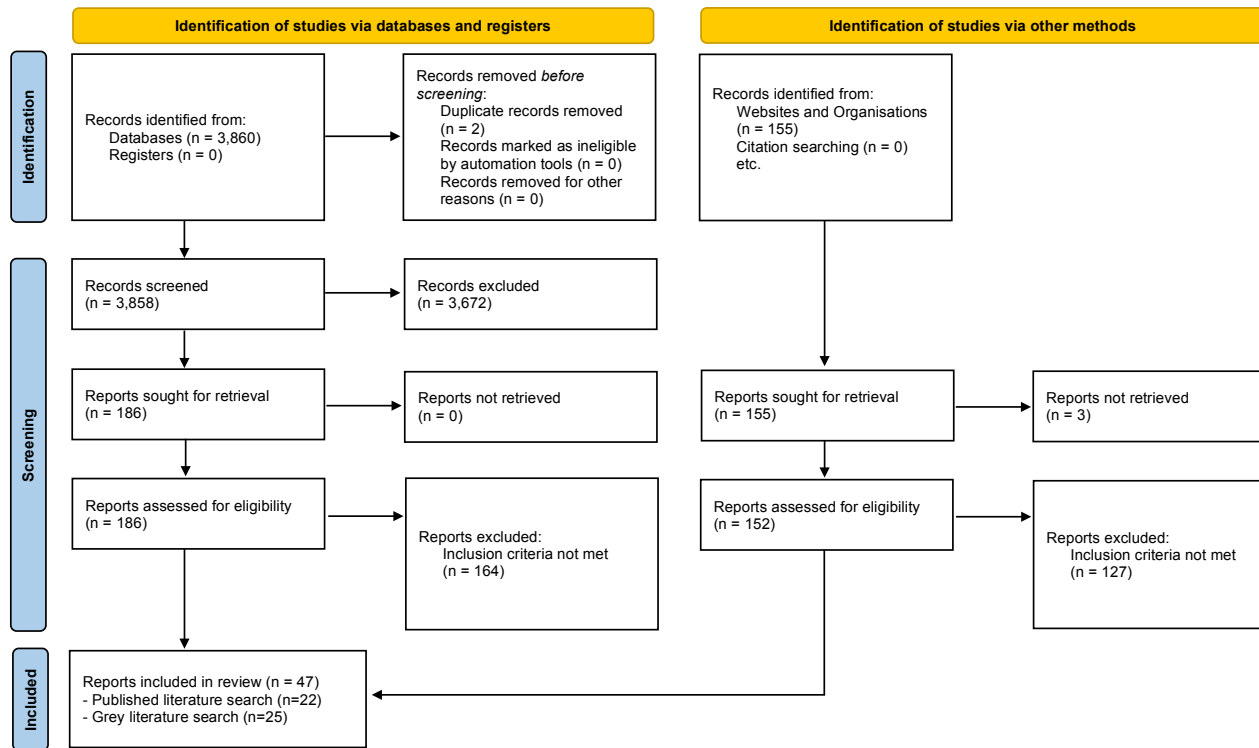
Critères d'inclusion et d'exclusion

TABLE B1: Inclusion and exclusion criteria

INCLUSION CRITERIA	EXCLUSION CRITERIA
<ul style="list-style-type: none"> » Describes or analyzes a framework with a health equity focus (i.e., objectives related to advancing health equity) that has not necessarily been implemented or evaluated » Includes a focus on concrete action (i.e., steps to advance health equity, not the importance of health equity) » Focus on regional, provincial/territorial and/or national levels in health care/public health system » Focus on equitable population-level health outcomes » Framework is relevant to/applicable in the public health context » Framework is developed collaboratively (e.g., with community members, health system partners) » Framework addresses reconciliation or decolonization 	<ul style="list-style-type: none"> » Frameworks without a health equity focus » No goals, objectives or outcomes identified » Goals or objectives are not equity-informed » Frameworks without any identified domains/areas of action (i.e., included frameworks need to offer guidance for action) » Frameworks that explicitly devalue different forms of knowledge and ways of knowing (e.g., Indigenous, Black) – i.e., racist frameworks » Frameworks that adopt a strict biomedical approach » Clinical interventions (e.g., clinical guidelines, best practice guidelines, clinical standards, individual-level interventions) » Theoretical articles without a framework » Opinions or commentaries without a framework » Research guidelines with an equity focus » Research on inequities (i.e., defining or describing the problem) » Conceptual description of barriers and facilitators to advancing equity (i.e., lacking rationale, examples of actions, etc.) » Explanatory/causal frameworks that explain how inequities arise » Equity-focused recommendations from professional associations or studies that are not concrete and actionable » Articles narrowly focused on a single aspect of advancing health equity that lack comprehensive approaches (e.g., only describe the importance of partnership) » Research agendas with equity focus » General commitments to health equity without concrete actions identified » Not available publicly or through NCCDH/St. Francis Xavier University library services » Frameworks do not align with a public health context » Research identifying barriers and facilitators to advancing equity at organizational and system levels » Overarching policy recommendations (e.g., eliminate poverty, eliminate health inequities) that are not actionable at provincial or regional levels

Organigramme PRISMA 2020 final utilisé pour la revue

PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases, registers and other sources



Adapted from: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. For more information, visit: <http://www.prisma-statement.org/>



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Université St. Francis Xavier
Antigonish (N.-É.) B2G 2W5
902-867-6133
ccnds@stfx.ca
www.nccdhd.ca/fr
Twitter: @NCCDH_CCNDS