



# Améliorer les perspectives Défendre l'équité en matière de santé en Ontario

**RAPPORT ANNUEL 2016**

Rapport du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario

**Ministry of Health  
and Long-Term Care**

Chief Medical Officer of Health  
21st Floor, 393 University Avenue  
Toronto Ontario, M7A 2S1  
Telephone: (416) 212-3831  
Facsimile: (416) 325-8412

**Ministère de la Santé et  
des Soins de longue durée**

Médecin hygiéniste en chef  
393 avenue University, 21<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M7A 2S1  
Téléphone : (416) 212-3831  
Télécopieur : (416) 325-8412



Février 2018

L'honorable président  
Président de l'Assemblée législative de l'Ontario

Édifice de l'Assemblée législative, bureau 104  
111, rue Wellesley Ouest  
Toronto (Ontario) M7A 1A2



Monsieur le président,

J'ai le plaisir de vous transmettre le Rapport annuel du médecin hygiéniste en chef 2016 en vue de sa soumission à l'Assemblée, conformément aux dispositions du paragraphe 81.(4) de la Loi sur la protection et la promotion de la santé.

Cordialement,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "D Williams".

David C. Williams, M.D., M.H.Sc., F.R.C.P.S.  
Médecin hygiéniste en chef



## Résumé

Tous les Ontariens devraient avoir la possibilité de vivre aussi sainement que possible, indépendamment de leur race, origine ethnique, religion, genre, âge, classe sociale, région et statut socioéconomique ou d'autres facteurs sociaux.

Pourtant, nombreux sont ceux qui sont aux prises avec des iniquités en matière de santé : des désavantages systématiques et injustes qui menacent leur santé, comme un faible revenu, un manque d'éducation et de possibilités d'emploi, l'impossibilité de jouir d'un domicile stable et de nourriture saine, la violence et l'isolement.

En tant que société, il y a bien des choses que nous pouvons réaliser ensemble pour améliorer la possibilité que tous puissent vivre en bonne santé. Pour créer des collectivités en santé, il est temps pour le secteur public de l'Ontario de défendre l'équité en matière de santé et de rassembler un large éventail de partenaires afin d'élaborer des politiques et des programmes permettant de réduire ou d'éliminer les obstacles sociaux, économiques et environnementaux à la santé.

**Les bureaux de santé publique sont bien placés pour faciliter les partenariats au niveau local et promouvoir l'action collective. Ils peuvent mettre à contribution leurs solides partenariats avec de nombreux organismes de leur collectivité – les municipalités, les RLISS, les communautés autochtones et autres partenaires intersectoriels, y compris les services sociaux, les programmes de logement et les refuges ainsi que les services de police – pour améliorer l'équité en matière de santé.**

Nous avons les outils qu'il faut pour changer les choses :

- Avec Priorité aux patients, l'Ontario a jeté les bases d'une approche systémique en ce qui concerne l'équité en santé. L'équité en matière de santé fait maintenant partie du mandat des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Dans le cadre de la transformation de la santé publique, les bureaux de santé publique collaboreront dorénavant plus étroitement avec les RLISS et les sous-régions des sous-régions des RLISS afin d'améliorer l'équité en matière de santé.
- La nouvelle version des Normes de santé publique de l'Ontario : exigences relatives aux programmes, aux services et à la responsabilisation, entrée en vigueur en janvier 2018, comprend une nouvelle norme, Équité en santé, et une nouvelle Ligne directrice sur l'équité en matière de santé<sup>1</sup>, qui exige que les bureaux de santé publique intègrent à leur travail quotidien des stratégies permettant d'améliorer l'équité en matière de santé.
- Il existe maintenant différentes sources de données et de nouvelles approches analytiques pour cartographier les iniquités en matière de santé, déterminer les facteurs complexes qui mettent les gens à risque et cibler les interventions.

- Le secteur de la santé publique peut adapter et mettre en pratique son approche efficace dans la gestion des éclosions de maladies infectieuses pour réduire ou éliminer les inégalités sociales. Cette approche, empreinte d'un plus grand sentiment d'urgence et d'une attention particulière à la résolution des problèmes en matière de santé, peut aider les bureaux de santé publique à regarder au-delà des inégalités en matière de revenu pour se pencher sur les facteurs sociaux, économiques ou environnementaux qui pourraient être plus faciles à traiter à court terme.
- Les interventions en matière de développement communautaire peuvent rapprocher les membres d'une collectivité et les pousser à agir ensemble pour résoudre des problèmes communs. Elles peuvent aussi aider à développer la cohésion sociale, ce qui contribue à améliorer la santé.
- De solides partenariats conclus avec une variété d'organismes locaux – à l'intérieur et à l'extérieur du système de santé – peuvent donner plus de puissance aux initiatives en matière d'équité en santé. Divers intervenants et ordres de gouvernements disposent de leviers et d'occasions uniques pour améliorer la santé. En agissant de concert, comme un système, ils peuvent réduire ou éliminer les inégalités en matière de santé.

Puisque la responsabilité d'atteindre l'équité en matière de santé va bien au-delà du secteur de la santé publique, d'autres secteurs dont les politiques ont une incidence sur la santé, comme les secteurs de l'éducation, de l'environnement et du développement économique, doivent participer activement.

Afin de soutenir le secteur de la santé publique dans la promotion de l'équité en matière de santé, le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario recommande au gouvernement :

- 1 de soutenir la santé publique afin de déceler les « éclosions » d'iniquités en matière de santé et de planifier des interventions efficaces et durables par l'intermédiaire du développement communautaire;
- 2 d'agir dans l'ensemble du système et dans l'ensemble du gouvernement afin d'améliorer l'équité en matière de santé;
- 3 de fournir des données permettant de comprendre les iniquités en matière de santé afin d'orienter les initiatives de développement communautaire.

Des investissements stratégiques dans la recherche, les partenariats et les données sur l'équité aideront à améliorer les perspectives, pour tous les Ontariens, de vivre en santé. Ces investissements engendreront de meilleurs résultats sur le plan de la santé des personnes, des collectivités plus saines et plus heureuses et une baisse des coûts en matière de soins de santé et de services sociaux.



# Table des matières

|            |                                                                                                                        |           |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>I</b>   | Équité en matière de santé : améliorer les perspectives de vivre en santé                                              | <b>6</b>  |
|            | Définitions                                                                                                            | 6         |
|            | Déterminants sociaux de la santé                                                                                       | 7         |
|            | La toile de l'Être                                                                                                     | 8         |
|            | Le rôle de la santé publique dans l'amélioration des perspectives                                                      | 9         |
| <b>II</b>  | Mesurer et comprendre l'iniquité en matière de santé                                                                   | <b>11</b> |
|            | Comprendre les facteurs qui contribuent aux décès prématurés                                                           | 11        |
|            | Carte des bureaux de santé publique de l'Ontario                                                                       | 15        |
|            | Nouvelles méthodes de mesure de l'inégalité en matière de santé                                                        | 17        |
|            | Indice relatif des inégalités                                                                                          | 17        |
|            | High Resource User Population Risk Tool (Outil d'évaluation de risque des grands utilisateurs de ressources)           | 19        |
| <b>III</b> | Adaptation de la méthode de l'éclosion pour réduire les inégalités en matière de santé                                 | <b>21</b> |
|            | Utilisation de la méthode de l'éclosion pour voir au-delà des répercussions du revenu sur l'équité en matière de santé | 24        |
| <b>IV</b>  | Réduire les inégalités grâce au développement communautaire                                                            | <b>30</b> |
|            | Le développement communautaire en action                                                                               | 33        |
| <b>V</b>   | La création de partenariats : un effort concerté pour améliorer les chances de vivre en santé                          | <b>36</b> |
|            | Initiatives provinciales                                                                                               | 37        |
|            | Initiatives locales                                                                                                    | 39        |
| <b>VI</b>  | Favoriser l'équité en santé : recommandations                                                                          | <b>43</b> |
|            | Références                                                                                                             | 46        |
|            | Remerciements                                                                                                          | 47        |
|            | Annexe                                                                                                                 | 48        |



# I. Équité en matière de santé : améliorer les perspectives de vivre en santé

L'ensemble des Ontariens devrait avoir la possibilité de vivre aussi sainement que possible.

Toutefois, de nombreux facteurs influencent la santé, y compris la génétique, les choix de vie et les déterminants sociaux de la santé, comme le revenu, l'éducation, l'accès aux services de santé et l'environnement social et physique dans lequel nous vivons, apprenons, travaillons et nous divertissons.

Certains de ces facteurs sont hors de notre contrôle. En fait, pour bien des Ontariens, les chances de vivre une longue vie en santé s'apparentent à une loterie ou à des cartes truquées.

Si vous avez la chance d'être né dans une famille au revenu élevé et constant vivant dans un quartier paisible et que vous avez facilement accès à l'éducation, à des soins de santé et à d'autres services, vous avez plus de chances de gagner à la loterie de la santé.

Mais si ce n'est pas le cas, que se passe-t-il? Les Ontariens peuvent-ils tous aspirer à vivre aussi sainement que possible?

Oui. En tant que société, collectivité ou quartier, il existe bien des choses à faire ensemble pour améliorer les perspectives et veiller à ce que tous aient une chance raisonnable de vivre une longue vie en santé.

Pour atteindre l'équité en matière de santé, nous devons nous attaquer aux iniquités systématiques, injustes et évitables, celles qui sont causées par des conditions sociales, économiques ou environnementales (les déterminants sociaux de la santé). Nous devons donner à tous les Ontariens la chance de vivre dans des conditions sociales et économiques qui contribuent à une bonne santé, indépendamment de la race, de l'origine ethnique, du genre, de l'âge, du statut socioéconomique, de la région ou d'autres facteurs.

## DÉFINITIONS

**La santé** est le bien-être physique, spirituel, mental, émotionnel, environnemental, social, culturel et économique des personnes, des familles et des collectivités<sup>2</sup>.

**L'équité en santé** signifie que toutes les personnes peuvent aspirer à un état de santé optimal et ne sont pas limitées à cet égard par leur race, leur ethnie, leur religion, leur sexe, leur âge, leur classe sociale, leur condition socioéconomique ou d'autres attributs sociaux<sup>2</sup>.

**L'inégalité en santé** fait référence aux différences mesurables en matière de santé entre les personnes, les groupes ou les collectivités. On utilise parfois le terme « disparités en santé » pour désigner la même chose<sup>2</sup>.

**L'iniquité en santé** fait référence aux différences en matière de santé associées aux désavantages d'ordre social qui peuvent être modifiés et sont considérés comme injustes<sup>2</sup>.

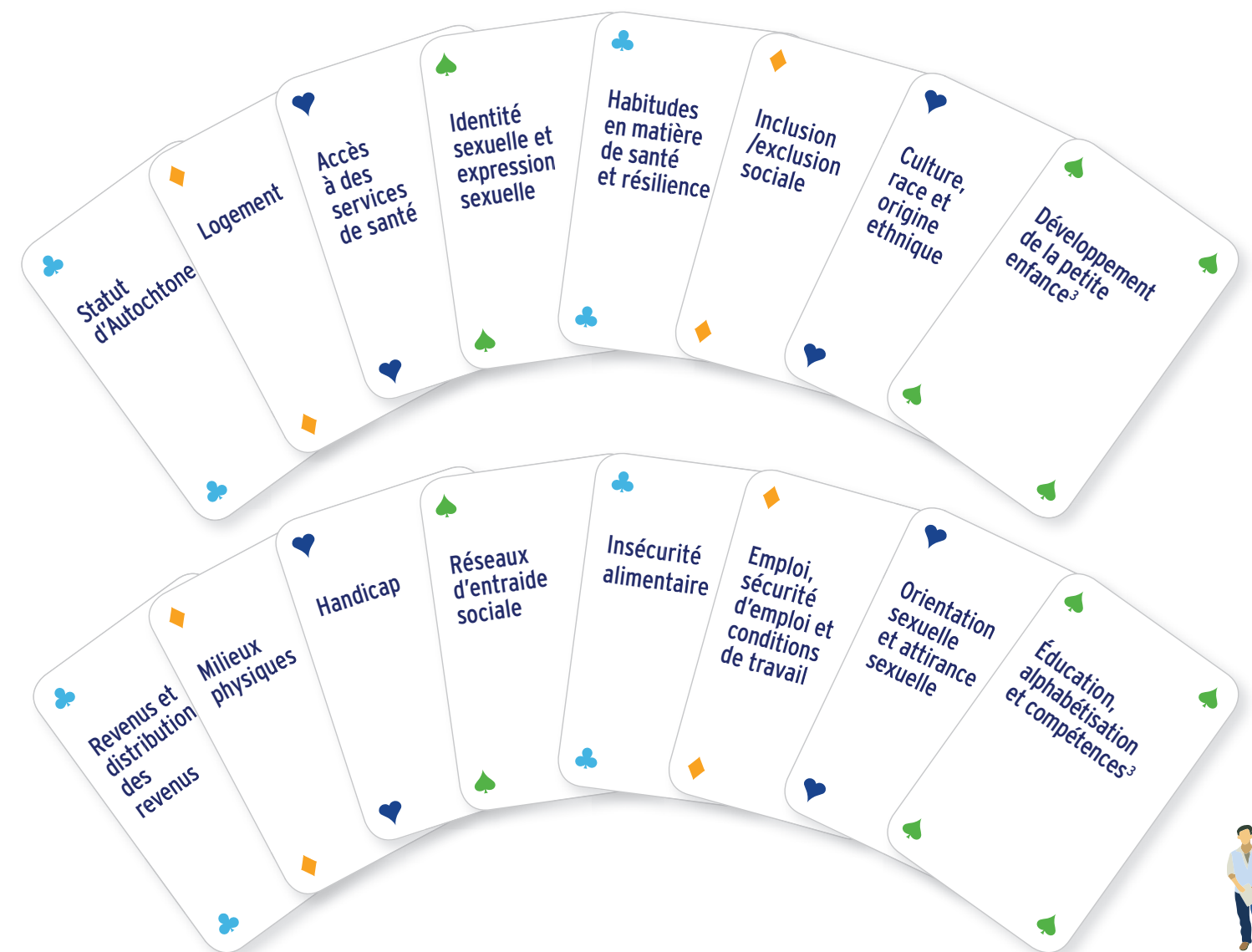
**Les populations prioritaires** sont les personnes ou les groupes qui présentent des problèmes de santé ou un risque accru de problèmes de santé en raison du fardeau des maladies ou des facteurs de risque de maladie, des déterminants de la santé, dont les déterminants sociaux, ou d'une combinaison de ces causes. Les populations prioritaires sont les plus susceptibles de profiter des interventions en matière de santé publique<sup>2</sup>.

## Déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé sont les facteurs sociaux, politiques et économiques interreliés qui créent les conditions dans lesquelles les gens vivent, apprennent, travaillent et se divertissent. L'interaction des déterminants sociaux de la santé engendre le changement de ces conditions au fil du temps et de la durée de vie, ce qui influence la santé des personnes, des groupes et des collectivités de diverses manières<sup>2</sup>.

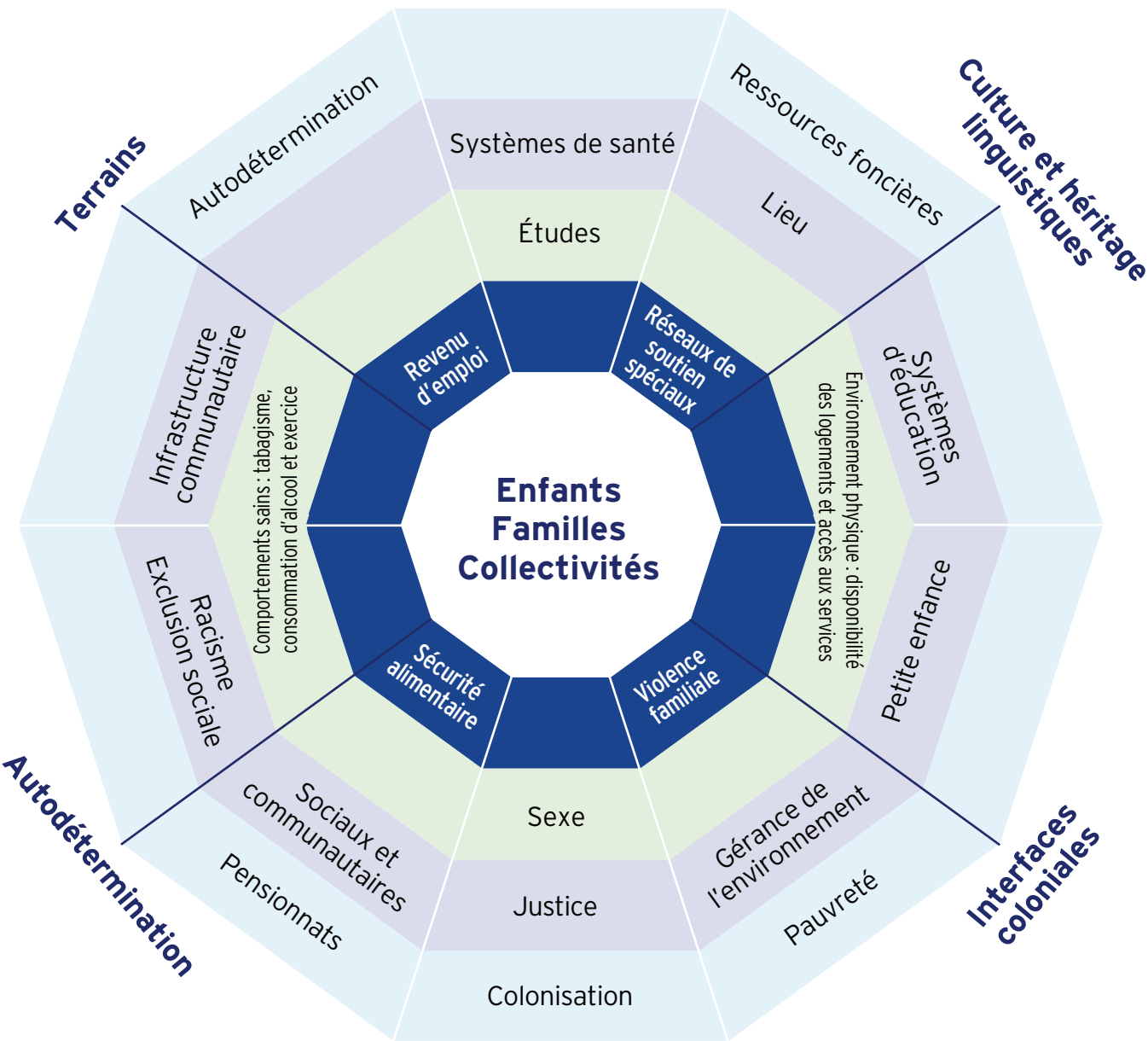
« Je sais maintenant que l'équité en matière de santé pour toutes les Ontariennes et tous les Ontariens, peu importe qui ils sont, où ils vivent et ce qu'ils ont, n'est encore pour l'instant qu'un rêve. ... Mais malgré les défis, je demeure convaincu que ce rêve est réalisable. Une foule de choses peuvent être faites pour réduire l'iniquité... »

*Dr Jeffrey Turnbull, Plan d'équité en matière de santé de Qualité des services de santé Ontario*



La toile de l'Être

Les Premières nations, les Inuits et les Métis adoptent une approche globale relativement aux facteurs de risque, y compris les déterminants de la santé, fondée sur le fait que pour les Autochtones, le bien-être est l'équilibre entre les quatre dimensions de la santé - physique, mentale, émotionnelle et spirituelle - durant toutes les phases de la vie<sup>4</sup>. Bien que le concept traditionnel des déterminants sociaux de la santé semble assimiler ceux-ci à des forces distinctes et parfois cumulatives, le savoir autochtone les perçoit plutôt comme une toile interreliée et interdépendante.



Le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone a élaboré la toile de l'Être, qui illustre les déterminants de la santé pour les Premières nations, les Inuits et les Métis et la façon dont ces facteurs forment une toile interreliée qui influence la santé et le bien-être des Autochtones. Toutefois, il est impossible de comprendre la santé des Autochtones sans prendre en considération des facteurs tels que le colonialisme, le racisme et l'exclusion sociale, qui sont autant d'obstacles aux soins de santé pour les communautés, les familles et les personnes autochtones<sup>5</sup>. En raison de la grande variété de défis culturels, historiques, géographiques et socioéconomiques auxquels font face les communautés autochtones, il est important de tenir compte du fait que chaque communauté est unique et pourrait donc nécessiter d'autres approches. Une approche de santé publique ascendante et axée sur la communauté, qui reflète les principes de la toile de l'Être, pourra fort probablement engendrer un changement significatif et positif<sup>6</sup>.

Le rôle de la santé publique dans l'amélioration des perspectives

Le secteur de la santé publique entreprend depuis longtemps des initiatives soutenues, qui « augmentent radicalement l'espérance de vie<sup>7</sup> » notamment en matière d'assainissement, de sécurité de l'eau, de salubrité des aliments, de programmes de vaccination, de mesures pour endiguer l'éclosion de maladies infectieuses, de programmes d'abandon du tabagisme, de lois pour le port de la ceinture de sécurité obligatoire et de mesures de promotion de la saine alimentation et de l'exercice physique.

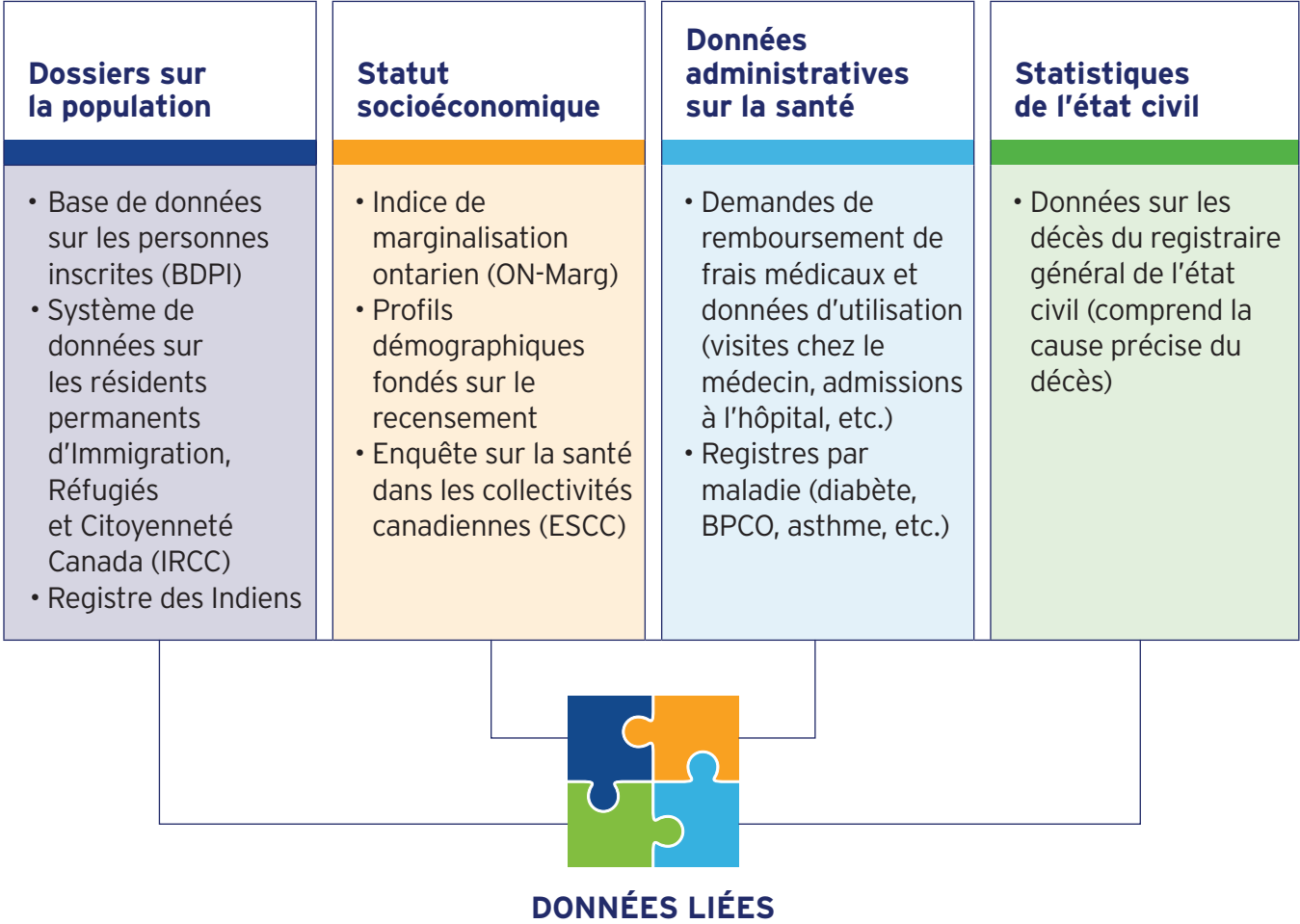
Nous savons que les changements dans les habitudes de vie recommandés par les bureaux de santé publique - ne pas fumer, maintenir un poids santé, être actif physiquement et manger plus de fruits et de légumes - peuvent largement réduire les risques de maladie cardiaque, l'une des principales causes de décès prématurés en Ontario. Nous savons que les politiques qui interdisent l'usage du tabac dans les lieux publics et qui imposent des taxes sur le tabac ont contribué à réduire les décès liés au cancer du poumon<sup>8</sup>. Toutefois, cela ne présente pas les mêmes avantages pour tout le monde. Malgré les connaissances et les bonnes intentions, il n'est pas facile d'arrêter de fumer ou de manger sainement pour les personnes qui font face aux disparités systémiques et injustes, comme un faible revenu, le fait de vivre loin des services ou d'être isolé socialement.

Les bureaux de santé publique peuvent jouer un rôle clé pour faire en sorte que les collectivités soient en meilleure santé, en collaborant avec des partenaires afin d'élaborer des politiques permettant de réduire ou d'éliminer les obstacles sociaux, économiques et environnementaux à la santé qui sont de nature systémique.

**Objectif : La pratique de santé publique permet de diminuer les iniquités en santé de façon à ce que chacun ait des chances égales d'acquérir un état de santé optimal, sans être défavorisé par sa position sociale ou d'autres attributs sociaux<sup>1</sup>.**



OPTIMISE PERMET DE RELIER DES DONNÉES ISSUES DE QUATRE TYPES DE SOURCES :



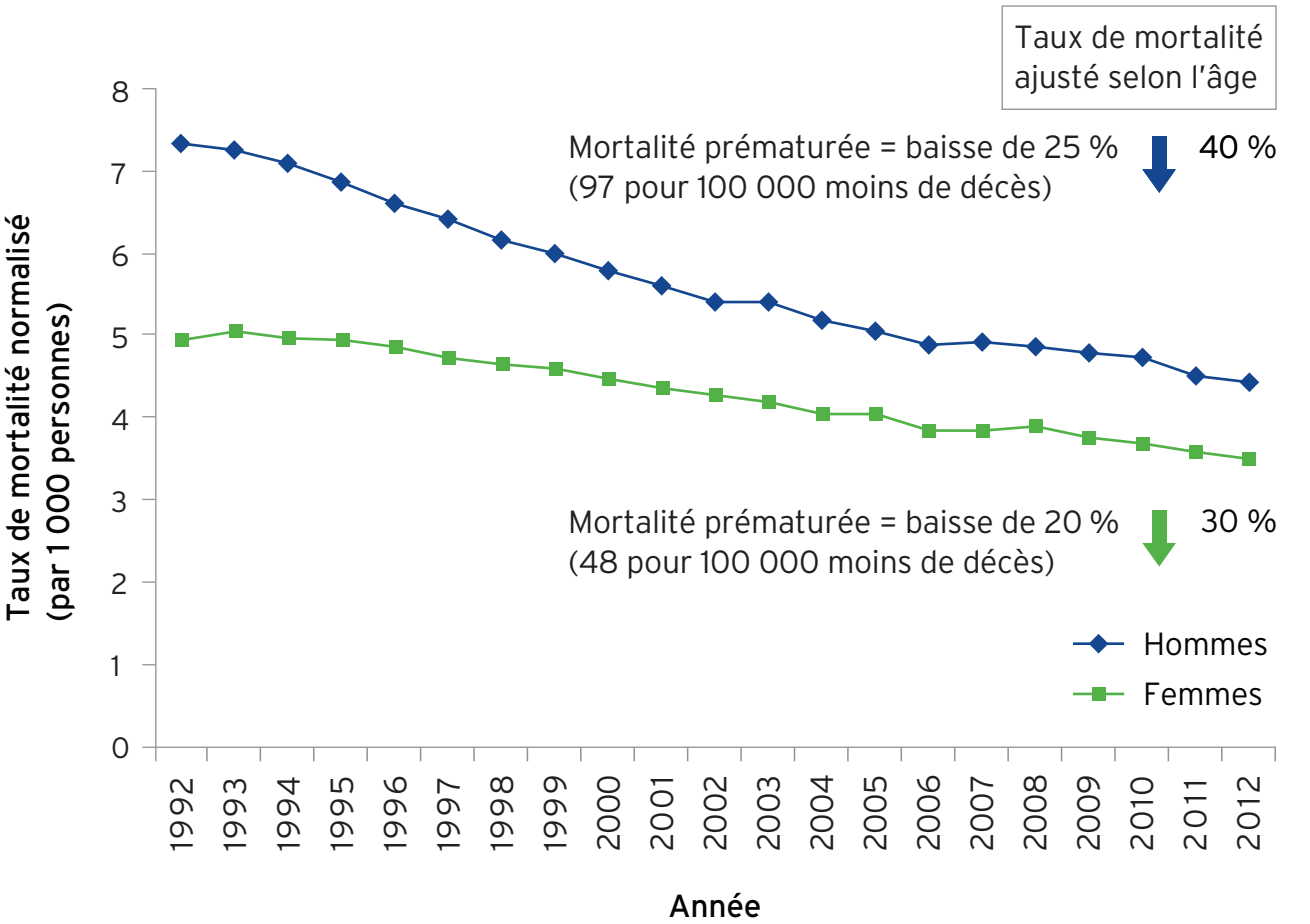
Les analyses du projet OPTIMISE<sup>9</sup> révèlent qu'en général, les habitants de l'Ontario vivent maintenant plus longtemps. Au cours des deux dernières décennies, les taux de mortalité ont régulièrement reculé, tant chez les femmes que chez les hommes, et l'écart en matière d'espérance de vie qui existe entre les deux sexes s'est rétréci.

Toutefois, les tendances pour la population générale dissimulent le fait que tous ne sont pas sur le même pied. Certaines catégories de personnes continuent de mourir jeunes. Par exemple, lorsque nous nous penchons sur les effets du niveau de revenus d'un quartier sur son taux de mortalité (voir Figure 2), le graphique nous dit autre chose. Il y a 25 ans à peine, le sexe était le principal indicateur des décès de toutes causes. Les femmes, quel que soit leur revenu, vivaient plus longtemps que les hommes; en fait, les femmes ayant un faible revenu vivaient même plus longtemps que les hommes ayant un revenu élevé.

Pour atteindre l'équité en santé, nous devons identifier les populations prioritaires les plus vulnérables, et élaborer des interventions ciblées permettant de réduire ou d'éliminer les disparités en santé.

FIGURE 1. RÉDUCTION DES DIFFÉRENCES ENTRE LES SEXES À L'ÉGARD DES TAUX DE MORTALITÉ

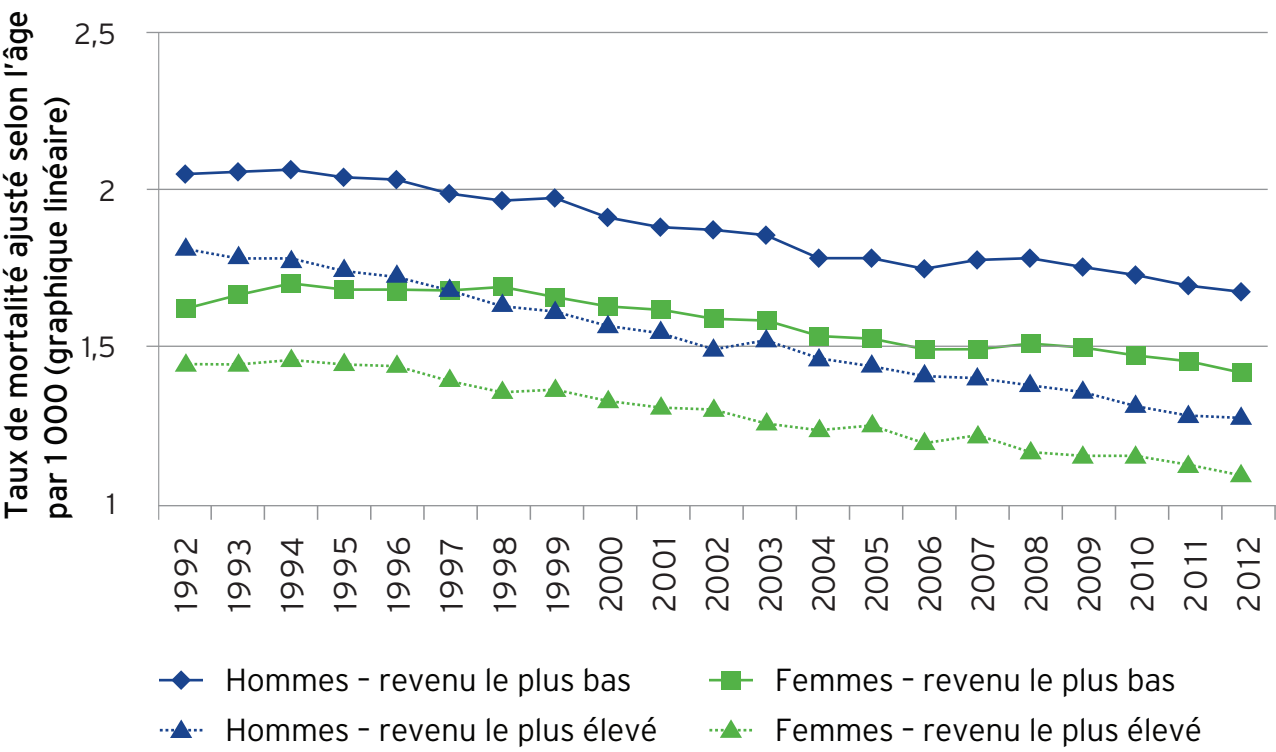
Taux de mortalité selon l'âge et toutes causes confondues\* pour les hommes et les femmes



\*Normalisé en fonction de la population canadienne en 1991\* Rosella L, et al. Narrowing mortality gap between men and women over two decades: A registry-based study in Ontario, Canada. BMJ Open; 2016<sup>10</sup>



**FIGURE 2.**  
TENDANCES DIFFÉRENTIELLES DE STATUT  
SOCIOÉCONOMIQUE-SEXE DANS LE TEMPS



\*Rosella L, et al. Narrowing mortality gap between men and women over two decades: A registry-based study in Ontario, Canada. BMJ Open; 2016<sup>10</sup>

De nos jours, le taux de mortalité chez les femmes ayant un faible revenu est plus élevé que chez les hommes ayant un revenu élevé et bien plus élevé que chez les femmes ayant un revenu élevé; en fait, l'écart entre les femmes les plus pauvres et les femmes les plus riches s'est considérablement creusé - tout comme c'est le cas chez les hommes. Le statut socioéconomique est un déterminant clé des iniquités en matière de santé. En ce qui a trait à vivre longtemps et en santé, bien des gens aux moyens plus modestes sont laissés pour compte.

**CARTE DES BUREAUX DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'ONTARIO**

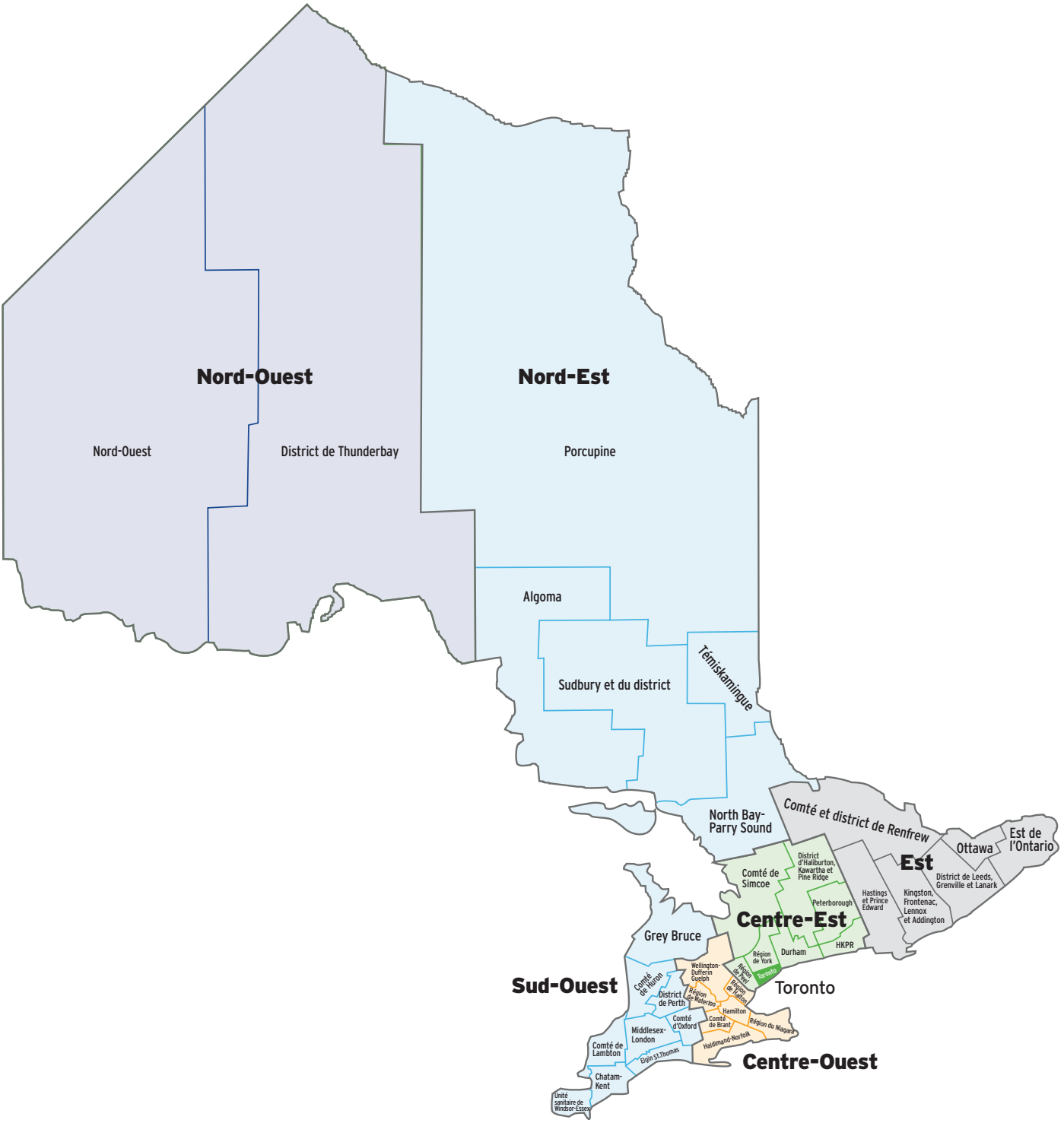
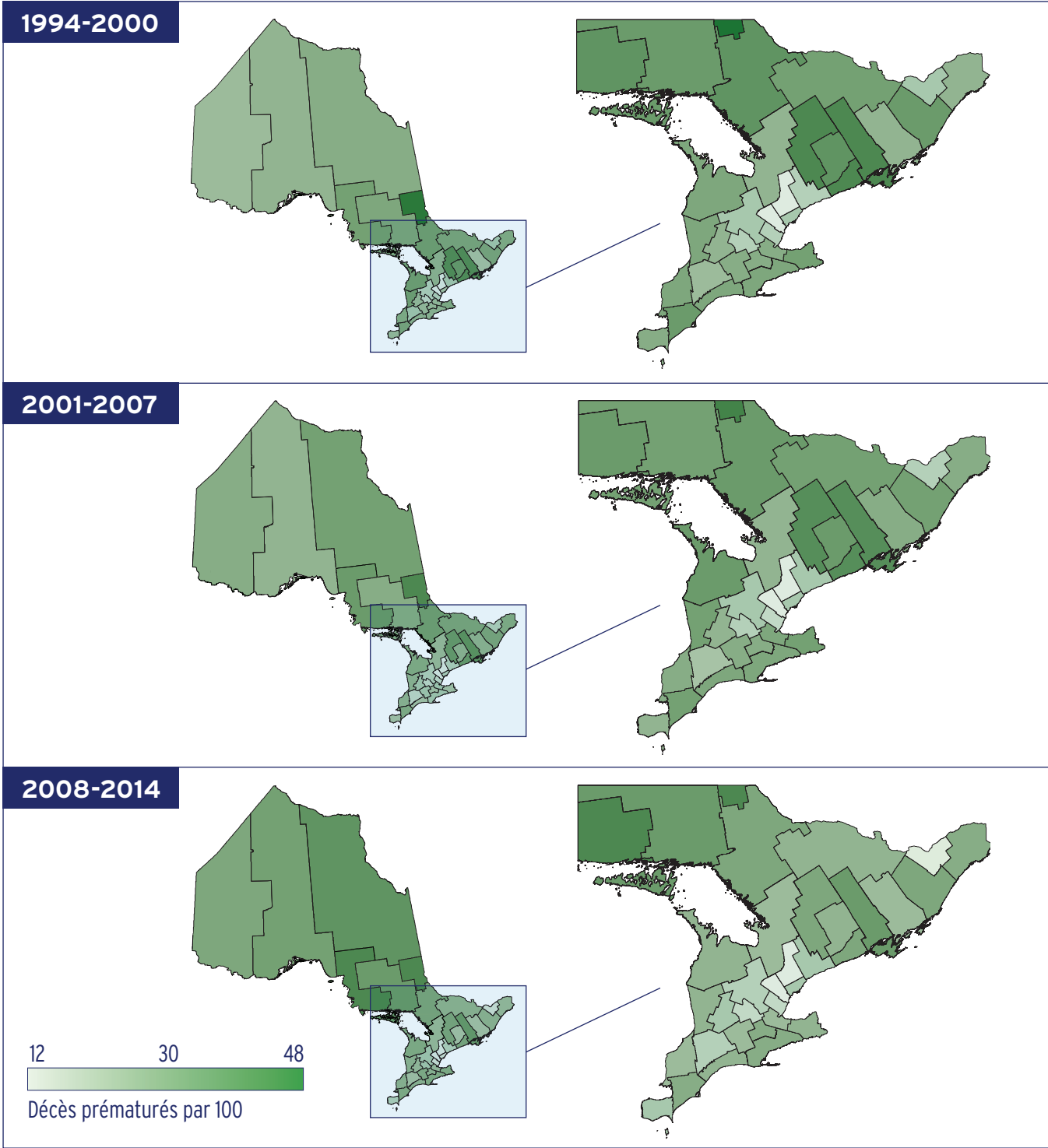


FIGURE 3.  
TAUX DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE EN ONTARIO (MOINS DE 75 ANS)



D<sup>re</sup> Laura Rosella a fourni les données de la figure 3. Elle est soutenue par une subvention du volet Fondation (FDN-148456) des Instituts de recherche en santé du Canada et la Chaire de recherche du Canada en analyse de la santé des populations.

Bien qu'il y ait des limites à l'utilisation du taux de décès prématurés comme étalon de l'équité en santé, il pourrait servir à cerner les facteurs qui contribuent aux disparités en santé. Comme l'indique la figure 3, certaines régions de la province – du sud en particulier – ont vu de nettes améliorations des taux de décès prématurés au fil des ans, contrairement à beaucoup de régions du nord. Il semble qu'il y a des obstacles systémiques injustes en matière de santé dans les régions du nord de la province qui doivent être surmontés.

### Nouvelles méthodes de mesure de l'inégalité en matière de santé

De nouveaux outils de prédiction, comme l'indice relatif des inégalités, l'indice de marginalisation de l'Ontario et le High Resource User Population Risk Tool (HRUPoRT) – un outil permettant de prévoir quels seront les grands utilisateurs des soins de santé – peuvent aider les collectivités à mesurer et à comprendre l'inégalité en matière de santé.

L'indice de marginalisation de l'Ontario (ON Marg) fait une synthèse des données de recensement afin de pouvoir les analyser et de comprendre l'effet des principales dimensions des déterminants sociaux sur les quartiers et les collectivités et sur la santé des gens. Les données de l'indice ON-Marg et les cartes connexes pour les recensements de 2001, 2006 et 2011 sont disponibles sur le site Web de Santé publique Ontario. Elles peuvent servir à faire le suivi des variations de la marginalisation et de l'équité en matière de santé au fil du temps. Les données sont disponibles pour les petits domaines et de plus grandes régions géographiques, comme les bureaux de santé publique et les RLSS. Voir le lien suivant : <https://www.publichealthontario.ca/fr/DataAndAnalytics/Pages/ON-Marg.aspx>.

#### Indice relatif des inégalités

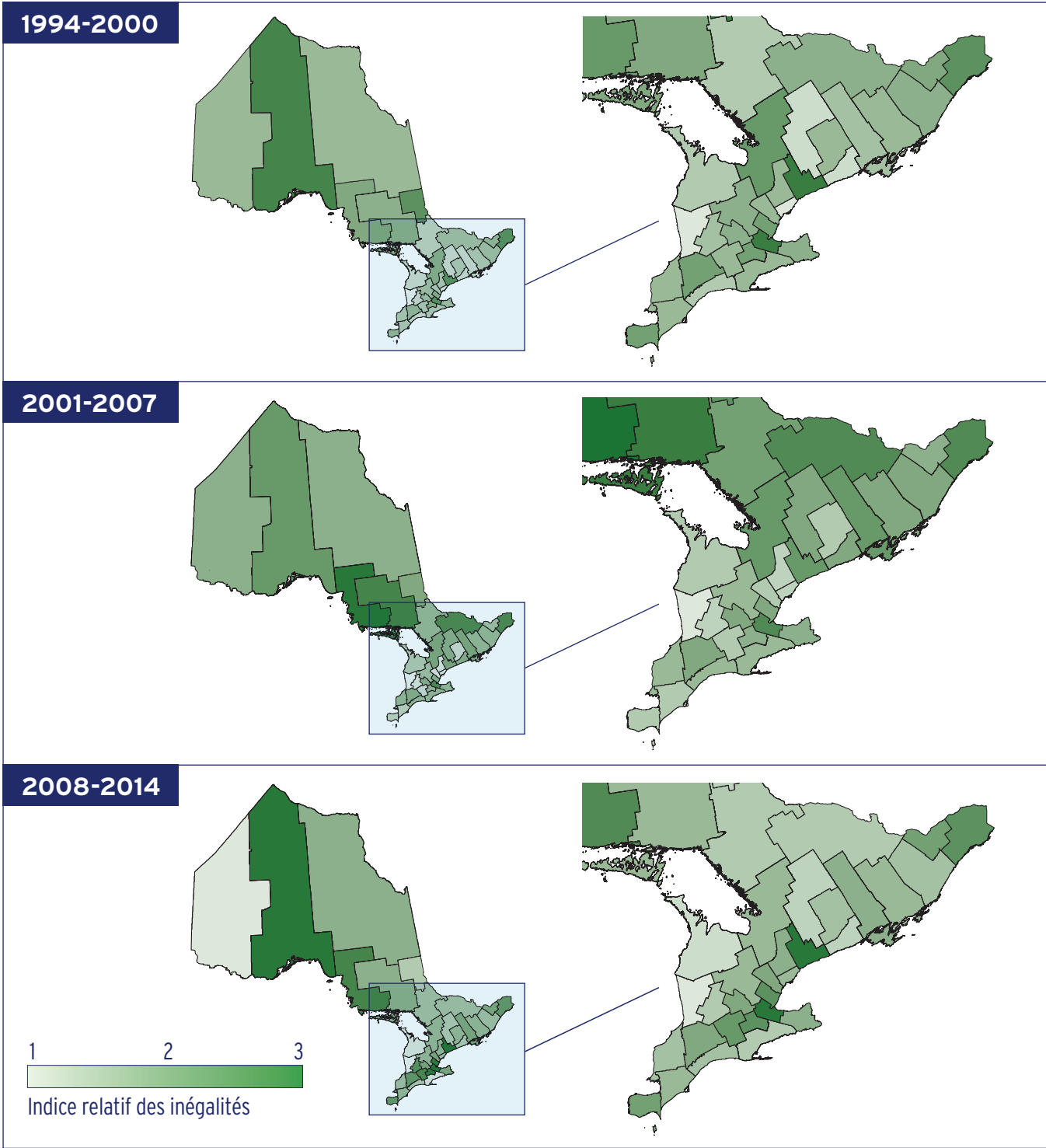
L'indice relatif des inégalités peut aider à déceler, dans une population donnée, les répercussions des disparités liées à la santé sociale, économique et environnementale; à cerner où se manifestent ces disparités; et à connaître les personnes les plus touchées. L'indice compare le risque relatif des inégalités des personnes les plus avantagées sur le plan socioéconomique et de celles qui sont les plus désavantagées, et il mesure l'écart en matière d'équité. Il peut aider les planificateurs de la santé publique à comprendre l'effet sur la santé de facteurs de risque interreliés, comme un faible revenu, un bas niveau de scolarité et le tabagisme. Un indice relatif des inégalités élevé correspond à moins d'équité en matière de santé. Le but est d'avoir un indice des inégalités relativement faible et, lorsque l'indice est élevé, de comprendre les facteurs qui contribuent à l'inégalité et de prendre des mesures pour les réduire ou les éliminer.

Pour calculer l'indice relatif des inégalités, les chercheurs classent les populations dans des niveaux de privation à l'aide de quatre dimensions de la privation matérielle tirées de l'indice de marginalisation de l'Ontario :

- l'**instabilité résidentielle** – ce qui comprend les personnes qui vivent seules, qui sont célibataires, veuves ou divorcées, qui ne sont pas propriétaires et qui déménagent souvent;
- la **privation matérielle** – ce qui comprend les personnes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires, qui sont sans emploi, qui ont un foyer monoparental, qui ont un faible revenu et qui vivent dans un logement ayant besoin de réparations;



**FIGURE 4. INDICE RELATIF D'INÉGALITÉ PAR BUREAU DE SANTÉ PUBLIQUE, ONTARIO**



D<sup>re</sup> Laura Rosella a fourni les données de la figure 4. Elle est soutenue par une subvention du volet Fondation (FDN-148456) des Instituts de recherche en santé du Canada et la Chaire de recherche du Canada en analyse de la santé des populations.

- la **dépendance** – ce qui comprend les personnes de plus de 65 ans et la proportion de la population de plus de 15 ans qui ne fait pas partie de la population active;
- la **concentration ethnique** – ce qui comprend les nouveaux immigrants et la partie de la population qui s'identifie à une minorité visible.

Quel est le résultat? Le Population Health and Analytics Laboratory a pu dresser la carte de l'indice relatif des inégalités des décès prématurés par bureau de santé publique sur une période de 20 ans. Comme le montrent les cartes produites, l'inégalité en matière de santé change avec le temps en fonction d'un certain nombre de facteurs.

L'indice relatif des inégalités est un outil qui donne un portrait plus nuancé des causes de la mortalité prématurée. Par exemple, les cartes de la page 16 qui s'attardaient seulement aux tendances de la mortalité semblaient indiquer que toutes les régions du nord connaissaient de grandes disparités, alors que les cartes de l'indice relatif des inégalités présentées ici révèlent que certaines régions du nord, comme le Nord-Ouest et le Témiskamingue, ont vu une diminution de leur indice relatif des inégalités. Il y a moins d'écart entre les plus désavantagés et les moins désavantagés de ces régions et d'autres régions. Il semble que certaines mesures d'équité s'améliorent dans ces régions.

**High Resource User Population Risk Tool (Outil d'évaluation de risque des grands utilisateurs de ressources)**

Les inégalités en matière de santé sont dévastatrices pour les personnes qui les vivent. Au cours d'une vie, elles réduisent les conditions propices à la santé, augmentent les problèmes de santé, comme les maladies chroniques, et abrègent la vie. En fait, chez les personnes les plus démunies, près d'un décès prématuré sur quatre (indice relatif des inégalités élevé) pourrait être évité si l'on réduisait ou éliminait les inégalités, ce qui éliminerait également un décès prématuré sur six chez les moins défavorisés.

Les répercussions des inégalités en matière de santé ne se limitent pas aux personnes et familles touchées. Elles sont également ressenties dans la société : productivité réduite, recours accru aux services de santé et hausse des coûts des soins de santé et d'autres coûts sociaux. Les personnes qui présentent des taux élevés d'inégalités en matière de santé et de moins bons résultats sur le plan de la santé sont plus susceptibles de devenir de grands utilisateurs de services de santé. La tranche supérieure de 5 % des utilisateurs de services est responsable de 55 % des dépenses de santé<sup>11</sup>. Si nous n'investissons pas dans les politiques, les programmes et les services en amont afin d'améliorer l'équité en matière de santé pour tous, nous devons dépenser plus en aval pour des services hospitaliers, d'urgence et de santé qui auraient pu être évités.

Pour mieux cerner les populations les plus susceptibles d'avoir de moins bons résultats en matière de santé au cours des cinq prochaines années, des chercheurs de l'Ontario ont mis au point le High Resource User Population Risk Tool (HRUPORT), qui tient compte des déterminants cliniques et sociaux contribuant au développement des problèmes de santé qui font des personnes de grands utilisateurs des soins de santé.



Pour mettre au point l'outil, les chercheurs ont examiné les caractéristiques cliniques, sociodémographiques et comportementales en matière de santé de la première tranche de 5 % des utilisateurs de services de soins de santé sur cinq ans. Les facteurs les plus susceptibles de prédire une grande utilisation des services étaient les suivants :

**FACTEURS DE RISQUE DES GRANDS UTILISATEURS DE RESSOURCES**

|                                  |                                    |
|----------------------------------|------------------------------------|
| le sexe                          | la sécurité alimentaire            |
| l'âge                            | l'état général de santé perçu      |
| les antécédents d'état chronique | l'indice de masse corporelle       |
| l'origine ethnique               | le tabagisme                       |
| le statut d'immigrant            | le quartile de l'activité physique |
| le quintile de revenu du ménage  | la consommation d'alcool           |

Les bureaux de santé publique peuvent utiliser l'outil d'évaluation du risque de la population des grands utilisateurs de ressources pour cerner les populations prioritaires et cibler les interventions. Cette analyse peut compléter d'autres renseignements sur les populations prioritaires.

**III. Adaptation de la méthode de l'éclosion pour réduire les inégalités en matière de santé**

La nouvelle norme relative à l'équité en matière de santé définit un rôle ambitieux pour les bureaux de santé publique. Le défi consistera à mettre en œuvre cette norme.

Pouvons-nous appliquer ou modifier des leçons tirées d'autres domaines de la pratique de santé publique pour réduire ou éliminer les inégalités en matière de santé? Nous croyons que oui. Lors de l'éclosion de maladies infectieuses et transmissibles, la santé publique met immédiatement en œuvre une méthode et un protocole bien éprouvés.

Cette méthode s'appuie sur le fait que les maladies infectieuses et d'origine hydrique et alimentaire se propageront dans les collectivités si elles ne font l'objet d'aucun contrôle. Peut-on appliquer la même méthode aux risques pour la santé qui sont non transmissibles? Les données montrent que certaines menaces pour la santé qui sont non transmissibles, comme les homicides, les suicides, la consommation de drogue et d'alcool, le tabagisme, la dépression, les troubles du sommeil et même l'obésité, peuvent se propager et toucher les habitants d'un quartier ou d'une collectivité<sup>12,13,14,15</sup>, tout comme le bonheur et les comportements sains tels que les soins corporels, la saine alimentation et l'activité physique. Les actions du réseau social d'une personne et les autres pressions exercées dans le milieu socioéconomique peuvent avoir un effet considérable sur les choix et les comportements de cette personne.

Que se produirait-il si des bureaux de santé publique abordaient des groupes pôles d'inégalités en matière de santé avec le même sentiment d'urgence qu'en présence de maladies infectieuses et qu'ils appliquaient la même méthode qu'en présence d'une éclosion afin d'améliorer la santé des quartiers et des populations?



MÉTHODE DE L'ÉCLOSION

1

CONFIRMATION DE L'ÉCLOSION

Observe-t-on plus de cas que prévu au sein d'un groupe de personnes particulier d'une région donnée sur une période précise?

2

MISE SUR PIED D'UNE ÉQUIPE D'INTERVENTION EN CAS D'ÉCLOSION

Désigner les experts pouvant diriger, organiser et réaliser l'intervention

3

ÉTABLISSEMENT DE COMMUNICATIONS

Mettre en place un système pour tenir au courant de la situation tous les partenaires, c'est-à-dire tous ceux ayant un rôle à jouer

4

DÉFINITION DU PROBLÈME OU DE LA MENACE

Établir une définition de cas qui comprend des critères standard servant à déterminer si quelqu'un est touché par une écloison (p. ex. signes, symptômes, données démographiques). Comprendre les facteurs favorisant l'écloison

5

DÉTERMINATION DES CAS ET DES CONTACTS

Qui est touché directement (cas)? Qui est entré en contact avec les personnes touchées?

ADAPTATION AUX INÉGALITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ

Les problèmes de santé avec lesquels doivent composer certains quartiers et certaines populations sont-ils systématiques, injustes et évitables? Un suicide dans une collectivité peut constituer un problème isolé, mais une vague de suicides peut être le signe de disparités sociales, économiques et environnementales mettant en péril la santé mentale.

Les causes d'inégalité en matière de santé sont souvent complexes et interreliées : pauvreté et manque d'accès à des logements, à des services, à des aliments sains, à des emplois ou à des activités récréatives. Pour son intervention, une équipe responsable de l'écloison de déterminants sociaux de la santé doit faire appel à des spécialistes de la collectivité ou de la population touchée, ainsi qu'à des urbanistes, à une vaste gamme de services de santé, municipaux et sociaux, à des employeurs et au secteur privé.

Les initiatives efficaces pour mettre un terme aux disparités injustes en matière de santé comprennent des groupes de travail qui rassemblent tous les partenaires, ainsi que d'autres stratégies, comme un organisme responsable ou des sites Web, afin de mobiliser et de renseigner toutes les personnes concernées.

Pour réduire ou éliminer les disparités, il est essentiel de comprendre les signes, les symptômes et les facteurs de risque. La « surveillance » des disparités en matière de santé implique la compréhension seulement de l'identité de ceux qui sont touchés par l'écloison, mais aussi de ceux qui sont à risque. Par exemple, une collectivité peut constater un grave problème d'obésité chez les enfants de 8 à 14 ans. Toutefois, pour résoudre le problème, la collectivité doit chercher en amont les enfants plus jeunes qui sont exposés aux mêmes facteurs environnementaux et qui risquent fortement de devenir obèses si rien n'est fait.

Pour les déterminants sociaux de la santé, les cas et les contacts comprendront probablement de vastes réseaux sociaux. Le problème, comme celui d'une grande consommation d'alcool, peut toucher une collectivité entière ou certains groupes ou certaines populations de cette collectivité en fonction de l'âge, du sexe, du revenu, de la situation géographique, de l'origine ethnique ou d'autres facteurs.

6

ORGANISATION DES DONNÉES L'ÉCLOSION

Quand a-t-elle commencé? Quand a-t-elle atteint son point culminant? Quelle est la courbe épidémiologique?

7

DÉFINITION DE LA POPULATION À RISQUE

Utiliser la surveillance et d'autres données pour cibler les personnes à mobiliser

8

ÉLABORATION ET MISE À L'ESSAI D'HYPOTHÈSES

Déterminer les facteurs responsables de l'écloison et la façon de les réduire ou de les éliminer

9

MISE EN ŒUVRE DES STRATÉGIES

Mettre en œuvre des stratégies qui réduiront le risque ou amélioreront la santé. Dans le cas d'une maladie infectieuse ou transmissible, les stratégies peuvent comprendre une immunisation, un traitement, une mise en isolement, un enseignement ou des mesures visant à réduire ou à éliminer les causes de l'écloison (p. ex. rappels alimentaires).

10

SURVEILLANCE DE LA RÉPONSE

Recueillir continuellement des données sur les cas pour mesurer l'effet des stratégies employées et ajuster ces stratégies au besoin

La cartographie des maladies infectieuses dépend fortement des diagnostics. La cartographie des menaces pour la santé sociale consiste à examiner une gamme plus vaste de sources de données et à comprendre l'effet des désavantages sociaux sur la « propagation » du problème de santé. Par exemple, on peut associer les taux élevés de dépression d'une collectivité rurale au manque de possibilités d'emploi et à l'isolement social accru.

Les interventions efficaces ciblent des groupes prioritaires, des quartiers ou des collectivités en particulier, et elles se concentrent sur ceux qui pourraient profiter le plus des interventions.

Avec une bonne compréhension des facteurs interreliés favorisant les disparités en matière de santé, l'équipe responsable de l'écloison peut élaborer et mettre à l'essai des hypothèses. Par exemple, si les taux d'homicide sont plus élevés dans des collectivités où l'on note une probabilité accrue de violence (p. ex. accès à des armes, endroits où l'alcool et les drogues sont utilisés à mauvais escient), alors la réduction de ces autres formes de violence peut faire diminuer les homicides.

Pour les inégalités en matière de santé, les stratégies pourraient être une mobilisation ou un développement de la collectivité, de l'enseignement, de nouveaux services, de meilleurs logements, des programmes récréatifs, des entreprises sociales, du développement économique et des changements structurels ou environnementaux.

De bonnes données sont essentielles à la surveillance de la réponse aux inégalités en matière de santé. Les bureaux de santé publique auront régulièrement besoin de renseignements sur les déterminants de la santé et les résultats de la santé.

## Utilisation de la méthode de l'éclosion pour voir au-delà des répercussions du revenu sur l'équité en matière de santé

Un faible revenu est un facteur important des disparités en matière de santé, surtout parce qu'il limite l'accès à des choses pouvant améliorer la santé, comme des aliments sains et un logement stable. Nous connaissons tous l'écart qui se creuse entre les riches et les pauvres en Ontario et dans la plupart des autres pays du monde. On s'affaire actuellement, à l'échelle fédérale et provinciale, à essayer de réduire l'écart de revenu (voir la page 36).

### UTILISATION DE LA MÉTHODE DE L'ÉCLOSION POUR RÉDUIRE LA CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES JEUNES

Quand l'Islande a connu une hausse de la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes et des désordres publics, le pays a recueilli des données qui ont permis de déterminer l'ampleur du problème et des facteurs de protection pour les jeunes – notamment prendre part à des activités organisées comme du sport ou de la musique de trois à quatre fois par semaine, passer plus de temps avec leurs parents, ressentir leur importance à l'école et ne pas se trouver à l'extérieur en fin de soirée.

En étroite collaboration avec les dirigeants politiques, les écoles et les organisations parentales prescrites par la loi dans chaque école, l'initiative Youth in Iceland a élaboré une gamme d'interventions qui comprenaient ce qui suit :

- plus de financement pour les clubs organisés de sport, de musique, d'art, de danse et d'autre nature;
- l'interdiction de la publicité sur l'alcool et le tabac;
- la hausse de l'âge limite pour l'achat d'alcool et de tabac;
- un couvre-feu en soirée pour les enfants de 13 à 16 ans;
- une entente signée par les parents, par laquelle ils s'engageaient, par exemple, à passer plus de temps avec leurs enfants, à ne jamais permettre à leurs enfants d'organiser des fêtes sans supervision, à ne pas acheter d'alcool pour des mineurs et à veiller au bien-être des autres enfants.

Quel a été l'effet d'un tel travail? De 1998 à 2016, le pourcentage des jeunes Islandais de 15 et 16 ans en état d'ébriété au cours des 30 derniers jours est passé de 42 % à 5 %. Chez les jeunes, la consommation quotidienne de tabac est passée de 23 % à 3 %, et la consommation de cannabis au moins une fois est passée de 17 % à 5 %<sup>16</sup>.

Toutefois, si nous nous concentrons seulement sur le revenu en tant que facteur d'équité en matière de santé, nous risquons de rater d'autres occasions d'améliorer cette équité pour les personnes à faible revenu.

Les comportements et les résultats liés à la santé dans les collectivités changent au fil du temps, mais ils peuvent être difficiles à cerner ou à comprendre. Par exemple, une enquête menée dans un quartier peut révéler une grande proportion de résidents à faible revenu et des taux élevés de consommation d'alcool. Toutefois, une évaluation plus détaillée peut révéler que ce sont les résidents du quartier ayant un revenu plus élevé qui consomment plus d'alcool<sup>17</sup> et que la hausse s'explique par une récession récente, par une augmentation du nombre de retraités prospères qui prennent leur retraite dans la collectivité, et par une modification du zonage qui a entraîné une croissance du nombre de restaurants et de bars dans le quartier.

Le recours à la méthode de l'éclosion pour comprendre le problème nous incitera à examiner tous les facteurs sociaux, économiques et environnementaux interreliés qui favorisent les inégalités en matière de santé, ainsi que la gamme complète des stratégies qui pourraient contribuer à les réduire ou les éliminer. À l'aide de données pertinentes, les bureaux de santé publique pourront, par exemple, cerner une éclosion liée à une consommation nuisible d'alcool, connaître ses causes et trouver des stratégies pour atténuer cette éclosion. En utilisant une méthode de développement communautaire pour la situation décrite précédemment, le bureau de santé publique travaillerait en partenariat avec des personnes, des groupes ou des organisations d'importance en vue d'évaluer les facteurs favorisant une consommation accrue d'alcool et de trouver les stratégies relatives aux médias sociaux visant à réduire cette consommation d'alcool. Il ferait cela tout en travaillant avec la municipalité et la collectivité à l'élaboration d'activités récréatives pour les retraités et à la modification des règlements de zonage.

Le revenu est un facteur important de l'inégalité en matière de santé, mais certaines causes de décès prématuré ne dépendent pas autant du revenu que d'autres. La figure 5 compare les taux de mortalité des deuxième, troisième, quatrième et cinquième quartiles (plus défavorisés) à ceux du premier quartile (moins défavorisés). Elle démontre que les décès causés par des homicides, des suicides, des maladies cardiovasculaires ou des cancers surviennent dans tous les groupes socioéconomiques, des plus défavorisés aux moins défavorisés. Les taux de maladies cardiovasculaires et de cancer semblent moins subir l'effet du revenu que les taux de suicide et d'homicide, probablement en raison de l'accès plus équitable aux traitements pour de telles conditions.

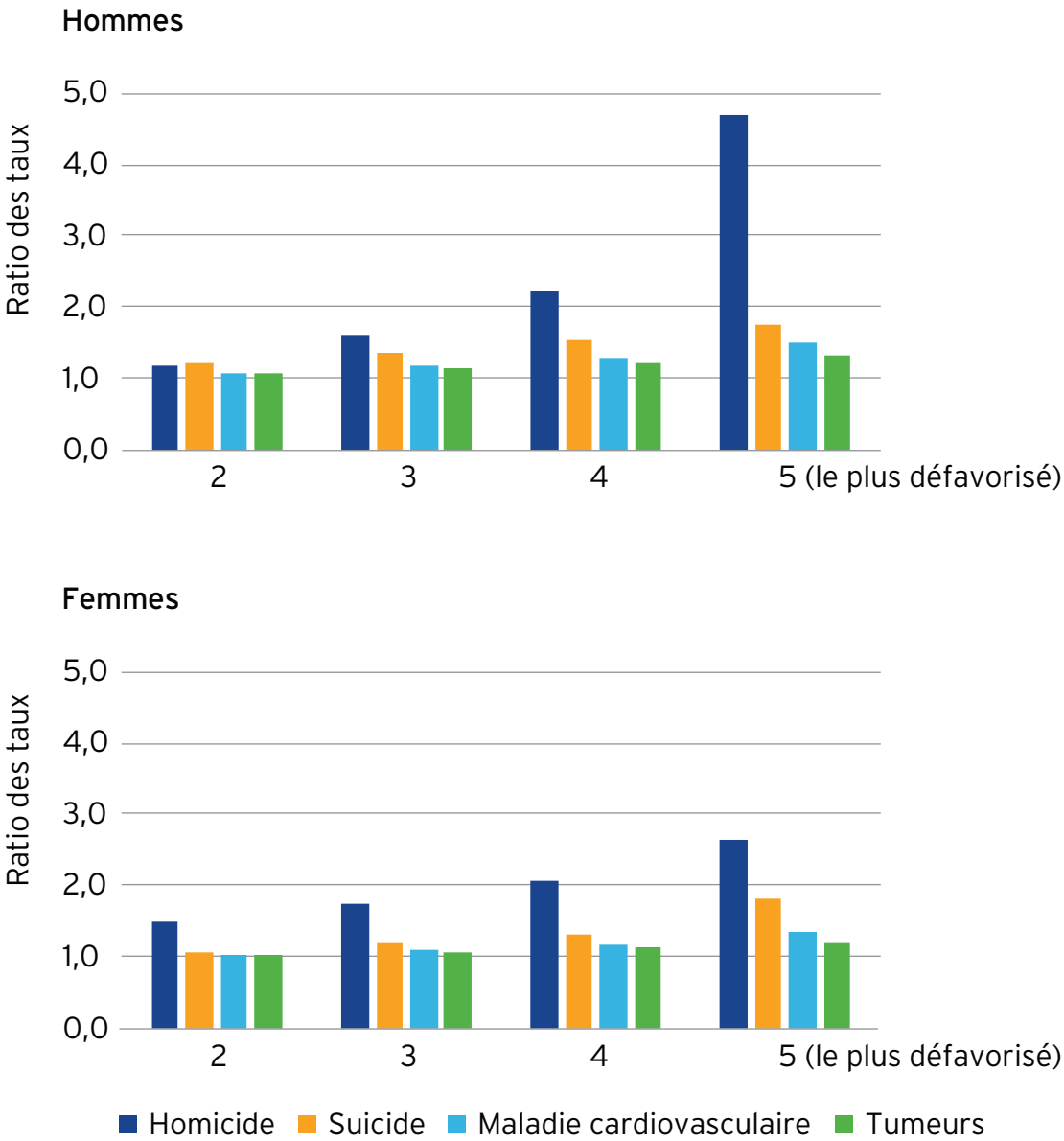
**Même si les taux de suicide augmentent avec la privation matérielle, ils sont encore relativement élevés chez les personnes qui ne sont pas défavorisées sur le plan socioéconomique, ce qui signifie que le revenu n'est pas le seul facteur de risque du suicide.**



**FIGURE 5.**  
**CAUSE DE DÉCÈS ET SITUATION SOCIOÉCONOMIQUE**

Taux de mortalité par homicide, suicide, maladie cardiovasculaire et cancer en Ontario selon l'indice ontarien de défavorisation matérielle (ON-Marg), 1999-2012.

Défavorisation matérielle



En fait, bon nombre des inégalités qui mettent les gens en danger se trouvent à l'extérieur du système de santé et englobent plus que le simple revenu. Une étude récente sur les homicides en Ontario<sup>18</sup> a révélé que le Canada se classe au cinquième rang des pays développés ayant les taux d'homicide les plus élevés au monde. De 1999 à 2012, l'Ontario a perdu 63 512 années-personnes de vie pour les hommes et 24 066 années-personnes de vie pour les femmes en raison d'homicides. Les personnes les plus à risque sont les jeunes hommes, de 15 à 29 ans, particulièrement ceux qui vivent dans des quartiers défavorisés sur le plan social. Santé publique Ontario a recensé un certain nombre de conditions et de facteurs sociaux transversaux (en plus du revenu) qui contribuent aux taux élevés d'homicide, ce qui comprend les faibles niveaux de scolarité, les quartiers plus défavorisés sur le plan social (p. ex. logements en mauvais état, emplois peu nombreux), l'exposition à des endroits où se consomment de l'alcool et des drogues de manière nuisible, des contacts avec des personnes ayant accès à des armes à feu et un recours régulier à la violence pour résoudre des conflits. Certaines de ces inégalités sont plus propices à des interventions de santé publique que les écarts de revenu.

COÛT DES DISPARITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ

Dans le cas des homicides, les coûts pour les personnes, la collectivité et la société sont élevés. Ils comprennent des pertes de vie pour les victimes ainsi que des pertes de possibilités - d'un avenir - pour les auteurs des homicides. Les membres de leur famille et leurs amis présentent aussi des taux élevés de dépression, d'anxiété et de trouble de stress post-traumatique. À l'échelle communautaire, les taux élevés d'homicide suscitent de la peur, ce qui empêche les gens de participer à des activités sociales et favorise une mauvaise santé mentale : les homicides ont un effet négatif sur le sentiment d'appartenance à la collectivité et la cohésion communautaire. Pour la société, un nombre élevé d'homicides fait grimper les coûts des soins médicaux et des services policiers, juridiques et correctionnels.

Lachaud J, Donnelly PD, Henry D, Komars K, Calzavara A, Bornbaum C, Rosella L. (2017). A population-based study of homicide deaths in Ontario, Canada using linked death records. *Int J Equity Health*, 16:133<sup>18</sup>.  
Lachaud J, Donnelly PD, Henry D, Kornas K, Fitzpatrick T, Calzavara A, Bornbaum C, Rosella L. (2017). Characterising violent deaths of undetermined intent: a population-based study, 1999-2012. *Inj Prev*, pii: injuryprev-2017-042376 [diffusion en ligne après l'impression]<sup>19</sup>.



Devant les préoccupations suscitées par les taux élevés d'homicide, les bureaux de santé publique pourraient travailler avec des partenaires comme les membres de la famille, les dirigeants communautaires, les écoles, les organismes de services sociaux, les services de police et les établissements correctionnels pour sensibiliser les gens au problème et élaborer un ensemble de stratégies visant à réduire les homicides et les formes connexes de violence envers des personnes, comme ce qui suit :

- réduire ou éliminer les facteurs environnementaux qui peuvent favoriser les homicides, comme des logements inadéquats, des taux culturels ou sociaux élevés de consommation d'alcool ou de drogues, le peu d'endroits dans la collectivité où les jeunes hommes peuvent avoir des activités saines, un environnement bâti qui favorise ou, à tout le moins, ignore la violence ou le manque de services de police communautaires;
- offrir des programmes ou des mesures incitatives pour maintenir les jeunes hommes à l'école et leur enseigner comment gérer des conflits;
- créer d'autres possibilités de travail et de participation à des activités sociales non violentes pour les jeunes hommes;
- travailler avec les familles des jeunes à risque pour améliorer les compétences parentales et élaborer une réponse au problème dans l'ensemble de la collectivité;
- offrir des programmes de prévention en amont, comme du soutien pour les nouvelles mères, des programmes de développement de la petite enfance et des programmes scolaires fondés sur des données probantes, comme « Racines de l'empathie<sup>20</sup> », un programme qui est offert partout au Canada, pour les enfants de la maternelle à la huitième année, et qui a permis de réduire considérablement les niveaux d'agression et d'intimidation chez les enfants tout en renforçant les compétences sociales ou émotionnelles et l'empathie.

Les plus grandes inégalités en matière de santé qui touchent certains quartiers et certaines populations peuvent s'expliquer en partie par des facteurs comme un taux de criminalité plus élevé, des ressources communautaires plus rares, l'absence de commerces offrant des aliments sains à prix abordable, un taux élevé de problèmes de santé mentale et un plus grand isolement social – autant de problèmes qu'il serait plus facile et rapide de « corriger » d'un point de vue structurel que les écarts de revenu.

## AMÉLIORER LA SANTÉ MENTALE ET RÉDUIRE LE NOMBRE DE SUICIDES

Au printemps 2015, un employeur de la région a communiqué avec le bureau de santé publique de la circonscription sanitaire du comté de Windsor-Essex pour demander de l'aide en matière de prévention du suicide. Plusieurs travailleurs de son entreprise s'étaient suicidés, et il était préoccupé par la santé mentale de ses employés. Le bureau de santé publique s'est penché sur les données et a constaté qu'il y avait eu plus de 200 décès par suicide dans la région pendant les années 2007 à 2011, soit environ 40 par année. Dans la plupart des cas, il s'agissait d'hommes âgés de 45 à 64 ans. De 2010 à 2015, la région a également enregistré une hausse de 143 % du nombre de jeunes (de 10 à 19 ans) qui se sont présentés au service d'urgence après s'être automutilés.

Le bureau de santé publique a fait équipe avec l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), section Windsor-Essex pour lancer un programme de prévention du suicide. Ils ont commencé par une intervention en milieu de travail, qui s'est rapidement transformée en une approche communautaire impliquant plus de 50 partenaires (des secteurs public et privé). En septembre, ils ont organisé une semaine de prévention du suicide, dans la foulée de la Journée mondiale de prévention du suicide, qui a été suivie d'autres initiatives de sensibilisation tout au long de l'année. Différentes stratégies ont été mises à contribution pour atteindre les populations les plus à risque, dont les premiers intervenants (policiers, ambulanciers paramédicaux, pompiers), les membres de la communauté LGBTQ, les étudiants de niveau postsecondaire, les écoliers et les personnes œuvrant dans certains milieux de travail.

Le groupe continue de se réunir pour discuter des façons d'offrir des programmes fondés sur des données probantes, comme *Zero Suicide*, à l'ensemble de la collectivité, et pour créer un système de surveillance et d'intervention en matière de suicide. De plus, le bureau de santé publique, qui coordonne l'initiative avec l'ACSM, fera un suivi des effets de l'initiative et des autres mesures de prévention sur les taux de suicide dans la région.



## IV. Réduire les inégalités grâce au développement communautaire

Les interventions en matière de développement communautaire qui améliorent les liens sociaux et réduisent l'isolement pourraient contribuer à améliorer la santé et le bien-être et réduire les inégalités en matière de santé, même en l'absence d'interventions qui ciblent les disparités économiques sous-jacentes. Par exemple :

- Les personnes vivant dans des quartiers désavantagés qui sont socialement actives et comptent de nombreux amis ne connaissent pas les mêmes problèmes de santé mentale ou de diminution de la qualité de vie que celles qui connaissent l'isolement social<sup>21</sup>.
- L'étude Toronto Neighbourhood Effects on Health and Well-being a révélé que les femmes qui sont plus actives socialement (sans égard à l'âge, la race, le revenu, la taille du ménage et l'éducation) sont moins susceptibles d'avoir un surpoids ou d'être obèses, même lorsqu'elles vivent dans un quartier où il est moins sécuritaire de marcher. Ce sentiment d'appartenance peut créer chez les femmes un sentiment de sécurité dans le quartier et les encourager à faire plus d'activité physique à l'extérieur<sup>22</sup>.

**Développement communautaire :** Selon la définition des Nations Unies, le développement communautaire est un processus dans lequel les membres de la communauté se regroupent pour agir collectivement et trouver des solutions à des problèmes communs.

- Des liens sociaux plus nombreux peuvent favoriser des comportements positifs et de meilleurs résultats en matière de santé, car les gens qui se sentent mieux intégrés socialement sont plus enclins à prendre des mesures pour protéger leur santé, comme se faire vacciner contre la grippe, passer une mammographie et faire mesurer leurs niveaux de lipides<sup>23</sup>.

**La cohésion sociale** est le degré de relation perçu entre les habitants d'un même quartier et la volonté des personnes d'agir pour le bien commun. Elle va au-delà du réseau social individuel, car elle concerne la communauté dans son ensemble : les résidents se sentent partie intégrante de leur quartier et font confiance à leurs voisins<sup>25</sup>.

## Les bienfaits de la cohésion sociale sur la santé

Les nouveaux arrivants sont moins susceptibles que les résidents de longue date de mourir prématurément, même s'il est plus probable qu'ils aient un revenu moins élevé (voir la Figure 6). Bien que les nouveaux arrivants profitent de « l'effet de l'immigrant en santé<sup>24</sup> », la cohésion sociale pourrait avoir une incidence importante sur la capacité des nouveaux arrivants de s'épanouir en Ontario.

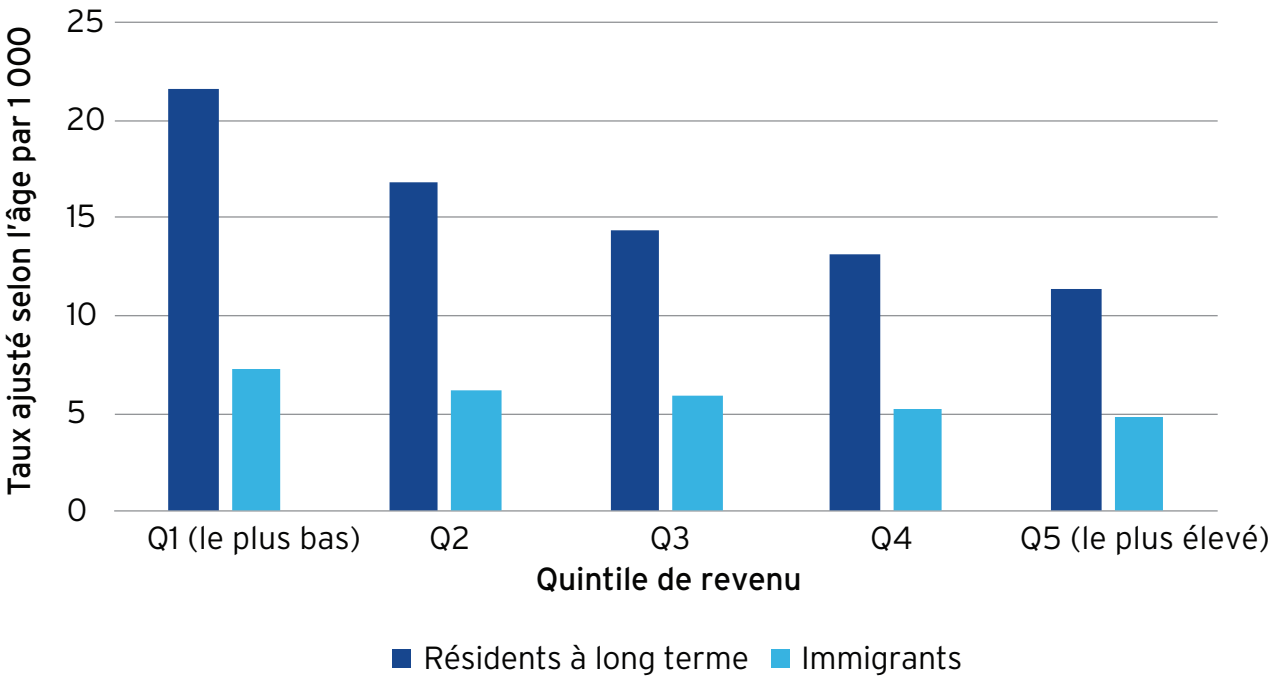
**La cohésion sociale – ou le sentiment d'appartenance – a un effet protecteur, même en présence de facteurs moins avantageux, comme un faible revenu.**

Par exemple, les personnes qui s'installent dans un quartier où vivent des gens qui parlent leur langue et partagent leur culture ont l'avantage supplémentaire de se sentir plus en lien avec les autres. Leurs voisins les aident à naviguer dans le système de santé et dans les autres réseaux.



**FIGURE 6.**  
**TENDANCES DE MORTALITÉ PAR STATUT D'IMMIGRANT**

Taux de mortalité prématurée (avant 75 ans) [sur une population de 1 000] en Ontario, selon les quintiles de revenu et le statut d'immigrant, 2002-2012



*Khan AM, Urquia M, Kornas K, Henry D, Cheng SY, Bornbaum C, Rosella LC. (2017). Socioeconomic gradients in all-cause, premature and avoidable mortality among immigrants and long-term residents using linked death records in Ontario, Canada. J Epidemiol Community Health, 71(7):625-632<sup>26</sup>.*

D'un autre côté, les nouveaux arrivants qui s'installent dans un quartier où ils ne se reconnaissent pas d'un point de vue social ou ethnique se sentent souvent isolés. Ils n'ont pas autant d'amis, ils sont moins susceptibles de se sentir liés à leur collectivité, ils sont souvent de plus grands utilisateurs des services de soins de santé<sup>27</sup> et leurs résultats en matière de santé sont moins bons.

Étant donné le lien qui existe entre la cohésion sociale et la santé, des initiatives de développement communautaire bien pensées qui améliorent la cohésion sociale pourraient contribuer à réduire les effets des inégalités sociales.

## Le développement communautaire en action

De nombreux bureaux de santé publique en Ontario privilégient déjà l'approche du développement communautaire pour ce qui est de l'équité en santé. Des exemples sont présentés tout au long du présent rapport. Voici trois initiatives qui ont ciblé des populations prioritaires vivant des inégalités en matière de santé.

### SOUTIEN AUX JEUNES PÈRES : BUREAU DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA RÉGION DE NIAGARA

Selon une revue de la littérature de 2013, beaucoup de jeunes hommes âgés de moins de 24 ans qui deviennent pères veulent rester en relation avec la mère et participer activement à la vie de leur enfant. Le père joue un rôle essentiel dans la santé et le développement de l'enfant, mais devenir père n'est pas une tâche aisée pour les jeunes hommes, et en particulier pour ceux qui ont un faible revenu : ils disent se sentir seuls. Une analyse du contexte révèle un manque d'information et de services pour ces jeunes pères.

**« Quand vous devenez père, beaucoup de vos amis prennent leurs distances, alors c'est bien de se faire de nouveaux amis qui sont dans la même situation que vous, car ils vous comprennent; ils savent ce que c'est d'avoir un enfant. »**

Le bureau de santé publique leur a demandé ce qui pourrait les aider. Ils ont exprimé le souhait d'avoir accès à un programme gratuit qui serait souple et d'une durée adéquate, qui offrirait des incitatifs et des occasions d'apprendre d'autres jeunes pères et qui serait dirigé par un animateur lui-même père. Le bureau de santé publique a collaboré avec Strive Niagara (anciennement Adolescent's Family Support Services of Niagara) pour créer à l'intention des jeunes pères un programme d'enseignement de compétences parentales et de la vie pratique donné par des pairs et d'une durée de 15 semaines, qui fournit également le transport, la garde des enfants et la nourriture. Le groupe s'est tourné vers les organismes communautaires pour recruter des participants. Un comité consultatif de partenaires communautaires, Dad Central Niagara, a fourni des conseils.

Le programme, qui est offert de façon continue depuis 2014, donne de bons résultats, car il mise sur une approche d'engagement fondée sur des jeunes vivant la même situation, et il est animé par un homme et une femme qui donnent l'exemple d'une saine relation et qui ont de l'expérience dans le travail auprès des jeunes. Souple et accessible (le lieu est choisi en consultation avec la collectivité et selon la capacité, des facteurs qui sont ensuite renforcés par une analyse de la cartographie), le programme tente d'amenuiser le stigmate que ressentent les jeunes pères en reconnaissant leurs difficultés. Le programme les aiguille vers d'autres services communautaires au besoin.

Selon l'évaluation du programme pilote, les jeunes pères ont fait des progrès considérables en matière de connaissances, d'habiletés, de confiance en soi, de réduction du stress et de soutien. À la fin du programme, ils ont déclaré :

- être capables de reconnaître les besoins de leur enfant et de les satisfaire;
- connaître des activités adaptées à l'âge de leur enfant;
- être confiants de pouvoir réagir aux situations pouvant surgir;
- avoir appris de nouvelles choses et être plus au fait des soutiens communautaires;
- sentir l'appui des autres participants.



## **AUTONOMISATION DES FEMMES ISOLÉES : BUREAU DE SANTÉ PUBLIQUE DU COMTÉ DE HURON**

Le bureau de santé publique du comté de Huron a repéré des collectivités rurales éloignées qui souffrent des effets d'un faible revenu, de l'isolement social, de l'insécurité alimentaire et de la précarité du logement et de l'emploi. Avec l'aide des quelque 40 membres de la coalition anti-pauvreté du comté, Poverty to Prosperity, le bureau de santé a identifié des femmes qui étaient chefs de famille et qui pouvaient devenir des leaders dans leur collectivité, et il leur a demandé de définir leurs priorités pour elles-mêmes, leurs familles et leurs collectivités. Le bureau de santé publique a ensuite aidé ces femmes à renforcer leur capacité de s'attaquer à ces priorités. En éliminant les obstacles que sont notamment le transport et le coût de la garde des enfants, le bureau de santé a convaincu ces femmes de participer à différentes activités de planification et de développement communautaire qui ont nettement amenuisé leur sentiment d'isolement social. Les femmes ont formé un groupe de travail pour réaliser les objectifs de leur collectivité. De plus, quatre d'entre elles ont maintenant un emploi; l'une d'elles travaille pour un programme d'éducation de la petite enfance et une autre a suivi une formation pour donner des cours de Zumba dans la collectivité. Les femmes, qui collaborent avec des partenaires communautaires pour mettre sur pied un centre de la petite enfance, ont également :

- acquis de nouvelles habiletés en matière de relations et de leadership;
- forgé des liens avec les administrateurs municipaux;
- participé à des formations et des ateliers;
- élaboré et réalisé un sondage auprès de la collectivité;
- aidé la clinique d'aide juridique de la collectivité à tenir une séance publique sur les problèmes rencontrés par les locataires;
- organisé un cours sur la manipulation sécuritaire des aliments;
- élaboré un plan pour offrir des activités récréatives aux enfants et aux familles;
- organisé des collectes de fonds pour financer les activités récréatives;
- fait équipe avec les clubs philanthropiques et les pompiers de la région;
- trouvé un immeuble pour créer un lieu communautaire.

Selon le bureau de santé publique, quand les collectivités s'organisent (cohésion sociale) et travaillent en partenariat pour accroître l'équité et la justice sociale, elles peuvent réduire l'impact des déterminants sociaux les plus préjudiciables pour la santé. Dans notre exemple, les femmes ont créé des liens et se sentent moins isolées socialement, et le travail de collaboration et les échanges que favorisent les relations de confiance ont contribué à réduire les effets négatifs du faible revenu.

## **OFFRIR DES SERVICES NON EMPREINTS DE STIGMATISATION AUX HOMMES GAIS : SANTÉ PUBLIQUE SUDBURY ET DISTRICTS**

Les homosexuels qui vivent dans de plus petites collectivités font souvent face à la stigmatisation et refusent de révéler leur orientation sexuelle à leurs médecins de famille qui, dans bien des cas, connaissent mal les besoins des hommes gais en matière de santé. Afin d'améliorer l'accès aux services à ces hommes, Santé publique Sudbury et districts offre une gamme de services confidentiels, dont des services de counseling en santé sexuelle, des services de dépistage du VIH et d'autres infections transmises sexuellement, des traitements gratuits pour la chlamydia, la gonorrhée et la syphilis, et des services d'aiguillage vers d'autres services. Le bureau de santé publique offre des services à la clinique pour hommes du Réseau ACCESS Network, l'organisme communautaire spécialisé dans le VIH. Il collabore également avec d'autres organisations servant la clientèle gaie masculine, comme les événements FIERTÉ et les groupes de soutien des personnes transgenres.

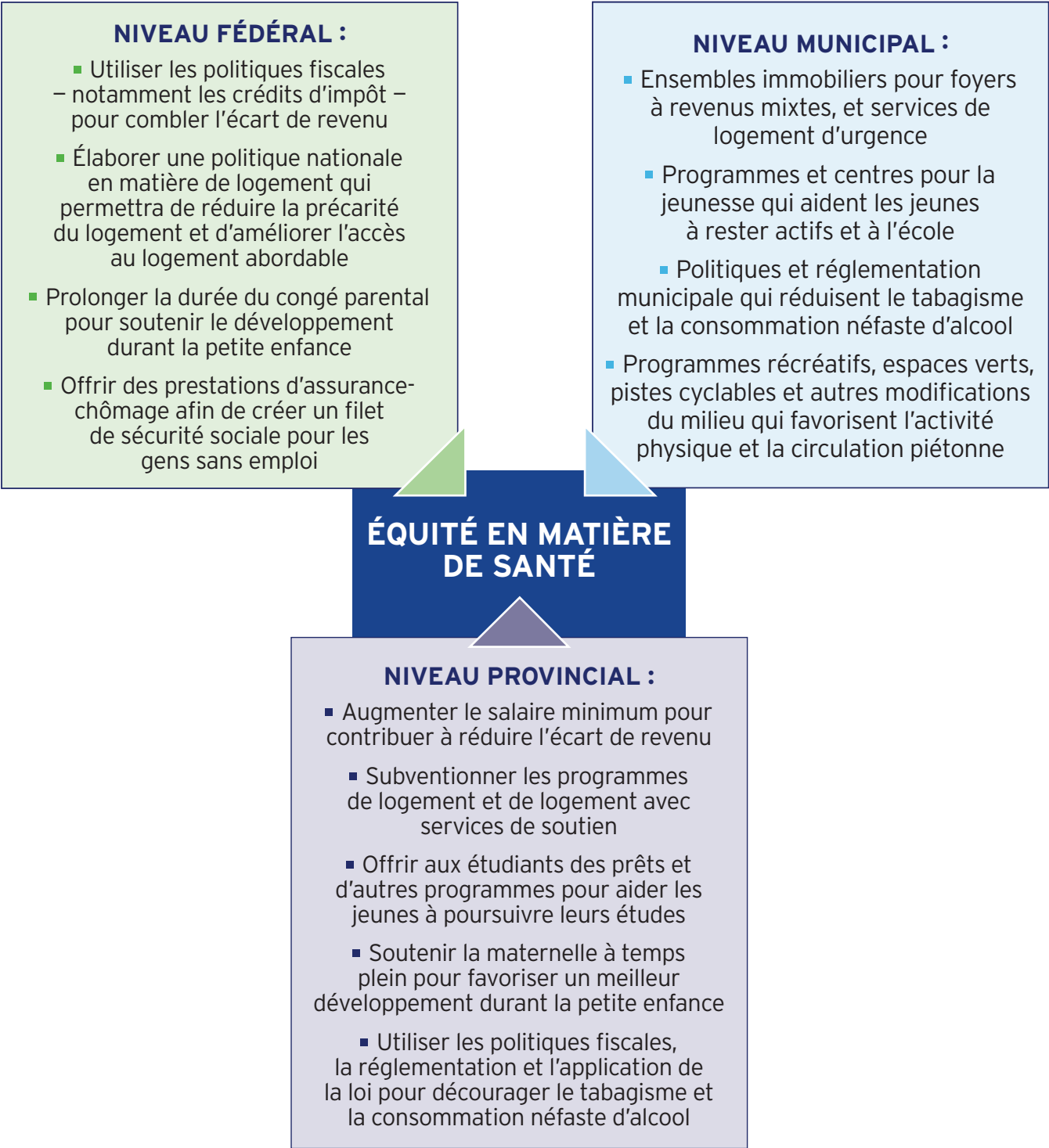
Pour rejoindre les hommes gais, le bureau de santé publique est présent sur Grindr, une application de réseautage géosocial utilisée par les hommes gais et bisexuels, et les hommes qui ont des relations avec eux. Un infirmier hygiéniste est disponible deux ou trois jours par semaine pour discuter en ligne avec les hommes, répondre à leurs questions en matière de santé sexuelle et les inciter à faire régulièrement des tests de dépistage. Cette communication en ligne constitue pour les hommes une façon simple et sécuritaire d'obtenir de l'information. Beaucoup d'hommes qui ont recours aux services de la clinique de santé sexuelle offerte par le bureau de santé publique mentionnent qu'ils ont d'abord parlé à l'infirmier sur Grindr avant de se rendre à la clinique.

Quel a été l'effet d'un tel travail? Les services sont plus accessibles. Les hommes qui s'inquiètent de la stigmatisation peuvent obtenir des services en ligne. Les clients sont aiguillés vers d'autres services et partenaires communautaires au besoin. Dans l'année qui a suivi le lancement de cette initiative par le bureau de santé publique, le nombre d'hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes qui ont eu recours au test de dépistage du VIH au point de service a augmenté de 133 %.



# V. La création de partenariats : un effort concerté pour améliorer les chances de vivre en santé

Les bureaux de santé publique ont un rôle important à jouer au niveau local pour promouvoir l'équité en matière de santé. Mais pour atteindre les objectifs de la province de favoriser une bonne santé pour tous les Ontariennes et Ontariens, les bureaux de santé publique doivent faire appel à un large éventail de partenaires et travailler avec eux comme s'ils formaient tous un seul et même système.



Les facteurs qui influent sur la santé sont complexes, et chaque intervenant et ordre de gouvernement dispose d'une variété de leviers et de possibilités pour améliorer l'équité en santé. Voici des exemples de mesures que les gouvernements fédéral et provincial et les administrations municipales peuvent prendre ou ont prises pour réduire ou éliminer les inégalités en matière de santé.

## Initiatives provinciales

### PROMOUVOIR L'ÉQUITÉ EN MILIEU DE TRAVAIL

La Loi de 2017 pour l'équité en milieu de travail et de meilleurs emplois comporte plusieurs mesures pour améliorer l'équité en matière de santé, y compris une hausse du salaire minimum qui doit passer à 14 \$ l'heure le 1<sup>er</sup> janvier 2018 puis à 15 \$ l'heure le 1<sup>er</sup> janvier 2019, et l'obligation de verser aux employés à temps partiel, temporaires, occasionnels et saisonniers un salaire égal à celui des employés à temps plein qui font le même travail. La Loi accorde également aux employés jusqu'à 10 jours de congé d'urgence personnelle par année et interdit aux employeurs d'exiger une note des employés qui prennent un congé d'urgence personnelle. La Loi harmonise également la durée des vacances en Ontario avec la moyenne nationale et oblige les employeurs à payer trois heures de travail aux employés, lorsque leur quart de travail est annulé en dedans de 48 heures avant le début du quart de travail. Ces initiatives vont amenuiser bon nombre des inégalités structurelles auxquelles doivent faire face les personnes qui sont moins éduquées, travaillent à temps partiel et sont chefs de famille monoparentale.

### RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DE REVENU

L'Ontario mesure l'impact d'un revenu de base dans trois collectivités de la province.

Suivant un modèle de crédit d'impôt, les familles et les personnes à faible revenu sélectionnées recevront un revenu de base (sans égard à leur situation d'emploi) pouvant atteindre :

- 16 989 \$ pour une personne seule, moins 50 % de tout revenu gagné;
- 24 027 \$ par année pour un couple, moins 50 % de tout revenu gagné;
- 6 000 \$ par année de plus pour une personne handicapée.

« Un projet pilote de même nature sera également mis en place pour les Premières Nations, avec le concours d'organismes provinciaux et territoriaux. »

À Hamilton, Brantford, comté de Brant et à Thunder Bay et région, deux groupes de demandeurs admissibles seront sélectionnés pour faire partie d'un groupe témoin :

- 1 **Le groupe recevant un revenu de base** recevra des paiements mensuels pendant une période maximale de trois ans.
- 2 **Le groupe témoin** ne recevra pas de paiements mensuels au titre du revenu de base, mais il participera activement à la recherche.



À Lindsay, tous les participants admissibles seront sélectionnés pour participer au projet pilote. Cela permettra aux chercheurs d'étudier les effets du projet sur la collectivité.

Aux trois endroits, le projet pilote permettra de mesurer l'impact d'un revenu de base sur les différents aspects suivants :

- sécurité alimentaire;
- stress et anxiété;
- santé mentale;
- santé et recours aux soins de santé;
- stabilité du logement;
- éducation et formation;
- emploi et participation au marché du travail.

Ce que nous apprendra le projet pilote sur le revenu de base en Ontario orientera les plans à plus long terme de la province quant à la réforme de la sécurité du revenu.

**Les municipalités, les systèmes de santé locaux, les bureaux de santé publique et les autres partenaires communautaires** peuvent mettre en place des initiatives de développement communautaire universelles ciblées qui amenuisent les effets d'un faible revenu, de l'isolement social et d'autres inégalités en matière de santé, par exemple :

- Des jardins communautaires et des marchés publics pour rendre les aliments sains plus accessibles.
- Le programme « Bébés en santé, enfants en santé » qui aide les familles à risque à acquérir des compétences parentales.
- Des centres et des programmes pour les jeunes qui les aident à rester actifs et à poursuivre leurs études.
- Une offre de logements pour revenus mixtes et de services de logement d'urgence.
- Des programmes de loisirs, des parcs, des pistes cyclables et d'autres changements environnementaux qui favorisent l'activité physique et incitent les gens à marcher.
- Des services pour les victimes de violence familiale.
- Des programmes de police communautaire et de prévention de la criminalité.
- Des règlements et des politiques visant à réduire le tabagisme et la consommation abusive d'alcool.

## Initiatives locales

### AMENER DES SERVICES DANS UN QUARTIER VULNÉRABLE : BUREAU DE SANTÉ PUBLIQUE D'ALGOMA

En 2014, le service de police de Sault Ste. Marie a reçu de nombreux appels de personnes vivant dans un rayon de 1 000 mètres d'une intersection - principalement pour des affaires de disputes entre propriétaire et locataire, de violence familiale et de protection de l'enfance. Quand le bureau de santé publique s'est penché sur les données fournies par des études locales, il est apparu clairement que beaucoup des personnes vivant au cœur du centre-ville disposaient d'un revenu, de soutien et de ressources limités. Beaucoup vivaient dans des logements insalubres et avaient peu d'accès à des installations récréatives. Il y avait peu d'activité commerciale dans le secteur, ce qui exacerbait les problèmes sociaux. La solution? Une approche de développement social exhaustive et à long terme pour prévenir la criminalité.

« Ils vous traitent comme une personne quand vous entrez là. Voulez-vous un café, voulez-vous vous asseoir, dites-nous, quel est votre problème? Nous pouvons vous mettre en contact avec telle ou telle personne. ... Ils prennent littéralement le téléphone pour demander à une personne d'un autre service de venir sur-le-champ... Ils travaillent vraiment ensemble. »

Huit organismes, notamment le bureau de santé publique d'Algoma, ont accepté d'emblée de participer, avec la police, à cette initiative. Aujourd'hui, plus de 30 fournisseurs de services y participent. Un immeuble a été rénové et transformé en centre de ressources communautaires pour le quartier. Le but est d'accroître le bien-être dans le quartier et de réduire ou prévenir la criminalité en créant des relations plus solides entre les voisins, entre les habitants du quartier et les fournisseurs de services et entre les fournisseurs eux-mêmes.

Dans une journée moyenne, le centre répond à des besoins de toutes sortes, par exemple :

- une femme âgée manque de nourriture – les travailleurs appellent la soupe populaire, vont y chercher une boîte de nourriture et la livrent à la dame;
- un jeune homme n'a pas de logement – les travailleurs lui remettent une liste à jour des appartements libres et l'aiguillent vers un employé d'Ontario au travail, qui lui donne rendez-vous pour remplir avec lui un formulaire d'accueil;
- une travailleuse du sexe cherche de l'aide médicale – les travailleurs l'aiguillent vers la clinique du bureau de santé publique;
- un homme d'un certain âge n'a pas de médecin de famille et a besoin de soins – les travailleurs l'aiguillent vers la clinique médicale.

Quel a été l'effet d'un tel travail? Les services sont plus accessibles et centrés sur la personne. Les organismes obtiennent de meilleurs résultats en travaillant ensemble. Les résidents vulnérables font face à moins d'obstacles et se sentent mieux acceptés. La collectivité a une perception plus positive du quartier.

Du point de vue du bureau de santé publique, l'initiative est une réussite, car elle a un défenseur dans la communauté (le service de police de Sault Ste. Marie), les résidents du quartier se font entendre, le processus n'est pas bureaucratique et les partenaires ont su créer un climat de confiance. Bien que l'élan initial ayant mené à la création du centre de ressources ait été la prévention de la criminalité, le projet a eu un effet positif sur l'accès aux services, la santé ainsi que le bien-être et la cohésion sociale.



## **ORDONNANCES POUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ : BUREAU DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA RÉGION DE NIAGARA**

Les ambulanciers paramédicaux appelés pour gérer un problème médical voient souvent des personnes vulnérables aux prises avec des enjeux sociaux, mais ils n'ont pas le temps ni les ressources pour s'y attarder. Pour combler cette lacune, le bureau de santé publique de la région de Niagara a fait équipe avec les services médicaux d'urgence de Niagara et INCommunities, l'organisme qui gère les appels au 211 en provenance de Niagara et de la région du Centre-Sud de l'Ontario. Une enquête a été menée auprès des ambulanciers pour mesurer leur niveau de connaissance et de conscience des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé, puis une formation et quelques nouveaux outils leur ont été fournis.

Les ambulanciers répondent maintenant aux appels en comprenant mieux les services communautaires pouvant aider les personnes aux prises avec des enjeux sociaux, et avec un « bloc d'ordonnances ». Quand ils voient une personne ayant un besoin non comblé, ils peuvent rapidement lui rédiger une « ordonnance » pour qu'elle communique avec le service 211. Aujourd'hui, les ambulanciers disent qu'ils distribuent régulièrement de ces ordonnances dans le cadre de leur travail. Le processus n'alourdit pas leur charge de travail, et il permet de diriger les personnes vulnérables vers les services. Par exemple :

- Une femme d'âge moyen ayant des problèmes respiratoires appelait fréquemment le 911, car elle n'avait pas les moyens de payer des médicaments et des aérosols-doseurs, et des problèmes de transport l'empêchaient d'avoir accès aux soins de santé. Bien qu'elle ait refusé d'être orientée vers le centre d'accès aux soins communautaires (CASC, maintenant RLSS), elle a accepté l'aiguillage vers le service 211.
- Les ambulanciers ont été appelés auprès d'un homme âgé qui était tombé parce qu'il lui était physiquement difficile d'accéder à son foyer. Même si l'homme fréquentait déjà le CASC pour des questions de soins personnels et de mobilité, lui et sa famille étaient prêts à s'adresser au 211 pour parler d'autres services qui pourraient les aider avec le coût du matériel d'accessibilité.
- Un jeune couple qui venait de s'installer en Ontario avait de la difficulté à s'acheter de la nourriture en raison du coût de l'insuline que devait prendre la femme souffrant de diabète. L'aiguillage vers le service 211 leur a permis de trouver un médecin de famille ainsi qu'une aide financière pour les médicaments et des bons de nourriture.
- Les ambulanciers se sont rendus auprès d'une femme âgée et malade qui avait de plus en plus de difficulté à exécuter ses tâches quotidiennes et dépendait de ses enfants, qui devaient venir la voir plus souvent. Les ambulanciers ont aiguillé la famille vers le service 211 et le CASC pour obtenir des services de soins à domicile, de répit, de soins personnels et de repas. La famille ignorait totalement que ce genre de services existait. Elle était très reconnaissante d'avoir été mise en contact avec ces services.

Cette nouvelle initiative d'aiguillage vers le service 211 réduit les inégalités en matière de santé en orientant les personnes vulnérables vers des programmes et des services qu'elles ne connaissent peut-être pas. Elle autonomise les personnes et leur permet de chercher une aide confidentielle quand elles sont prêtes. Elle permet également aux ambulanciers paramédicaux de reconnaître des enjeux sociaux complexes et d'offrir un meilleur service aux clients.

## **INVITER UNE COLLECTIVITÉ À AMÉLIORER LA SANTÉ DES ENFANTS : BUREAU DE SANTÉ PUBLIQUE DU DISTRICT DE THUNDER BAY**

Préoccupé par la santé des enfants dans certaines parties de la collectivité, le bureau de santé du district de Thunder Bay, en partenariat avec le comité de direction local du programme Action communautaire Enfants en santé, a utilisé les données provenant de différentes sources (recensement, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, système d'information de BORN sur la santé des nouveaux-nés et enquêtes locales) pour dresser un profil de la santé des enfants par quartier. Le bureau de santé publique a constaté qu'un quartier en particulier présentait un niveau élevé de risque social : accès limité à des aliments sains, au logement, au transport ou à des services de loisirs, et taux élevés de problèmes de santé mentale, de dépendance et de racisme. Pour essayer de combler les lacunes en matière de santé et d'améliorer les chances des habitants d'être en bonne santé, le bureau de santé publique a décidé de réunir des défenseurs du quartier, des organismes communautaires, des organismes de santé, le conseil scolaire, le service de police et des chercheurs. Le programme de partenariats communautaires du quartier a mis en place un mélange d'interventions interreliées, dont les suivantes :

- collaboration avec le groupe d'action communautaire local pour mettre en place des projets de formation et de soutien axés sur la communauté;
- offre de programmes de renforcement de la capacité, comme des cours de cuisine et une cuisine collective;
- subvention pour payer le coût du transport pour participer aux programmes;
- mise à contribution du Programme de la boîte verte pour distribuer des légumes et des fruits cultivés localement à une centaine de familles du quartier.

Le programme est en cours d'évaluation, mais on voit déjà qu'il contribue au bien-être. Comme l'a déclaré un membre de la communauté : « Quand une cuisine collective s'organise, bon nombre des personnes qui y participent sont des personnes qui s'impliquent... mon vœu est que cela crée une communauté dans laquelle chacun se soucie de l'intérêt supérieur de tous, souhaite voir la communauté se développer sur les plans spirituel et matériel, et favorise des interactions positives et une diminution des épreuves physiques. »



## TRAVAILLER DE CONCERT À LA RÉDUCTION DE L'INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE : BUREAU DE SANTÉ PUBLIQUE DE PETERBOROUGH

La Première Nation de Curve Lake faisait face à un problème croissant d'insécurité alimentaire et de taux élevés de diabète de type 2, exacerbé par la rareté des possibilités d'emplois de qualité. Le conseil de bande a réagi en créant une banque alimentaire au sein de son centre de santé, en étant conscient toutefois que cela ne suffirait pas à régler les problèmes sous-jacents. Le conseil voulait également accéder au désir des membres de la communauté d'avoir un meilleur accès à des aliments sains, y compris à des fruits et légumes cultivés localement.

Le personnel de la Première Nation de Curve Lake a travaillé avec Nourish, un partenariat formé par le YWCA de Peterborough-Haliburton, le bureau de santé publique de Peterborough et GreenUP, qui s'efforce de créer des communautés saines et inclusives grâce à l'alimentation, la cuisine, le jardinage et la promotion des aliments sains. Nourish, un descendant du Peterborough Food Action Network (un groupe de travail du Peterborough Poverty Reduction Network, qui est présidé par le médecin hygiéniste local), tente d'améliorer l'accès à des aliments sains. Le bureau de santé publique de Peterborough appuie Nourish en dirigeant l'initiative en collaboration avec l'organisme, en contribuant au développement des programmes, en établissant des normes en matière de littératie nutritionnelle et en partageant une cuisine qui sert à donner des cours. Le personnel du bureau de santé publique a également offert un programme de littératie nutritionnelle de cinq semaines intitulé Come Cook With Us ainsi qu'une formation sur la manipulation des aliments menant à l'accréditation à la Première Nation de Curve Lake.

Le programme Nourish développé avec la Première Nation de Curve Lake comprend :

- des repas communautaires pour amener les personnes à discuter des interventions possibles et favoriser un sentiment d'appartenance;
- une distribution mensuelle de boîtes Alimentation juste qui est désormais coordonnée par les membres du conseil de bande;
- un marché public éphémère, qui propose des produits locaux moins connus et des explications sur la façon de les utiliser pour concocter des repas simples et bons pour la santé;
- des mesures incitatives, comme les dollars Nourish, qui sont remis aux personnes participant aux activités de littératie nutritionnelle et qui les encouragent à essayer des activités à la maison et à se joindre à d'autres programmes portant sur l'alimentation;
- des activités ou des ateliers de jardinage, de cuisine et de mise en conserve, dont des cuisines collectives;
- des programmes sur de saines habitudes alimentaires destinés aux jeunes;
- Nibi Giinwiindawan - We Are Water, un curriculum pour les jeunes Autochtones de la 4<sup>e</sup> à la 6<sup>e</sup> année, élaboré par les Anciens de Curve Lake et d'autres partenaires, avec le soutien financier du Programme d'action communautaire Enfants en santé de Peterborough.

Fondée sur le principe de « travailler avec et non pour » les communautés, la collaboration entre la Première Nation de Curve Lake et Nourish permet d'assurer que tant les membres de la communauté que les décideurs ont leur mot à dire et peuvent concevoir des activités qui répondent aux besoins de la collectivité. De plus, les activités sont constamment modifiées en fonction des commentaires des membres de la collectivité. Un rapport sur l'impact du projet Nourish à la Première Nation de Curve Lake, ainsi que dans trois autres endroits, sera publié en novembre 2019.

## VI. Favoriser l'équité en santé : recommandations

Les nouvelles Normes de santé publique de l'Ontario décrivent clairement le rôle que doit jouer le secteur de la santé publique en matière d'équité en santé. Les bureaux de santé publique, en collaboration avec d'autres partenaires locaux, doivent promouvoir et faciliter les types d'analyses et de politiques publiques qui amenuisent les inégalités en matière de santé. Les médecins hygiénistes – qui sont les porte-parole de la santé dans leurs collectivités – vont promouvoir activement l'équité en santé pour l'ensemble de la population. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et Santé publique Ontario se feront les champions de l'équité en santé au niveau provincial, et ils procureront aux bureaux de santé publique des recherches, des analyses et d'autres mesures de soutien.

Mais la responsabilité d'atteindre l'équité en matière de santé dépasse largement le secteur de la santé publique, et même celui de la santé. D'autres secteurs, comme l'éducation et l'environnement, dont les politiques ont une incidence sur la santé, doivent eux aussi s'engager activement.

Avec Priorité aux patients, l'Ontario a jeté les bases d'une approche systémique en ce qui concerne l'équité en santé. L'équité en matière de santé fait maintenant partie du mandat des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Dans le cadre de la transformation de la santé publique, les bureaux de santé publique travailleront en plus étroite collaboration avec les RLISS et les sous-régions des RLISS, en fournissant des données sur la santé de leurs collectivités respectives et en intégrant les initiatives en lien avec la santé de la population dans le système de soins de santé. Afin de mettre à profit ce travail de base et d'aider le secteur de la santé publique – en collaboration avec d'autres partenaires – à améliorer les chances d'être en santé pour tout le monde, le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario recommande au gouvernement de l'Ontario de prendre les mesures suivantes :

### 1 Soutenir la santé publique dans l'identification des « éclosions » d'inégalités en matière de santé et planifier des interventions efficaces et durables grâce au développement communautaire

Le but est de comprendre les facteurs complexes et interreliés qui entraînent des inégalités en santé et de trouver, adapter et adopter des interventions efficaces qui amélioreront la santé de l'ensemble de la population ou de la collectivité, tout en ciblant les populations les plus à risque. Le secteur de la santé publique devrait examiner un éventail ample et diversifié d'interventions en développement communautaire susceptibles d'influer sur les déterminants comportementaux, économiques, sociaux et structurels de la santé et du bien-être. L'impact de ces interventions devrait être surveillé et mesuré au fil du temps afin d'en déterminer les effets individuels et combinés.



## 2 Œuvrer à l'échelle du système et du gouvernement pour améliorer l'équité en santé

Pour atteindre l'équité en santé, nous devons abattre les cloisons et réunir les forces du système de santé, des gouvernements et des autres secteurs. Nous devons créer des partenariats efficaces entre les ministères et les organisations qui peuvent contribuer à réduire ou à éliminer les inégalités en matière de santé. Il faudra pour cela tendre la main et forger de nouvelles relations : les différentes parties du système de santé doivent pouvoir se parler et s'adresser également aux autres secteurs dont les actions peuvent avoir une incidence sur la santé. Comme l'a démontré une des études de cas présentées dans le présent rapport, la réussite repose sur l'élimination des processus bureaucratiques qui, en soi, contribuent à créer des inégalités en matière de santé. Les ministères et les organismes doivent accepter de repousser le cadre de leur mandat pour créer des collectivités en santé. Les solutions de développement communautaire exigent l'engagement d'abord et avant tout des populations prioritaires : ces groupes de personnes les plus vulnérables aux inégalités en matière de santé. Elles exigent également la participation de tous les autres partenaires et une volonté de revoir l'ensemble des politiques, des programmes et des services à travers la lentille de l'équité en santé. Le secteur de la santé publique peut promouvoir l'adoption d'une approche systémique et gouvernementale, en travaillant avec les partenaires pour identifier les facteurs qui influent sur la santé et en les incitant à mettre en œuvre des interventions efficaces.

Les bureaux de santé publique sont idéalement positionnés pour faciliter les partenariats au niveau local et promouvoir l'action collective. Ils ont déjà formé de solides partenariats avec de nombreux organismes de leur collectivité et ils peuvent les mettre à contribution – en forgeant des liens plus étroits avec les municipalités, les RLIS, les communautés autochtones et d'autres partenaires intersectoriels, y compris les services sociaux, les programmes de logement et les refuges ainsi que les services de police – pour améliorer l'équité en matière de santé.

**Le but de ces partenariats est de mettre en œuvre des mesures de développement communautaire efficaces qui réduisent les inégalités en matière de santé et égalisent les chances de chacun d'être en santé.**



## 3 Fournir des données pour comprendre les inégalités en matière de santé et orienter les initiatives de développement communautaire

Dans le cadre de leurs nouvelles relations avec les RLIS et les sous-régions des RLIS, les bureaux de santé publique auront la responsabilité de fournir de l'information sur la santé de leurs collectivités aux tables de planification des RLIS et de plaider pour que le système de soins de santé regarde au-delà des mesures de santé traditionnelles pour examiner les facteurs socioéconomiques qui influent sur la santé.

Pour s'acquitter de cette fonction, les bureaux de santé publique devront pouvoir compter sur de solides données locales. Dans son rapport de 2015, le médecin hygiéniste en chef recommandait de mettre en place dans la province une enquête permanente sur la santé afin de donner aux bureaux de santé publique, sans égard à leur taille ou à leurs ressources, l'accès rapide à une information de qualité. Les données de cette enquête aideront les bureaux de santé publique à comprendre la complexité des enjeux liés à l'équité en santé, à cerner les enjeux et les populations prioritaires, et à planifier et évaluer les programmes et les interventions en matière de santé publique.

De plus, le secteur de la santé publique devrait faire un meilleur usage des autres données pour comprendre et améliorer l'équité en santé. Les bureaux de santé publique devront également avoir la capacité d'utiliser de nouveaux outils, comme l'indice relatif d'inégalité et le High Resource User Population Risk Tool (HRUPoRT) – un outil permettant de prévoir quels seront les grands utilisateurs des soins de santé – pour créer des profils de santé de leurs collectivités qui identifient les grappes d'inégalité en matière de santé.

Grâce à cette information, les bureaux de santé publique pourront travailler avec leurs partenaires à réduire les inégalités et à améliorer l'équité en matière de santé.

Des investissements stratégiques dans la recherche, les partenariats et les données sur l'équité aideront à améliorer les perspectives, pour tous les Ontariens, de vivre en santé. Ces investissements engendreront de meilleurs résultats sur le plan de la santé des personnes, des collectivités plus saines et plus heureuses et une baisse des coûts des soins de santé et des services sociaux.

**Tous les efforts devraient être déployés pour que le secteur de la santé publique ait les données, les connaissances, les compétences et les ressources nécessaires pour défendre l'équité en santé auprès des autres ministères et des différents ordres de gouvernement, et au sein des collectivités.**



# Références

<sup>1</sup> Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2018, Ligne directrice sur l'équité en santé, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, Toronto, Ontario.

<sup>2</sup> Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, 2014, Glossaire des principaux termes sur l'équité en santé, Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université Saint-François-Xavier, Antigonish, N.É.

<sup>3</sup> Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2018, *Normes de santé publique de l'Ontario*, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, Toronto, Ontario.

<sup>4</sup> Ministère de l'Éducation de l'Ontario, 1994, Nouvelles directions : *la politique ontarienne de santé applicable aux Autochtones*, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, Toronto, Ontario.

<sup>5</sup> Allan B. et J. Smylie, 2015, *First Peoples, Second Class Treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*, Wellesley Institute, Toronto, Ontario.

<sup>6</sup> Lavoie J., L. Gervais, J. Toner, O. Bergeron et G. Thomas, 2011, *Le cadre politique et juridique sur la santé autochtone au Canada*, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, Prince George, C.-B.

<sup>7</sup> Epstein D. et ProPublica, 2017, *When Evidence Says No, but Doctors Say Yes*, The Atlantic.

<sup>8</sup> Comité consultatif scientifique de la stratégie Ontario sans fumée, Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), 2017, *L'action fondée sur des données : Lutte globale antitabac en Ontario*, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, Toronto, Ontario.

<sup>9</sup> Population Health Analytics Laboratory, 2017, *Ontario Atlas of Adult Mortality 1992-2014. Trends in Local Health Integration Networks*, Université de Toronto, Ontario.

<sup>10</sup> Rosella L. C., A. Calzavara, J. W. Frank, T. Fitzpatrick, P. D. Donnelly et D. Henry, 2016, *Narrowing mortality gap between men and women over two decades: a registry-based study in Ontario, Canada*, BMJ Open, 6(11): e012564

<sup>11</sup> Wodchis W.P., A. Calzavara, H. Manson et V. Goel, 2014, *High-cost health care users in Ontario, Canada: demographic, socio-economic and health status characteristics*, BMC Health Services Research, 14:532.

<sup>12</sup> Rosenquist J. N., J. Murabito, J. H. Fowler et N. A. Christakis, 2010, *The spread of alcohol consumption behavior in a large social network*, Ann Intern Med, 152(7):426-33.

<sup>13</sup> Christakis N. A. et J. H. Fowler, 2008, *The collective dynamics of smoking in a large social network*, N Eng J Med, 358(21):2249-58.

<sup>14</sup> Mednick S. C., N. A. Christakis et J. H. Fowler, 2010, *The Spread of Sleep Loss Influences Drug Use in Adolescent Social Networks*, PLoS ONE, 5(3):e9775.

<sup>15</sup> Christakis N. A. et J. H. Fowler, 2007, *The Spread of Obesity in a Large Social Network over 32 Years*, N Engl J Med, 357:370-379.

<sup>16</sup> Young E. (2017). How Iceland Got Teens to Say No to Drugs: Curfews, sports and understanding kids brain chemistry have all helped dramatically curb substance abuse in the country. The Atlantic.

<sup>17</sup> Action Cancer Ontario, Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), 2012, *Agir pour prévenir les maladies chroniques : Recommandations pour améliorer la santé de la population ontarienne*, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, Toronto, Ontario.

<sup>18</sup> Lachaud J., P. D. Donnelly, D. Henry, K. Komar, A. Calzavara, C. Bornbaum et L. Rosella, 2017, *A population-based study of homicide deaths in Ontario, Canada using linked death records*, International Journal for Equity in Health, 16:133.

<sup>19</sup> Lachaud J., P. D. Donnelly, D. Henry, K. Kornas, T. Fitzpatrick, A. Calzavara, C. Bornbaum et L. Rosella, 2017, *Characterising violent deaths of undetermined intent: a population-based study, 1999-2012*, Inj Prev, pii: injuryprev-2017-042376 [ePub avant l'impression].

<sup>20</sup> Racines de l'empathie, 2017, Consulté en 2017 à : <http://www.rootsofempathy.org>

<sup>21</sup> Klijs B., C. F. Mendes de Leon, E. U. Kibele et N. Smidt, 2017, *Do social relations buffer the effect of neighborhood deprivation on health related quality of life? Results from the LifeLines Cohort Study*. Health and Place, 44: 43-51.

<sup>22</sup> Guilcher, S. J., V. Kaufman-Shriqui, J. Hwang, P. O'Campo, F. I. Matheson, R. H. Glazier et G. L. Booth, 2017, *The association between social cohesion in the neighborhood and body mass index (BMI): An examination of gendered differences among urban-dwelling Canadians*, Preventive Medicine, 99:293-298.

<sup>23</sup> Kim E. S. et I. Kawachi I, 2017, *Perceived Neighborhood Social Cohesion and Preventive Healthcare Use*, American Journal of Preventive Medicine, 53(2):e35-e40.

<sup>24</sup> Vang, Z. M., S. Sigouin, A. Flenon et A. Gagnon, 2017, *Are immigrants healthier than native-born Canadians? A systematic review of the healthy immigrant effect in Canada*, Ethn Health, 22(3):209-241.

<sup>25</sup> Kawachi I. et L. Berkman, 2000, Social Cohesion, Social Capital, and Health, dans Social Epidemiology, p. 174-190, Oxford University Press, New York, NY.

<sup>26</sup> Khan, A. M., M. Urquia, K. Kornas, D. Henry, S. Y. Cheng, C. Bornbaum et L. C. Rosella, 2017, *Socioeconomic gradients in all-cause, premature and avoidable mortality among immigrants and long-term residents using linked death records in Ontario, Canada*, J Epidemiol Community Health, 71(7):625-632.

<sup>27</sup> Fitzpatrick, T., L. Rosella, A. Calzavara, J. Petch, A. Pinto, H. Manson, C. Goel et W. P. Wodchis, 2015, *Looking beyond income and education - Socioeconomic status gradients among future high cost users of health care*, American Journal of Preventive Medicine, 49(2):161-71

# Remerciements

**Comité consultatif :** John Garcia, Heather Manson, Doug Manuel, Kwame McKenzie, Joanne Paxton, Laura Rosella, Penny Sutcliffe, Joanne Thanos, Jeffrey Turnbull, Elizabeth Walker

**Direction :** Elizabeth Choi, Daniel Warshafsky

**Personnel :** Catherine Fraser, Fiona Kouyoumdjian, Gillian MacDonald, Laura Seeds

**Rédaction :** Jean Bacon

**Édition :** Leora Conway

**Bureaux de santé publique participants :** Bureau de santé d'Algoma, Bureau de santé du comté de Huron, Bureau de santé de la région de Niagara, Bureau de santé de Peterborough, Santé publique Sudbury et districts, Bureau de santé du district de Thunder Bay, Bureau de santé du comté de Windsor-Essex

**Autres :** ministère des Services sociaux et communautaires, ministère de la Santé et des Soins de longue durée



# Annexe

## Bureaux de santé de l’Ontario ayant des postes de médecin hygiéniste\* à pourvoir Occupés par des médecins hygiénistes intérimaires en date du 9 janvier 2018

- Bureau de santé de Grey Bruce
- Bureau de santé de Haldimand-Norfolk
- Bureau de santé des comtés de Hastings et Prince Edward
- Bureau de santé du comté de Huron
- Bureau de santé d’Ottawa
- Bureau de santé du comté d’Oxford
- Bureau de santé de Porcupine
- Bureau de santé du comté de Renfrew et du district
- Bureau de santé de Témiskamingue
- Bureau de santé du comté de Windsor-Essex

### Total = 10 bureaux de santé ayant des postes de médecin hygiéniste à pourvoir

*\*En vertu de l'article 62 (1) a) de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, chaque conseil de santé doit nommer un médecin hygiéniste à temps plein. \*\*Les postes vacants peuvent inclure des postes occupés par des médecins qualifiés en attente d'une nomination par les conseils de santé et de l'approbation du Ministère.*

## Bureau de santé de l’Ontario ayant des postes de médecin hygiéniste adjoint\* à pourvoir, au 9 janvier 2018

- Bureau de santé de la région de Durham
- Bureau de santé de Grey Bruce
- Bureau de santé de la ville de Hamilton
- Bureau de santé de la ville de Toronto
- Bureau de santé de la région de York

### Total = 5 bureaux de santé ayant des postes de médecin hygiéniste adjoint à pourvoir\*\*

*\*En vertu de l'article 62 (1) b) de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, chaque conseil de santé peut nommer un ou plusieurs médecins hygiénistes adjoints. \*\*Les postes vacants peuvent inclure plusieurs ou moins d'un poste ETP par bureau de santé et inclure des postes occupés par des médecins qualifiés en attente d'une nomination par les conseils de santé et de l'approbation du Ministère.*



