

EIES

Évaluation de l'impact sur
l'équité en matière de santé

Guide de travail pour l'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES)

Table des matières

Remerciements	4
EIES Version 2.0 (printemps 2012)	4
EIES Version 1.0 (printemps 2011)	7
Introduction	8
Démarrage	8
Ressources supplémentaires	8
Qu'est-ce que l'outil d'EIES?	9
Pourquoi utiliser l'outil d'EIES?	10
Dans quelles circonstances l'EIES doit-elle être utilisée?	11
Qui doit utiliser l'outil d'EIES?	12
Quelle est la portée de l'outil d'EIES?	12
Définitions et concepts entourant l'EIES	13
Inégalités en matière de santé	13
Déterminants de la santé	13
Collecte des données	15
L'EIES en cinq étapes	16
Remplir la grille d'EIES	18
Étape 1: Délimitation	18
Étape 2: Impacts possibles	23
Étape 3: Mitigation	25
Étape 4: Surveillance	27
Étape 5: Diffusion	29
Annexe A: Déterminants de la santé	31
Annexe B: Autres ressources sur l'équité en matière de santé	43
Annexe C: Méthodologie	44

Remerciements

EIES Version 2.0 (printemps 2012)

L'outil et le guide de travail pour l'Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) ont été mis à jour par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) en partenariat avec le secteur de la santé publique et les fournisseurs de services de santé, entre autres avec Santé publique Ontario, les bureaux de santé publique (BSP), la Division de la santé publique du MSSLD et de nombreux autres intervenants. Nous remercions du fond du cœur tous les partenaires et les consultants et tous les participants aux essais de leur contribution :

Cadre principal d'évaluation de l'équité / Groupe de travail pour l'EIES
Santé publique Ontario
Brian Hyndman , aménageur principal, Promotion de la santé, Prévention des maladies chroniques et des blessures Christiane Mitchell , adjointe de recherche, Promotion de la santé, Prévention des maladies chroniques et des blessures
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
Wendy Katherine , gestionnaire, Unité de la santé de la femme et de la famille, Division de la stratégie et des politiques du système de santé April MacInnes , conseillère principale en politiques, chargée de projet de l'EIES, Direction de la santé communautaire et de la santé de la population, Division de la stratégie et des politiques du système de santé Janice Tepper , gestionnaire, Direction des politiques et de la planification stratégiques, Direction de la planification et de la liaison en matière de santé publique, Division de la santé publique Lindsay Boychuk , conseillère en planification et en liaison, Direction des politiques et de la planification stratégiques, Direction de la planification et de la liaison en matière de santé publique, Division de la santé publique Vanessa Perry , conseillère en pratiques de santé publique, Direction des normes, des pratiques et de la responsabilisation en matière de santé publique, Division de la santé publique Ian Chan , analyste des pratiques de santé publique (I), Direction des normes, des pratiques et de la responsabilisation en matière de santé publique, Division de la santé publique
Autres contributeurs et conseillers importants
Santé publique Ontario (Élaboré par le Cadre d'évaluation de l'équité. Sert de base au supplément des BSP de l'EIES)
D^{re} Heather Manson , chef, Promotion de la santé, Prévention des maladies chroniques et des blessures D^{re} Ingrid Tyler , médecin de santé publique Brian Hyndman , aménageur principal, Promotion de la santé, Prévention des maladies chroniques et des blessures

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

D^{re} Arlene King, médecin hygiéniste en chef de l'Ontario

Vasanthi Srinivasan, sous-ministre adjointe, Division de la stratégie et des politiques du système de santé

Sheree Davis, directrice, Direction de la santé communautaire et de la santé de la population,
Division de la stratégie et des politiques du système de santé

Elizabeth Walker, directrice, Direction de la planification et de la liaison en matière de santé publique,
Division de la santé publique

Paulina Salamo, gestionnaire, Normes et performance, Direction des normes,
des pratiques et de la responsabilisation en matière de santé publique

Gerrilynn Carroll, directrice, Direction de la gestion des situations d'urgence, Division de la santé publique

Sylvia Shedden, directrice, Direction des normes, des pratiques et de la responsabilisation en matière de
santé publique, Division de la santé publique

Chloe Macrae, analyste des politiques, Direction de la santé communautaire et de la santé de la population,
Division de la stratégie et des politiques du système de santé

Mark Schoter, analyste des politiques, Direction de la santé communautaire et de la santé de la population,
Division de la stratégie et des politiques du système de santé

Véronique Dault, agente, Politiques et programmes, Bureau des services en français

Consultations – Participants au groupe de discussion, 5 mars 2012

Bureaux de santé publique

Jo Ann Salci, infirmière-hygiéniste, Déterminants sociaux de la santé,
Services de santé publique de la ville de Hamilton

Marcia Nauta, infirmière-hygiéniste, Déterminants sociaux de la santé,
Services de santé publique de la ville de Hamilton

Rebecca Dupuis, infirmière-hygiéniste, Déterminants sociaux de la santé,
Bureau de santé du district de Simcoe Muskoka

Erika Haney, infirmière-hygiéniste, Déterminants sociaux de la santé,
Bureau de santé du district de Simcoe Muskoka

Caroline Wai, infirmière-hygiéniste, ville de Toronto (également représentante de l'ASPO-Groupe de travail
sur l'équité en matière de santé de l'Association des agences locales de santé publique)

Siu Mee Cheng, directrice générale, Association pour la santé publique de l'Ontario

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Ayasha Mayr Handel, chef d'équipe, Bureau de la sous-ministre adjointe,
Division de la responsabilisation et de la performance du système de santé

Thomas Appleyard, conseiller principal, Direction de la gestion des situations d'urgence,
Division de la santé publique

Sheela Subramanian, analyste de la planification et des politiques,
Association canadienne pour la santé mentale

Consultations – Participants au webinaire, 22 mars 2012

Les participants étaient trop nombreux pour être mentionnés individuellement, mais on remarque au nombre
des invités:

Bureau de santé publique – Déterminants sociaux pertinents pour les infirmières-hygiénistes
de tout l'Ontario

Médecins hygiénistes de tout l'Ontario.

Membres du **Conseil des médecins hygiénistes**

Champions de l'EIES

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

D^{re} Arlene King, médecin hygiéniste en chef de l'Ontario

Vasanthi Srinivasan, sous-ministre adjointe, Division de la stratégie et des politiques du système de santé

Champions de la communauté

D^r Kwame McKenzie, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Branka Agic, chef, Unité de l'équité, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Autres remerciements

Rétroaction des anciens utilisateurs et formulaires d'évaluation utilisés lors des séances de formation auprès des RLISS, du MSSLD et l'ensemble du secteur de la santé.

Membres du Conseil des médecins hygiénistes

EIES Version 1.0 (printemps 2011)

L'outil et le guide de travail pour l'Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) ont été élaborés par le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario en partenariat avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) du Nord-Est, du Centre-Toronto et de Waterloo Wellington. Nous remercions vivement tous les partenaires et les consultants et tous les participants aux essais de leur contribution :

L'équipe EIES (Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé)
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
<p>Scott Anderson, directeur, Politiques et relations liées au système de santé Elliot Cappell, analyste des politiques, Unité de l'équité Sheree Davis, directrice, Stratégie du système de santé Marc Despatie, chef des services en français Ben Elling, analyste des politiques, Unité de l'équité Lauren Ettin, chef, Unité de l'équité Judy Fiddes, conseillère principale en politiques, Unité de l'équité Julia Gallo, chef (A), Unité de l'équité Lorraine Greaves, directrice administrative, Division de la stratégie du système de santé Wendy Katherine, chef, Unité des stratégies relatives à la santé de la population et de l'intégration Ayasha Mayr Handel, conseillère principale en politiques, Unité des stratégies relatives à la santé de la population et de l'intégration Anthony Mohammed, chef (A), Unité de l'équité Hélène Moncion, agente principale, Politiques et programmes, Services en français Véronique Dault, agente, Politiques et programmes, Services en français Michèle Sanborn, directrice, Direction de la gestion ministérielle Vasanthi Srinivasan, sous-ministre adjoint, Division de la stratégie du système de santé</p>
Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Nord-Est, équipe EIES
<p>Erika Espinoza, conseillère, Planification, intégration et participation communautaire Phil Kilbertus, conseiller principal, Planification, intégration et participation communautaire Marc Lefebvre, conseiller, Soutien à la planification et à la décision Mike O'Shea, conseiller principal, Planification, intégration et participation communautaire Dave Pearson, conseiller principal, Planification, intégration et participation communautaire</p>
Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) du Centre-Toronto, équipe EIES
<p>Vanessa Ambtman, conseillère, Participation communautaire Krissa Faye, conseillère principale, Participation communautaire Janine Hopkins, directrice, Planification, intégration et participation communautaire</p>
Réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de Waterloo Wellington, équipe EIES
<p>Thomas Custers, chef principal, Conception du système de santé Mike Dwyer, analyste principal, Transformation du système de santé Linda Lopinski, chargée de programme, Participation communautaire Kate Reid, adjointe, Programmes Patricia Syms Sutherland, chef, Transformation du système de santé</p>
Autres remerciements
<p>Bob Gardner, conseiller, The Wellesley Institute Margot Lerner, conseillère, Wasabi Consulting Participants aux essais et aux séances de consultation</p>

Guide de travail pour l'EIES : comment mener une EIES

Pour découvrir les plus récentes ressources, visitez le site : www.ontario.ca/equite-sante
Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec : HEIA@ontario.ca

Introduction

L'Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) possède une vaste application et est conçue pour être utilisée par les organisations et fournisseurs de services de santé qui ont un impact sur la santé des Ontariens et des Ontariennes. Par conséquent, l'EIES doit servir non seulement aux organisations actives dans le système de soins de santé de l'Ontario, comme le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD), les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), les bureaux de santé publique (BSP), mais aussi aux organisations situées à l'extérieur du système de soins de santé susceptibles d'avoir des répercussions sur la santé. On pense entre autres ici aux autres ministères ontariens responsables des politiques sociales, comme le ministère de l'Éducation, le ministère des Transports et le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse et aux différents organismes sans but lucratif et les fournisseurs de services dans la collectivité. L'outil d'EIES se veut aussi un pont entre les secteurs pertinents afin de stimuler la pensée créatrice, la collaboration et la découverte de solutions viables et praticables pour les politiques, programmes et initiatives en cours ayant un impact sur la santé.

Démarrage

Le guide de travail pour l'EIES fournit des renseignements généraux sur la manière de mener une Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé et sur la façon d'utiliser la grille d'EIES dans votre pratique quotidienne. Le guide de travail :

- explique la nature de l'EIES et la façon de l'utiliser et définit les utilisateurs;
- accompagne l'utilisateur tout au long des cinq étapes nécessaires pour mener une EIES;
- fournit des exemples et incite l'utilisateur à illustrer la façon dont chaque section de la grille d'EIES doit être remplie;
- fournit des renseignements dont l'utilisateur a besoin pour mener une EIES (annexe C);
- oriente l'utilisateur vers d'autres ressources complémentaires utiles au moment de mener une EIES. Dans le présent guide de travail, ces ressources seront appelées **Ressources supplémentaires**.

Ressources supplémentaires

Outre la grille d'EIES et le guide de travail pour l'EIES, l'utilisateur peut accéder à différentes ressources complémentaires qui l'aideront à mener l'évaluation. Ces ressources sont offertes sur le site Web de l'EIES du MSSLD à l'adresse <http://www.ontario.ca/equite-sante>. Visiter cette page est le meilleur moyen d'obtenir les renseignements les plus à jour.

Ressources offertes actuellement

- **Supplément concernant les services en français (SEF)** : Indique les lois particulières et les exigences de la *Loi sur les services en français*.
- **Supplément sur les bureaux de santé publique (BSP)** : Introduit des considérations concernant le secteur de la santé publique dans l'application de l'EIES. Indique notamment la façon dont l'outil d'EIES peut aider les bureaux de santé publique locaux à satisfaire aux exigences de la Direction des normes, des pratiques et de la responsabilisation en matière de santé publique (NSPO) de Santé publique Ontario.

- Différents **sites Web** menant vers des ressources externes et des sources de données susceptibles de guider l'utilisateur dans l'utilisation de l'outil.

Ressources en voie d'élaboration

- **Sommaires de données** et de renseignements utiles sur les populations vulnérables;
- **Études de cas** illustrant l'application de l'EIES;
- **Liens** hypertexte vers des ressources et des banques de données externes.

Qu'est-ce que l'outil d'EIES?

L'EIES¹ est un outil d'évaluation pratique et souple qui peut servir à recenser les impacts potentiels (positifs ou négatifs) *involontaires* d'une politique, d'un programme ou d'une initiative sur la santé des groupes vulnérables ou marginalisés au sein de la population en général. Une fois ces impacts recensés, l'utilisateur peut formuler des recommandations à l'intention des décideurs quant aux changements qui seraient susceptibles d'atténuer les impacts négatifs et de maximiser les impacts positifs sur les groupes touchés.

Il est important d'insister sur le fait que l'EIES vise uniquement le recensement des impacts positifs et négatifs **involontaires** – non pas les bienfaits **prévus** de la politique, du programme ou de l'initiative qui doit être mis en œuvre.

Quelle est la différence entre impacts *involontaires* et bienfaits *prévus*?

Prenons par exemple le but visé par un programme de prévention et de prise en charge du diabète déployé à l'échelle de la province. Imaginons que ce but consiste à réduire le taux d'incidence du diabète et à améliorer les soins fournis aux personnes déjà atteintes de diabète et leur prise en charge. La conséquence involontaire d'une décision opérationnelle associée à l'offre de ce programme en ligne seulement serait peut-être l'exclusion des personnes qui n'ont pas accès à Internet, situation qui entraînerait un impact inéquitable sur la santé des groupes concernés. Un autre impact serait que toutes les personnes déjà vulnérables et dont la santé est à risque seront proportionnellement plus touchés et ainsi davantage marginalisés, ce qui représente une conséquence involontaire qui contrevient aux objectifs prévus du programme, à savoir une réduction des taux d'incidence du diabète et une amélioration de la qualité des soins à la grandeur de la province. Les stratégies visant la mitigation afin d'améliorer l'accès aux soins pourrait alors être celles qui visent à éviter une marginalisation accrue des groupes vulnérables recensés.

Le principal objectif de l'outil consiste à réduire les iniquités qui découlent des obstacles à l'accès aux services de santé de qualité et à accroître les résultats positifs pour la santé en recensant et en atténuant les impacts involontaires d'une initiative avant sa mise en œuvre.

Des initiatives ministérielles plus vastes comme les processus de planification stratégique et commerciale, et les processus d'allocation des budgets et ressources, d'accréditation, de gouvernance, de responsabilisation, de réglementation et de participation communautaire peuvent aussi tirer parti de l'EIES, puisqu'elle favorise l'intégration de l'équité en matière de santé dans l'ensemble des organisations.

¹ L'Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) est issue de la méthodologie de l'Évaluation d'impact sur la santé (EIS [OMS]) qui a acquis beaucoup de dynamisme sur le plan international au cours de la dernière décennie en tant qu'outil d'aide à la décision permettant la mise en place de « politiques en matière de santé publique ». Alors que l'EIS s'intéresse souvent aux iniquités en matière de santé, sa structure ne s'est pas prêtée à une action plus ciblée et plus systématique sur ces iniquités. Un modèle d'équité axé sur l'évaluation de l'impact sur la santé a donc évolué et est actuellement utilisé au Royaume-Uni (Pays de Galles), en Nouvelle-Zélande, en Australie et dans d'autres territoires.

Bien qu'elle doive principalement servir pendant la phase d'élaboration des initiatives (avant la mise en œuvre), elle peut aussi être appliquées rétrospectivement aux examens, aux évaluations ou aux décisions ayant trait à l'expansion, à la réorientation ou à l'éventuelle suppression des programmes ou services existants.

Au niveau macrostructurel, l'outil peut servir dans les vastes stratégies ou à l'évaluation de l'ensemble de programmes et services afin de déterminer si cette combinaison pourra procurer des avantages égaux à toute la population ou s'il accentuera les iniquités existantes en matière de santé. L'EIES peut aussi être utilisé pour recenser les indicateurs clés de la réussite axés sur l'équité.

Pourquoi utiliser l'outil d'EIES?

L'équité en matière de santé peut avoir un effet considérable sur la pérennité du système de santé en réduisant l'incidence des maladies coûteuses et évitables et des traitements qui y sont associés. La réduction des disparités dans la prestation et la planification des services de santé nécessite une solide compréhension des obstacles clés à l'accès équitable aux services de grande qualité et des besoins précis des populations désavantagées sur le plan de la santé. Pour ce faire, il faut disposer d'un éventail d'outils de planification efficaces et pratiques.

L'EIES est souvent perçue comme un outil de « défrichage » susceptible d'aider les décideurs à tenir compte des questions d'équité au moment de l'élaboration de nouvelles initiatives et dans le cadre d'une planification plus détaillée. Ainsi, l'EIES soutient l'atteinte de l'objectif stratégique à long terme consistant à améliorer l'accès des diverses collectivités aux services de santé et à répondre aux besoins de ces dernières, ce qui fait partie des priorités déterminées par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

L'EIES vise cinq grands objectifs pour les utilisateurs :

1. Contribuer à recenser les impacts possibles (positifs ou négatifs) d'une politique planifiée, d'un programme ou d'une initiative sur la santé de groupes vulnérables ou marginalisés au sein de la population en général;
2. Contribuer à formuler des recommandations quant aux changements à apporter à l'initiative, qui sont susceptibles d'atténuer les impacts négatifs et de maximiser les impacts positifs sur les groupes vulnérables ou marginalisés;
3. Intégrer l'équité aux modèles existants et futurs de l'organisation de manière à ce que l'équité devienne une valeur fondamentale et un critère pris en considération dans toutes les décisions;
4. Soutenir l'amélioration de la mise au point des programmes et des services axée sur l'équité. On se posera ainsi la question: « Quelles modifications doit-on apporter à ce programme pour qu'il réponde aux besoins de populations données? »;
5. Présenter l'équité en santé à titre de catalyseur de changement à l'échelle de l'organisation, de manière à ce que les décideurs élaborent les « objectifs à atteindre ». Ils se poseront ainsi les questions: « Comment pouvons-nous offrir ce programme à un plus grand nombre de personnes, particulièrement celles qui sont souvent oubliées? », « Quels obstacles devons-nous repérer? » et « Sommes-nous aussi efficaces que nous pourrions l'être, surtout pour les personnes dont les besoins en matière de santé sont les plus grands? ».

L'EIES peut aussi offrir un cadre de travail robuste pour déterminer si l'ensemble des politiques, programmes et initiatives d'une organisation tire parti des occasions d'amélioration de l'équité ou s'il est susceptible d'élargir les disparités en matière de santé entre les populations vulnérables et marginalisées et la population en général.

Les utilisateurs peuvent utiliser l'EIES au niveau **microstructurel** pour évaluer l'ensemble des politiques, programmes et initiatives, mais ils peuvent aussi s'en servir au niveau **macrostructurel** pour évaluer l'ensemble de leur offre existante ou future afin de déterminer si elles sont susceptibles d'approfondir les disparités ou d'accroître l'équité en matière de santé.

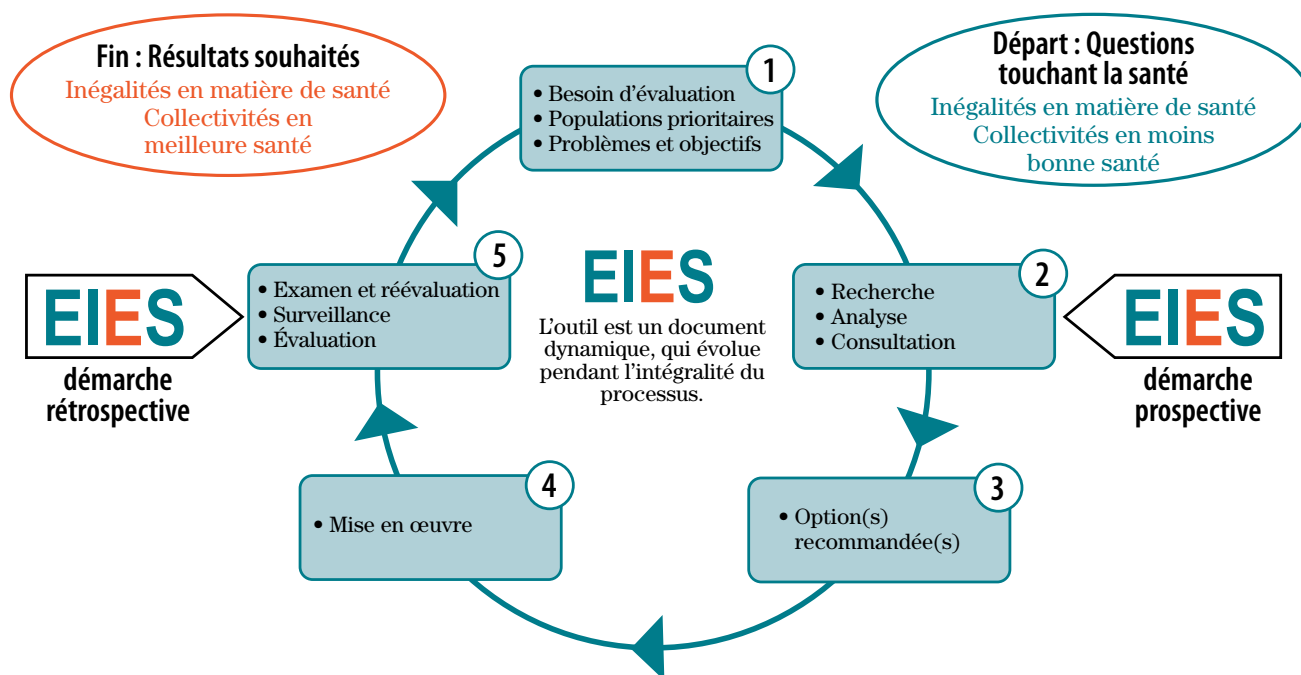
Enfin, il est prévu qu'après la mise en œuvre de l'EIES et la réalisation des mitigations recensées, on établit si les impacts positifs prévus sur la santé et l'équité ont été maximisés, et si les impacts négatifs ont été réduits. Dans la négative, il convient de déterminer les raisons de cet état de fait et d'établir la façon dont les plans pourront être davantage adaptés à l'avenir de manière à favoriser l'équité en matière de santé².

Dans quelles circonstances l'EIES doit-elle être utilisée?

L'EIES doit être menée **le plus tôt possible** au moment de l'élaboration et de la planification afin qu'on puisse apporter des modifications à la politique, au programme ou à l'initiative avant que les possibilités de modification ne diminuent (par exemple durant la mise en œuvre).

La figure 1 représente un processus d'élaboration et de planification simplifié. On y indique les étapes auxquelles l'outil d'EIES peut être appliqué, dans le cadre d'une analyse prospective ou rétrospective.

Figure 1 – Quand doit-on utiliser l'EIES?



Bien qu'il soit souhaitable de procéder tôt à une évaluation, l'EIES peut être effectuée ultérieurement dans le processus d'élaboration et de planification, par exemple durant l'examen et l'évaluation qui suit la mise en œuvre. Ainsi, l'EIES peut servir à évaluer l'expansion, le réaligement ou la suspension d'un programme ou d'un service. Cependant, les recommandations auxquelles l'EIES tardive donnera lieu pourront être limitées par des facteurs comme des décisions prises antérieurement, des investissements déjà réalisés, la disponibilité des ressources et les dates butoirs. Néanmoins, ces limites ne doivent pas restreindre le recours à l'analyse prévue dans le cadre de l'EIES.

² UCLA Health Impact Assessment Clearinghouse. "Phases of HIA". Le document peut être consulté à l'adresse : <http://www.hiaguide.org/methods-resources/methods/phases-hia-4-reportingevaluation>.

L'EIES ne constitue qu'un des éléments d'un éventail d'outils de planification pour l'équité qui peuvent ne pas convenir à tous les contextes. Par exemple, elle est moins utile que d'autres outils d'équité pour l'évaluation des besoins, la mesure et le suivi des interventions en matière d'équité, l'évaluation des programmes et des services ou la planification stratégique.

Qui doit utiliser l'outil d'EIES?

Habituellement, l'EIES est effectuée par le personnel travaillant à l'élaboration et à la planification des politiques, programmes et initiatives. Les décideurs de l'organisation devraient ensuite tenir compte des résultats de l'EIES. L'EIES n'est pas conçue pour être effectuée par un tiers (p. ex., des consultants), car ils sont davantage éloignés du processus et que les coûts associés à une telle démarche peuvent être prohibitifs.

Quelle est la portée de l'outil d'EIES?

On compte habituellement trois méthodes d'évaluation des impacts^{3,4}:

- **Évaluation à partir de données**
 - Les renseignements sont réunis par l'utilisateur à partir des données et ressources existantes.
 - Une telle évaluation se réalise en général en quelques jours.
- **Évaluation rapide**
 - Cette évaluation est plus détaillée et comporte davantage d'activités d'approche et de cueillette d'information.
 - Une telle évaluation se réalise en général en quelques semaines.
- **Évaluation complète**
 - Comporte des recherches plus poussées telles que des consultations auprès de la collectivité et du secteur.
 - Une évaluation complète peut exiger des mois.
 - On y recourt habituellement pour les projets très importants et très complexes.

En général, l'EIES se classe entre les catégories évaluation à partir de données et évaluation rapide. Ces différentes évaluations peuvent être effectuées dans des périodes plus brèves, et reposent habituellement sur de l'information, des données et des ressources existantes. C'est l'utilisateur qui décide du niveau et de la profondeur de l'EIES en tenant compte du temps et des ressources impartis.

³ Centers for Disease Control and Prevention. "Health Impact Assessment". Le document peut être consulté à l'adresse <http://www.cdc.gov/healthyplaces/hia.htm>

⁴ Centers for Disease Control and Prevention. "Health Impact Assessment Fact Sheet". Le document peut être consulté à l'adresse http://www.cdc.gov/healthyplaces/factsheets/Health_Impact_Assessment_factsheet_Final.pdf.

Définitions et concepts entourant l'EIES

Ressources supplémentaires: Consultez un glossaire à jour de la terminologie pour découvrir la signification des différents termes selon les secteurs au site Web de l'EIES: <http://www.ontario.ca/equite-sante>

Pour des raisons de simplicité, nous avons retenu les termes le plus couramment acceptés et utilisés dans le guide de travail et la grille d'EIES.

Inégalités en matière de santé

Dans le système de santé, assurer l'équité signifie réduire les obstacles systémiques à l'accès aux services de santé de grande qualité pour tous en répondant aux besoins en matière de santé des gens en fonction des classes sociales, les populations les plus désavantagées sur le plan de la santé. La planification de l'accès équitable aux soins de santé part du principe que les services de santé doivent être fournis et organisés de manière à contribuer à réduire les disparités globales.

Les iniquités ou disparités en matière de santé sont des différences dans le domaine de la santé qui sont évitables, injustes et systématiquement liées aux inégalités sociales et à la marginalisation. Selon la recherche effectuée, les disparités en matière de santé sont dues aux grandes inégalités socioéconomiques et à l'exclusion répandue dans la société en général ainsi qu'au fait qu'il existe des gradients précis de santé dans lesquels la santé a tendance à être moins bonne dans les couches inférieures de l'échelle économique, de la scolarité et des privilèges en général. L'équité en matière de santé vise donc à réduire ou à éliminer les résultats pour la santé liés à l'échelle sociale. Il s'agit d'une notion qui repose sur les concepts plus vastes de justice, de justice sociale et de société civilisée.

Déterminants de la santé

L'Agence de la santé publique du Canada définit les déterminants de la santé de la façon suivante :

«...Facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations⁵. Ces déterminants peuvent être regroupés en sept grandes catégories⁶: l'environnement socioéconomique, les environnements physiques, le développement de la petite enfance, l'hygiène de vie, la capacité individuelle et la capacité d'adaptation, le patrimoine biologique et génétique et les services de santé.»

Même si la liste continue de s'allonger, l'Agence de santé publique du Canada reconnaît actuellement les déterminants de la santé qui suivent⁷, qui constituent la liste à laquelle se réfèrent le guide de travail et la grille d'EIES:

- revenu et statut social
- réseaux de soutien social
- scolarité et alphabétisation
- emploi et conditions de travail
- environnement social
- environnement physique
- hygiène de vie et capacité d'adaptation
- développement de la petite enfance
- patrimoine biologique et génétique
- accès aux services de santé
- sexe
- culture

Pour une définition des différents déterminants, consultez l'annexe A.

⁵ Organisation mondiale de la Santé (OMS), Glossaire de la promotion de la santé, 1998. Le document peut être consulté à l'adresse http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_fr.pdf

⁶ Source : Agence de la santé publique du Canada. « Réponse du Canada à la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé ». Le document peut être consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/sdh-dss/glos-fra.php>.

⁷ Agence de santé publique du Canada (ASPC), « Qu'est-ce qui détermine la santé? ». Le document peut être consulté à l'adresse <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php>.

Pourquoi se concentrer sur les déterminants de la santé?

La démarche la plus efficace pour disparités en matière de santé s'appuie sur un cadre de travail qui tient compte des déterminants de la santé – les facteurs qui influent sur la santé et qui dépassent des limites traditionnelles du système de soins de santé. Il est important de s'attarder en amont du secteur de la santé à la vaste gamme d'influences et de résultats socioéconomiques qui influent sur la santé des individus, des collectivités et des populations.

Selon la *Commission des déterminants sociaux de la santé* mise sur pied par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), «les services de santé sont un important déterminant de la santé. Bien que le mode de vie joue aussi un rôle important en matière de santé, ce sont les facteurs liés au milieu social déterminant l'accès aux services de santé qui influencent en premier lieu les choix liés au mode de vie⁸.»

Malgré le fait que de nombreux déterminants créant des disparités en matière de santé se trouvent à l'extérieur du système de santé en tant que tel, l'analyse des déterminants sociaux de la santé est susceptible de révéler d'importantes voies vers des résultats pour la santé et de suggérer des solutions efficaces pour réduire les iniquités recensées en matière de santé.

Déterminants de la santé ou déterminants sociaux de la santé?

Les terminologies qui décrivent les facteurs influant sur la santé sont notamment les « déterminants de la santé » (DS) et les « déterminants sociaux de la santé » (DSS). Ces expressions ont des sens légèrement différents, même si elles englobent les mêmes concepts.

Les déterminants sociaux de la santé désignent les conditions sociales dans lesquelles les gens vivent et travaillent⁹. Ils sont les « conditions économiques et sociales qui influent sur la santé au niveau de l'individu, de la collectivité et de l'ensemble d'un territoire. Ces facteurs déterminent la mesure dans laquelle une personne possède les ressources physiques, sociales et personnelles pour définir et réaliser ses objectifs, satisfaire ses besoins et s'adapter à son milieu. Ces ressources englobent notamment les conditions relatives au développement du jeune enfant, l'éducation, l'emploi et le travail, la salubrité des aliments, les services de santé, le logement, le revenu et la répartition du revenu, l'exclusion sociale, le filet de sécurité social, ainsi que le chômage et la sécurité d'emploi¹⁰».

Dans le guide de travail et la grille d'EIES, le terme DS, plus large sur le plan sémantique, sera utilisé pour désigner les déterminants de la santé d'un individu ou d'un groupe qui vont au-delà du concept médical traditionnel de santé. DS est un terme plus large qui englobe le spectre des influences sur la santé, et il a été désigné comme préféré par le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario.

À mesure que l'importance du milieu social dans la détermination des résultats sur la santé devient de plus en plus évidente, la recherche portant sur les facteurs sociaux particuliers les plus critiques s'intensifie. D'autres listes de ces facteurs sociaux influant sur la santé peuvent être référencées au besoin en appliquant l'EIES.

Ainsi, les chercheurs de l'Université York¹¹ ont récemment défini 14 facteurs sociaux clés qui ont une incidence sur la santé, dont: le revenu et la distribution du revenu, l'éducation, le chômage et l'insécurité au travail, l'emploi et les conditions de travail, le développement de la petite enfance, l'insécurité alimentaire, l'habitation,

⁸ Organisation mondiale de la Santé (OMS), « Comblant le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux ». On peut consulter le document à l'adresse http://www.who.int/social_determinants/thecommission/fr/index.html. La Commission dégage neuf thèmes clés : le développement durant la petite enfance, les conditions de travail, la mondialisation, l'exclusion sociale, les systèmes de soins de santé, les conditions de santé prioritaires, les femmes et l'équité, l'urbanisation, la mesure et les preuves.

⁹ Document de discussion de la Commission sur les DSS de l'Organisation mondiale de la Santé intitulé : « Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on SDH ». Le document peut être consulté à l'adresse http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf

¹⁰ Raphael, Dennis (Ed) 2004. *Social Determinants of Health: Canadian Perspective*.

¹¹ Mikkonen, J. et D. Raphael. *Social Determinants of Health: The Canadian Facts* Toronto : York University School of Health Policy and Management, 2010.

l'exclusion sociale, le réseau de sécurité sociale, les services de santé, le fait d'être autochtone, le sexe, la race et les handicaps. Les autres déterminants de la santé désignés par différentes personnes et organisations sont la distribution de la richesse et la pauvreté, le sexe, la race et l'ethnicité, le statut de citoyen et d'immigrant, la langue, les compétences, l'orientation sexuelle, l'âge, le racisme et la discrimination, l'exclusion sociale et l'environnement aménagé. Ces listes varient selon le poids des centres d'intérêt ou du travail de la personne ou de l'organisation.

Dans l'utilisation de l'outil d'EIES, l'utilisateur est libre d'utiliser la liste de DSS ou de DS la plus pertinente pour son organisation ou projet, celle avec laquelle il est le plus à l'aise. Dans le guide de travail et la grille d'EIES, l'Agence de santé publique du Canada utilise la liste de DS.

Collecte des données

L'EIES procure un cadre d'analyse, mais l'utilisateur doit fournir les données adéquates pour évaluer efficacement les impacts possibles sur l'équité. L'analyse prévue à l'EIES est aussi robuste que la qualité des données utilisées avec l'outil.

Cependant, la recherche conventionnelle (les études quantitatives et qualitatives) a tendance à ne pas refléter aussi bien les réalités des groupes marginalisés et celles des populations vulnérables et les difficultés qu'ils doivent surmonter. Par conséquent, les utilisateurs peuvent parfois avoir de la difficulté à trouver des données de recherche conventionnelle se rapportant précisément aux populations dont ils doivent tenir compte.

Lorsque vous entreprenez une analyse d'EIES, pensez à adopter une démarche réaliste en intégrant des données issues de recherches conventionnelles et de recherches exceptionnelles afin d'obtenir de meilleurs résultats, y compris les suivantes :

- Littérature grise (rapports sur des politiques, programmes et projets, guides officiels sur les bonnes pratiques, pratiques recommandées ou prometteuses, etc.);
- Données intergouvernementales;
- Ressources en ligne;
- Données de consultation et constats des participants aux programmes de participation communautaire;
- Entrevues avec des informateurs clés (p. ex., avec des experts locaux ou des membres du personnel d'organisations pertinentes);
- Résultats d'évaluation de programme;
- Sondages auprès des clients;
- Données recueillies sur le terrain, données fournies par le personnel, données organisationnelles, preuves tacites, etc.

Plus vous incluez des données de sources variées, plus l'analyse sera robuste et plus l'EIES tiendra adéquatement compte des besoins des populations susceptibles d'être exclues de la recherche conventionnelle. L'évaluation des sources de données doit porter sur leur rigueur et leur qualité.

Ressources supplémentaires : Les annexes B et C de ce guide de travail EIES fournit une liste étendue de ressources qui vous aideront à réunir les données pertinentes pour effectuer l'EIES. Veuillez la consulter avant de remplir la grille d'EIES.

L'EIES en cinq étapes

Il convient de mener une EIES si la politique, le programme ou l'initiative est susceptible d'avoir un impact sur la santé de groupes vulnérables ou marginalisés. Il est souhaitable que **toutes les décisions et tous les plans envisagés** soient soumis à l'évaluation et qu'une recommandation soit formulée quant à savoir s'il faut procéder à une EIES et, le cas échéant, avec une analyse de quelle portée.

1. Délimitation

Définir les populations ou les groupes touchés et les impacts involontaires possibles (positifs ou négatifs) de la politique, du programme ou de l'initiative envisagé sur ces derniers. Envisager un vaste éventail de groupes vulnérables ou marginalisés afin d'éviter qu'une initiative produise des conséquences ou involontaires.

2. Impacts possibles

Utiliser les données ou preuves disponibles pour évaluer de façon prospective les impacts involontaires de la politique, du programme ou de l'initiative envisagé sur les groupes vulnérables ou marginalisés par rapport à l'ensemble de la population. Il est utile et important d'utiliser des données d'un plus grand ensemble de sources, y compris les constats de consultation, la littérature grise et les données relevées sur le terrain. L'évaluation des sources de données doit porter sur leur rigueur et leur qualité. Lorsque les données sont très rares, il convient de noter leur rareté dans l'outil de l'EIES ou, si possible, de mettre en œuvre d'autres stratégies de collecte de données. De telles stratégies peuvent inclure la réalisation de sondages, de groupes d'étude ou des séances de consultation avec des experts ou des membres des groupes touchés lorsque le temps le permet.

3. Mitigation

Formuler des recommandations fondées sur des données pour réduire ou éliminer les impacts négatifs et maximiser les impacts positifs sur les groupes vulnérables ou marginalisés. Ces recommandations constituent une stratégie de mitigation. L'adoption des recommandations formulées préalablement à la mise en œuvre de l'initiative aidera à veiller à ce que celle-ci contribue à l'équité et à ce qu'elle ne perpétue ni n'accroisse les disparités existantes en matière de santé. Dans la mesure du possible, divers membres des groupes touchés devraient participer à l'élaboration des recommandations.

4. Surveillance

Déterminer la méthode de surveillance de la mise en œuvre de l'initiative en vue d'évaluer les impacts de celle-ci sur les groupes vulnérables ou marginalisés par rapport à d'autres segments de population ou à la population cible. Les données produites permettront d'augmenter l'ensemble de données disponibles pour les interventions en matière d'équité et peuvent resservir au cours du processus d'élaboration d'autres plans, politiques ou programmes. Une fois l'analyse d'EIES terminée, réaliser une brève évaluation du processus et de l'impact de celle-ci afin de déterminer si l'outil s'est révélé pratique et adéquat (processus) et si les recommandations formulées à titre de stratégie de réduction d'impact pour le plan, la politique ou le programme ont été adoptées.

5. Diffusion

Cette étape comporte le partage des résultats et des recommandations visant à favoriser l'équité en matière de services de santé. La diffusion est un processus cyclique, en interaction avec l'étape quatre (surveillance). En partageant les résultats de votre EIES, vous attirez l'attention sur les lacunes dans l'équité et la prestation de services à combler, et vous échangez des leçons qui sont importantes pour la réduction à long terme des inégalités.

Il est essentiel de documenter et de communiquer les résultats de l'EIES avec les groupes et intervenants concernés susceptibles de souhaiter apprendre à partir des renseignements que vous aurez réunis. En communiquant les résultats de votre application de l'EIES, vous contribuez à bâtir le corps de connaissances sur la réduction des iniquités en matière de santé. En communiquant des résultats des nouveaux indicateurs et de l'évaluation, vous facilitez du même coup l'accès aux preuves et aux données d'évaluation pour l'avenir. Il importe tout particulièrement de communiquer vos résultats et recommandations avec les intervenants issus de secteurs autres que celui de la santé, par exemple ceux du logement, du transport et des soins donnés aux enfants, car leurs initiatives et politiques peuvent avoir des répercussions considérables sur les iniquités en matière de santé.

Une fois mené le processus d'EIES, il est utile de considérer vos résultats, notamment ceux qui proviennent de la stratégie de surveillance et la façon dont ceux-ci peuvent être incorporés dans des instruments de planification plus larges, comme les stratégies concernant les entreprises et les régions, la planification et la production de rapports annuels et d'autres documents du même ordre.

Ressources supplémentaires : Pour toutes les étapes de l'EIES, accédez aux ressources complémentaires suivantes pour obtenir de l'aide pour remplir la grille d'EIES :

- Si vous travaillez dans le secteur de la santé publique ou si vous devez vous conformer aux exigences de la Direction des normes, des pratiques et de la responsabilisation en matière de santé publique (NSPO) de Santé publique Ontario, veuillez consulter le **Supplément sur les bureaux de santé publique (BSP)**.
- Veuillez consulter le **Supplément concernant les services en français (SEF)** pour établir si votre organisation ou projet doit se conformer aux paramètres de la *Loi sur les services en français*. Cette loi définit les circonstances dans lesquelles une personne a droit à des services en français. Les organismes de la Couronne, les ministères du Gouvernement de l'Ontario (y compris tous les réseaux locaux d'intégration des services de santé) ainsi que les organismes tiers désignés sont couverts par cette loi.

Remplir la grille d'EIES

Cette section du guide de travail EIES guide l'utilisateur tout au long de chaque partie de la grille d'EIES par des invites à l'écran et par des exemples. Les exemples ne visent pas à couvrir toutes les situations, et sont proposés à titre indicatif seulement.

Nota: Chaque étape numérotée dans le guide de travail correspond à l'étape appropriée dans la grille d'EIES. Une grille placée au début de chaque section indique l'endroit de la grille d'EIES où vous vous trouvez.

Étape 1 : Délimitation

Vous êtes ici

Étape 1. DÉLIMITATION		Étape 2. IMPACTS POSSIBLES			Étape 3. MITIGATION	Étape 4. SURVEILLANCE	Étape 5. DIFFUSION
a) Populations*	b) Déterminants de santé	Impacts positifs involontaires	Impacts négatifs involontaires	Renseignements supplémentaires	Trouver des moyens de réduire les impacts négatifs involontaires et d'amplifier les impacts positifs	Trouver des moyens de mesurer le succès de chaque stratégie de mitigation cernée.	Trouver des moyens de communiquer les résultats et les recommandations pour supprimer l'iniquité.
Autochtones (p. ex., Premières Nations, Inuits, Métis, etc.)							
Groupes d'âge (p. ex., enfants, jeunes, personnes âgées, etc.)							
Incapacité (p. ex., physique, surdité, déficience auditive, visuelle, intellectuelle/développementale, apprentissage, maladie mentale, dépendances/usage d'alcool ou de drogues.)							
Collectivités ethnoraciales (p. ex., minorités raciales, racialisées ou culturelles, immigrants et réfugiés, etc.)							
Francophones (y compris les nouveaux immigrants francophones, les sourds qui utilisent la langue des signes québécoise ou française, etc.)							
Sans-abri (y compris les groupes marginalisés, les sous-logés, etc.)							
Groupes linguistiques (p. ex., personnes qui ont des difficultés à parler anglais ou français ou dont la faible alphabétisation nuit à la communication, etc.).							
Personnes à faible revenu (p. ex., chômeurs, sous-employés, etc.)							
Groupes religieux et spirituels							
Populations rurales, éloignées ou de quartiers urbains défavorisés (p. ex., isolement géographique ou social, zones mal desservies, etc.)							
Sexe ou genre (p. ex., personnes de sexe masculin, de sexe féminin, hommes, femmes, transgendristes, transsexuels, transgenres, bi-spirituel, etc.)							
Orientation sexuelle (p. ex., lesbiennes, gais, bisexuels, etc.)							
Autre: Veuillez décrire ici la population en question.							

Bien qu'il soit difficile de définir tous les groupes qui sont vulnérables ou marginalisés en ce qui a trait à une politique, un programme ou une initiative précis dans le domaine de la santé, des disparités quant à l'accès et à la qualité des services ont maintes fois été associées à certains segments de population. Toutefois, les groupes marginalisés peuvent varier en regard de divers projets. Dans son utilisation de l'outil EIES, l'utilisateur définira les populations concernées en tenant compte de l'information sur le projet, afin de prévoir quels groupes sont susceptibles d'être touchés par l'initiative.

Ressources supplémentaires: Même si elle ne s'applique pas à toutes les organisations, comme les BSP, la section « Considérations clés pour le personnel du MSSLD et des RLISS » du **Supplément concernant les services en français (SEF)** fournit les questions clés à prendre en considération dans l'inclusion du français au début d'un projet. Veuillez consulter ce supplément au début du processus d'élaboration et de planification pour prendre en charge une intégration sensée du SEF.

Questions

Déterminez si votre initiative est susceptible d'avoir un impact positif ou négatif sur la santé des collectivités vulnérables ou marginalisées en posant des questions comme les suivantes :

- En quoi votre politique, votre programme ou votre initiative touchent-ils l'équité en matière de santé pour les populations vulnérables ou marginalisées de votre région?
- Est-ce que cette politique, ce programme ou cette initiative aura un impact différentiel sur les gens ou collectivités que vous servez? Est-ce que certains clients ont un accès aux soins ou aux résultats de santé pris dans leur ensemble différent des autres personnes?
- Existe-t-il d'autres collectivités vulnérables ou marginalisées susceptibles de subir des résultats involontaires découlant de ce programme?

Populations potentiellement vulnérables ou marginalisées (étape 1a)

La liste de populations qui suit n'est pas exhaustive, et la terminologie utilisée ne fait pas forcément l'unanimité auprès des membres de la collectivité visée, car les préférences varient au sein des collectivités et entre elles. Si les préférences des personnes visées sont inconnues, il est utile de se renseigner sur la terminologie préférée auprès des experts et représentants locaux des collectivités en question. Des exemples sont donnés pour chacune des populations mentionnées plus loin, afin de clarifier les choses.

En effectuant l'étape 1a de l'EIES, les segments de population vulnérables et marginalisés peuvent comprendre, sans s'y limiter, les groupes suivants :

- **Autochtones** : Au Canada, les Peuples autochtones sont les Premières nations, les Inuits et les Métis (PNIM). Ces groupes distincts possèdent des patrimoines, des langues et des cultures uniques¹².
- **Groupes d'âge** : Désigne les populations dont la santé ou l'équité est susceptible de subir l'influence de facteurs ayant trait à l'âge (par exemple la capacité de voter) ou des facteurs touchant le développement (petite enfance) ou les changements physiques (aînés de santé faible). Les groupes susceptibles d'entrer dans cette catégorie sont les nourrissons, les enfants, les jeunes, les aînés, etc.
- **Incapacité** : Désigne les personnes qui présentent une incapacité physique ou mentale, une infirmité, une malformation ou un défigurement comme une cécité ou une déficience visuelle, une surdité ou une déficience auditive, un mutisme ou un trouble de la parole, une déficience mentale (d'évolution ou dû à un trouble d'apprentissage), un trouble mental ou une incapacité causée par un accident de travail¹³. La catégorie peut englober les personnes atteintes de maladie mentale, de dépendance aux drogues ou à l'alcool.
- **Collectivités ethnoraciales** : Un groupe ethnique (ou ethnicité)¹⁴ est un groupe de personnes dont les membres s'identifient les uns aux autres, par un héritage commun, consistant souvent en une langue commune, une culture commune (comprenant souvent une religion partagée) et/ou une idéologie qui met l'accent sur une origine commune ou l'endogamie. Ces collectivités comprennent les races ou groupes racialisés, les minorités culturelles, les immigrants, les réfugiés, etc.
- **Francophones** : Personnes qui communiquent en français parce que c'est leur langue maternelle ou par préférence, y compris les nouveaux arrivants francophones, personnes sourdes qui utilisent la langue des signes québécoise (LSQ) ou la langue des signes française (LSF), etc.
- **Sans-abri** : Comprend les personnes sous-logées ou marginalement logées, les personnes sans adresse permanente, celles sans domicile fixe ou sans domicile de qualité, y compris les itinérants.

¹² Statistique Canada. Autochtones: Le document peut être consulté sur le site <http://www80.statcan.gc.ca/wes-esw/page1-fra.htm>

¹³ *Code des droits de la personne*, L.R.O. 1990, Peut être consulté à l'adresse http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90h19_f.htm

¹⁴ Ornstein, M. « Ethno-Racial Groups in Toronto, 1971-2001 », Institute for Social Research. Le document peut être consulté à l'adresse http://www.isr.yorku.ca/download/Ornstein-Ethno-Racial_Groups_in_Toronto_1971-2001.pdf

- **Groupes linguistiques :** Personnes qui ne sont pas à l'aise de recevoir des services en anglais ou en français ou qui préfèrent communiquer dans une langue autre que l'anglais ou le français, ou personnes dont le degré d'alphabétisation limite la communication, peu importe la langue utilisée.
- **Personnes à faible revenu :** comprend les personnes vulnérables sur le plan économique qui sont sous-employées, au chômage, vivant sur un revenu fixe, touchant l'aide sociale, etc.
- **Groupes d'une religion ou ayant des croyances données :** Comprend les systèmes de croyances religieuses ou de foi susceptibles d'être associés à des pratiques alimentaires ou à des culturelles particulières.
- **Populations rurales/éloignées, de quartiers urbains défavorisés :** Personnes de milieux géographiquement ou socialement isolés ou qui vivent dans des zones sous-desservies ou encore dans des secteurs de population très dense.
- **Sexe/genre :** Le sexe correspond aux caractéristiques biologiques et physiologiques qui définissent le mâle et la femelle, tandis que le genre renvoie aux rôles, aux comportements, aux activités et aux attributs construits socialement qu'une société donnée considère comme appropriés pour les hommes et pour les femmes¹⁵. Ces groupes peuvent comprendre les femmes, les mâles, les femmes, les hommes, les transsexuels, les transgenres, les bi-spirituels.
- **Orientation sexuelle :** L'orientation sexuelle est une caractéristique personnelle qui couvre tout l'éventail de la sexualité humaine, par exemple le lesbianisme, l'homosexualité masculine, la bisexualité et l'hétérosexualité¹⁶.
- **Divers :** Comprend tout groupe de population non saisi dans la grille d'EIES. Par exemple, personnes sans assurance (personnes sans statut légal au Canada et sans assurance-maladie gouvernementale) ou personnes qui n'ont pas de médecin de famille, etc.

Croisement entre populations (étape 1a)

L'un des aspects les plus importants dont vous devez tenir compte lorsque vous évaluez les disparités en matière de santé est que divers facteurs d'inégalité et d'identité peuvent **coexister et amplifier** les obstacles de certains individus ou collectivités.

Ainsi, les désavantages en matière de santé des sans-abri affligés d'une incapacité et qui parlent peu ou ne parlent pas anglais seront encore plus grands, et les immigrantes âgées qui disposent d'un faible revenu peuvent devoir affronter de multiples obstacles propres à leur situation. Le fait d'être désavantagé est presque toujours un problème qui comporte de multiples facettes. De même, la recherche sur les déterminants de la santé conclue que la coexistence de divers facteurs d'inégalité peut elle-même contribuer à des perspectives d'emploi moins intéressantes et à des emplois faiblement rémunérés sur le marché du travail, lesquels entraîneront à leur tour une plus grande pauvreté, un logement de moins bonne qualité et d'autres facteurs d'inégalité.

Ressources supplémentaires : Pour des explications et des descriptions plus approfondies des déterminants de la santé, consultez l'annexe A du présent guide. Consultez aussi le site Web de l'EIES pour obtenir davantage d'information et de données sur les différents groupes de population. L'adresse du site Web est la suivante : <http://www.ontario.ca/equite-sante>

¹⁵ Organisation mondiale de la Santé. Qu'entendons-nous par « sexe » et par « genre »? La page peut être consultée à l'adresse <http://www.who.int/gender/whatisgender/fr/>.

¹⁶ Commission ontarienne des droits de la personne. « Les droits de la personne et l'orientation sexuelle » Peut être consulté à l'adresse <http://www.ohrc.on.ca/fr/les-droits-de-la-personne-et-lorientation-sexuelle>.

Exemples

Recherchez les types de disparités ci-dessous concernant votre projet lorsque vous essayez de définir les populations vulnérables ou marginalisées :

- Si le projet vise une affection chronique comme l'arthrite, le diabète ou la dépression, il est important que vous envisagiez son impact sur les femmes. Bien que les Ontariennes vivent plus longtemps que les Ontariens, un grand nombre d'entre elles sont plus susceptibles d'être affligées d'une incapacité ou d'affections chroniques. Il est aussi important de tenir compte des femmes qui ont un faible revenu comme une population vulnérable et marginalisée puisqu'elles seront davantage affligées d'affections chroniques et d'incapacités et auront une espérance de vie moindre que les femmes qui disposent de revenus supérieurs¹⁷.
- Si vous évaluez un projet visant à améliorer la santé chez les jeunes enfants, il serait important de prendre en compte les nourrissons et les jeunes enfants dont la santé est souvent moins bonne au sein de certaines populations. Par exemple, le taux de décès dus à une blessure chez les nourrissons autochtones est quatre fois plus élevé que celui de leurs congénères dans la population canadienne en général; dans le groupe des enfants d'âge préscolaire, ce taux est cinq fois supérieur dans la population autochtone, et dans le groupe des adolescents, il est trois fois supérieur à celui des groupes d'âge correspondants de l'ensemble de la population canadienne¹⁸.
- Si le programme vise à aider les individus sous-logés à obtenir un logement stable, il serait important de tenir compte du fait que les sans-abri sont souvent en moins bonne santé. En 2006, les sans-abri de Toronto étaient 20 fois plus susceptibles d'être affligés d'épilepsie, cinq fois plus susceptibles de présenter une cardiopathie, quatre fois plus susceptibles de souffrir d'un cancer, trois fois plus susceptibles d'être affligés d'arthrite ou de rhumatisme et deux fois plus susceptibles de souffrir de diabète¹⁹. Reconnaître ces disparités et mettre au point des méthodes pour les réduire pourrait accroître l'efficacité de votre programme ou initiative.
- Si vous mettez sur pied un service qui nécessitera que les gens se rendent à un hôpital ou à une clinique, il sera important de définir les populations pour qui le transport constitue un obstacle comme les personnes affligées d'une incapacité physique, celles qui ont un faible revenu ou celles qui vivent dans une région plus isolée. De plus, si l'initiative nécessite que les personnes aient accès à un médecin de soins primaires ou un spécialiste, cela peut être un obstacle pour les habitants de régions rurales. En 2004, 21,4 pour cent des Canadiens vivaient dans des régions rurales où seulement 9,4 pour cent des médecins (dont 15,7 pour cent étaient des médecins de famille et 2,4 pour cent des spécialistes) exerçaient leur profession²⁰.
- Si vous prévoyez offrir un service qui suggère aux gens d'acheter des articles, par exemple répulsif pour les insectes ou un écran solaire dans le cadre d'une initiative de santé publique, il est important de tenir compte des personnes susceptibles d'être incapables de suivre les recommandations à cause d'obstacles liés au revenu, ou à la non-disponibilité de l'article dans leur région. Si vous reconnaissez ces barrières et pouvez suggérer des solutions de rechange, par exemple le fait de se tenir dans l'ombre ou de demeurer à l'intérieur lorsque les moustiques sont le plus actifs, vous pourrez rendre votre programme ou initiative plus efficace, inclusif et réalisable.

Populations vulnérables définies

Votre recherche et votre analyse vous ont-elles permis de définir les groupes vulnérables ou marginalisés susceptibles d'être concernés par votre politique, programme ou initiative? Si tel est le cas, indiquez-les dans la grille d'EIES ou ajoutez-les au besoin dans la section « Divers ».

¹⁷ Bierman, A. et coll. POWER Study, 2009.

¹⁸ Bierman, A. et coll. POWER Study, 2009.

¹⁹ Khandor, E. et K. Mason. *The Street Health Report 2007*. www.streethealth.ca

²⁰ Pong, R. W. et J. R. Pitblado. *Geographic Distribution of Physicians in Canada: Beyond How Many and Where*. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé, 2006

Déterminants de la santé (étape 1b)

À cette étape, on identifie toutes les iniquités en matière de déterminants de la santé et auxquelles font face les groupes de population vulnérables ou marginalisés définis à l'étape 1a.

Un projet peut avoir des effets sur ses utilisateurs au-delà de ses objectifs et cibles officiels, par exemple sur leur réseautage social, leur acquisition de compétences et leurs perspectives d'emploi ou encore sur leurs conditions de vie familiales ou individuelles, lesquels peuvent toutes avoir un important impact sur la santé. Également, le projet peut involontairement approfondir les iniquités auxquelles font souvent face certaines populations vulnérables. L'examen des initiatives à la « lueur » des déterminants de la santé peut donc vous aider à formuler d'autres recommandations de modifications qui permettront de réduire l'ensemble des divers impacts sur ces groupes.

Vous pouvez inscrire les déterminants de la santé applicables dans la colonne 1b en regard du groupe concerné. Une fois consignés, les impacts sur les déterminants de la santé seront examinés à l'étape 2.

Exemples

- Un service de santé pour personnes âgées était offert dans un milieu de soins communautaire, mais il a été réaménagé afin que le service soit offert à domicile. Cela pourrait produire un impact négatif sur le réseau de soutien social et l'établissement de contact en réduisant les occasions d'interaction sociale des personnes âgées qui sont isolées.
 - **Population :** personnes âgées
 - **DS :** Réseau de soutien social/Milieus sociaux
- Un programme de cuisine communautaire est conçu pour renforcer les bonnes habitudes alimentaires des membres d'une communauté ethnoculturelle donnée qui présente un risque élevé de diabète. Le programme devrait produire l'impact positif additionnel sur l'établissement de contacts en réunissant des membres de cette communauté qui seraient susceptibles de souffrir d'isolement à cause d'obstacles culturels et linguistiques. Ces impacts positifs sur l'établissement de contacts sociaux pourraient être encore plus grands si le programme offrait aussi un soutien social additionnel comme des services de garde d'enfants.
 - **Population :** communautés ethnoculturelles particulières
 - **DS :** Réseau de soutien social/Milieus sociaux/Développement des enfants en santé
- Un réseau de pilotes du système de santé ou d'« Ambassadeurs en matière de santé » est mis sur pied pour assister les membres d'une communauté de nouveaux arrivants qui ont besoin d'aide pour surmonter les obstacles culturels et linguistiques à l'obtention de services de santé. Des personnes qui ont des connaissances médicales ou une bonne connaissance, notamment, du système de santé de leur pays d'origine sont embauchées au sein de la communauté pour jouer le rôle d'ambassadeurs. Ce projet permet aux ambassadeurs de la santé de surmonter les obstacles à l'emploi qu'ils ont eux-mêmes en leur permettant d'utiliser leurs compétences et de les aider dans leur cheminement professionnel au sein du système de santé de l'Ontario.
 - **Population :** nouveaux arrivants/communautés pour qui la langue est un obstacle
 - **DS :** Réseau de soutien social/Emploi et alphabétisation/Revenu et statut social

Étape 2 : Impacts possibles

Vous êtes ici

Étape 1. DÉLIMITATION		Étape 2. IMPACTS POSSIBLES			Étape 3. MITIGATION	Étape 4. SURVEILLANCE	Étape 5. DIFFUSION
a) Populations*	b) Déterminants de santé	Impacts positifs involontaires	Impacts négatifs involontaires	Renseignements supplémentaires	Trouver des moyens de réduire les impacts négatifs involontaires et d'amplifier les impacts positifs	Trouver des moyens de mesurer le succès de chaque stratégie de mitigation cernée.	Trouver des moyens de communiquer les résultats et les recommandations pour supprimer l'iniquité.
Autochtones (p. ex., Premières Nations, Inuits, Métis, etc.)							
Groupes d'âge (p. ex., enfants, jeunes, personnes âgées, etc.)							
Incapacité (p. ex., physique, surdité, déficience auditive, visuelle, intellectuelle/développementale, apprentissage, maladie mentale, dépendances/usage d'alcool ou de drogues.)							
Collectivités ethnoraciales (p. ex., minorités raciales, racialisées ou culturelles, immigrants et réfugiés, etc.)							
Francophones (y compris les nouveaux immigrants francophones, les sourds qui utilisent la langue des signes québécoise ou française, etc.)							
Sans-abri (y compris les groupes marginalisés, les sous-logés, etc.)							
Groupes linguistiques (p. ex., personnes qui ont des difficultés à parler anglais ou français ou dont la faible alphabétisation nuit à la communication, etc.).							
Personnes à faible revenu (p. ex., chômeurs, sous-employés, etc.)							
Groupes religieux et spirituels							
Populations rurales, éloignées ou de quartiers urbains défavorisés (p. ex., isolement géographique ou social, zones mal desservies, etc.)							
Sexe ou genre (p. ex., personnes de sexe masculin, de sexe féminin, hommes, femmes, transgendéristes, transsexuels, transgenres, bi-spirituel, etc.)							
Orientation sexuelle (p. ex., lesbiennes, gais, bisexuels, etc.)							
Autre : Veuillez décrire ici la population en question.							

Une fois que vous avez défini les populations susceptibles d'être concernées par l'initiative, la prochaine étape consiste à analyser l'impact *involontaire* (autant positif que négatif) possible sur la santé de ces populations.

Évaluation de l'impact possible *involontaire* sur les populations définies

En ayant à l'esprit les groupes vulnérables ou marginalisés et les déterminants pertinents que vous avez définis à l'étape 1a et à l'étape 1b, quels impacts positifs et négatifs avez-vous déterminés pour chacun? Il peut être nécessaire de s'appuyer sur des données de recherche et d'analyse pour déterminer ces impacts.

Questions

Déterminez si votre initiative est susceptible d'avoir un impact positif ou négatif sur les collectivités vulnérables ou marginalisées en posant des questions comme les suivantes.

- Quelle conséquence la politique, le programme ou l'initiative auront-ils sur l'accès aux services pour cette population?
- Est-il susceptible d'avoir des impacts ou des effets positifs qui accroîtront l'équité en matière de santé?
- Est-il susceptible d'avoir des effets négatifs qui contribueront aux disparités en matière de santé, maintiendront ces disparités ou les accentueront?
- Quel effet aura-t-il sur la qualité et le délai de prestation des services pour cette population?
- La prestation de ce programme ou l'amélioration de l'accès à celui-ci aideront-elles à réduire l'écart entre les pires et les meilleurs résultats pour la santé?
- Si vous ne connaissez pas la réponse, de quelle information avez-vous besoin et comment allez-vous la trouver?
- Certaines personnes ou collectivités tireront-elles un meilleur parti du programme que d'autres, et pourquoi?

Vous devez aussi tenir compte des points ci-dessous dans votre analyse :

- Nature et qualité des données que vous utilisez pour évaluer l'impact
- Probabilité des impacts prédits
- Degré et portée des impacts
- Moment où les impacts se feront sentir (immédiatement ou moment ultérieur indéterminé)

Exemples

- Imaginez qu'un programme conçu pour accroître l'accès aux soins prénatals pour les femmes qui disposent d'un faible revenu est mis sur pied dans les quartiers désignés et que ses heures d'ouverture sont de 10 h à 18 h. De nombreuses personnes qui ont un faible revenu ont plus d'un emploi ou un horaire de travail différent des heures de bureau traditionnelles (9 h à 17 h). Pour assurer la réussite du programme, il faudra tenir compte de cette réalité et modifier les heures d'ouverture.
- Vous planifiez le lancement d'une campagne de sensibilisation sur la santé cardiaque. En règle générale, les gens qui sont plus scolarisés et qui ont un revenu plus élevé utilisent davantage les programmes de promotion de la santé. Ces programmes pourraient ainsi, sans qu'on le veuille, accroître les disparités en matière de santé. Cela pourrait-il être le cas de votre campagne? Les messages de la campagne seront-ils compréhensibles et pertinents pour des gens de divers groupes culturels? Tous les groupes ne communiquent pas et n'accède pas à l'information de la même manière; il importe donc, pour le succès de votre programme, de comprendre la meilleure manière de rejoindre votre auditoire cible.

De plus amples informations sont nécessaires

Dans certains cas, vous découvrirez que vous avez besoin de données ou d'information additionnelles pour déterminer plus exactement les impacts de votre initiative sur une population donnée. Dans ce cas, vous pouvez inscrire cette information dans la colonne « Information additionnelle requise » de la grille d'EIES. S'il est impossible d'obtenir l'information dans les délais requis par le programme, notez dans la grille que l'information pourrait représenter un élément d'analyse manquant.

Étape 3 : Mitigation

Vous êtes ici

Étape 1. DÉLIMITATION		Étape 2. IMPACTS POSSIBLES			Étape 3. MITIGATION	Étape 4. SURVEILLANCE	Étape 5. DIFFUSION
a) Populations* À l'aide d'éléments probants, identifiez les populations sur lesquelles la politique, le programme ou l'initiative prévu(e) peut avoir des impacts (positifs ou négatifs) involontaires majeurs en matière de santé.	b) Déterminants de santé Citez les déterminants et les iniquités de santé à prendre en compte pour les populations cernées.	Impacts positifs involontaires	Impacts négatifs involontaires	Renseignements supplémentaires	Trouver des moyens de réduire les impacts négatifs involontaires et d'amplifier les impacts positifs	Trouver des moyens de mesurer le succès de chaque stratégie de mitigation cernée.	Trouver des moyens de communiquer les résultats et les recommandations pour supprimer l'iniquité.
Autochtones (p. ex., Premières Nations, Inuits, Métis, etc.)							
Groupes d'âge (p. ex., enfants, jeunes, personnes âgées, etc.)							
Incapacité (p. ex., physique, surdité, déficience auditive, visuelle, intellectuelle/développementale, apprentissage, maladie mentale, dépendances/usage d'alcool ou de drogues.)							
Collectivités ethnoraciales (p. ex., minorités raciales, racialisées ou culturelles, immigrants et réfugiés, etc.)							
Francophones (y compris les nouveaux immigrants francophones, les sourds qui utilisent la langue des signes québécoise ou française, etc.)							
Sans-abri (y compris les groupes marginalisés, les sous-logés, etc.)							
Groupes linguistiques (p. ex., personnes qui ont des difficultés à parler anglais ou français ou dont la faible alphabétisation nuit à la communication, etc.)							
Personnes à faible revenu (p. ex., chômeurs, sous-employés, etc.)							
Groupes religieux et spirituels							
Populations rurales, éloignées ou de quartiers urbains défavorisés (p. ex., isolement géographique ou social, zones mal desservies, etc.)							
Sexe ou genre (p. ex., personnes de sexe masculin, de sexe féminin, hommes, femmes, transgendéristes, transsexuels, transgenres, bi-spirituel, etc.)							
Orientation sexuelle (p. ex., lesbiennes, gais, bissexuels, etc.)							
Autre : Veuillez décrire ici la population en question.							

Une fois les impacts de votre projet déterminés, la prochaine étape consiste à planifier la manière de réduire les effets négatifs qui contribuent aux disparités en matière de santé ou qui accroissent celles-ci, et de maximiser les impacts positifs qui créent l'équité en matière de santé et y contribuent. Même si vous pouvez faire preuve de créativité, il est essentiel de vous en tenir à des projets réalisables et pratiques. Déterminez ce qui peut être mitigé maintenant, et ce qui pourrait l'être plus tard.

Questions

Analysez la façon dont l'impact de votre initiative sera mitigé en vous posant des questions comme les suivantes :

- Comment pouvez-vous réduire ou éliminer les obstacles et les autres effets d'iniquité?
- Comment pouvez-vous maximiser les effets positifs ou bienfaits qui améliorent l'équité en matière de santé?
- Quelles modifications devriez-vous apporter à votre initiative pour qu'elle réponde aux besoins de chaque communauté vulnérable ou désavantagée déterminée? Comment doit-elle être adaptée ou ciblée?
- Pourriez-vous solliciter la participation de la population pour élaborer et planifier ces modifications ou consulter des intervenants clés?
- De quelle façon le programme peut-il réduire les obstacles systémiques à l'accès équitable aux services de santé créés par le système de santé et par d'autres systèmes?
- Formulerez-vous des recommandations à l'intention des décideurs?

Exemples

- La stratégie de mitigation d'un programme de dépistage du cancer à l'intention de femmes de quartiers défavorisés pourrait inclure des heures d'ouverture prolongées pour tenir compte de divers horaires de travail, un emplacement facilement accessible à l'aide du transport en commun et un service gratuit de garde d'enfants pour les femmes qui en ont besoin. Pour un quartier défavorisé donné qui regroupe une ou plusieurs importantes communautés ethnoraciales, la stratégie devrait aussi tenir compte des obstacles

possibles pour ces groupes comme ceux liés à la langue, aux compétences culturelles ou à la navigation au sein du système.

- Les centres de santé communautaire et autres se sont dotés de certaines stratégies dont la formation et le soutien de pairs de la communauté pour travailler au sein de programmes de sensibilisation ou de services de navigation du système afin de surmonter les obstacles linguistique et culturel. Ainsi, des bénévoles issus de certaines communautés ethnoculturelles assurent la promotion de la santé dans leur propre communauté, dans la langue et au moyen des référents culturels qu'elle comprend.
- La langue peut constituer un obstacle considérable à l'obtention de soins de santé et a une véritable incidence sur la qualité de ceux-ci car elle peut nuire à la communication entre les patients et les fournisseurs de services (en donnant lieu par exemple à des diagnostics erronés ou à des ordonnances ou des traitements inappropriés). Les orientations courantes incluent de meilleurs services d'interprétation, la communication directement dans la langue concernée ainsi que dans d'autres langues importantes et la formation en matière de compétences culturelles en santé.
- Certaines populations peuvent avoir des besoins particulièrement complexes et(ou) être particulièrement difficiles à joindre. On a déjà offert des services psychiatriques aux sans-abri dans des refuges et d'autres établissements hors du système de santé, plutôt que de supposer que les sans-abri se rendent dans un hôpital ou une clinique pour recevoir des soins psychiatriques. De tels services peuvent être combinés à des soins et à un soutien multidisciplinaires pour apporter des solutions aux causes sous-jacentes de l'absence de domicile fixe (les déterminants sociaux « en amont »).
- Certains centres de santé communautaire procurent, eux-mêmes ou en partenariat avec d'autres organismes, des services à l'emploi, d'alphabétisation et autres afin de trouver des solutions aux causes profondes de la mauvaise santé des personnes qui vivent dans la pauvreté et les déterminants sociaux plus vastes de la santé pour améliorer le sort de leurs clients.

Stratégies de mitigation

Pour chaque impact négatif et positif involontaire déterminé à l'étape 2 ci-dessus, inscrivez les grandes lignes des modifications que vous recommanderez à l'initiative en vue de :

- réduire les impacts involontaires négatifs sur les populations définies à l'étape 1;
- maximiser les impacts involontaires positifs sur les populations définies à l'étape 1.

Utilisez ces autres questions incitatives pour mieux cerner les stratégies de mitigation afin de soit réduire les impacts négatifs ou de maximiser les impacts positifs.:

Autres questions

Demandez-vous comment votre politique, programme ou initiative peut être modifié de manière à amener une réduction des iniquités en matière de santé. Voici des exemples de questions incitatives :

- Réduire ou éliminer les obstacles à l'accès (p. ex., traduction, transport, garde des enfants, etc.);
- Assurer un niveau de lecture ou de compréhension adéquat pour les outils de communication;
- Assurer la conformité culturelle des communications et des services offerts;
- Stimuler la participation des groupes prioritaires au processus d'élaboration et de planification;
- Modifier le mode de mise en œuvre d'un programme, d'une police ou d'une initiative.
- Modifier le mode de promotion d'un programme, d'une police ou d'une initiative.
- Modifier les polices et procédures internes.
- Améliorer l'harmonisation et la collaboration avec des projets ou des partenaires complémentaires (p. ex., organismes régionaux, provinciaux ou fédéraux) situé à l'intérieur ou à l'extérieur du secteur de la santé.
- Offrir au personnel un enseignement et une formation, ou des possibilités de perfectionnement professionnel.

Ressources supplémentaires : Si vous travaillez dans le secteur de la santé publique ou si vous devez vous conformer aux exigences de la Direction des normes, des pratiques et de la responsabilisation en matière de santé publique (NSPO) de Santé publique Ontario, veuillez consulter le Supplément sur les bureaux de santé publique (BSP) pour trouver d'autres considérations sur la stratégie de mitigation.

Étape 4 : Surveillance

Vous êtes ici

Étape 1. DÉLIMITATION		Étape 2. IMPACTS POSSIBLES			Étape 3. MITIGATION	Étape 4. SURVEILLANCE	Étape 5. DIFFUSION
a) Populations* À l'aide d'éléments probants, identifiez les populations sur lesquelles la politique, le programme ou l'initiative prévu(e) peut avoir des impacts (positifs ou négatifs) involontaires majeurs en matière de santé.	b) Déterminants de santé Citez les déterminants et les iniquités de santé à prendre en compte pour les populations cernées.	Impacts positifs involontaires	Impacts négatifs involontaires	Renseignements supplémentaires	Trouver des moyens de réduire les impacts négatifs involontaires et d'amplifier les impacts positifs	Trouver des moyens de mesurer le succès de chaque stratégie de mitigation cernée.	Trouver des moyens de communiquer les résultats et les recommandations pour supprimer l'iniquité.
Autochtones (p. ex., Premières Nations, Inuits, Métis, etc.)							
Groupes d'âge (p. ex., enfants, jeunes, personnes âgées, etc.)							
Incapacité (p. ex., physique, surdité, déficience auditive, visuelle, intellectuelle/développementale, apprentissage, maladie mentale, dépendances/usage d'alcool ou de drogues.)							
Collectivités ethnoraciales (p. ex., minorités raciales, racialisées ou culturelles, immigrants et réfugiés, etc.)							
Francophones (y compris les nouveaux immigrants francophones, les sourds qui utilisent la langue des signes québécoise ou française, etc.)							
Sans-abri (y compris les groupes marginalisés, les sous-logés, etc.)							
Groupes linguistiques (p. ex., personnes qui ont des difficultés à parler anglais ou français ou dont la faible alphabétisation nuit à la communication, etc.).							
Personnes à faible revenu (p. ex., chômeurs, sous-employés, etc.)							
Groupes religieux et spirituels							
Populations rurales, éloignées ou de quartiers urbains défavorisés (p. ex., isolement géographique ou social, zones mal desservies, etc.)							
Sexe ou genre (p. ex., personnes de sexe masculin, de sexe féminin, hommes, femmes, transgendéristes, transsexuels, transgenres, bi-spirituel, etc.)							
Orientation sexuelle (p. ex., lesbiennes, gais, bisexuels, etc.)							
Autre : Veuillez décrire ici la population en question.							

La prochaine étape de l'EIES consiste à déterminer, dans la mesure du possible, l'efficacité de la stratégie de mitigation planifiée. Vous devrez déterminer :

- si votre stratégie de mitigation a été mise en œuvre;
- si votre stratégie de mitigation a été efficace;
- comme l'EIES est un document évolutif, revenez en arrière afin de déterminer et d'enregistrer vos résultats, en les comparant à vos objectifs d'EIES initiaux;
- la mise en œuvre de l'initiative fera l'objet d'une surveillance visant à déterminer les impacts qu'elle aura sur les populations vulnérables ou marginalisées définies à l'étape 1 de l'analyse.

Une fois achevée, la stratégie de surveillance doit être intégrée à l'évaluation générale ou au plan de mesure du rendement du projet. Les données recueillies à cette étape permettront d'améliorer la base et de servir de nouveau durant le processus de planification et d'élaboration d'une politique ou d'un programme.

Questions

Analysez la façon dont l'impact de votre initiative sera surveillé en vous posant des questions comme les suivantes :

- Comment saurez-vous si votre programme a amélioré l'équité?
- Comment saurez-vous si le programme est une réussite?
- Quels indicateurs et objectifs d'équité mesurerez-vous et de quelle façon vous y prendrez-vous?

Surveillance de l'impact des stratégies de mitigation

Autres questions (les mêmes que l'étape 3)

Demandez-vous comment votre politique, programme ou initiative peut être modifié de manière à amener une réduction des iniquités en matière de santé. Voici des exemples de questions incitatives :

- Réduire ou éliminer les obstacles à l'accès (p. ex., traduction, transport, garde des enfants, etc.).
- Assurer un niveau de lecture ou de compréhension adéquat pour les outils de communication.
- Assurer la conformité culturelle des communications et des services offerts.
- Stimuler la participation des groupes prioritaires au processus d'élaboration et de planification.
- Modifier le mode de mise en œuvre d'un programme, d'une police ou d'une initiative.
- Modifier le mode de promotion d'un programme, d'une police ou d'une initiative.
- Modifier les polices et procédures internes.
- Améliorer l'harmonisation et la collaboration avec des projets ou des partenaires complémentaires (p. ex., organismes régionaux, provinciaux ou fédéraux) situés à l'intérieur ou à l'extérieur du secteur de la santé.
- Offrir au personnel un enseignement et une formation, ou des possibilités de perfectionnement professionnel.

Exemples

Il existe bien des manières de surveiller les impacts sur l'équité dès la mise en œuvre de votre initiative.

En voici quelques exemples :

- Effectuer un sondage de satisfaction de la clientèle – demander aux membres des populations vulnérables ou marginalisées définies de suivre l'évolution des problèmes de qualité des soins; ou sonder l'ensemble de la population cible, puis stratifier les résultats selon le sexe, les origines ethnoculturelles ou la situation socioéconomique.
- Surveiller les activités de participation communautaire plus vastes de l'organisation pour recueillir de l'information et des commentaires de populations marginalisées données.
- Procéder à une évaluation du programme qui dissocie et assure le suivi des mesures de sa réussite par des groupes vulnérables ou marginalisés (p. ex., suivre les taux de réadmission à l'hôpital ou de dépistage du cancer).
- Traiter l'évaluation de manière à assurer que les auteurs des programmes et des politiques et les décideurs intègrent les questions d'équité dans leurs processus.
- Consulter des fournisseurs de services clés et autres intervenants sur la façon dont ils perçoivent l'impact sur l'équité de l'initiative. Par exemple, réaliser des groupes de discussion au sein des populations touchées.

Étape 5 : Diffusion

Vous êtes ici

Étape 1. DÉLIMITATION		Étape 2. IMPACTS POSSIBLES			Étape 3. MITIGATION	Étape 4. SURVEILLANCE	Étape 5. DIFFUSION
a) Populations* À l'aide d'éléments probants, identifiez les populations sur lesquelles la politique, le programme ou l'initiative prévu(e) peut avoir des impacts (positifs ou négatifs) involontaires majeurs en matière de santé.	b) Déterminants de santé Citez les déterminants et les iniquités de santé à prendre en compte pour les populations cernées.	Impacts positifs involontaires	Impacts négatifs involontaires	Renseignements supplémentaires	Trouver des moyens de réduire les impacts négatifs involontaires et d'amplifier les impacts positifs	Trouver des moyens de mesurer le succès de chaque stratégie de mitigation cernée.	Trouver des moyens de communiquer les résultats et les recommandations pour supprimer l'iniquité.
Autochtones (p. ex., Premières Nations, Inuits, Métis, etc.)							
Groupes d'âge (p. ex., enfants, jeunes, personnes âgées, etc.)							
Incapacité (p. ex., physique, surdité, déficience auditive, visuelle, intellectuelle/développementale, apprentissage, maladie mentale, dépendances/usage d'alcool ou de drogues.)							
Collectivités ethnoraciales (p. ex., minorités raciales, racialisées ou culturelles, immigrants et réfugiés, etc.)							
Francophones (y compris les nouveaux immigrants francophones, les sourds qui utilisent la langue des signes québécoise ou française, etc.)							
Sans-abri (y compris les groupes marginalisés, les sous-logés, etc.)							
Groupes linguistiques (p. ex., personnes qui ont des difficultés à parler anglais ou français ou dont la faible alphabétisation nuit à la communication, etc.).							
Personnes à faible revenu (p. ex., chômeurs, sous-employés, etc.)							
Groupes religieux et spirituels							
Populations rurales, éloignées ou de quartiers urbains défavorisés (p. ex., isolement géographique ou social, zones mal desservies, etc.)							
Sexe ou genre (p. ex., personnes de sexe masculin, de sexe féminin, hommes, femmes, transgendéristes, transsexuels, transgenres, bi-spirituel, etc.)							
Orientation sexuelle (p. ex., lesbiennes, gais, bisexuels, etc.)							
Autre : Veuillez décrire ici la population en question.							

À l'étape 5, on partage les résultats et les recommandations visant à améliorer l'équité-santé, un processus étroitement lié à la stratégie de surveillance mise en place à l'étape 4. Maintenant que vous disposez d'un processus de collecte des données et d'évaluation de l'efficacité de vos mitigations, il n'est que logique :

- d'inclure ces renseignements dans la planification de votre organisation et dans les structures opérationnelles (par exemple les stratégies d'organisation et régionales, la planification et la production de rapports annuels et opérationnels, etc.);
- de communiquer les résultats de votre évaluation avec les groupes et intervenants pertinents susceptibles d'être intéressés à apprendre à partir de l'information recueillie. En communiquant les résultats de votre application de l'EIES, vous contribuez à bâtir le corps de connaissances et l'information sur les groupes marginalisés et vulnérables. Il importe tout particulièrement de communiquer vos résultats et recommandations aux intervenants issus de secteurs autres que celui de la santé, par exemple ceux du logement, du transport et des soins donnés aux enfants, car leurs initiatives et politiques peuvent avoir des répercussions considérables sur les iniquités en matière de santé.

Le fait de communiquer les résultats de votre EIES par des activités d'échange de connaissances contribue à faire en sorte que les planificateurs du système de santé profitent de votre expérience. Voici des suggestions d'activités d'échange des connaissances :

- Présentation de l'évaluation sous forme d'étude de cas à l'occasion d'un congrès, d'un webinaire ou d'un autre véhicule propre à l'échange des connaissances;
- Publication d'une revue de la documentation scientifique pertinente ou un résumé de données;
- Soumission d'un résumé lors d'une rencontre scientifique;
- Élaboration d'un atelier ou d'une activité de perfectionnement professionnel basés sur votre expérience;
- Formation d'une communauté de pratiques centrées sur la réduction des iniquités en matière de soins de santé.

Également:

- Documentez les modifications de vos politiques et mises à jour de vos décisions (en incluant les documents pertinents, comme les notes de breffage, les documents de décision, etc.);
- Cet exercice est utile pour la mémoire de l'organisation. Il permet de réfléchir au moment de réviser un programme et de déterminer son impact sur les populations);
- Documentez la fréquence suggérée pour vos évaluations ou suivis futurs (refonte de programmes à une date ultérieure), et pour établir s'il existe des exigences juridiques concernant la révision du programme.

Questions

- Quel serait l'endroit logique dans votre organisation pour documenter les résultats de votre EIES?
- Indiquez ce qui constituerait un bon forum et/ou une bonne stratégie pour diffuser les résultats de votre EIES.

En communiquant les résultats de votre évaluation, vous apportez une contribution importante à l'ensemble croissant des connaissances sur la réduction des iniquités en matière de santé. Cette étape vous aide à saisir les impacts des stratégies de mitigation que votre organisation peut avoir mises en œuvre afin de réduire les iniquités en matière de santé au sein des groupes vulnérables ou marginalisés. Il faut contrôler ces résultats afin de détecter toute autre modification apportée à votre projet.

Annexe A : Déterminants de la santé

Vous êtes libre d'utiliser n'importe lequel des déterminants sociaux ou sanitaires de la liste proposée ici à titre d'information.

Source : site Web de l'Agence de la santé publique du Canada
<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php>

Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas ?

L'histoire toute simple qui suit reflète la complexité des facteurs globaux ou des conditions qui déterminent dans quelle mesure les Canadiens sont en santé ou pas.

Pourquoi Éric est-il à l'hôpital?

Parce qu'il a une grave infection à la jambe.

Pourquoi a-t-il cette infection?

Parce qu'il s'est coupé gravement à la jambe et qu'elle s'est infectée.

Mais pourquoi cela s'est-il produit?

Parce qu'il jouait dans le parc à ferraille près de l'immeuble où il habite, et qu'il est tombé sur un morceau d'acier tranchant qui s'y trouvait.

Mais pourquoi jouait-il dans un parc à ferraille?

Parce que son quartier est délabré. Beaucoup d'enfants jouent là sans surveillance.

Mais pourquoi habite-t-il ce quartier?

Parce que ses parents ne peuvent se permettre mieux.

Mais pourquoi ses parents ne peuvent-ils habiter un plus beau quartier?

Parce que son père est sans emploi et que sa mère est malade.

Mais pourquoi son père est-il sans emploi?

Parce qu'il n'est pas très instruit et qu'il ne peut trouver un emploi.

Mais pourquoi...?

*– Extrait de *Pour un avenir en santé: Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*.*

On dispose d'un ensemble de preuves de plus en plus complet sur ce qui permet à la population d'être en santé. Le rapport Lalonde²¹ a jeté les premières bases en 1974, en définissant un cadre pour les principaux éléments qui semblent déterminer la santé : le mode de vie, l'environnement, la biologie humaine et les services de santé. Depuis cette époque, on a appris beaucoup de choses qui vont dans le même sens et qui, en même temps, précisent et élargissent ce cadre de base. En particulier, il est de plus en plus manifeste que l'apport de la médecine et des soins de santé est assez limité et qu'accroître les dépenses en soins de la santé n'apportera pas une amélioration importante de la santé de la population. Par contre, il y a aussi des indications nettes et de plus en plus nombreuses que d'autres facteurs comme les conditions de vie et de travail sont des éléments déterminants de la santé de la population.

²¹ Lalonde, M. Nouvelle perspective de la santé des Canadiens. Ottawa: Le gouvernement du Canada, 1974. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-fra.pdf>

Les éléments recueillis montrent que les principaux facteurs qui influencent la santé sont :

- le niveau de revenu et la situation sociale,
- les réseaux de soutien social,
- le niveau d'instruction,
- l'emploi et les conditions de travail,
- l'environnement social et physique,
- les habitudes de vie et les compétences d'adaptation personnelles,
- le développement sain durant l'enfance,
- le patrimoine biologique et génétique,
- les services de santé,
- le sexe et
- la culture.

Chacun de ces éléments a son importance. En même temps, ils sont tous interreliés.

Par exemple : on peut relier un faible poids à la naissance à des problèmes non seulement durant l'enfance, mais aussi à l'âge adulte. Les recherches montrent qu'il y a un lien étroit entre le niveau de revenu de la mère et le poids du bébé à la naissance. Cela ne se vérifie pas uniquement pour les groupes les plus défavorisés au plan économique. Tout au long de l'échelle des revenus, les mères ont, en moyenne, des bébés plus lourds à la naissance que les mères de la catégorie de revenus inférieure. On peut en conclure que les problèmes ne sont pas simplement le résultat d'une mauvaise nutrition et de mesures d'hygiène déficientes liées à la pauvreté, même si les problèmes les plus graves se rencontrent surtout dans les groupes aux revenus les plus faibles. Il semble que des éléments comme les habiletés d'adaptation et le sentiment de contrôle et de maîtrise sur sa vie jouent également un rôle important.

Le reste de cette section présente les grandes lignes de ce que nous savons sur la façon dont les déterminants influencent la santé. Les documents qui ont servi à rédiger cette section sont :

- *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*²²
- *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*²³

²² Agence de la santé publique du Canada. « Pour un avenir en santé - Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne »
<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/report-rapport/toward/index-fra.php>

²³ Agence de la santé publique du Canada. « Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens »
<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/strateg-fra.pdf>.

Les principaux déterminants – 1. Niveau de revenus et situation sociale

Les prémisses sous-jacentes	Les preuves
<p>L'état de la santé s'améliore à chaque étape de la hiérarchie des revenus et du niveau social. Des revenus plus élevés permettent de meilleures conditions de vie comme un logement plus sûr et la capacité d'acheter suffisamment de bons aliments. Les populations les plus en santé sont celles qui se trouvent dans les sociétés prospères où la richesse est répartie de façon équitable.</p> <p>Pourquoi y a-t-il un lien entre des revenus plus élevés, la situation sociale et une meilleure santé? Si l'on constatait que les plus pauvres et les plus défavorisés socialement ont aussi la moins bonne santé, on pourrait recourir à des explications comme des piètres conditions de vie. Cet effet se manifeste cependant dans toute la gamme des groupes socio-économiques.</p> <p>De nombreuses recherches révèlent que la mesure dans laquelle les gens sont maîtres de leurs conditions de vie, en particulier des situations génératrices de stress, et leur capacité d'agir exercent une influence déterminante. En règle générale, un revenu et une situation sociale plus élevés permettent d'exercer un plus grand contrôle sur sa vie et un plus grand pouvoir discrétionnaire. On commence à mieux comprendre les mécanismes biologiques en jeu dans ces situations. Un certain nombre d'études récentes indiquent qu'une situation où les solutions sont limitées et le manque d'habiletés d'adaptation face au stress accroissent la vulnérabilité à toute une gamme de maladies par des voies qui touchent les systèmes immunitaire et hormonal.</p>	<p>Il y a de plus en plus de preuves manifestes qu'une meilleure situation sociale et économique va de pair avec une meilleure santé. En réalité, ces deux éléments semblent être les déterminants les plus importants de la santé.</p> <p>Éléments probants extraits du Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans la fourchette des revenus les plus faibles, seulement 47 pour cent des Canadiens disent avoir une santé très bonne ou excellente, alors qu'ils sont 73 pour cent dans le groupe aux revenus les plus élevés. • Les Canadiens à faibles revenus risquent davantage de décéder plus jeunes et de souffrir de maladies que ceux dont les revenus sont plus élevés, indépendamment de l'âge, du sexe, de la race et du lieu de résidence. • Chaque fois qu'on franchit un niveau de l'échelle des revenus, on constate que les Canadiens sont moins malades, ont une espérance de vie plus longue et une meilleure santé. • Des études montrent que la répartition des revenus dans une société peut être un déterminant beaucoup plus important de la santé que le total des revenus gagnés par les membres de la société. Les écarts importants dans la répartition des revenus accroissent les problèmes sociaux et contribuent à une moins bonne santé dans l'ensemble de la population. <p>Éléments probants extraits de Investir dans la santé des Canadiens :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il y a aussi un lien entre la situation sociale et la santé. Une importante étude britannique réalisée auprès des fonctionnaires a révélé que, pour les plus grandes catégories de maladies (cancer, maladies coronariennes, crises cardiaques, etc.), la santé s'accroît avec le niveau du poste occupé. Cela s'est révélé exact même en présence de facteurs de risque comme le tabagisme, dont on sait qu'il varie au sein des catégories sociales. Tous les participants à cette étude occupaient des emplois de bureau, avaient un bon niveau de vie et une bonne sécurité d'emploi. Les variations de l'état de santé ne pouvaient donc s'expliquer par des risques physiques, par la pauvreté ni par des carences matérielles. Le niveau de santé augmente à chaque échelon de la hiérarchie. C'est ainsi que ceux qui se situent à l'échelon précédant le sommet (médecins, avocats, etc.) ont quatre fois plus de maladies cardiaques que ceux qui se situent au sommet de l'échelle (qui occupent des postes comparables à ceux de sous-ministres). On doit donc en conclure qu'un facteur ayant trait au revenu plus élevé, à la situation sociale et à la hiérarchie sert de tampon ou de défense contre la maladie ou encore qu'un élément allant de pair avec les revenus plus faibles et une situation moins importante affaiblit les défenses. • Voir aussi des éléments probants du rapport Social Disparities and Involvement in Physical Activity²⁴. • Voir aussi des éléments probants du rapport Améliorer la santé des Canadiens²⁵ • Voir aussi Les déterminants sociaux de la santé: l'inégalité des revenus²⁶ et la sécurité alimentaire • Les personnes pauvres ont-elles moins de chance d'être en santé que les personnes riches?²⁸ Ces questions et réponses ont été préparées pour le Réseau canadien de la santé par le Conseil canadien de développement social.

²⁴ Gauvin, L. and the Interdisciplinary Research Group on Health. Social Disparities and Involvement in Physical Activities, Montreal (2003). <http://www.gris.umontreal.ca/rapportpdf/R03-02.pdf>

²⁵ <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?locale=fr&pc=PCC367>

²⁶ Scott, K et Lessard, R. L'inégalité du revenu comme facteur déterminant de la santé. Les exposés ont été préparés dans le cadre de la conférence sur les déterminants sociaux de la santé pendant toute la durée de vie, Toronto (2002). http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/oi-ar/pdf/02_revenus_f.pdf

²⁷ McIntyre, L et Tarasuk, V. La sécurité alimentaire comme facteur déterminant de la santé. Les exposés ont été préparés dans le cadre de la conférence sur les déterminants sociaux de la santé pendant toute la durée de vie, Toronto (2002). http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/oi-ar/pdf/08_aliments_f.pdf

²⁸ <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/qa-qr1-fra.php>

Les principaux déterminants – 2. Réseaux de soutien social

Les prémisses sous-jacentes	Les preuves
<p>On associe l'appui reçu de la famille, des amis et de la collectivité à une meilleure santé. De tels réseaux de soutien social pourraient se révéler très importants pour aider les gens à résoudre les problèmes et à faire face à l'adversité, ainsi que pour nourrir le sentiment d'être maîtres ou d'avoir une influence sur ses conditions de vie. L'entraide et le respect qui se manifestent dans les relations sociales, le sentiment de satisfaction et de bien-être qui en découlent semblent constituer un coussin protecteur contre les problèmes de santé.</p> <p>L'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1996-1997 établissait que plus de quatre Canadiens sur cinq déclaraient avoir quelqu'un à qui se confier, quelqu'un sur qui compter en période de crise, quelqu'un à qui demander conseil et quelqu'un leur donnant le sentiment d'être aimé. De la même façon, l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants de 1994-1995 établissait pour les enfants âgés de 10 et 11 ans une forte tendance à des comportements sociaux positifs et à l'entraide.</p>	<p>Éléments probants extraits de Investir dans la santé des Canadiens :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Certains spécialistes du domaine sont arrivés à la conclusion que l'effet des relations sociales sur la santé pourrait être aussi important que les facteurs de risque reconnus comme le tabagisme, l'activité physique, l'obésité et la pression artérielle. • Une vaste étude réalisée en Californie est arrivée à la conclusion que, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, plus les gens ont de contacts sociaux et plus leurs taux de décès prématuré sont faibles. • Une autre étude américaine a montré que la faible disponibilité d'aide émotionnelle et la faible participation sociale vont de pair avec toutes les autres causes de mortalité. • Les risques d'angine de poitrine diminuent avec l'augmentation des niveaux de soutien affectif (étude des hommes fonctionnaires en Israël). • Voir aussi Les déterminants sociaux de la santé : l'inclusion et l'exclusion sociales²⁹ and l'économie sociale³⁰. • Comment nos relations avec les autres ont-elles un effet sur notre santé³¹? Ces questions et réponses ont été créées pour le Réseau canadien de la santé par le Conseil canadien de développement social.

²⁹ Galabuzi, G-E et Labonte, R. L'inclusion sociale comme déterminant de la santé. Les exposés ont été préparés dans le cadre de la conférence sur les déterminants sociaux de la santé pendant toute la durée de vie, Toronto (2002). http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/oi-ar/pdf/03_inclusion_f.pdf

³⁰ Vaillancourt, Y et Armstrong, P. La politique sociale comme déterminant de la santé : la contribution de l'économie sociale. Les exposés ont été préparés dans le cadre de la conférence sur les déterminants sociaux de la santé pendant toute la durée de vie, Toronto (2002). http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/oi-ar/pdf/06_politiques_f.pdf

³¹ <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/qa-q2-fra.php>

Les principaux déterminants – 3. Niveau d’instruction

Les prémisses sous-jacentes	Les preuves
<p>La santé suit le niveau d’instruction.</p> <p>Il y a des liens étroits entre le niveau d’instruction et la situation socio-économique. Une bonne instruction pour les enfants et un apprentissage tout au long de la vie pour les adultes sont des éléments essentiels de la santé et de la prospérité des personnes et d’un pays. Le niveau d’instruction contribue à la santé et à la prospérité en donnant aux gens les connaissances et les capacités dont ils ont besoin pour résoudre des problèmes et le sentiment d’influencer et de maîtriser leur vie. Le niveau d’instruction accroît également les possibilités d’emploi, de sécurité du revenu et de satisfaction au travail. Il améliore enfin la capacité des gens de se renseigner et de comprendre l’information pour soigner leur santé.</p>	<p>Éléments probants extraits du Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les Canadiens qui n’ont pas de bonnes capacités de lecture et d’écriture sont plus exposés au chômage et à la pauvreté, risquent davantage d’avoir une mauvaise santé et de mourir plus tôt que les Canadiens qui maîtrisent la lecture et l’écriture. • Les gens qui ont des niveaux plus élevés d’instruction ont un meilleur accès à des environnements physiques sains et sont mieux à même de préparer leurs enfants pour l’école que les gens moins instruits. Ils ont aussi tendance à fumer moins, à être plus actifs physiquement et à accéder à de meilleurs aliments. • Dans l’Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, seuls 19 pour cent des répondants n’ayant pas terminé leur secondaire ont déclaré que leur santé était excellente contre 30 pour cent pour les diplômés d’université. <p>Éléments probants extraits de Investir dans la santé des Canadiens :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L’Enquête promotion santé Canada de 1990 a révélé que le nombre de jours de travail perdus diminuait avec l’augmentation du niveau d’instruction. Les personnes ayant une scolarité de niveau élémentaire perdaient sept jours de travail par an à cause de la maladie, de blessures ou d’incapacité, alors que les personnes ayant une formation universitaire en perdaient moins de quatre par an. • Voir aussi éléments probants du rapport: Effets du niveau d’alphabétisme sur la santé des Canadiens et des Canadiennes – Étude de profil³². • Voir aussi Les déterminants sociaux de la santé: l’éducation³³. • Comment la scolarité influence-t-elle la santé³⁴? Ces questions et réponses ont été créées pour le Réseau canadien de la santé par le Conseil canadien de développement social.

³² <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/literacy-alphabetisme/literacy-fra.php>

³³ http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/oi-ar/pdf/10_education_f.pdf

³⁴ <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/qa-q3-fra.php>

Les principaux déterminants – 4. Emploi et conditions de travail

Les prémisses sous-jacentes	Les preuves
<p>On associe le chômage, le sous-emploi, un travail stressant ou dangereux avec une piètre santé.</p> <p>Les gens qui dispose de plus de pouvoir sur leurs conditions de travail et qui sont soumis à moins de stress au travail sont en meilleure santé et vivent souvent plus longtemps que ceux qui sont exposés à davantage de stress ou de risques au travail.</p>	<p>Éléments probants extraits du Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'emploi a un effet marqué sur la santé physique, mentale et sociale. Le travail rémunéré permet non seulement de gagner de l'argent, mais il donne aussi un sentiment d'identité et d'utilité, permet d'avoir des contacts sociaux et des possibilités de croissance personnelle. Quand une personne perd ces avantages, les résultats peuvent être dévastateurs, aussi bien pour sa santé que pour celle des membres de sa famille. Les chômeurs ont une espérance de vie moins longue et ont nettement plus de problèmes de santé que les personnes qui ont un emploi. • Les conditions de travail (physiques et psychosociales) peuvent avoir un effet marqué sur la santé et le bien-être affectif des gens. • La participation à l'économie basée sur les salaires n'est toutefois qu'un élément de cet ensemble. De nombreux Canadiens, en particulier les femmes, passent pratiquement autant de temps à faire du travail non rémunéré comme le ménage et le soin des enfants et de parents âgés. Quand ces deux charges de travail sont combinées de façon continue avec peu ou de pas de soutien, cela se répercute inévitablement sur le niveau de stress et de satisfaction au travail. Entre 1991 et 1995, la proportion des travailleurs canadiens qui étaient « très satisfaits » de leur travail a diminué, et ce, de façon plus marquée chez les femmes, passant de 58 pour cent à 49 pour cent. Les niveaux signalés de stress au travail suivent la même tendance. Dans l'Enquête sur la santé de la population de 1996-1997, les femmes déclaraient des niveaux de stress au travail plus élevés que les hommes dans toutes les catégories d'âge. Les femmes âgées de 20 à 24 ans avaient trois fois plus de chances de faire état d'un stress élevé au travail que le travailleur canadien moyen. <p>Éléments probants extraits de Investir dans la santé des Canadiens :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une importante étude réalisée pour le compte de l'Organisation mondiale de la santé a permis de constater que les niveaux élevés de chômage et d'instabilité économique dans une société sont à l'origine de problèmes de santé mentale importants et d'effets néfastes sur la santé physique des personnes au chômage, de leurs familles et de leurs collectivités. • Voir aussi Les déterminants sociaux de la santé la sécurité d'emploi³⁵ et les conditions de travail³⁶.

³⁵ Tremblay, D-G. La sécurité d'emploi comme facteur déterminant de la santé. Ces documents ont été préparés dans le cadre de la conférence sur les déterminants sociaux de la santé pendant toute la durée de vie, Toronto (2002). http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/oi-ar/pdf/04_seculte_f.pdf

³⁶ Andrew Jackson, A. et Polanyi, M. Les exposés ont été préparés dans le cadre de la conférence sur les déterminants sociaux de la santé pendant toute la durée de vie, Toronto (2002). http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/oi-ar/pdf/05_conditions_f.pdf

Les principaux déterminants – 5. Environnement social

Les prémisses sous-jacentes	Les preuves
<p>L'importance du soutien social s'étend à l'ensemble de la collectivité. La vitalité civique désigne la solidité des réseaux sociaux au sein d'une collectivité, d'une région, d'une province ou d'un pays. Elle se manifeste dans les institutions, les organisations et, de façon informelle, dans les pratiques que les gens adoptent pour partager les ressources et instaurer des liens avec les autres. L'éventail des valeurs et des normes d'une société influence à divers degrés la santé et le bien-être des personnes et des populations. De plus, la stabilité sociale, la reconnaissance de la diversité, la sécurité, les bonnes relations de travail et des collectivités qui se tiennent résultent en une société solidaire qui réduit ou évite de nombreux risques potentiels menaçant la santé.</p> <p>On peut comprendre l'expression « mode de vie sain³⁷ » comme désignant globalement trois dimensions interreliées du comportement des personnes: les individus; les individus dans leurs milieux sociaux (p. ex., famille, pairs, communauté, milieu de travail); la relation entre les personnes et leur milieu social. Pour améliorer la santé au moyen de modes de vie sains, on peut utiliser des approches globales selon lesquelles la santé est une question qui touche toute la société (que tout le monde a en commun). Les réactions de la société peuvent accroître les ressources du répertoire de stratégies dont se sert une personne pour composer avec les changements et améliorer sa santé.</p> <p>En 1996-97:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 31 pour cent des Canadiens adultes déclaraient avoir fait du bénévolat pour des organismes sans but lucratif en 1996-1997, une augmentation de 40 pour cent par rapport à 1987. • Un Canadien sur deux se disait impliqué dans une organisation communautaire. • 88 pour cent des Canadiens avaient fait des dons, financiers ou autres, à des organismes de bienfaisance et sans but lucratif. 	<p>Éléments probants extraits du Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aux États-Unis, on s'est aperçu que les niveaux élevés de confiance et du sentiment d'appartenance à un groupe vont de pair avec des taux de mortalité réduits. • La violence familiale a un effet dévastateur sur la santé des femmes et des enfants, à court et à long terme. En 1996, dans 24 pour cent de tous les cas d'assauts contre les enfants, ce sont des membres de la famille qui ont été accusés. Cette proportion était encore plus forte pour les enfants en très bas âge. • Les femmes agressées éprouvent souvent des problèmes de santé physique et psychologique graves. Certaines sont même tuées. En 1997, 80 pour cent des victimes d'homicide entre conjoints étaient des femmes, auxquelles il faut ajouter les 19 pour cent de femmes tuées par un ami ou un ex-ami. • Après avoir plafonné en 1991, le taux national de criminalité a diminué de 19 pour cent en 1997. Toutefois, ce taux est encore plus de deux fois ce qu'il était il y a trois décennies.

³⁷ Lyons, R. et Langille L. *Mode de la vie sain : rehausseur l'efficacité des approches axées sur le mode de vie pour améliorer la santé pour la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé*, Santé Canada (2002). http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/healthy-sain/pdf/lifestyle_f.pdf

Les principaux déterminants – 6. Environnement physique

Les prémisses sous-jacentes	Les preuves
<p>L'environnement physique est un déterminant important de la santé. À certains niveaux d'exposition, les contaminants présents dans l'air, l'eau, les aliments et le sol peuvent provoquer divers effets néfastes sur la santé parmi lesquels on peut citer les cancers, les malformations à la naissance, les maladies respiratoires et les malaises gastro-intestinaux.</p> <p>Dans le milieu bâti, les éléments qui concernent le logement, la qualité de l'air intérieur et la conception des agglomérations et des systèmes de transport peuvent influencer de façon marquée notre bien-être physique et psychologique.</p>	<p>Éléments probants extraits du Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La prévalence de l'asthme infantile, une maladie respiratoire fortement liée à la présence de contaminants dans l'air, a augmenté sensiblement au cours des deux dernières décennies, en particulier chez les enfants de 0 à 5 ans. On estimait que quelque 13 pour cent des garçons et 11 pour cent des filles de 0 à 19 ans (plus de 890 000 enfants et jeunes) souffraient d'asthme en 1996-1997. • Les enfants et les personnes qui travaillent dehors pourraient être particulièrement vulnérables aux effets sur la santé de l'appauvrissement de la couche d'ozone. Une exposition excessive aux rayons UV-B peut provoquer des coups de soleil, des cancers de la peau, un affaiblissement du système immunitaire et accroître les risques de cataractes. <p>Éléments probants extraits de Investir dans la santé des Canadiens :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il y a des liens étroits entre la pollution de l'air, y compris l'exposition à la fumée secondaire du tabac, et les problèmes de santé. Une étude réalisée dans le Sud de l'Ontario a établi une corrélation manifeste entre les hospitalisations pour maladie respiratoire au cours des mois d'été et les niveaux de sulfates et d'ozone présents dans l'air. Toutefois, il semble maintenant que les risques imputables à de petites particules, comme celles de poussière et de carbone issues de la combustion des carburants, peuvent être encore plus élevés que ceux qu'on associe à des polluants comme l'ozone. La recherche démontre en outre que les risques de cancer du poumon provoqué par la fumée secondaire du tabac sont plus importants que les risques imputables à l'ensemble des polluants dangereux dans l'air provenant de toutes les émissions industrielles réglementées. • Voir aussi Les déterminants sociaux de la santé : le logement³⁸. • Qu'est-ce qui a la plus grande influence sur la santé : les germes et les virus ou l'environnement³⁹? Ces questions et réponses ont été préparées pour le Réseau canadien de la santé par le Conseil canadien de développement social.

³⁸ Bryant, T., Chisholm, S. et Crowe, C. Le logement comme facteur déterminant de la santé. Les exposés ont été préparés dans le cadre de la conférence sur les déterminants sociaux de la santé pendant toute la durée de vie, Toronto (2002). http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/oi-ar/pdf/09_logement_f.pdf

³⁹ <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/qa-qr4-fra.php>

Les principaux déterminants – 7. Habitudes de vie et compétences d'adaptation personnelles

Les prémisses sous-jacentes	Les preuves
<p>Les habitudes de vie et les compétences d'adaptation personnelles désignent les mesures que l'on peut prendre pour se protéger des maladies et favoriser l'autogestion de sa santé, faire face aux défis, acquérir de la confiance en soi, résoudre des problèmes et faire des choix qui améliorent la santé.</p> <p>Les définitions du « mode de vie⁴⁰ » ont trait non seulement aux choix personnels, mais aussi à l'influence des facteurs sociaux, économiques et environnementaux sur les décisions que prennent les personnes à propos de leur santé. On reconnaît de plus en plus que les « choix » personnels relatifs au mode de vie sont grandement influencés par les conditions socio-économiques dans lesquelles les personnes vivent, apprennent, travaillent et se divertissent.</p> <p>Ces conditions socio-économiques ont une incidence sur le choix du mode de vie dans au moins cinq domaines: la dynamique de la vie, le stress, la culture, les relations interpersonnelles et le sentiment d'appartenance, ainsi que le sentiment de contrôle. Les interventions qui appuient la création de milieux de soutien rendront les personnes plus capables d'opter pour un mode de vie sain dans un monde où il existe plusieurs possibilités.</p> <p>En étudiant les maladies cardiaques et les enfants défavorisés, on constate de plus en plus que de puissants mécanismes biochimiques et physiologiques relient l'expérience socio-économique d'un individu et son état vasculaire ainsi que d'autres problèmes de santé.</p>	<p>Éléments probants extraits du Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au Canada, on estime que le tabagisme est responsable d'au moins le quart de tous les décès des adultes de 35 à 84 ans. Le taux de tabagisme a augmenté sensiblement chez les adolescents et les jeunes, en particulier chez les jeunes femmes, au cours des cinq dernières années. Chez les Autochtones, il est le double de ce qu'il est dans le reste de la population canadienne. • Les comportements à risques multiples, notamment les combinaisons dangereuses d'alcool, de drogue et de conduite automobile, ou d'alcool, de drogue et de relations sexuelles non protégées, sont très élevés chez les jeunes, en particulier les jeunes hommes. • Il existe un lien étroit entre le régime alimentaire en général, la consommation de gras en particulier, et certaines grandes causes de décès, dont les cancers et les maladies cardiaques. La proportion d'hommes et de femmes qui font de l'embonpoint a augmenté régulièrement au Canada entre 1985 et 1996-1997, passant de 22 à 34 pour cent chez les hommes et de 14 à 23 pour cent chez les femmes. <p>Éléments probants extraits de Investir dans la santé des Canadiens:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les habiletés d'adaptation, qui semblent essentiellement acquises au cours des premières années de la vie, sont également importantes pour favoriser des modes de vie sains. Il s'agit ici des habiletés que les gens utilisent pour interagir efficacement avec le monde qui les entoure, pour faire face aux situations, aux défis et au stress quotidiens. De bonnes habiletés d'adaptation permettent aux gens d'avoir confiance en eux, de résoudre les problèmes et de faire des choix éclairés pour améliorer leur santé. Ces habiletés aident les gens à affronter les défis de la vie de façon positive, sans recourir à des comportements risqués comme la consommation d'alcool et de drogues. Les recherches nous montrent que les gens qui ont un sens marqué de leur efficacité personnelle et de leur capacité d'adaptation sont ceux qui ont le plus de chances d'adopter et de conserver des comportements et des modes de vie sains. • Voir aussi des éléments probants du rapport Social Disparities and Involvement in Physical Activity⁴¹. • Voir aussi des éléments probants du rapport Améliorer la santé des Canadiens⁴².

⁴⁰ Lyons et Langille, Ibid.

⁴¹ Gauvin, Ibid.

⁴² <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?locale=fr&pc=PCC367>

Les principaux déterminants – 8. Développement sain durant l'enfance

Les prémisses sous-jacentes	Les preuves
<p>De nouveaux éléments probants sur les effets des premières expériences sur le développement du cerveau, sur la maturité scolaire et sur la santé dans la vie ultérieure suscitent un consensus sur le fait que les premières phases du développement de l'enfant sont un déterminant puissant de sa santé pour l'avenir. Parallèlement, nous en avons appris davantage sur la façon dont tous les autres déterminants de la santé influencent le développement physique, social, mental, émotif et spirituel des enfants et des jeunes. C'est ainsi que le développement d'un jeune est fortement influencé par son logement et son voisinage, les revenus de sa famille et le niveau d'instruction de ses parents, l'accès à des aliments nutritifs et à des activités physiques, son patrimoine génétique et l'accès à des soins dentaires et médicaux.</p>	<p>Éléments probants extraits du Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les expériences vécues entre la conception et l'âge de six ans sont celles qui exercent la plus forte influence de toutes les périodes de la vie sur l'organisation et les ramifications des neurones du cerveau. Une stimulation positive au début de la vie facilite l'apprentissage et favorise de meilleurs comportements et une meilleure santé à l'âge adulte. • La consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse peut avoir des conséquences graves à la naissance. L'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997 révélait qu'environ 36 pour cent des nouvelles mères qui étaient d'anciennes fumeuses ou fumaient actuellement avaient fumé pendant leur dernière grossesse (environ 146 000 femmes). La vaste majorité d'entre elles ont déclaré ne pas avoir bu d'alcool pendant leur grossesse. • Des liens d'affection et de sécurité entre les parents ou les pourvoyeurs de soins et les bébés au cours des 18 premiers mois de la vie aident les enfants à développer leur confiance, leur estime de soi, leur maîtrise affective et leur capacité d'entretenir des relations positives avec les autres pour leur vie ultérieure. • Les bébés et les enfants négligés ou subissant des abus sont exposés à des risques plus élevés de blessures, à un certain nombre de problèmes de comportement social et cognitif plus tard au cours de leur vie et de décès prématuré. <p>Éléments probants extraits de Investir dans la santé des Canadiens :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il y a un lien entre le faible poids à la naissance et des problèmes durant l'enfance, mais également à l'âge adulte. Les recherches ont démontré une forte corrélation entre le niveau de revenu de la mère et le poids du bébé à la naissance. Cela ne se vérifie pas uniquement pour les groupes les plus défavorisés au plan économique. Tout au long de l'échelle des revenus, les mères ont, en moyenne, des bébés plus lourds à la naissance que les mères de la catégorie de revenus inférieure. On peut en conclure que les problèmes ne sont pas simplement le résultat d'une mauvaise nutrition et de mesures d'hygiène déficientes liées à la pauvreté, même si les problèmes les plus graves se rencontrent surtout dans les groupes aux revenus les plus faibles. Il semble que des éléments comme les habiletés d'adaptation et le sentiment de contrôle et de maîtrise sur sa vie jouent également un rôle important. • Voir aussi des éléments probants du rapport Améliorer la santé des Canadiens⁴³. • Voir aussi Les déterminants sociaux de la santé : les services de garde et d'éducation de la petite enfance⁴⁴.

⁴³ Ibid.

⁴⁴ Friendly, M et Browne, G. Les services de garde et l'éducation de la petite enfance comme facteur déterminant de la santé. Les exposés ont été préparés dans le cadre de la conférence sur les déterminants sociaux de la santé pendant toute la durée de vie, Toronto (2002). http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/oi-ar/pdf/07_ecec_f.pdf

Les principaux déterminants – 9. Patrimoine biologique et génétique

Les prémisses sous-jacentes	Les preuves
<p>La composition biologique et organique de base de l'être humain est un élément déterminant fondamental de la santé.</p> <p>Les gènes confèrent une prédisposition inhérente à une vaste gamme de réactions individuelles influençant la santé. Même si les éléments socio-économiques et environnementaux sont des déterminants importants de la santé globale, dans certains cas, le patrimoine génétique semble prédisposer certaines personnes à des maladies précises ou à des problèmes de santé particuliers.</p>	<p>Éléments probants extraits du Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des études en neurobiologie ont confirmé qu'en présence de conditions optimales du développement de l'enfant au cours de la phase d'investissement (entre la conception et l'âge de cinq ans), le cerveau se développe de façon avantageuse pour le reste de la vie. • Le vieillissement n'est pas synonyme de mauvaise santé. Une vie active et l'accès à des possibilités d'apprentissage tout au long de la vie pourraient s'avérer particulièrement importants pour conserver la santé et la capacité cognitive en vieillissant. Des études sur le niveau d'instruction et la démence laissent entendre que le fait d'avoir étudié et d'avoir pu apprendre tout au long de sa vie peut doter le cerveau d'une réserve qui compense les pertes cognitives associées au vieillissement biologique.

Les principaux déterminants – 10. Services de santé

Les prémisses sous-jacentes	Les preuves
<p>Les services de santé, en particulier ceux conçus pour entretenir et favoriser la santé, pour prévenir la maladie et pour restaurer la santé et les diverses fonctions de l'Homme contribuent à la santé de la population. L'ensemble des soins offerts par ces services de santé englobe le traitement et la prévention secondaire.</p>	<p>Éléments probants extraits du Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les activités de prévention des maladies et des blessures, par exemple l'immunisation et l'utilisation de la mammographie, donnent des résultats positifs. Ces activités doivent se poursuivre si on veut réaliser des progrès. • On a enregistré une diminution marquée de la durée moyenne des séjours en milieu hospitalier. Le fait de transférer les soins dans la collectivité et à la maison soulève par contre des préoccupations au sujet de la charge financière, physique et émotionnelle additionnelle imposée aux familles, en particulier aux femmes. La demande de soins à domicile a augmenté dans plusieurs juridictions et on s'inquiète au sujet de l'accès équitable à ces services. • L'accès universel aux soins de santé reste dans une très large mesure sans lien avec les revenus. Toutefois, un grand nombre de Canadiens à faibles revenus et à revenus moyens ont un accès limité ou pas d'accès du tout à des services de santé comme les soins ophtalmologiques, les soins dentaires, les conseils en santé mentale et les médicaments d'ordonnance.

Les principaux déterminants – 11. Sexe	
Les prémisses sous-jacentes	Les preuves
<p>Le mot sexe fait ici référence à toute la gamme de rôles déterminés par la société, de traits de personnalité, d'attitudes, de comportements, de valeurs, de l'influence relative et du pouvoir relatifs que la société attribue aux deux sexes en les différenciant.</p> <p>Les normes associées aux sexes influencent les pratiques et les priorités du système de santé. Un grand nombre de problèmes de santé sont fonction de la situation sociale ou des rôles des deux sexes.</p>	<p>Éléments probants extraits du Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les hommes sont plus exposés à un décès prématuré que les femmes, dans une large mesure du fait des maladies cardiaques, des blessures mortelles accidentelles, des cancers et du suicide. Le nombre d'années de vie éventuellement perdues avant l'âge de 70 ans est pratiquement eux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes et environ trois fois plus élevés chez les hommes âgés de 20 à 34 ans. • Alors que les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles sont plus exposées à la dépression, à un stress excessif (souvent dû aux efforts pour équilibrer les vies professionnelle et familiale), à des maladies chroniques comme l'arthrite et les allergies, à des blessures et au décès imputables à la violence familiale. • Si les taux globaux de décès par cancer ont diminué pour les hommes, ils sont restés relativement constants chez les femmes, essentiellement à cause de l'augmentation du nombre de décès par cancer du poumon. Les jeunes filles ont maintenant davantage tendance à fumer que les garçons. Si l'augmentation du taux de tabagisme chez les jeunes femmes n'est pas combattue, les taux de cancer du poumon chez elles continueront à augmenter chez ces dernières. <p>Consultez également les articles sur La santé des femmes en milieu rural, éloigné ou nordique et l'article <i>How being Black and female affects your health</i>.</p>

Les principaux déterminants – 12. Culture	
Les prémisses sous-jacentes	Les preuves
<p>Certaines personnes et certains groupes peuvent faire face à des risques additionnels pour leur santé à cause d'un milieu socio-économique déterminé dans une large mesure par des valeurs culturelles dominantes contribuant à perpétuer certaines conditions comme la marginalisation, la stigmatisation, la perte ou la dévaluation de la langue et de la culture et le manque d'accès à des soins et services de santé adaptés à la culture du patient.</p>	<p>Éléments probants extraits du Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malgré des améliorations importantes depuis 1979, les taux de mortalité infantile chez les Autochtones, en 1994, étaient encore deux fois plus élevés que ceux de l'ensemble de la population canadienne. La prévalence des grandes maladies chroniques, notamment le diabète, les problèmes cardiaques, les cancers, l'hypertension, l'arthrite et les rhumatismes est aussi sensiblement plus élevée dans les milieux autochtones et semble être en augmentation. • En comparant les groupes ethniques, on constate que les taux les plus élevés de suicide se trouvent chez les Inuit, avec un taux de 70 par 100 000 personnes, alors qu'il est de 29 par 100 000 chez les Dénés et de 15 par 100 000 chez tous les autres groupes ethniques, composés essentiellement de personnes qui ne sont pas autochtones. • L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants de 1996-1997 a permis de constater que de nombreux enfants d'immigrants et de réfugiés obtenaient de meilleurs résultats dans le domaine affectif et académique que les enfants nés de parents canadiens, même si une proportion plus élevée d'entre eux vivaient dans des ménages à plus faible revenu. Cette étude laisse entendre que la pauvreté peut avoir une signification différente pour la population née au Canada et pour les immigrants nouvellement arrivés au pays. L'espoir d'un avenir meilleur pour les immigrants réduit les effets de la pauvreté ; le désespoir ressenti par les pauvres de la culture majoritaire accentue ces effets. <p>Voir aussi des éléments probants du rapport Améliorer la santé des Canadiens⁴⁵.</p>

Annexe B : Autres ressources sur l'équité en matière de santé

Outre la grille d'EIES et le guide de travail pour l'EIES, l'utilisateur peut accéder à différentes ressources complémentaires qui l'aideront à mener l'évaluation. Ces ressources sont offertes sur le site Web de l'EIES du MSSLD à l'adresse www.ontario.ca/equite-sante. Visiter cette page est le meilleur moyen d'obtenir les renseignements les plus à jour.

Autres ressources sur l'équité en matière de santé :

- Project for an Ontario Women's Health Evidence-Based Report, L'étude POWER: <http://www.powerstudy.ca/1-etude-power>
- Écho: Pour l'amélioration de la santé des Ontariennes: <http://www.echo-ontario.ca/fr>
- Agence de la santé publique du Canada: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php>
- Conseil ontarien de la qualité des services de santé: <http://www.hqontario.ca/fr/>
- Institut national de santé publique du Québec: <http://ccnpps.ca/fr>
- Organisation mondiale de la Santé: http://www.who.int/social_determinants/fr/index.html
- HIA gateway (R.-U.): http://www.apho.org.uk/default.aspx?QN=P_HIA
- HIA connect (NSW, Australia): <http://www.hiaconnect.edu.au/>
- Site d'évaluation de l'impact sur la santé de l'OMS: <http://www.who.int/hia/en/>
- Qualité des services de santé Ontario: www.hqontario.ca/fr/index.html
- Better Outcomes Registry Network (BORN): www.bornontario.ca
- Wellesley Institute: www.wellesleyinstitute.com

Terminologie relative à l'équité en matière de santé

- Glossaire de l'Agence de la santé publique du Canada: www.phac-aspc.gc.ca/sdh-dss/glos-fra.php
- Glossaire de l'Organisation mondiale de la Santé: www.who.int/hia/about/glos/en/index.html

Annexe C : Méthodologie

Ressources et méthodes utiles pour la cueillette d'information et de données pour l'EIES

Les sources de données qui suivent sont énumérées en fonction de la quantité de temps et d'effort qu'il faut consacrer pour obtenir cette information :

Vos connaissances et vos expériences de travail communes ayant trait au projet :

Il se peut que votre planification jusqu'à présent ait comporté des recherches contextuelles ou une évaluation des besoins qui vous ont permis de déterminer aisément les groupes vulnérables. Vous pouvez parcourir la colonne « population » de la grille d'EIES et surligner ou supprimer certains groupes en fonction de votre compréhension actuelle de la situation. De même, vous connaissez peut-être déjà certaines interventions utilisées dans le domaine, ou des lacunes importantes dans les données, la recherche ou les connaissances que vous pouvez combler afin de réduire de façon efficace les iniquités. De plus, votre équipe ou votre directeur est peut-être en mesure de communiquer des observations importantes, comme les niveaux de participation à certains programmes, l'efficacité de certaines méthodes de sensibilisation du public et les obstacles perçus à la participation au sein de certaines populations prioritaires.

Revue de la documentation spécialisée

Une revue de la documentation spécialisée sera naturellement alimentée par l'information susmentionnée. Il importe d'envisager un examen de la documentation spécialisée dans les domaines où règne l'incertitude concernant les populations touchées ou les interventions qui sont susceptibles d'être efficaces. Un examen succinct concentré sur les sources de données synthétisées conviendra dans la plupart des cas. Si votre domaine est particulièrement nouveau ou si le profil de votre programme ou de votre politique est très élevé, une recherche rapide de la documentation peut se révéler adéquate. Certains documents clés qui traitent des rapports entre les iniquités en matière de santé et les déterminants de la santé figurent plus bas.

Analyse de l'environnement

Une analyse de l'environnement peut aider à vous sensibiliser au contexte de la politique entourant une question, à déterminer les groupes de la collectivité et les organisations gouvernementales qui travaillent déjà sur la question. Une analyse de l'environnement peut aussi enrichir vos connaissances sur les groupes touchés en priorité par votre programme ou les questions touchant l'équité que vous n'avez peut-être pas encore perçues au moment de la conceptualisation première de votre projet.

Analyse des données existantes

- Le manque de données ayant trait aux déterminants de la santé et les autres facteurs d'inégalité constituent des défis considérables en Ontario et dans les autres provinces et territoires. Cependant, les données existantes doivent être ventilées pour mettre en évidence les iniquités pouvant être mises en rapport avec la question étudiée. Des exemples de sources de données sont fournis plus bas.
- Si les données sont inexistantes, et que vous estimez qu'une analyse serait très importante pour votre travail, ceci devrait être noté à l'étape 2 de la grille d'EIES sous « Information additionnelle requise ». Ceci vous permettra d'enregistrer les lacunes relevées dans les données tirées de votre analyse, et vous fournit une plateforme à partir de laquelle vous pouvez orienter votre recherche (p. ex., consultation d'experts, de littérature grise, etc.).

Consultation d'intervenants et d'experts

Si les étapes précédentes ne fournissent pas de renseignements adéquats sur les iniquités en matière de santé ayant trait au programme ou à la politique qui vous intéresse, vous pouvez envisager de consulter des intervenants ou experts qualifiés ou non.

Consultation auprès de la collectivité

Dans une EIES de votre projet, il est peu probable qu'il soit question d'une consultation auprès de la collectivité dès les étapes initiales. Cependant, à mesure que vous avancez, vous trouverez peut-être de plus en plus important de consulter les membres des groupes prioritaires afin de mieux comprendre les répercussions de votre travail sur la perception qu'ils ont de leur état de santé, de leur qualité de vie, de l'accès aux programmes et aux services, etc.

Collecte de nouvelles données

Pour certaines questions, notamment celles ayant trait à l'évaluation, il se peut que l'élaboration d'un protocole de collecte, d'analyse et de diffusion de nouvelles données se révèle nécessaire. Ceci peut également cadrer avec la section « Information additionnelle requise » de la grille d'EIES afin d'être certain que le besoin de nouvelles données est enregistré.

Exemples de sources de données contenant des variables sociodémographiques et économiques pour l'analyse de définition

- The Rapid Risk Factor Surveillance System (RRFSS)
- Integrated Public Health Information System (iPHIS)
- Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)
- Données de recensement (habituellement obtenues sur demande)
- Base de données administratives
- Données et rapports provenant d'autres sources locales, régionales, provinciales et nationales

Iniquités en matière de santé et déterminants de la santé – Bibliographie générale

Ontario

Gardner, B. (2008). *Health Equity Discussion Paper*. Toronto Central Health Integration Network. Récupéré le 25 mai 2010 à partir du site http://www.torontocentrallhin.on.ca/uploadedFiles/Home_Page/Report_and_Publications/Health%20Equity%20Discussion%20Paper%20v1.0.pdf

Region of Waterloo Public Health. (2009). *Evidence and Practice-based Planning Framework with a focus on health inequities*. Récupéré le 28 mai 2010 à partir du site [http://chd.region.waterloo.on.ca/web/health.nsf/DocID/FD80C0D143A204F78525761D0061829A/\\$file/EPPF_maindoc.pdf?open](http://chd.region.waterloo.on.ca/web/health.nsf/DocID/FD80C0D143A204F78525761D0061829A/$file/EPPF_maindoc.pdf?open)

Sudbury and District Health Unit. (2010). *Implementing Local Public Health Practices to Reduce Social Inequities in Health*. Récupéré le 1^{er} juin 2010 à partir du site http://www.sdhu.com/uploads/content/listings/EXTRAInterventionProjectDraftFinalReportSDHUJanuary2010_External.pdf

Bureau de santé publique de Toronto. (2008). *The Unequal City: Income and Health Inequalities in Toronto*. Récupéré le 25 mai 2010 à partir du site www.toronto.ca/health/map/pdf/unequalcity_20081016.pdf.

Canada

Bell, B. (2009). *Actions to Reduce Health Inequalities in Canada: A description of strategic efforts led or supported by public health organisations*. Document de travail élaboré par la Direction des initiatives stratégiques et des innovations de l'Agence de santé publique du Canada. Récupéré le 21 mai 2010 à partir de l'adresse <http://www.opha.on.ca/resources/docs/StrategicInitiatives-PHAC-6Mar09.pdf>

Institut canadien d'information sur la santé. (2008). *Reducing Gaps in Health: A Focus on Socio-Economic Status in Urban Canada*, Ottawa, Ontario. Récupéré le 25 mai 2010 à partir du site http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/Reducing_Gaps_in_Health_Report_EN_081009.pdf.

Keon, W.J. et L. Pépin. (2009). *Un Canada en santé et productif: une approche axée sur les déterminants de la santé. Rapport final du Sous-comité du Sénat sur la santé des populations*. Récupéré le 21 mai 2010 à partir du site www.parl.gc.ca/40/2/parlbus/commbus/senate/Com-e/popu-e/rep-e/rephealthjun09-f.pdf

Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada*. Récupéré le 21 mai 2010 à partir du site <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/fr-rc/index-fra.php>.

International

Commission on Social Determinants. (2008). *Combler le fossé en une génération: Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux. Rapport final de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. Récupéré le 20 mai 2010 à partir du site www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/index.html.

