

Ligne directrice sur l'équité en matière de santé, 2018

Division de la santé de la population et de la santé
publique,
ministère de la Santé et des Soins de longue durée

**Entrée en vigueur: le 1^{er} janvier 2018 ou au moment de
la date de publication**

TABLE DES MATIÈRES

1	Préambule	3
2	Objet	3
3	Normes applicables	4
4	Contexte	4
5	Rôles et responsabilités	7
6	Démarches requises	8
6.1	Évaluation et production de rapports	9
6.2	Modification et orientation des interventions en santé publique	9
6.3	Engagement dans une collaboration multisectorielle	11
6.4	Analyse de l'équité en santé, élaboration de politiques et promotion de politiques publiques.....	12
	Glossaire	13
	Références	17

1 Préambule

Le ministre de la Santé et des Soins de longue durée publie les *Normes de santé publique de l'Ontario: exigences relatives aux programmes, aux services et à la responsabilisation* (les Normes) en vertu de l'article 7 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* (LPPS) afin de préciser les programmes et services de santé obligatoires fournis par les conseils de santé.^{1,2} Les Normes définissent les attentes minimales liées aux programmes et services de santé publique. Les conseils de santé sont responsables de la mise en œuvre des Normes, y compris des protocoles et des lignes directrices dont il est fait mention dans les Normes. Les lignes directrices, des documents liés à des programmes et sujets précis, indiquent comment les conseils de santé doivent mettre en œuvre les exigences particulières définies dans les Normes.

2 Objet

La présente ligne directrice vise à aider les conseils de santé à mettre en œuvre les exigences établies dans la norme sur l'Équité en santé au sein de leurs processus de planification, d'application et d'évaluation. Elle établit les attentes minimales en matière de stratégies et d'approches que les conseils de santé doivent prendre en compte. Le contenu s'organise comme suit:

- Les sections 1 Préambule, 2 Objet et 3 Références aux normes fournissent une brève orientation sur cette ligne directrice.
- La section 4 Contexte constitue une introduction générale à l'équité en matière de santé, et un aperçu des principaux concepts et cadres afin d'éclairer les pratiques de santé publique.
- La section 5 Rôles et responsabilités identifie les principaux liens entre les exigences pour l'équité en matière de santé et les exigences connexes contenues dans les normes fondamentales et les normes relatives aux programmes.
- La section 6 Démarches requises décrit les approches que les conseils de santé doivent envisager pour l'application de la norme sur l'*Équité en santé*. Cela inclut des considérations pour l'évaluation et la production de rapports sur la santé de la population, la modification et l'orientation des interventions en santé publique, l'engagement dans une collaboration multisectorielle et la promotion de politiques publiques favorisant la santé.

Les approches sur la collaboration du conseil de santé avec les communautés et les organisations autochtones partagent de nombreux facteurs communs avec une approche sur l'équité en santé. Cependant, la province compte de nombreuses communautés autochtones différentes, y compris de nombreux gouvernements différents des Premières Nations. Chacune d'entre elles a sa propre histoire et culture et ses propres stratégies organisationnelles et compétences, et il faut en tenir compte. Ces relations doivent être favorisées d'une manière sécuritaire du point de vue culturel, reposant sur la confiance, le respect mutuel, la compréhension et la réciprocité et sont parfaitement soulignées par l'élaboration d'une ligne directrice distincte. Le cas échéant, la présente ligne directrice

peut faire référence à des avis connexes contenus dans *Lignes directrices concernant les relations avec les communautés autochtones, 2018* (ou la version en vigueur), ainsi que d'autres protocoles et lignes directrices visés par les Normes.

3 Normes applicables

La présente section porte sur les normes et les exigences auxquelles ces lignes directrices renvoient.

Norme sur l'Équité en santé

Exigence 1: Le conseil de santé doit évaluer la santé des populations locales et produire des rapports dans lesquels il décrit l'existence et les répercussions des iniquités en santé et établit des stratégies locales efficaces afin de les diminuer, conformément à la *Ligne directrice sur l'équité en matière de santé, 2018* (ou la version en vigueur) et au *Protocole d'évaluation et de surveillance de la santé de la population, 2018* (ou la version en vigueur).

Exigence 2: Le conseil de santé doit modifier et orienter les interventions en santé publique en vue de réduire les iniquités en santé, conformément à la *Ligne directrice sur l'équité en matière de santé, 2018* (ou la version en vigueur) par les mesures suivantes:

- a) favoriser la participation des groupes prioritaires afin de prendre en compte leurs besoins, leurs histoires, leurs cultures et leurs capacités uniques;
- b) concevoir des stratégies pour améliorer la santé de la population générale tout en réduisant les iniquités en santé observées chez les groupes prioritaires.

Exigence 3: Le conseil de santé doit favoriser une collaboration multisectorielle avec les municipalités, les RLISS et d'autres intervenants pertinents afin de diminuer les iniquités en santé, conformément à la *Ligne directrice sur l'équité en matière de santé, 2018* (ou la version en vigueur). La collaboration avec les communautés et les organisations autochtones, ainsi qu'avec les communautés des Premières Nations qui s'efforcent de régler les questions de compétence, doit comprendre la promotion et l'établissement de relations significatives, en commençant par l'établissement de partenariats collaboratifs, conformément aux *Lignes directrices concernant les relations avec les communautés autochtones, 2018* (ou la version en vigueur).

Exigence 4: Le conseil de santé doit diriger et soutenir, en collaboration avec d'autres intervenants, l'analyse de l'équité en santé, l'élaboration de politiques et la promotion de politiques publiques qui réduisent les iniquités en santé, conformément à la *Ligne directrice sur l'équité en matière de santé, 2018* (ou la version en vigueur).

4 Contexte

Cette section constitue une introduction générale à l'**équité en santé**,* ainsi qu'un aperçu des principaux cadres et concepts dont les conseils de santé doivent tenir compte pour la

* Les termes inscrits **en gras** sont définis dans le glossaire.

planification, la mise en œuvre et l'évaluation de l'équité en santé au sein des pratiques de santé publique. Afin d'appuyer l'établissement d'une compréhension commune de l'équité en santé dans l'ensemble du secteur de la santé publique en Ontario, des termes et des concepts supplémentaires sont définis dans le glossaire. L'équité en santé doit reposer sur la compréhension des valeurs, de l'identité et des expériences vécues d'une **communauté** particulière, ainsi que du contexte économique, social, environnemental et politique, afin d'être inclusive et adaptée aux divers partenaires et membres de la communauté.

L'équité en santé signifie que chacun peut acquérir un état de santé optimal sans être défavorisé par sa position sociale ou d'autres attributs sociaux, tels que les capacités, l'âge, la culture, l'ethnie, l'état matrimonial, le genre, la langue, la race, la religion, le sexe, la classe sociale ou la condition socioéconomique.³

Des différences institutionnelles concernant l'état de santé existent entre des groupes de population, et elles sont souvent référées en tant qu'iniquités en santé. Les **iniquités en santé** sont des différences en matière de santé qui sont:

- systématiques, ce qui signifie que les différences en santé sont calquées, l'amélioration de l'état de santé étant alors fonction en règle générale de celle du statut socioéconomique;
- engendrées par la société, et qui pourraient donc être évitées en garantissant à toute la population les conditions socioéconomiques nécessaires à une bonne santé et au **bien-être**;
- injustes, car les possibilités en matière de santé et de bien-être sont limitées.³

La santé est influencée par un large éventail de facteurs, notamment les déterminants sociaux qui affectent les conditions dans lesquelles les individus et les communautés vivent, apprennent, travaillent et se divertissent. Au niveau provincial, l'équité en santé est liée aux principaux **déterminants sociaux de la santé** suivants:^{4,5}

Tableau 1: Principaux déterminants sociaux de la santé

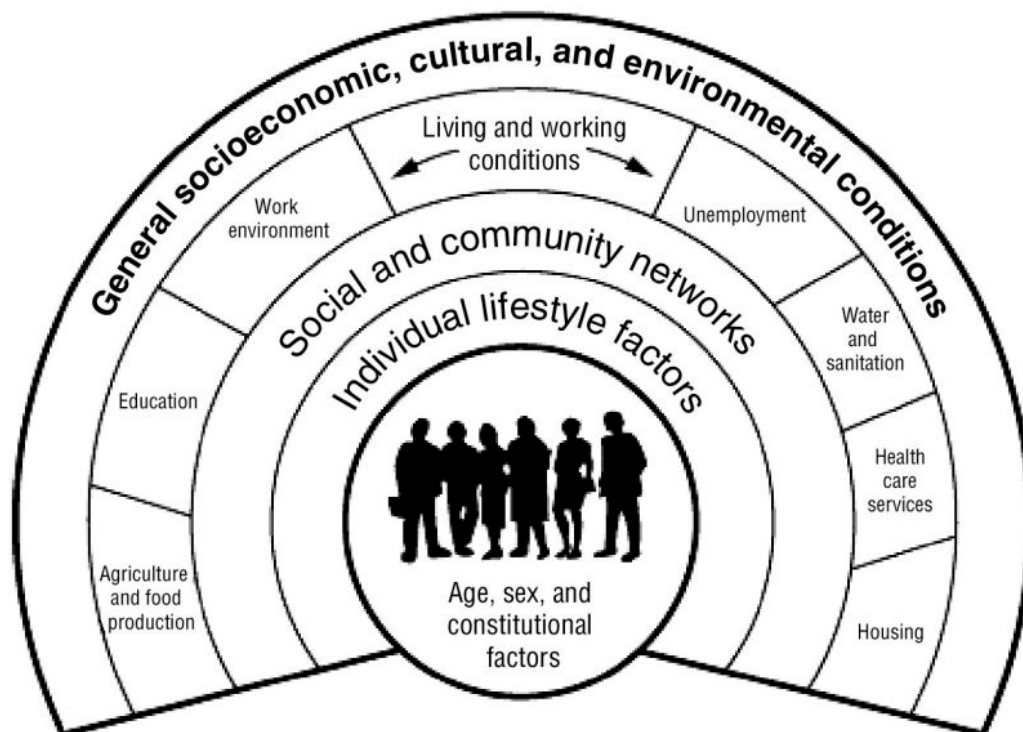
- | | |
|--|--|
| • Accès aux services de psychothérapie | • Logement |
| • Culture, race et ethnie | • Revenus et répartition des revenus |
| • Handicap | • Statut d'Autochtone |
| • Développement de la petite enfance | • Pratiques de santé personnelles et résilience |
| • Éducation, littératie et compétences | • Milieux physiques |
| • Emploi, sécurité d'emploi et conditions de travail | • Orientation et attirance sexuelle |
| • Insécurité alimentaire | • Inclusion/exclusion sociale |
| • Identité et expression du genre | • Réseaux de soutien social |

Les individus, les communautés et les populations peuvent expérimenter ces facteurs différemment, en fonction des conditions sociales ou économiques, désavantageant

certaines et les rendant plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé. La réduction de l'incidence négative des déterminants sociaux qui participent aux iniquités en santé est fondamentale pour le travail de la santé publique. Le *Modèle élargi des déterminants sociaux de la santé* (Figure 1) ci-dessous illustre comment divers facteurs ayant une influence sur la santé sont imbriqués au sein des aspects plus vastes de la société.⁶

Des cadres supplémentaires pouvant être pris en compte figurent dans l'« Examen des cadres relatifs aux déterminants de la santé » du Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé.⁷

Figure 1: Modèle élargi des déterminants sociaux de la santé



Utilisé selon les conditions de la licence⁶

Des approches en amont de la santé reposant sur des éléments probants, celles qui s'adressent à l'accès des personnes aux déterminants sociaux de la santé, sont impératives pour diminuer les iniquités en santé (voir le tableau 2). Une approche d'équité en santé s'applique à tous les niveaux, avec des interventions adaptées aux besoins et aux **atouts** des **groupes prioritaires** déterminés localement.

Tableau 2: Niveaux d'interventions⁸

Interventions en amont	Interventions	Interventions en aval
<p>Chercher à réformer les structures fondamentales sociales et économiques qui distribuent la richesse, la puissance, les possibilités et la prise de décisions.</p> <p>En règle générale, ces changements ont lieu au niveau « macro » des politiques: national et transnational.</p> <p><i>Ils visent à diminuer les causes des causes.</i></p>	<p>Chercher à réduire l'exposition aux risques en améliorant les conditions matérielles de vie et de travail, ou à réduire le risque en favorisant des comportements sains.</p> <p>En règle générale, ces changements ont lieu au niveau « micro » des politiques: régional, local, communautaire ou organisationnel.</p> <p><i>Ils visent à changer les causes.</i></p>	<p>Chercher à augmenter, au niveau individuel, un accès équitable aux services de santé et sociaux.</p> <p>En règle générale, ces changements ont lieu au niveau des services ou de l'accès aux services.</p> <p><i>Ils visent à changer les effets des causes.</i></p>

5 Rôles et responsabilités

Les conseils de santé doivent s'engager dans une pratique de santé publique qui permet de diminuer les iniquités en santé de façon à ce que chacun ait des chances égales d'acquiescer un état de santé optimal sans être défavorisé par sa position sociale ou d'autres attributs sociaux. Comme les objectifs et les résultats en matière d'équité en santé sont établis dans une norme fondamentale, ainsi que dans le cadre stratégique obligatoire des normes, les conseils de santé sont chargés d'appliquer systématiquement une approche d'équité en santé, dans le cadre de tous les aspects de leur travail.

En plus des exigences particulières de la norme sur l'*Équité en santé*, qui sont abordées directement à la section 6 de la présente ligne directrice, les normes fondamentales sur l'*Évaluation de la santé de la population* et la *Pratique de santé publique efficace* décrivent les exigences pertinentes en matière d'équité en santé, notamment:

- En vertu de la norme sur l'*Évaluation de la santé de la population*, les conseils de santé doivent évaluer la santé des populations locales et produire des rapports, ce qui inclut l'évaluation des iniquités en santé et des déterminants sociaux de la santé, les groupes prioritaires et les indicateurs démographiques, les **facteurs de risque et de protection**, et d'autres renseignements pertinents pour la **santé de la population** et publique.
- En vertu de la norme sur la *Pratique de santé publique efficace*, les conseils de santé doivent employer une pratique de santé publique transparente, tenant compte des données probantes existantes et nouvelles et qui met l'accent sur l'amélioration continue de la qualité. Cette exigence appuie la sensibilisation des

praticiens de la santé publique, des décideurs, des partenaires communautaires et des fournisseurs de soins de santé aux facteurs qui déterminent la santé de la population, ce qui inclut les facteurs concernant l'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé.

En outre, les rôles et les responsabilités du conseil de santé en matière d'équité en santé s'appliquent globalement à la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de tous les services de santé publique et **programmes d'interventions en santé publique**.

Différentes normes relatives aux programmes décrivent les exigences supplémentaires concernant l'objectif obligatoire de réduire les iniquités en santé, et les orientations spécifiques au programme ou relatives aux approches requises sont fournies dans les protocoles et les lignes directrices correspondants.

6 Démarches requises

Cette section fournit un aperçu des démarches que les conseils de santé doivent au minimum envisager lors de la mise en œuvre des exigences établies dans la norme fondamentale sur l'*Équité en santé*. Les prises de décisions et les établissements de priorités des conseils de santé concernant l'équité en santé doivent être guidés par les quatre principes établis dans le cadre stratégique global: le besoin; l'incidence; la capacité; le partenariat, la collaboration, et l'engagement.

En tant que norme fondamentale, l'équité en santé représente une vision à multiples facettes et une philosophie fondamentale pour orienter les pratiques de santé publique en Ontario. Il est reconnu que le secteur de la santé publique est l'un des nombreux contributeurs à l'équité en santé, des mesures entre plusieurs secteurs sont donc requises afin de réaliser pleinement cette vision.

Afin de rendre applicables les quatre exigences selon la norme sur l'*Équité en santé*, les conseils de santé doivent appliquer une démarche d'équité en santé permettant de déterminer et de traiter en continu les facteurs institutionnels ayant une incidence sur l'équité en santé, notamment les causes sous-jacentes. Les conseils de santé doivent appliquer une démarche d'équité en santé dans tous les aspects de leur travail, notamment les processus pour l'inclusion et la participation de la communauté, la formation, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation en:

- Reconnaisant comment les déterminants sociaux de la santé et leurs causes fondamentales influencent la distribution de la santé et du bien-être dans les communautés;⁹
- Cherchant des occasions de répondre à la diversité de la population lors de la planification, la mise en œuvre, l'adaptation et l'évaluation des programmes et des politiques de santé publique;⁹
- Améliorant la capacité d'appliquer aux pratiques de santé publique des démarches **antiracistes, anti-oppressives et sécuritaires du point de vue culturel**;⁹⁻¹²
- Encourageant la capacité organisationnelle aux mesures d'équité en santé;¹³
- Planifiant et mettant en œuvre des démarches de politiques publiques destinées à appuyer l'équité en santé;

- Entreprenant des stratégies de **participation communautaire** et d'actions intersectorielles afin de traiter les iniquités en santé;
- Considérant l'utilisation des principes de gestion du rendement et d'amélioration de la qualité afin d'améliorer en permanence les politiques, les processus, les programmes et les services qui font évoluer l'équité en santé;
- Favorisant l'utilisation des outils d'équité en santé pour l'estimation, la vérification, la planification des programmes et l'évaluation.

6.1 Évaluation et production de rapports

L'exigence 1 de la norme sur l'Équité en santé requiert que les conseils de santé évaluent la santé des populations locales et produisent des rapports[†] décrivant l'existence et les répercussions des iniquités en santé et déterminant des stratégies locales efficaces qui les diminuent.

Lors de la mise en œuvre de cette exigence, et conformément aux exigences des conseils de santé en vertu de la norme sur l'Évaluation de la santé de la population, les conseils de santé doivent:

- Utiliser des outils d'évaluation et de surveillance pertinents pour l'équité en santé, afin d'identifier et de communiquer les besoins et les atouts des groupes prioritaires;
- Chercher des possibilités de diriger ou de participer à des études locales ou provinciales, ou faire des recherches sur des programmes et des services de santé publique nouveaux et existants, élaborés et mis en œuvre pour des groupes prioritaires;
- Chercher des possibilités de faire participer les groupes prioritaires à la conception et à la mise en œuvre des processus d'estimation, de surveillance, de recherche et d'évaluation, notamment la collecte, la maintenance et l'élimination des données;
- Au besoin, distribuer et mettre à la disposition du public les outils d'information sur l'évaluation et la surveillance de la santé de la population concernant l'équité en santé, conformément au *Protocole d'évaluation et de surveillance de la santé de la population, 2018* (ou la version en vigueur).

6.2 Modification et orientation des interventions en santé publique

L'exigence 2 de la norme sur l'Équité en santé requiert que les conseils de santé modifient et orientent les interventions en santé publique afin de réduire les iniquités en santé en:

- a) favorisant la participation des groupes prioritaires afin de prendre en compte leurs besoins, leurs histoires, leurs cultures et leurs capacités uniques;

[†]Pour en savoir plus sur l'évaluation de la santé de la population et la production des rapports, se reporter au *Protocole d'évaluation et de surveillance de la santé de la population, 2018* (ou la version en vigueur).

- b) concevant des stratégies pour améliorer la santé de la population générale tout en réduisant les iniquités en santé observées chez les groupes prioritaires.

Lors de la mise en œuvre de cette exigence, les conseils de santé doivent tenir compte des exigences connexes dans le cadre de la norme sur la Pratique de santé publique efficace, mentionnée plus haut.

6.2.1 Participation des groupes prioritaires

Lors de la mise en œuvre de l'exigence qui vise à favoriser la participation des groupes prioritaires afin de prendre en compte leurs besoins, leurs histoires, leurs cultures et leurs capacités uniques, les conseils de santé doivent envisager comment ces communautés vivent les causes fondamentales des iniquités en santé qui affectent les déterminants sociaux de la santé.

Se basant sur les principes de pratique anti-oppressive et de sécurité culturelle, les conseils de santé doivent concevoir et mettre en œuvre des stratégies visant à faire participer les groupes prioritaires à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes et des services de santé publique, afin de faire évoluer l'équité en santé. Le conseil de santé doit employer des cadres et des démarches de participation communautaire s'appuyant sur des éléments probants et des pratiques exemplaires, tenant compte des besoins et des atouts locaux. Les stratégies de participation de la communauté doivent être guidées en particulier par les principes suivants:

- Encourager les communautés locales à s'impliquer dans toutes les étapes de la planification, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la santé publique appuie et favorise une participation durable de la communauté;
- Les relations reposent sur la confiance, l'engagement, le leadership et les capacités des communautés locales qui reconnaissent que nouer des relations est un processus continu qui prend du temps;
- Les groupes de décideurs comprennent des membres des communautés locales qui reflètent la diversité de ces communautés;
- Les résultats de la participation communautaire sont communiqués aux communautés locales concernées, ainsi qu'à d'autres partenaires.^{13,15}

Pour en savoir plus sur les démarches requises pour la participation des communautés des Premières Nations et autochtones, se reporter aux *Lignes directrices concernant les relations avec les communautés autochtones, 2018* (ou la version en vigueur).

6.2.2 Conception de stratégies pour améliorer la santé de la population générale en réduisant les iniquités en santé

Lors de la mise en œuvre de l'exigence visant à concevoir des stratégies pour améliorer la santé de la population générale tout en réduisant les iniquités en santé observées chez les groupes prioritaires, les conseils de santé doivent:

- Appliquer le concept d'universalisme proportionné dans tous les processus de planification, de mise en œuvre et d'évaluation. L'**universalisme proportionné** est

une démarche qui peut être utilisée pour combler l'**écart en matière de santé** et le **gradient de santé** en proposant des actions ou des interventions en santé à toute la population, mais selon une échelle, une intensité et une offre proportionnelles au degré des besoins et de défavorisation de groupes particuliers. Il équilibre les perspectives de santé de la population **ciblées** et **universelles** et reconnaît que les programmes, les services et les politiques doivent inclure une gamme de réponses qui s'adressent aux besoins changeants, aux atouts et déterminants sociaux de la santé.^{16,17} Alors que certains programmes sont universels (l'immunisation, p. ex.), certains groupes au sein de la population requièrent des ressources supplémentaires et des actions ciblées pour offrir l'ensemble des avantages médicaux prévus.

- Employer les outils, les processus et les ressources les plus appropriés pour l'évaluation de l'équité en santé dans le contexte local, par exemple la conduite d'études d'impact sur la santé, les études d'impact sur la santé axées sur l'équité, les évaluations de l'impact sur l'équité en matière de santé, les évaluations de la situation et les vérifications de l'équité en santé.

6.3 Engagement dans une collaboration multisectorielle

L'exigence 3 de la norme sur l'Équité en santé requiert que les conseils de santé favorisent une collaboration multisectorielle avec les municipalités, les RLISS et d'autres intervenants pertinents afin de diminuer les iniquités en santé. Comme de nombreux facteurs et interventions en amont destinés à traiter l'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé se trouvent en dehors du cadre du secteur de la santé publique, il est particulièrement important que les intervenants et les partenaires des divers secteurs s'engagent à participer aux stratégies locales efficaces qui diminuent les iniquités en santé.

Lors de la mise en œuvre de cette exigence, et conformément à la norme sur la Pratique de santé publique efficace, les conseils de santé doivent encourager la participation de partenaires pertinents du secteur de la santé et d'autres secteurs. Le conseil de santé doit également tenir compte des stratégies efficaces de participation des intervenants, telles que:

- Établir et participer à des coalitions et des partenariats collaboratifs qui répondent aux problèmes de santé publique et aux déterminants sociaux avec:
 - des partenaires clés du secteur de la santé, notamment: les RLISS, les administrateurs d'hôpitaux, les administrateurs d'installations de soins de longue durée, les administrateurs de centres de santé communautaires;
 - des partenaires d'autres secteurs que celui de la santé, notamment: des organismes de planification communautaire, des conseils scolaires, des organismes de logements sociaux, des organisations syndicales, des organisations de base et civiques, des services à l'enfance et à la jeunesse et des chambres de commerce locales.

- Établir des relations avec les écoles de santé publique et d'autres programmes universitaires connexes afin de promouvoir des projets de recherche collaboratifs et des activités d'échange de connaissances qui améliorent la base de données probantes et de connaissances pour l'équité en santé;
- Surveiller et évaluer ces partenariats afin de déterminer leur efficacité et identifier et combler les écarts.

Des considérations supplémentaires spécifiques aux partenaires pour répondre à l'équité en santé sont présentées dans les lignes directrices et les protocoles pertinents, comme les *Lignes directrices concernant l'engagement des conseils de santé et des réseaux locaux d'intégration des services de santé, 2018* (ou la version en vigueur) et les *Lignes directrices concernant les relations avec les communautés autochtones, 2018* (ou la version en vigueur).

6.4 Analyse de l'équité en santé, élaboration de politiques et promotion de politiques publiques

L'exigence 4 de la norme sur l'Équité en santé requiert que les conseils de santé dirigent et soutiennent, en collaboration avec d'autres intervenants, l'analyse de l'équité en santé, l'élaboration de politiques et la promotion de politiques publiques qui réduisent les iniquités en santé.

Lors de la mise en œuvre de cette exigence, et conformément à la norme sur la Pratique de santé publique efficace, les conseils de santé doivent s'engager dans diverses formes de recherches, d'échange de connaissances et de modalités de communication concernant les facteurs qui déterminent la santé de la population locale, en tenant compte des actions suivantes:

- Collecter et distribuer les données;
- Élaborer des rapports sur la santé et des déclarations de principes qui répondent aux déterminants sociaux de la santé et aux iniquités en santé observées chez les groupes prioritaires locaux;
- Fournir le contexte de la santé et de l'équité en santé pour l'analyse des problèmes locaux;
- Participer aux partenariats ou aux coalitions organisés pour faire avancer les problèmes de politiques spécifiques afin de réduire les iniquités en santé;
- Déterminer les facteurs favorables et les obstacles au changement de politique aux niveaux organisationnel et communautaire;
- Évaluer ou appuyer l'utilisation des évaluations et des outils permettant d'évaluer l'impact de la santé sur toutes les politiques à l'aide d'une démarche d'équité en santé.

Des conseils supplémentaires pour encourager les pratiques de santé publique à promouvoir des politiques publiques qui réduisent les iniquités en santé figurent dans le document « At a Glance: The Eight Steps to Developing a Healthy Public Policy » de

Santé publique Ontario ou « Health in All Policies: Helsinki Statement; Framework for Country Action » de l'Organisation mondiale de la Santé.^{18,19}

Glossaire

L'**anticolonialisme** ou la **décolonisation** fait référence à un mouvement ou à une démarche qui cherche à perturber, démanteler et désapprendre les structures et les processus colonialistes en soutien à la souveraineté et à l'autodétermination autochtone, qui a été citée comme le déterminant de la santé le plus important chez les Autochtones.^{20,21}

La **pratique anti-oppressive** correspond aux stratégies, théories, mesures et pratiques qui cherchent à reconnaître les systèmes de privilèges et d'oppression qui existent dans la société, afin d'atténuer leurs effets de manière effective et au fil du temps, d'égaliser les déséquilibres de pouvoirs.⁹ Cela nécessite que les individus et les institutions reconnaissent et acceptent la responsabilité de leur rôle dans la perpétuation de l'oppression, qu'elle soit intentionnelle ou involontaire.

La **lutte contre le racisme** est une démarche active qui vise à déterminer, remettre en question et changer les systèmes, les comportements et les valeurs qui défendent le racisme à tous les niveaux de la société. Elle « vise à promouvoir une société équitable dans laquelle les individus ne sont pas confrontés à la discrimination selon leur race véritable ou perçue, et cependant définie ».²¹

Le **parti pris** correspond à des idées reçues, des préjugés, des stéréotypes et des suppositions dont nous sommes souvent inconscients. Ces idées influent sur notre perception, nos attentes, nos jugements et nos comportements. Tous les gens ont des préjugés qui se développent à travers la socialisation et l'expérience personnelle.

Le **colonialisme** correspond à « un processus qui inclut l'intrusion géographique, la dislocation socioculturelle, la mise en place d'un contrôle politique externe et la dépossession économique, la faible offre de services sociaux de base et ultimement la création de formules idéologiques portant sur la race et la couleur de la peau qui placent le colonisateur à un niveau d'évolution plus élevé que le colonisé ». « Alors que le néocolonialisme influence de façon nuisible la santé des peuples autochtones d'aujourd'hui, les événements historiques et la succession d'événements traumatisants continuent à affecter les générations par le biais de ce qui a été appelé un *traumatisme historique ou culturel*. » Le colonialisme agit sur la santé des peuples autochtones en produisant des inégalités sociales, politiques et économiques qui se transmettent par la construction de déterminants intermédiaires et proximaux défavorables.²⁰⁻²³

La **communauté** correspond à « un groupe de personnes qui présentent des caractéristiques communes ou des intérêts communs. Les communautés peuvent être définies par: l'emplacement géographique, la race, l'ethnie, l'âge, la profession, un intérêt partagé ou une affinité (comme la religion ou la foi) ou d'autres liens communs, comme les besoins en santé ou la défavorisation. »²⁴

Les **atouts communautaires** « comprennent non seulement les édifices et les installations, mais aussi les personnes, avec leurs aptitudes, leurs connaissances, leurs réseaux sociaux et leurs relations. »²⁴

L'**engagement communautaire** « fait référence à un processus, et non à un programme. Il s'agit de la participation des membres d'une communauté à l'évaluation, la planification et la mise en œuvre de solutions pour les problèmes qui les affectent. Ainsi, l'engagement communautaire implique une confiance, une communication et une collaboration interpersonnelles. Un tel engagement, ou participation, doit être axé sur et résulter des besoins, des attentes et des désirs des membres d'une communauté. »²⁵

L'**approche globale de la promotion de la santé** s'applique de manière intégrée à diverses stratégies et méthodes; une des conditions préalables pour que la promotion de la santé soit efficace. La promotion de la santé aborde des secteurs d'action essentiels déterminés dans la Charte d'Ottawa de manière intégrée et cohérente.

La **sécurité culturelle** fait référence à « un environnement sûr pour les individus: dans lequel il n'y a pas d'agression, pas de défi ni de déni de leur identité, de qui ils sont et de ce dont ils ont besoin ». La sécurité culturelle est conceptualisée selon un continuum qui commence par des pratiques dangereuses, évoluant vers une compétence culturelle pour aboutir à des pratiques sûres sur le plan culturel qui expliquent le rôle et les conséquences du pouvoir dans les relations entre fournisseurs et communautés, et dans lesquelles les besoins et les voix des communautés occupent un rôle prédominant.^{11,12,26}

L'**équité en santé** signifie que tous les gens peuvent aspirer à un état de santé optimal et ne sont pas limités à cet égard par leur race, leur ethnie, leur religion, leur sexe, leur âge, leur classe sociale, leur condition socioéconomique ou d'autres attributs sociaux.³

L'**écart en matière de santé** correspond à la différence entre les personnes les plus et les moins en santé dans une société.²⁷

Le **gradient de santé** correspond à la tendance systématique que constitue l'écart en matière de santé à chaque échelon de l'échelle socioéconomique: ainsi les personnes ayant un statut socioéconomique plus élevé sont en meilleure santé que celles se trouvant à un échelon inférieur.²⁷

Les **iniquités en santé** correspondent à un sous-ensemble d'inégalités de santé et font référence aux différences systémiques et évitables en matière de santé de la population qu'on peut attribuer à des conditions sociales et économiques inégales – et, par conséquent, fondamentalement injustes et inéquitables.³

L'**intersectionnalité** reconnaît que les individus et les communautés doivent être considérés comme une forme complexe et hétérogène, plutôt qu'unidimensionnelle.²¹ Elle admet que les identités et les formes d'oppression s'entrecoupent pour produire des expériences uniques et souvent imprévisibles, car une forme d'oppression peut être façonnée et influencée par un tiers.²⁸ En outre, l'expérimentation des privilèges et de l'oppression par un individu ou une communauté peut décaler avec le temps et selon des contextes différents.

L'**oppression** fait référence au pouvoir institutionnalisé qui se constitue historiquement avec le temps. Elle permet à certains groupes d'assumer une position dominante ou privilégiée par rapport à d'autres groupes et identités, délibérément ou involontairement, et cette dominance est perpétuée aux niveaux individuel/interpersonnel, culturel et structurel/institutionnel.^{9,29,30}

La **santé de la population** est mesurée par des indicateurs de l'état de santé. Elle dépend de facteurs physiques, biologiques, comportementaux, sociaux, culturels, économiques, ainsi que d'autres facteurs. Ce terme est également utilisé pour déterminer le niveau de santé prédominant de la population, ou d'un sous-ensemble spécifique de la population, ou le niveau auquel la population aspire. La santé de la population décrit l'état de santé et la santé publique englobe la gamme de pratiques, de procédures, de méthodes, d'institutions et de disciplines nécessaires pour y parvenir. On utilise également ce terme pour décrire les disciplines comprises dans l'étude des déterminants et la dynamique de l'état de santé de la population.³¹

Les **groupes prioritaires** sont des personnes présentant des problèmes de santé et/ou pour lesquelles le risque d'avoir des problèmes de santé est plus élevé en raison du fardeau représenté par les maladies et/ou de facteurs propices aux maladies; les déterminants de la santé, notamment les déterminants sociaux de la santé; et/ou l'association de ces facteurs. Ces personnes sont déterminées grâce à des sources de données locales, provinciales et/ou fédérales, à de nouvelles tendances et au contexte local, à des évaluations communautaires, à la surveillance, à des études épidémiologiques et à d'autres recherches.

Les **privilèges** correspondent à des pouvoirs non mérités qui donnent aux membres d'un groupe dominant des avantages économiques, sociaux et politiques.^{29,30}

Le **programme d'interventions en santé publique** comprend un éventail de programmes, services et autres interventions entreprises par un conseil de santé pour respecter les exigences et contribuer à atteindre les objectifs et les résultats du programme décrits dans les Normes.

L'**universalisme proportionné** est une démarche qui équilibre les perspectives de santé de la population ciblées et universelles. Cette démarche propose des actions et des interventions en santé à toute la population, mais selon une échelle, une intensité et une offre proportionnelles au degré des besoins et de défavorisation de groupes particuliers.

La **racialisation** fait référence aux processus sociaux qui fabriquent des catégories raciales « véritables, différentes et inégales de façons qui importent pour la vie économique, politique et sociale ». ³² La racialisation repose souvent sur les différences perçues dans les caractéristiques et appartenances anatomiques, culturelles, ethniques, génétiques, géographiques, historiques, linguistiques, religieuses et/ou sociales.

Le **racisme** fait référence à un ensemble de croyances et de pratiques individuelles, culturelles et institutionnelles qui cherche à construire des différences sociales entre les groupes de personnes afin de subordonner et d'opprimer un groupe au bénéfice d'un autre.³³⁻³⁵

La **résilience** désigne la capacité effective d'un individu ou d'une communauté à gérer ou à faire face à l'adversité ou au stress de manière non seulement efficace, mais qui augmente leur aptitude à faire face à l'adversité future et qui leur permet de s'épanouir.³⁶

Les **facteurs de risque et de protection** sont des variables qui peuvent être présentes au niveau individuel, interpersonnel, communautaire ou sociétal et qui ont une incidence sur la santé mentale et la résilience.³⁷ Ils aident à maintenir une bonne santé et peuvent participer à une gestion efficace des états de santé.³⁸ Ils peuvent augmenter la probabilité de développer des maladies chroniques ou gêner la gestion des états existants.³⁸

Les **déterminants sociaux de la santé** sont les facteurs interdépendants sociaux, politiques et économiques qui créent les conditions dans lesquelles les personnes vivent, étudient, travaillent et se divertissent. L'intersection des déterminants sociaux de la santé entraîne le changement de ces conditions avec le temps, et ce, tout au long de la vie, impactant la santé des individus, des groupes et des communautés de différentes manières.³⁹

Les **démarches ciblées** utilisent des critères de sélection, comme le revenu, le quartier, l'état de santé ou l'emploi, pour cibler l'admissibilité et l'accès aux programmes et services destinés à des tranches prioritaires d'une population donnée.²⁷

Les **démarches universelles** sont des programmes et des services qui s'appliquent à l'ensemble de la population.²⁷

Le **bien-être** correspond à « la meilleure qualité de vie possible dans sa pleine expression et basée sur les aspects suivants, mais ne s'y limitant pas nécessairement: niveau de vie agréable, santé robuste, environnement durable, collectivités dynamiques, populations scolarisées, aménagement du temps équilibré, niveau élevé de participation démocratique, et accès et participation à des activités récréatives et culturelles. »⁴⁰

Références

1. Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Normes de santé publique de l'Ontario: exigences relatives aux programmes, aux services et à la responsabilisation, 2018. Toronto (Ontario): Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2018. Accessible à l'adresse suivante: http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/default.aspx
2. Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990, chap. H.7. Accessible à l'adresse suivante: <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/90h07>
3. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. L'équité en santé: Parlons-en Antigonish (Nouvelle-Écosse): Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St Francis Xavier, 2013. Accessible à l'adresse suivante: <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/health-equity>
4. Raphael D. Déterminants sociaux de la santé: les réalités canadiennes. 2^e éd., Toronto (Ontario): Canadian Scholar's Press; 2009.
5. Association pour la santé publique de l'Ontario. Resolution #1: Position statement on applying a health equity lens [Internet]. Toronto (Ontario): Ontario Public Health Association, 2014 [cité le 1^{er} nov. 2017]. Accessible à l'adresse suivante: <http://www.opha.on.ca/Advocacy-and-Policy/Position-Paper,-Resolutions-and-Motions.aspx>
6. Bambra C, Gibson M, Sowden A, Wright K, Whitehead M, Petticrew M. Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. J Epidemiol Community Health. 2010, 64(4):284-91.
7. Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé. Examen des cadres relatifs aux déterminants de la santé. Ottawa (Ontario): Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé, 2015.
8. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Parlons-en: Se diriger vers l'amont Antigonish (Nouvelle-Écosse): Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St Francis Xavier, 2014. Accessible à l'adresse suivante: <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/lets-talk-moving-upstream>
9. Agence de la santé publique du Canada. Compétences essentielles en santé publique au Canada, version 1.0. Ottawa (Ontario): Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2008. Accessible à l'adresse suivante: <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/pratique-sante-publique/competences-ligne/competences-essentielles-sante-publique-canada.html>
10. Simmons Library. Anti-oppression [Internet]. Boston (Massachusetts): Simmons College, 2017 [cité le 1^{er} nov. 2017]. Accessible à l'adresse suivante: <http://simmons.libguides.com/anti-oppression>

11. Brascoupé S, Waters C. Cultural safety: exploring the applicability of the concept of cultural safety to Aboriginal health and community wellness. *J Aboriginal Health*. 2009, 5(2):6-41. Accessible à l'adresse suivante: <https://journals.uvic.ca/index.php/ijih/article/view/12332>
12. Williams R. Cultural safety--what does it mean for our work practice? *Aust N Z J Public Health*. 1999, 23(2):213-4.
13. Cohen BE, Schultz A, McGibbon E, VanderPlaat M, Bassett R, GermAnn K, et al. A Conceptual Framework of Organizational Capacity for Public Health Equity Action (OC-PHEA). *American Journal of Public Health*. 2013,104(3):e262-6. Accessible à l'adresse suivante: <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/index>
14. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Guide sur les cadres d'engagement communautaire favorisant l'action sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé Antigonish (Nouvelle-Écosse): Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, 2013. Accessible à l'adresse suivante: <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/a-guide-to-community-engagement-frameworks>
15. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities. NICE guideline. Londres (Royaume-Uni): National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2016. Accessible à l'adresse suivante: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng44>
16. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Lu D, Tyler I. Pleins feux sur les populations prioritaires. Toronto (Ontario): Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2015. Accessible à l'adresse suivante: <https://www.publichealthontario.ca/fr/BrowseByTopic/HealthPromotion/Pages/Priority-Populations-.aspx>
17. Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. *Public Health*. 2012, 126 Suppl 1:S4-10.
18. Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). At a glance: the eight steps to developing a health public policy. Toronto (Ontario): Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2013.
19. Organisation mondiale de la Santé. Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2014. Accessible à l'adresse suivante: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/112636>
20. Reading CL, Wien F. Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones. Prince George, (Colombie-Britannique): Centre de collaboration national de la santé autochtone, Université du nord de la Colombie-Britannique, 2009. Accessible à l'adresse suivante: https://www.ccnsa-nccah.ca/525/Voir_publication.nccah?id=46

21. Tremblay N, Malla A, Tremblay J, Piepzna-Samarasinha LL. Artful anti-oppression: a toolkit for critical & creative change makers. Volume 1 Roots [Internet]. Toronto (Ontario): AVNU, 2015 [cité le 1^{er} nov. 2017]. Accessible à l'adresse suivante: <http://avnu.ca/resource-category/artful-anti-oppression/>
22. Kelm M. Colonizing bodies: aboriginal health and healing in British Columbia, 1900-50. Vancouver (Colombie-Britannique): UBC Press, 1998.
23. Simon RI, Eppert C. Remembering obligation: Pedagogy and the witnessing of testimony of historical trauma. *Can J Edu.* 1997, 22(2):175.
24. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Community engagement: improving health and wellbeing. Quality standard. Londres (Royaume-Uni): National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2017. Accessible à l'adresse suivante: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs148>
25. Minnesota Department of Health. Community engagement guidebook [Internet]. Saint Paul (Minnesota): Minnesota Department of Health, 2013 [cité le 28 nov. 2017]. Accessible à l'adresse suivante: <http://www.health.state.mn.us/communityeng/index.html>
26. Cooney C. A comparative analysis of transcultural nursing and cultural safety. *Nurs Prax N Z.* 1994, 9(1):6-12.
27. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Démarches ciblées et universelles en matière d'équité en santé: Parlons-en. Antigonish (Nouvelle-Écosse): Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St Francis Xavier, 2013. Accessible à l'adresse suivante: <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/lets-talk-universal-and-targeted-approaches>
28. Crenshaw KW. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. Dans: Kairys D, éditeur. *The politics of law: a progressive critique.* 2^e éd. New York (New York): Pantheon, 1990. p. 195-217.
29. Nzira V, Williams P. *Anti-oppressive practice in health and social care.* Los Angeles (Californie): SAGE, 2009.
30. Alexander M. An integrated anti-oppression framework for reviewing and developing policy: a toolkit for community service organizations [Internet]. Toronto (Ontario): Springtide Resources; 2008 [cité le 1^{er} nov. 2017]. Accessible à l'adresse suivante: <http://www.springtideresources.org/resource/integrated-anti-oppression-framework-reviewing-and-developing-policy-toolkit-community-serv>
31. Last JM, éditeur. *A dictionary of public health.* New York (New York): Oxford University Press, 2007.

32. Castagna M, Sefa Dei GJ. An historical overview of the application of the race concept in social practice. Dans: Calliste A, Sefa Dei GJ, éditeurs. *Anti-racist feminism: critical race and gender studies*. Halifax (Nouvelle-Écosse): Fernwood Publishing, 2000. p. 19-37.
33. Patychuk D. Équité en matière de santé et groupes racialisés - Recensement des écrits Toronto (Ontario): Conseil sur l'équité en matière de santé, Nexus Santé, 2011. Accessible à l'adresse suivante:
https://fr.nexussante.ca/sujets_et_outils/equite_en_sante/equite%20en%20sante
34. Tremblay N, Malla A, Tremblay J, Piepzna-Samarasinha LL. *Artful anti-oppression: a toolkit for critical & creative change makers*. Volume 2 *Ism's* [Internet]. Toronto (Ontario): AVNU, 2015 [cité le 1^{er} nov. 2017]. Accessible à l'adresse suivante:
<http://avnu.ca/resource-category/artful-anti-oppression/>
35. Commission ontarienne des droits de la personne. *Politique et directives sur le racisme et la discrimination raciale*. Toronto (Ontario): Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2009. Accessible à l'adresse suivante: <http://www.ohrc.on.ca/fr/politique-et-directives-sur-le-racisme-et-la-discrimination-raciale>
36. Santé Canada. *Risque, vulnérabilité, résilience - Implications pour les systèmes de santé* [Internet] Ottawa (Ontario): Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1997 [cité le 28 nov. 2017]. Accessible à l'adresse suivante:
https://web.archive.org/web/20060927053127/http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/html/fvrisk_f.html
37. Centre de toxicomanie et de santé mentale, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto, Toronto Public Health. *Best practice guidelines for mental health promotion programs: children (7–12) & youth (13–19)*. Toronto (Ontario): CAMH Publications, 2014. Accessible à l'adresse suivante:
<https://www.porticonetwork.ca/web/camh-hprc/resources/best-practice-guidelines-for-mental-health-promotion-programs>
38. Australian Institute of Health and Welfare. *Risk factors contributing to chronic disease*. Cat No. PHE 157. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare, 2012. Accessible à l'adresse suivante: <https://www.aihw.gov.au/reports/chronic-disease/risk-factors-contributing-to-chronic-disease/contents/table-of-contents>
39. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *La voie suivie: renforcement de la capacité organisationnelle pour améliorer l'équité en santé dans quatre bureaux de santé de l'Ontario*. Antigonish (Nouvelle-Écosse): Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St Francis Xavier, 2015. Accessible à l'adresse suivante:
<http://nccdh.ca/fr/resources/entry/developing-organizational-capacity-for-improving-health-equity-in-four-onta>

40. Indice canadien du mieux-être. Comment les Ontariens se portent-ils véritablement? Un rapport provincial sur le mieux-être de l'Ontario [Internet]. Waterloo (Ontario): Indice canadien du mieux-être, Université de Waterloo, 2014 [cité le 28 nov. 2017]. Accessible à l'adresse suivante: <https://uwaterloo.ca/indice-canadien-du-mieux-etre/node/3>

