



National Collaborating Centre  
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale  
des déterminants de la santé

# RÉSUMÉ DE LA RESSOURCE

Parcours pour l'équité en santé et résultats différenciés : un sommaire du rapport *Equity, social determinants and public health programmes* publié par l'OMS



## Le rapport *Equity, social determinants and public health programmes*<sup>1</sup> (équité, déterminants sociaux et programmes de santé publique) a été produit par l'un des neuf réseaux de savoirs mis sur pied par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Le Réseau de savoirs sur les conditions prioritaires en matière de santé publique<sup>a</sup> a examiné, « les interventions et les plans d'action visant à mettre un terme à la multiplication des iniquités de santé ou à les atténuer<sup>1, p.4</sup> » en santé publique [traduction libre]. Son rapport sur la question est passé assez inaperçu parce qu'il est paru après le rapport final de la Commission et les rapports des autres réseaux de savoirs. Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) a élaboré un sommaire du rapport *Equity, social determinants and public health programmes* afin d'aider les organismes et les praticiens de la santé publique à planifier et à mettre en place des interventions plus nuancées pour faire avancer l'équité en santé.

Le Réseau de savoirs sur les conditions prioritaires en matière de santé publique avait pour principal objectif d'examiner de façon pragmatique les diverses options auxquelles peut recourir la santé publique pour agir sur les déterminants sociaux de la santé. En faisant appel à son large réseau international de chercheurs, le Réseau de savoirs a effectué une revue documentaire scientifique des interventions mises en place dans divers pays pour améliorer 12

conditions de santé publique précises. Celles-ci sont : l'alcool, les maladies cardiovasculaires, la santé et l'alimentation des enfants, le diabète, la sécurité alimentaire, les troubles mentaux, les maladies tropicales négligées, la santé buccodentaire, les grossesses non désirées et l'issue de la grossesse, le tabagisme, la tuberculose, la violence et les blessures non intentionnelles. Le Réseau a par ailleurs octroyé des contrats pour 14 études de cas afin de tirer des enseignements des processus de mise en œuvre des diverses démarches utilisées dans les pays du monde. Chaque étude de cas avait pour but de dégager les facteurs permettant d'intensifier les initiatives et les projets pilotes à l'échelle locale et d'en assurer la durabilité. Ces travaux de recherche ont amené le Réseau à proposer aux organismes de santé publique une série d'actions favorisant l'atteinte de résultats de santé plus équitables, en intervenant au sein d'un seul organisme ou, encore, à l'échelle provinciale, territoriale ou nationale. Les auteurs analysent ensuite les pistes d'action formulées pour chacune des 12 conditions de santé publique, puis colligent le tout afin d'en tirer les enseignements généraux et les fondements d'une action coordonnée.

a Ci-après appelé Réseau de savoirs ou Réseau.

Ce qu'il est intéressant de noter pour le Canada dans ce rapport est l'analyse des effets de l'exposition aux conditions de risque parmi les groupes de population. On observe effectivement au pays des différences dans les résultats de santé et dans les comportements à risque adoptés. Dans le rapport, on explique les résultats de santé sous divers angles, pas seulement en fonction du traitement dispensé par le système de soins de santé ou des résultats sur la santé des individus. On emploie par exemple la notion de « vulnérabilité » pour montrer la mesure dans laquelle une exposition à une condition de risque analogue entraînera des résultats différents dans des populations différentes. Ils emploient par ailleurs le terme « conséquences » pour attirer l'attention sur le fait que les effets d'une mauvaise santé sur la qualité de vie différeront d'un groupe de population à un autre.

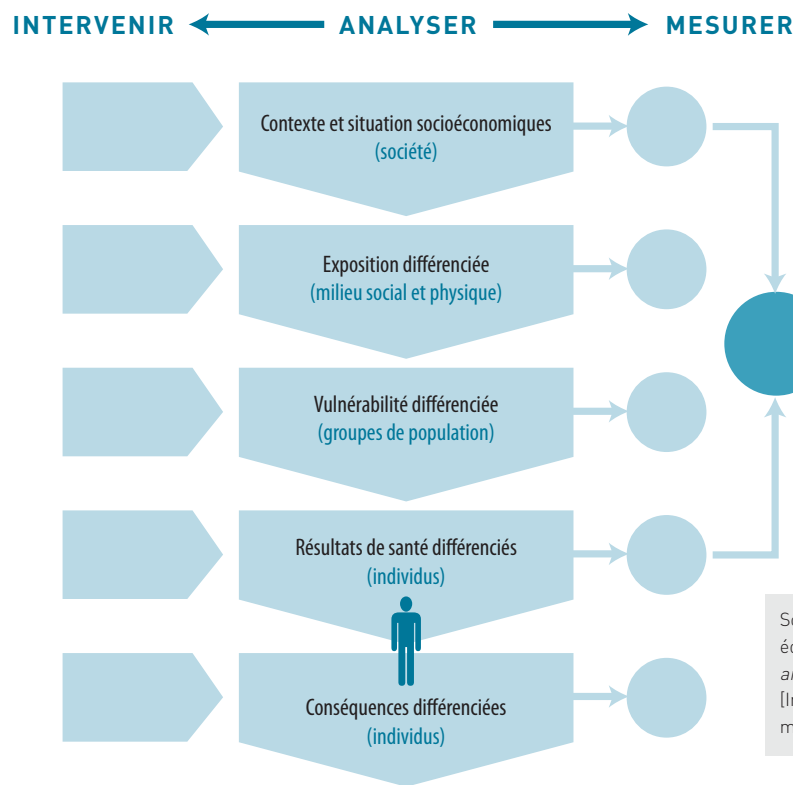
D'envergure internationale, les données de recherche analysées proviennent de pays développés et en voie de développement. Toutes les interventions proposées ne s'appliquent pas au contexte des provinces et territoires du Canada. Cependant, il est possible de s'inspirer de l'expérience et des données probantes des pays à faible revenu pour élaborer des stratégies adaptées au Canada. Ces connaissances s'appliqueront sans doute davantage aux régions éloignées, rurales et du Nord et aux collectivités où la transmission intergénérationnelle explique un fort indice de défavorisation.

## Cadre d'analyse

À la lumière de ses constatations, le Réseau de savoirs propose dans son rapport un modèle hiérarchique subdivisé en cinq paliers montrant le lien de causalité et d'influence par rapport aux déterminants sociaux de la santé, incluant la structure sociale, le milieu de vie (milieux physique et social), les groupes de population et les individus. Chaque palier influe sur le palier suivant<sup>b</sup>. Autrement dit, la stratification sociale<sup>c</sup> entraîne des différences dans les degrés d'exposition aux conditions de risque et de probabilité d'adopter des comportements à risque selon les groupes de population. Ainsi, on observera des différences dans la

vulnérabilité et le risque, les résultats de santé et les effets sur la qualité de vie (c.-à-d. ce que l'on appelle « conséquences » dans le cadre d'analyse proposé dans le rapport du Réseau de savoirs). Le cadre d'analyse pourra aider les praticiens à approfondir leur compréhension conceptuelle, ce qui leur permettra de mesurer l'impact et la faisabilité des interventions conçues pour chacun des paliers pour : diminuer la stratification sociale, réduire l'exposition aux facteurs de risque et aux conditions de risque, atténuer la vulnérabilité, minimiser les différences dans les résultats et limiter les conséquences inévitables.

FIGURE 1 : Cadre d'analyse des conditions prioritaires en matière de santé publique<sup>1, p.7</sup>



b Nous encourageons les lecteurs à se familiariser avec la complémentarité des analyses et des méthodes associées aux déterminants sociaux de la santé et à l'équité en santé, en étudiant les autres cadres. Le Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé, un groupe consultatif intersectoriel mis sur pied par l'Agence de la santé publique du Canada, a répertorié 36 cadres de références associés aux déterminants et a déterminé que sept d'entre eux se révélaient utiles aux démarches actuelles au Canada. Son document s'intitule *Examen des cadres relatifs aux déterminants de la santé*<sup>2</sup>.

c La stratification sociale réfère à la hiérarchisation de groupes d'individus et aux systèmes sociaux qui engendrent cette catégorisation.

Les cinq paliers représentés dans la figure 1 se définissent comme suit :

## 1 CONTEXTE ET SITUATION SOCIOÉCONOMIQUES

(société)

Pour atténuer les iniquités de santé, les tenants de la santé publique doivent comprendre les facteurs de stratification sociale – et s’y attaquer –, comme les concepts de classe sociale, de sexe, de groupe ethnique et de race, de niveau de scolarité, de revenu et de profession ou de métier, le tout déterminé par l’exercice du pouvoir, les politiques et les valeurs sociales.

## 2 EXPOSITION DIFFÉRENCIÉE

(milieux social et physique)

Le contexte et la situation socioéconomiques sont inversement proportionnels à l’exposition à de nombreuses conditions de risque : plus faible est le statut social d’une personne ou d’un groupe, plus grande sera sa probabilité de s’exposer à des conditions de risque comme un logement insalubre, des conditions de travail dangereuses, un manque d’accès à des aliments sains, l’exclusion sociale et l’insuffisance des ressources récréatives disponibles.

## 3 VULNÉRABILITÉ DIFFÉRENCIÉE

(groupes de population)

L’incidence de la position sociale et de l’exposition aux conditions de risque s’exacerbe en aval parce qu’un même degré d’exposition au risque peut donner des effets différents sur différents groupes, ce qui laisse supposer qu’on observera des vulnérabilités différentes

en raison d’une concentration de conditions de risque dans certains groupes de population. Malgré le peu de données probantes à ce sujet, il semble que l’agrégation des facteurs de risque dans les groupes à faible revenu et défavorisés peut amplifier les effets sur la santé.

## 4 RÉSULTATS DE SANTÉ DIFFÉRENCIÉS

(individus)

On érode davantage la position sociale et on aggrave l’exposition et la vulnérabilité lorsque les soins de santé – et les interventions connexes en matière de santé publique – sont dispensés sans se soucier de les ajuster aux circonstances sociales particulières, de telle façon que les programmes et les services ne sont pas du tout appropriés ou efficaces pour certaines tranches de population.

## 5 CONSÉQUENCES DIFFÉRENCIÉES

(individus)

Les groupes les plus nantis de la société sont mieux protégés contre les conséquences sociales et économiques d’une mauvaise santé. Ainsi, les conséquences qu’entraînent une maladie ou une blessure — par exemple la perte de revenu, la diminution de la capacité de travailler, l’aggravation de l’isolement social ou de l’exclusion sociale — ont des répercussions beaucoup plus dévastatrices pour les personnes déjà défavorisées par rapport aux quatre paliers précédents.

Pour élaborer son cadre d’analyse, le Réseau de savoirs s’est inspiré de la théorie des parcours de vie. Les approches fondées sur les parcours de vie sont de nature populationnelle. Elles s’articulent autour de l’équité en santé et des déterminants sociaux, d’une part, puis autour de l’interaction entre la biologie et les milieux, d’autre part. Elles expliquent comment s’acquiert et se maintient la santé au cours d’une vie et d’une génération à l’autre. Avec les modèles médicaux, on tend à analyser les profils de santé en fonction de maladies précises, donc à analyser chaque maladie ou condition de santé isolément. Les approches fondées sur les parcours de vie attirent plutôt l’attention sur la mesure dans laquelle les grands facteurs sociaux, économiques et environnementaux agissent comme « causes des causes<sup>d</sup> » des disparités de santé indéracinables observées par rapport à de nombreuses maladies et conditions<sup>3</sup>. Avec les modèles fondés sur les parcours de vie, on analyse en quoi la combinaison, l’accumulation et l’interaction des milieux de vie et des menaces biologiques durant le parcours de vie d’une personne influent sur les événements, les milieux de vie et les conditions de santé au moment présent et dans l’avenir et, ultimement, sur la santé à l’âge adulte<sup>4, p. 2</sup>.

d On dit que Sir Michael Marmot, président de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l’Organisation mondiale de la Santé, a inventé l’expression « causes des causes » pour expliquer les causes à prédominance sociale d’une bonne ou d’une mauvaise santé. L’une des premiers textes où apparaît l’expression s’intitule *Social determinants of health inequalities*<sup>5</sup> (en anglais).

## Appliquer le cadre d'analyse au défi à relever pour la santé publique en matière de maladie cardiovasculaire

Le Réseau de savoirs sur les conditions prioritaires en matière de santé publique a appliqué le cadre d'analyse à chacune des 12 conditions de santé publique faisant l'objet de sa recherche et abordées dans des chapitres distincts du rapport *Equity, social determinants and public health programmes*. Les auteurs des divers chapitres ont fait porter leur analyse sur les résultats de santé différenciés. Ils ont ainsi examiné ce qui se passait en amont<sup>e</sup> afin de comprendre l'enchaînement de causalité associé à la condition qu'ils avaient à étudier. Ils ont ensuite proposé des interventions et des mécanismes d'évaluation à la lumière de leurs constatations.

En donnant les grandes lignes du chapitre sur l'équité et les déterminants sociaux se rattachant aux maladies cardiovasculaires rédigé par Mendis et Banerjee<sup>f,7</sup> dans le rapport du Réseau de savoirs, nous voulons montrer dans le présent sommaire comment le cadre d'analyse peut s'appliquer à un défi de taille en matière de santé au Canada. Les

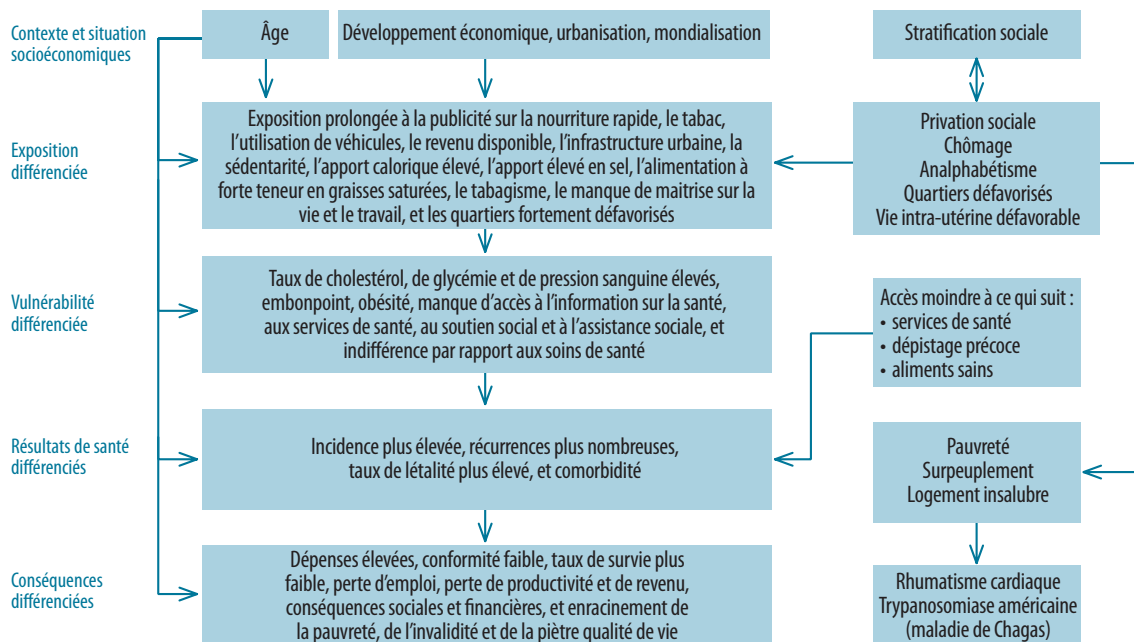
maladies cardiovasculaires sont la principale cause de morbidité et de mortalité, aussi bien au pays qu'ailleurs dans le monde. Dans les pays développés, dont fait partie le Canada, elles sont inversement proportionnelles au statut socioéconomique, surtout dans le cas de l'accident vasculaire cérébral. En effet, la prévalence de l'accident vasculaire cérébrale est beaucoup forte et le taux de survie beaucoup plus faible chez les groupes de population défavorisés sur le plan socioéconomique. Les études montrent un lien entre, d'une part, le statut socioéconomique et, d'autre part, les facteurs de risque liés au comportement et les conditions de risque matériel et psychosocial contribuant à l'apparition d'une maladie cardiovasculaire et aux conséquences connexes. Les organismes de santé publique peuvent se servir du cadre d'analyse élaboré par le Réseau de savoirs pour réévaluer et modifier leurs programmes de prévention des maladies cardiovasculaires et d'autres maladies par la même occasion.

e Pour comprendre les concepts d'intervention en amont et en aval, voir le document intitulé *Se diriger vers l'amont... Parlons-en!* qu'a produit le CCNDS. En gros, les démarches en amont visent à agir sur l'accès aux déterminants de la santé pour les collectivités et les individus, en réformant les structures sociales et économiques fondamentales, tandis que les démarches en aval visent à rendre l'accès aux services sociaux et de santé plus équitables sur le plan individuel et familial et que les démarches à l'intermédiaire visent à réduire l'exposition aux dangers en améliorant les conditions de travail et de vie ou à réduire le risque en faisant la promotion des comportements sains. Consulter aussi le site Web d'*Upstream*<sup>8</sup>, un mouvement d'origine canadienne pour créer une société en santé grâce à des idées qui sont fondées sur des données probantes et axées sur les personnes et qui recadrent le discours public au sujet des déterminants sociaux de la santé.

f Le contenu du chapitre et des chapitres sur chacune des autres 11 conditions repose sur des recherches exhaustives et des données probantes et comporte de nombreuses citations. Afin de faciliter la lecture du présent sommaire, nous ne citons pas les nombreuses sources mentionnées dans le chapitre sur les maladies cardiovasculaires. Nous vous renvoyons plutôt à la version intégrale du chapitre de Mendis et Banerjee dans le rapport du Réseau pour en connaître la liste complète.



**FIGURE 2 : Cadre théorique pour comprendre les iniquités de santé, leurs parcours et leurs points d'entrée**<sup>9 1, p. 39</sup>



**Exposition, vulnérabilité et conséquences différenciées :**

Un statut socioéconomique plus faible, un niveau de scolarité plus bas, une profession ou un métier peu rémunérés et un revenu plus faible semblent correspondre à un plus haut taux de mortalité associé aux maladies cardiovasculaires. Dans les pays à revenus élevés, on constate un lien de causalité entre le taux de mortalité associé aux maladies cardiovasculaires et le manque d'accès aux services de santé, l'insuffisance des parcs et des installations sportives, la règle collective relativement aux comportements liés à la santé et le manque de soutien social. On peut attribuer une partie de la disparité observée au chapitre de l'incidence des maladies cardiovasculaires sur le gradient social aux facteurs de risque individuel reconnus, comme le tabagisme, la consommation d'alcool, l'hypertension

artérielle et le diabète. Cela n'a rien d'étonnant puisqu'il y a une corrélation négative entre la situation sociale et le tabagisme et une alimentation nuisible pour la santé, en partie à cause d'un accès différencié aux options plus saines.

Il importe de savoir et de comprendre que le même degré d'exposition aux facteurs de risque peut entraîner des effets différents dans divers groupes de population en fonction des milieux sociaux et physiques, des facteurs de parcours de vie et du manque de dépistage ou d'intervention précoces par rapport aux facteurs et aux conditions de risque. Par exemple, les données probantes portent de plus en plus à croire à l'effet dévastateur du faible statut socioéconomique durant l'enfance sur les facteurs de risque et l'incidence des maladies cardiovasculaires à l'âge adulte.

<sup>9</sup> Pour faciliter la lecture, le schéma a été modifié afin d'en soustraire les explications associées aux appels de note. Veuillez vous reporter au schéma original pour connaître ces détails.

La documentation spécialisée révèle un écart inquiétant pour ce qui est de l'équité des interventions et des traitements dans le cas des maladies cardiovasculaires (et des autres maladies non transmissibles). Même si certaines tendances laissent plus explicitement soupçonner des iniquités dans les pays à faible revenu, elles apparaissent aussi dans les pays développés et donnent lieu à des résultats et à des conséquences différenciées. En effet, des études européennes ont fait ressortir le lien entre le faible statut socioéconomique et un plus haut taux de létalité associé à l'infarctus du myocarde, puis la corrélation entre le statut socioéconomique élevé et une probabilité plus grande de recourir à un traitement médical dispensé par un médecin spécialiste ou en milieu hospitalier et à un médicament de prévention secondaire. Toujours en Europe, on constate une corrélation négative entre le faible statut socioéconomique et des résultats beaucoup plus pernicieux au chapitre de l'invalidité de longue durée et de la qualité de vie liée à la santé à la suite d'un accident vasculaire cérébral. En ce qui concerne diverses maladies et problèmes, les conséquences sociales associées à un faible statut socioéconomique sont l'absence d'un régime de prestations offrant aux employés une rémunération pendant la convalescence, une allocation pour les soins de garde d'enfants et une aide financière pour les services connexes. Par conséquent, la perte d'emploi et la spirale destructrice qui s'ensuit souvent constituent un risque bien réel pour les personnes à faible revenu.

### ***Points d'entrée et interventions :***

Même si, dans le rapport du Réseau de savoirs de l'OMS, les chapitres sur les conditions de santé publique diffèrent l'un de l'autre, ils font tous état d'interventions et de points d'entrée prometteurs qui ont été étudiés en fonction de chacun des paliers de cause à effet du cadre d'analyse. En continuant à nous inspirer du chapitre sur les maladies cardiovasculaires, nous décortiquerons dans le présent sommaire les principales constatations se rattachant à chacun des paliers, en commençant par le contexte et la position socioéconomiques les plus en amont pour terminer avec les conséquences différenciées les plus en aval.

*Contexte et situation socioéconomiques :* Les déterminants sociaux influant le plus sur la stratification sociale sont : le sexe, la position et l'inégalité sociales, les changements démographiques rapides (p. ex. le vieillissement), l'exclusion sociale, la mondialisation et l'urbanisation. Les points d'entrée des interventions axées sur l'équité en santé au chapitre des maladies cardiovasculaires passent par l'institutionnalisation et la législation ayant pour objet la protection des droits, la redistribution du pouvoir et l'ouverture de l'accès aux possibilités. Les auteurs estiment que les interventions les plus valables et les plus réussies ont pour objet la réduction de la pauvreté sous forme par exemple de modifications en matière d'impôt, de revenu et d'emploi, d'élargissement de l'universalité de l'enseignement primaire de qualité et de la mise en place de programmes pour corriger les mauvaises habitudes alimentaires chez les femmes en âge de procréer.



*Exposition différenciée* : Les déterminants sociaux correspondant le plus à ce palier sont : les normes sociales, le milieu environnant et l'infrastructure, les matières consommables insalubres ou nocives, les marchés et les débouchés non réglementés, l'exposition à la publicité et à la télévision. Les points d'entrée des interventions axées sur l'équité en santé au chapitre des maladies cardiovasculaires passent par l'amélioration de l'infrastructure collective, l'élargissement de l'accès aux aliments sains, la réduction de la capacité de payer les produits nocifs et la neutralisation des effets de la modernisation sur la santé. Les auteurs estiment que les interventions suivantes sont les plus susceptibles d'atténuer le degré d'exposition : les mesures législatives et réglementaires, les accords volontaires avec les secteurs d'activité, les ententes commerciales internationales, les mesures fiscales, l'amélioration de l'infrastructure collective et du cadre bâti et l'étiquetage informatif.

*Vulnérabilité différenciée* : Les déterminants sociaux associés à la vulnérabilité aux maladies cardiovasculaires sont : la pauvreté et le chômage, le faible niveau de scolarité et des connaissances, le tabagisme et la toxicomanie, le manque d'accès aux soins de santé (y compris la faible utilisation et l'insatisfaisante prestation des services), le dysfonctionnement des familles et des collectivités, l'insécurité alimentaire et la malnutrition. Les points d'entrée des interventions axées sur l'équité en santé au chapitre des maladies cardiovasculaires passent par la simplification des choix santé, la compensation pour le manque d'occasions et l'habilitation. Les auteurs du chapitre estiment que les interventions les plus gagnantes sont : les programmes d'alimentation en milieu scolaire, les aliments sains subventionnés, les structures de prix des aliments, le ciblage en matière de promotion de la santé et le dépistage

précoce des états de santé propices aux maladies cardiovasculaires (p. ex. le diabète), les stratégies de lutte contre la pauvreté conjuguées à des mesures incitatives, les dispositions et la facilité d'utilisation en matière d'assurance sociale et de filet social, l'accès à l'éducation et les possibilités d'emploi (partout dans le monde, plus particulièrement pour les femmes).

*Résultats de santé différenciés* : Les déterminants sociaux associés aux résultats de santé sont : la piètre qualité et le caractère discriminatoire des traitements médicaux et des services de soins de santé et le faible degré d'interaction et d'observance de la part des patients. Pour ce palier, les points d'entrée des interventions axées sur l'équité en santé au chapitre des maladies cardiovasculaires passent par l'amélioration de la qualité des procédures de soins et des pratiques des fournisseurs de soins de santé. Les auteurs recommandent les interventions axées sur des programmes ciblés, les mesures incitatives et de soutien, la prestation de soins de santé primaires plus universels et plus accessibles, et la sensibilisation des fournisseurs de soins de santé aux normes éthiques.

*Conséquences différenciées* : Les déterminants sociaux associés aux conséquences des maladies cardiovasculaires sont les effets sur la société, le niveau de scolarité, l'emploi et le revenu; l'exclusion sociale et la stigmatisation; la clause d'exclusion (le risque non garanti par la police d'assurance). Ici, les points d'entrée des interventions axées sur l'équité en santé au chapitre des maladies cardiovasculaires passent par l'accès social et physique. Les auteurs estiment que les interventions les plus appropriées à ce titre sont les politiques en milieu de travail et les milieux environnants sûrs, l'ouverture de l'accès aux services pour les personnes vivant dans des conditions de risque, le renvoi plus fréquent à l'assistance sociale et à l'éducation sanitaire.

## Synergie pour l'équité

Le dernier chapitre du rapport traite de la synergie pour l'équité<sup>9</sup>. Il est le fruit d'un processus réalisé en plusieurs étapes pour déterminer les points communs dans les conditions de santé publique étudiées sur lesquels peut miser la santé publique. À la lumière de leurs constatations à ce titre et des études de cas mandatées, le Réseau de savoirs nomme pour chacun des paliers les déterminants les plus explicites, trois points d'entrée prometteurs, jusqu'à trois interventions possibles par point d'entrée, les décideurs et les personnes d'influence présentant le plus de potentiel, les principaux enseignements à tirer, les enjeux en matière de collecte et de surveillance des données et l'incidence sur les organismes de santé publique, y compris les risques et les effets secondaires non intentionnels.

Les principaux enseignements à tirer de la synthèse des divers résultats de recherche se regroupent sous sept éléments.

**Valeurs :** Pour pallier l'hétérogénéité des valeurs et des croyances des personnes d'influence dans la société, les auteurs suggèrent d'accorder une attention particulière aux conflits de valeurs, à l'éducation des personnes politiques et des hauts fonctionnaires sur l'équité en santé, de même qu'aux partenariats entre le secteur public, les organismes non gouvernementaux et le secteur privé.

**Leadership :** Les auteurs sont d'avis qu'il faut officialiser le rôle d'encadrement des ministères de la santé afin d'allier le leadership technique et visionnaire à la responsabilité, motiver et former les leaders à jouer un rôle en matière d'équité en santé et composer des rôles pour les leaders alliés qui ne travaillent pas dans le domaine de la santé publique comme tel.

**Collaboration intersectorielle :** Pour faire participer tous les secteurs dont dépend la réussite de l'exercice, les auteurs soulignent l'importance d'établir les objectifs communs et les synergies potentielles, d'accueillir et de gérer la diversité des cultures et des points de vue et d'assurer la visibilité et la présence des leaders en tout temps.

**Intensification des efforts :** Les auteurs indiquent que le transfert de propriété joue un rôle essentiel – tout comme la gestion des modifications même les plus substantielles au projet – si on veut assurer la faisabilité d'une mise en œuvre d'envergure et qu'il faut accorder une attention particulière aux connaissances, aux ressources et aux responsabilités plurisectorielles.

**Communication :** Selon les auteurs, toutes les parties concernées doivent comprendre l'ampleur des iniquités de santé de même que les raisons pour lesquelles les problèmes peuvent être corrigés et comment il est possible de s'y prendre pour y arriver. Il s'agit notamment de communiquer des concepts complexes, de changer les attitudes et de clarifier les rôles et responsabilités.

**Risques :** Les auteurs considèrent qu'il faut déceler et gérer toute résistance et tout conflit dès le début. Il importe par ailleurs de bien comprendre les tenants et les aboutissants pour arriver à agir sur l'attachement et le penchant pour des solutions en aval qui n'auront pourtant aucun véritable effet ou peu d'effet sur les causes profondes des iniquités. Les auteurs mettent aussi en garde contre une dépendance trop étroite à l'égard d'un seul leader ou d'une poignée de leaders.

**Organismes externes :** Les auteurs estiment que les grands donateurs jouent un rôle crucial. Ils soulignent par contre que ces mêmes donateurs sont rarement dépourvus de jugement de valeur et qu'ils veulent habituellement montrer des résultats à court terme, souvent sans même comprendre les stratégies de renforcement des capacités ni s'y intéresser. Cette constatation se rapporte à la fonction de l'aide internationale dans de nombreux pays qui présente des similitudes avec l'aide financière fournie par les divers ordres de gouvernement, le secteur philanthropique et le secteur privé au Canada. Ceci nous amène à conclure que les sources de financement accompagnent indubitablement leurs dollars de risques.

L'emploi de mesures appropriées ressort parmi les recommandations formulées à la fin du rapport du Réseau de savoirs de l'OMS. Peu de données permettent systématiquement d'établir un lien direct entre les facteurs populationnels et les résultats sociaux et sanitaires. Les auteurs soulignent l'insuffisance des données relatives aux services, y compris en ce qui concerne le contexte social dans lequel vit la clientèle, les personnes n'utilisant pas les services et les services différenciés fournis et les conséquences différenciées vécues. En bout de piste, la recherche sur les conditions de santé publique a fait ressortir quatre préoccupations majeures par rapport aux mesures, soit : les données agrégées passent sous silence ou masquent les différences et les variances, les petites séries de données ne peuvent servir de base d'analyse statistique

solide, la collecte ou l'analyse des données par la santé publique ne font peut-être pas ressortir les conséquences sociales dévastatrices imprévisibles, le processus de neutralisation est décalé parce que les tendances sont perceptibles seulement une fois déjà généralisées.

Même si les équipes de recherche respectives ont fait catapulter leurs travaux sur la base des résultats, le rapport se termine en faisant ressortir l'importance en santé publique, pour toutes les conditions de santé, de se tourner vers l'amont afin de diversifier et d'étendre la gamme d'interventions mises en œuvre pour influencer sur les déterminants sociaux avant que ces interventions ne se traduisent en toutes sortes de vulnérabilités et de résultats de soins de santé. On insiste aussi sur l'importance d'accorder une plus grande attention à des tranches de population entières plutôt que de mettre l'accent sur les besoins et les services individuels<sup>1, p. 277</sup>.

Enfin, les divers auteurs du rapport soutiennent que les programmes de santé publique devraient toujours poursuivre les objectifs suivants : améliorer les systèmes d'information de manière à surveiller la répartition de la bonne santé ou de la mauvaise santé en fonction des conditions de santé publique, renforcer la capacité organisationnelle et programmatique, créer une série de trousseaux d'intervention et développer l'art du plaidoyer propre à convaincre de la valeur d'intégrer des démarches axées sur les déterminants sociaux de la santé dans les pratiques de santé publique, mais aussi dans les débats de société.

## Incidence sur la santé publique au Canada

Au Canada, on note dans le domaine de la santé publique un mélange hétéroclite d'attentes, de systèmes et de méthodes pour ce qui est d'agir sur les déterminants sociaux et de faire avancer l'équité en santé. La capacité systémique, organisationnelle et programmatique présente les mêmes caractéristiques éclatées. La capacité de faire avancer l'équité en santé ne fait que commencer à se développer. Nous abordons brièvement ci-dessous la portée du rapport *Equity, social determinants and public health programmes*<sup>1</sup> produit par le Réseau de savoirs sur les conditions prioritaires en matière de santé publique sur le système de santé publique au Canada, en commençant par les recommandations d'action.

Améliorer les systèmes d'information : La plupart des provinces et territoires, le gouvernement fédéral et bon nombre d'administrations municipales ont produit des rapports sur l'état de santé des populations en tenant compte de la notion d'équité. Conformément à son dernier *Plan analytique provisoire*<sup>10</sup>, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a publié, par l'entremise de l'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), son *Rapport de référence sur les inégalités en santé au Canada*<sup>11</sup>. On y examine les données sanitaires associées au revenu et recueillies auprès des provinces et territoires du Canada sur une période donnée. L'Agence de la santé publique du Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada produisent des données sur les inégalités de santé observées dans divers groupes de population du pays en fonction d'un vaste éventail de dimensions analysées<sup>11</sup>. Les Centres de collaboration nationale rendront public sous peu un cadre d'action axé sur l'équité pour l'élaboration de rapports sur l'état de santé des populations

qu'ils accompagneront d'exemples de pratiques utiles<sup>12</sup>. Il importe cependant de souligner que, surtout aux échelons local et régional, les problèmes d'accès à des données fiables et valides, les limites discordantes au chapitre de la collecte des données et les obstacles au partage des données demeureront sans doute importantes.

Renforcer la capacité organisationnelle et programmatique : On continue à observer des lacunes en termes de dynamique et de continuité au chapitre de la capacité. À l'échelle fédérale, les instituts axés sur les populations des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) démontrent leur engagement ferme à appliquer les connaissances en matière d'équité en santé à la pratique. Les exemples les plus éloquentes à ce titre sont les exigences établies par l'Institut de la santé publique et des populations (ISPP) concernant l'équité pour les chaires de recherche et les subventions offertes aux équipes de recherche programmatique, de même que l'initiative phare « Voies de l'équité en santé pour les Autochtones » mise sur pied par les IRSC. Certains projets d'études et de recherche<sup>13, 14</sup> visent à analyser, dans le domaine de la santé publique, les modèles organisationnels ainsi que les considérations systémiques et les méthodes et outils afin d'aider les organismes du secteur à faire progresser l'action pour l'équité en santé.

Signalons toutefois que les provinces et les territoires n'ont pas tous mis en place des normes pour exiger l'intégration de l'équité en santé dans les politiques, les programmes et les pratiques de santé publique. Il en va de même pour les énoncés de compétences essentielles en santé publique et de presque toutes

les compétences propres aux diverses disciplines connexes qui ne font pas nécessairement allusion aux déterminants sociaux et à l'équité en santé<sup>15, 16</sup>.

Le manque de ressources demeure la règle, non pas l'exception, en ce qui concerne les spécialistes de l'équité. En effet, la majorité des provinces et territoires et des autorités sanitaires n'ont pas encore mis en place des postes de spécialistes de l'équité, et les cadres de direction n'affectent aucun membre de leur personnel à l'équité en santé, sauf pour les médecins hygiénistes.

Créer une série de trousse d'intervention : Le Canada n'a pas encore commencé à élaborer des « trousse d'intervention », malgré la vaste gamme d'interventions en cours sur les plans local et régional, provincial, territorial et national. Les projets pluriannuels de l'Agence de la santé publique du Canada subventionnés par les fonds d'innovation et l'Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations du Canada (IRISPC) des IRSC permettront dans les faits de promouvoir des interventions sélectionnées et bien évaluées afin d'apporter de plus grandes modifications et améliorations à l'échelle translocale.

Développer l'art du plaidoyer : Il n'est pas surprenant de constater aussi des différences de part et d'autre au pays dans l'art d'intégrer la question des déterminants sociaux de la santé dans les politiques et les débats de société. Certains médecins hygiénistes, surtout, se montrent très doués pour se servir des médias afin d'influer la conscience collective et les options stratégiques. Cela dit, l'exercice du plaidoyer<sup>h</sup> et les compétences communicationnelles ne font pas partie d'une formation précise, des compétences essentielles ou des normes. Qui plus est, les pressions exercées pour que le secteur de la santé publique influence les

politiques font en sorte que l'Association canadienne de santé publique, les associations de santé publique dans les provinces et territoires de même que les associations professionnelles couvrant les disciplines axées sur la santé publique (p. ex. Infirmières et Infirmiers en santé communautaire du Canada) se voient dans l'obligation de participer aux discours d'orientation et de société malgré leurs contraintes de ressources.

Il est également intéressant d'aborder l'incidence sur la santé publique au Canada en examinant les pratiques à la lumière des cinq paliers du cadre de référence proposé par le Réseau de savoirs. Au pays, la santé publique ne porte pas encore une très grande attention à la modification des programmes et des pratiques ni à la promotion de politiques en lien avec les paliers deux (vulnérabilité) et cinq (conséquences). La santé publique a conçu des interventions inégales, et à certains endroits plus que d'autres, en combinant diverses adaptations d'initiatives ciblant des tranches de population précises au sein d'une démarche universelle afin d'agir sur l'exposition différenciée (palier deux). Les programmes Healthy Babies Healthy Children, les programmes adaptés à certains groupes de population en fonction de dimensions culturelles ou ethniques, les programmes d'alphabétisation et les démarches de la santé publique pour améliorer les cadres bâtis constituent de bons exemples à ce titre. À certains endroits, les soins de santé primaires incitent les médecins et le personnel infirmier à interroger les patients sur leur revenu, puis à les aiguiller aux services appropriés<sup>i</sup>.

Pour l'instant, la santé publique s'évertue davantage à ouvrir l'accès aux services et aux programmes, en négligeant l'évaluation de l'équité dans les résultats (palier 4) et les conséquences (palier cinq). On cite souvent le programme d'immunisation de Saskatoon

h Voir *Le plaidoyer et l'équité en santé... Parlons-en*<sup>17</sup> pour en savoir plus sur les diverses démarches de plaidoyer propres à faire avancer l'équité en santé.

i Le site Web du Collège des médecins de famille de l'Ontario contient une page très intéressante sur les interventions de soins de santé primaires en situation de pauvreté. La page s'intitule *Primary Care Interventions in Poverty*<sup>18</sup> (en anglais).

comme exemple de changement dans les services visant à changer les résultats. Le programme a permis de réussir à accroître le taux de vaccination des enfants vivant dans les quartiers à faible revenu. À certains endroits, les services de soins de santé primaires, souvent en partenariat avec la santé publique, cherchent à améliorer l'équité des résultats des services cliniques. Le Réseau d'intégration des services de santé de Toronto fait figure de proue en la matière avec son projet en cours pour mesurer l'équité en santé afin de créer un modèle de responsabilité et de suivre et de surveiller les changements.

Le rapport *Equity, social determinants and public health programmes* publié par le Réseau de savoirs sur les conditions prioritaires en matière de santé publique de l'OMS se veut un vibrant plaidoyer pour que les efforts de santé publique portent davantage sur les politiques publiques au profit de la santé de l'ensemble de la société. Il est intéressant de noter que les considérations stratégiques pour minimiser les conséquences différenciées produisent souvent des effets aussi bien en amont qu'en aval. Pour minimiser les conséquences sanitaires de la défavorisation, on peut par exemple influencer sur

le salaire minimum, le congé rémunéré en cas de maladie et d'obligations familiales, la sécurité d'emploi et les politiques fiscales afin de venir en aide aux personnes vivant de la discrimination. Voilà toutes des interventions en amont qui agissent sur tous les paliers du cadre de référence proposé. Les modifications programmatiques pour atténuer les conséquences sanitaires plus graves et plus fréquentes par rapport aux déterminants sociaux de la santé (à l'intermédiaire et en aval) incluraient des crédits pour frais de garde, un soutien téléphonique ou à domicile plus fréquent, plus de travailleurs en logement et en services communautaires, plus de services cliniques offerts dans les zones où les besoins se font les plus criants et plus d'indemnités de déplacement nécessaires pour accéder aux services d'aide impossibles à délocaliser.

Dans le domaine de la santé publique au Canada, un changement de paradigme qui s'exprimerait par des démarches intersectorielles en amont axées sur le développement afin de compléter (et dans certains cas, remplacer) les modèles de service courants aiderait considérablement à accentuer les efforts dans le sens de l'équité.

j Sur le site Web, on peut visionner une *vidéo d'introduction*<sup>19</sup> (en anglais) et consulter diverses ressources connexes au projet, dont un feuillet d'information en français.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Blas, E., et A.S. Kurup, éditeurs. *Equity, social determinants and public health programmes* [Internet]. Genève (CH) : Organisation mondiale de la Santé, 2010 [cité le 22 sept. 2015], 303 p. À télécharger à l'adresse [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf) (en anglais)
2. Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé. *Examen des cadres relatifs aux déterminants de la santé* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé, 20 mai 2015 [cité le 22 sept. 2015], 80 p. À télécharger à l'adresse [http://ccsdh.ca/images/uploads/Examen\\_des\\_cadres.pdf](http://ccsdh.ca/images/uploads/Examen_des_cadres.pdf)
3. Fine, A., et M. Kotelchuck. *Rethinking MCH: the life course model as an organizing framework: concept paper* [Internet]. Washington [D.C.] : Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Maternal and Child Health Bureau des États-Unis, nov. 2010 [cité le 22 sept. 2015], 21 p. À télécharger à l'adresse <http://mchb.hrsa.gov/lifecourse/rethinkingmchlifecourse.pdf> (en anglais)
4. Pollitt, R.A., K.M. Rose, et J.S. Kaufman. « Evaluating the evidence for models of life course socioeconomic factors and cardiovascular outcomes: a systematic review ». *BMC Public Health*. 2005, vol. 5, n° 7.
5. Marmot, M. « Social determinants of health inequalities ». *The Lancet*. 2005, vol. 365, n° 9464, p. 1099 à 1104.
6. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *Se diriger vers l'amont... Parlons-en* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier, 2014 [cité le 22 sept. 2015], 6 p. À télécharger à l'adresse [http://nccdh.ca/images/uploads/Se\\_diriger\\_vers\\_lamont\\_finale\\_fr1.pdf](http://nccdh.ca/images/uploads/Se_diriger_vers_lamont_finale_fr1.pdf)
7. Mendis, S., et A. Banerjee. « Cardiovascular disease: equity and social déterminants ». Dans Blas, E., et A.S. Kurup, éditeurs. *Equity, social determinants and public health programmes* [Internet]. Genève (CH) : Organisation mondiale de la Santé, 2010 [cité le 22 sept. 2015], p. 31 à 48. À télécharger à l'adresse [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf) (en anglais)
8. Upstream [Internet]. Saskatoon (Sask.) : *Upstream: Institute for a Healthy Society* [date inconnue], [cité le 22 sept. 2015]. À consulter à l'adresse [www.thinkupstream.net/](http://www.thinkupstream.net/)
9. Blas, E., et A.S. Kurup. « Synergy for equity ». Dans Blas, E., et A.S. Kurup, éditeurs. *Equity, social determinants and public health programmes* [Internet]. Genève (CH) : Organisation mondiale de la Santé, 2010 [cité le 22 sept. 2015], p. 261 à 380. À télécharger à l'adresse [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44289/1/9789241563970_eng.pdf) (en anglais)
10. Institut canadien d'information sur la santé. *Plan analytique de l'ICIS de 2014 à 2016 : aperçu des projets d'élaboration d'indicateurs et des nouveaux rapports* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Institut canadien d'information sur la santé, 2015 [cité le 22 sept. 2015]. 20 p. À télécharger à l'adresse [www.cih.ca/fr/analytical\\_plan\\_2014\\_16\\_fr.pdf](http://www.cih.ca/fr/analytical_plan_2014_16_fr.pdf)
11. Association canadienne de santé publique. *Santé publique 2015 : programme final* [Internet]. [endroit inconnu] : Association canadienne de santé publique, 2015 [cité le 24 sept. 2015]. 56 p. À télécharger à l'adresse [www.cpha.ca/uploads/confs/2015/final\\_prog\\_f.pdf](http://www.cpha.ca/uploads/confs/2015/final_prog_f.pdf)
12. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *L'intégration de la notion d'équité dans les rapports sur l'état de santé des populations : un cadre d'action*. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier, 2015.
13. Cohen, B., A. Schultz, E. McGibbon, M. VanderPLaat, R. Bassett, K. Germann, H. Beanlands, et L.A. Fuga. « A conceptual framework of Organizational Capacity for Public Health Equity Action (OC-PHEA) ». *Revue canadienne de santé publique*. 2013, vol. 104, n° 3, p. e262 à e266.
14. Université de Victoria. « Equity Lens in Public Health » [Internet]. Victoria (C.-B.) : Université de Victoria [date inconnue], [cité le 23 sept. 2015]. À consulter à l'adresse [www.uvic.ca/research/projects/elph/projects/index.php](http://www.uvic.ca/research/projects/elph/projects/index.php) (en anglais)



15. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *Compétences essentielles en santé publique au Canada : analyse et comparaison du contenu relatif aux déterminants sociaux de la santé* [Internet]. Antigonish (N.-É.): Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier, 2012 [cité le 22 sept. 2015], 16 p. À télécharger à l'adresse [http://nccdh.ca/images/uploads/Core\\_competencies\\_FR\\_121001.pdf](http://nccdh.ca/images/uploads/Core_competencies_FR_121001.pdf)
16. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *Les compétences propres à une discipline en santé publique peuvent-elles favoriser une pratique axée sur l'équité?* Antigonish (N.-É.): Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier, 2015. [En production]
17. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *Le plaidoyer et l'équité en santé... Parlons-en* [Internet]. Antigonish (N.-É.): Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier, 2015 [cité le 22 sept. 2015], 6 p. À télécharger à l'adresse [http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Advocacy\\_FR.pdf](http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Advocacy_FR.pdf)
18. Collège des médecins de famille de l'Ontario. « Primary care interventions in poverty » [Internet]. Toronto (Ont.) : Collège des médecins de famille de l'Ontario, c2015 [cité le 22 sept. 2015]. À consulter à l'adresse <http://ocfp.on.ca/cpd/povertytool> (en anglais).
19. Measuring Health Equity: Demographic Data Collection in Health Care. *Measuring health equity project: overview video* [Internet]. Toronto (Ont.): Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Toronto, Mount Sinai Hospital et Chalkboard Media [date inconnue], [cité le 22 sept. 2015]. À consulter à l'adresse <http://torontohealthequity.ca/> (en anglais; on peut télécharger le feuillet d'information en français sur la collecte de données démographiques pour les soins de santé à l'adresse [http://torontohealthequity.ca/wp-content/uploads/dlm\\_uploads/2015/07/Generic-Demographic-Data-Brochure-for-Hospitals-and-CHCs-French-visible.pdf](http://torontohealthequity.ca/wp-content/uploads/dlm_uploads/2015/07/Generic-Demographic-Data-Brochure-for-Hospitals-and-CHCs-French-visible.pdf))

## Coordonnées

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé

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

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

Téléphone : 902-867-5406

Télécopieur : 902-867-6130

Site Web : [www.ccnds.ca](http://www.ccnds.ca)

Twitter : @NCCDH\_CCNDS

Connie Clement, en concertation avec Dianne Oickle, s'est chargée de la rédaction du présent document. La revue par les pairs a été gracieusement accomplie par Brian Hyndman, Ph. D. (c), Université de Waterloo, et Jane Springgett, directrice du centre d'études en promotion de la santé à l'Université de l'Alberta.

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

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2015). *Parcours pour l'équité en santé et résultats différenciés : un sommaire du rapport* Equity, social determinants and public health programmes publié par l'OMS. Antigonish (N. É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.

ISBN : 978-1-987901-33-7

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS), situé à l'Université St. Francis Xavier, est l'un des six centres de collaboration nationale (CCN) en santé publique au Canada. Financés par l'Agence de la santé publique du Canada, les CCN produisent de l'information pour aider les professionnels de la santé publique à améliorer leur gestion des menaces pour la santé publique, des maladies chroniques, des blessures, des maladies infectieuses et des iniquités en santé. Le CCNDS s'intéresse de près aux facteurs sociaux et économiques qui agissent sur la santé de la population canadienne. Son personnel interprète et transmet des données probantes et de l'information aux organismes et aux professionnels de la santé publique en vue d'influer sur les déterminants corrélatifs et de promouvoir l'équité en santé par l'entremise de pratiques, de politiques et de programmes de santé publique. Pour en savoir plus, allez à [www.ccnds.ca](http://www.ccnds.ca). Les cinq autres CCN se spécialisent respectivement dans l'un des secteurs clés suivants : santé autochtone, santé environnementale, politiques publiques et santé, maladies infectieuses et méthodes et outils. Pour en savoir sur les CCN, allez à [www.ccns.ca/1/Accueil.ccns](http://www.ccns.ca/1/Accueil.ccns).

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

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

A PDF format of this publication is also available in English at [www.nccdh.ca](http://www.nccdh.ca) under the title Pathways to health equity and differential outcomes: A Summary of the WHO document Equity, social determinants and public health programmes.