

**10 PRATIQUES PROMETTEUSES
POUR RÉDUIRE LES INIQUITÉS SOCIALES
EN MATIÈRE DE SANTÉ DANS LES CADRES
LOCAUX DE SANTÉ PUBLIQUE**

DOCUMENT D'INFORMATION TECHNIQUE



Sudbury & District

Health Unit

Service de
santé publique

Auteurs

Adapté de Sutcliffe, P., Snelling, S., & Laclé, S. (2009, juillet). *Prise de décision axée sur la recherche pour orienter les pratiques locales de santé publique afin de réduire les iniquités sociales en matière de santé (Deuxième état d'avancement du projet d'intervention)*. Formation en utilisation de la recherche pour cadres qui exercent dans la santé (FORCES): Un programme de la fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). Sudbury, ON: Service de santé publique de Sudbury et du district.

Pour plus de renseignements

Stephanie Lefebvre, gestionnaire, équité en santé
Division des ressources, de recherche, d'évaluation et de développement (RRED)
Service de santé publique de Sudbury et du district
1300, rue Paris
Sudbury, ON P3E 3A3
Téléphone: 705.522.9200, poste. 277
Courriel: lefebvres@sdhu.com

Ce document est aussi disponible sur le site web www.sdhu.com. This report is available in English.

Citation

Service de santé publique de Sudbury et du district. (2011). 10 pratiques prometteuses pour réduire les iniquités sociales en matière de santé dans les cadres locaux de santé publique : Document d'information technique. Sudbury, ON: auteur.

© Service de santé publique de Sudbury et du district, 2011.

Ce document a été traduit par un traducteur agréé.

TABLE DE MATIÈRES

10 pratiques prometteuses pour réduire les iniquités sociales en matière de santé dans les cadres locaux de santé publique	1
Ciblage dans un cadre d'universalité	1
Divulgateion déterminé	2
Marketing social	2
Établissement de cibles pour l'équité en matière de santé	3
Évaluation des effets sur la santé axée sur l'équité	4
Compétences et normes organisationnelles	5
Apport à la base de données probantes	6
Développement de la petite enfance	6
Engagement communautaire	7
Action intersectorielle	8
Références	9

10 pratiques prometteuses pour réduire les iniquités sociales en matière de santé dans les cadres locaux de santé publique

En tant que boursières du programme Formation en utilisation de la recherche pour cadres qui exercent dans la santé (FORCES) de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), les auteures ont entrepris une recherche documentaire exhaustive afin d'établir les pratiques de santé publique applicables à l'échelle locale et qui « promettent » à tout le moins de contribuer à réduire les iniquités sociales en matière de santé. Dix pratiques ont été dégagées : 1) ciblage dans un cadre d'universalité, 2) divulgation déterminée, 3) marketing social, 4) établissement de cibles pour l'équité en matière de santé, 5) évaluation des effets sur la santé axée sur l'équité, 6) compétences et normes organisationnelles, 7) apport à la base de données probantes, 8) développement de la petite enfance, 9) engagement communautaire et 10) action intersectorielle. Les principales données probantes à l'appui sont résumées dans le présent document. Il y a lieu de consulter le document original dont est issu ce document d'information pour obtenir un examen complet de la méthodologie et pour connaître les détails du projet.

1 Ciblage dans un cadre d'universalité

Les débats sur l'efficacité relative d'approches ciblées par rapport aux approches universelles à la pauvreté et à l'iniquité sociale sont normalement tenus dans le cadre de débats gouvernementaux sur les politiques sociales et fiscales. L'universalité signifie que toute la population est bénéficiaire, et le ciblage, qu'une certaine forme d'examen des ressources est utilisée pour déterminer l'admissibilité à la prestation (p. 63)¹. Les décisions concernant l'approche qu'il faut adopter traduisent les hypothèses sous-jacentes sur les valeurs et les responsabilités des citoyens. Skocpol (cité dans Solar et Irwin, à la page 64)¹ souligne que dans les pays qui remportent plus de succès [sic], la politique sociale est plus universelle, et le ciblage sert de moyen pour rendre l'universalité plus efficace. Ce « ciblage dans un cadre d'universalité » garantit que les prestations supplémentaires sont dirigées vers les groupes les plus pauvres et permet de « régler avec précision » des politiques essentiellement universelles.

Appliquées aux pratiques locales de santé publique, les décisions d'opter pour des approches universelles ou ciblées correspondent aux buts fondamentaux sous-jacents. Si le but est de « niveler par le haut », alors un certain ciblage s'impose. Dans leur rapport *Levelling-up Report, Parts 1 and 2*, Dahlgren et Whitehead^{2,3} décrivent la nécessité d'améliorer disproportionnellement la santé des groupes plus défavorisés tout en améliorant celle de toute la population. Afin de progresser au chapitre de la réduction des iniquités en matière de santé, il faut, au chapitre des pratiques en santé publique, faire en sorte d'établir un équilibre entre les approches sélectives ou ciblées et les stratégies universelles.

La CDSS de l'OMS⁴ a recommandé que dans un cadre d'accès universel, une attention particulière soit accordée aux personnes démunies sur le plan social, notamment aux enfants qui accusent un retard de développement. Le ciblage peut également s'avérer efficace en période de transition. Blackman⁵ a suggéré, par exemple, l'intégration de programmes d'abandon du tabac en période de passage au marché du travail.

Il est souligné que le ciblage doit prévoir de bien définir les populations défavorisées⁶. Il faut donc disposer de données épidémiologiques fondées sur l'équité. Analyser avec soin ce genre de données peut alors servir à influencer, surveiller, puis évaluer les programmes et les politiques ciblant les populations défavorisées⁷.

2 Divulgarion déterminé

L'OMS, notamment, indique l'importance de faire volontairement état de la relation qui existe entre la santé et les iniquités sociales dans tous les rapports sur l'état de santé. Le document de l'OMS, *The Social Determinants of Health: Developing an evidence base for political action*, souligne le lien qui existe entre la divulgation des iniquités en matière de santé et l'action politique¹⁴. De même, *Comblant le fossé en une génération*⁴ montre que « veiller à ce que l'iniquité en matière de santé soit mesurée... constitue un tremplin essentiel à l'action » (p. 2). Ainsi, les données probantes sur les iniquités en matière de santé qui sont présentées publiquement et intentionnellement pourront être considérées comme partie intégrante d'une stratégie de changement.

Dans *Health for All*⁸, les auteurs décrivent l'importance de stratifier les données selon le statut socioéconomique (SSE), par exemple, au lieu de contrôler l'effet du SSE, comme servent à faire bien des analyses. Grâce à la stratification, l'effet différentiel du revenu sur l'état de santé devient clair. Il serait possible d'entreprendre des analyses semblables pour découvrir les liens qui existent entre la santé et le chômage, l'exclusion sociale, l'éducation, la privation et d'autres variables.

Divulguer de manière à présenter, et non masquer, l'effet des iniquités sociales en matière de santé a également comme avantage d'offrir la possibilité de mettre en avant-plan les données probantes sur les progrès, ou leur absence, et de s'en servir pour orienter les interventions futures.

3 Marketing social

Le marketing social est « l'application systématique du marketing, en plus de notions et de techniques, pour atteindre des buts comportementaux précis, pour le bien de la société » (National Social Marketing Centre 2007, cité dans Farr à la page 451)⁹. La segmentation du public cible et les interventions adaptées, dont les communications sur la santé, sont des étapes clés du processus de marketing social. Cette approche est considérée comme une pratique prometteuse pour ce qui est de créer un changement social positif et d'améliorer la santé des populations vulnérables. Si le but est de réduire les iniquités en matière de santé, il est possible de songer aux interventions de marketing social comme pratique locale de santé publique de deux manières. L'une est l'adaptation plus traditionnelle des interventions de changement de comportement à l'égard des populations plus défavorisées (dans le but de niveler par le haut). La seconde, moins traditionnelle, consiste à utiliser le marketing social pour modifier la compréhension et, en fin de compte, le comportement

des décideurs et du public afin qu'ils prennent ou soutiennent des mesures ayant pour but d'améliorer les déterminants sociaux des iniquités en matière de santé¹⁰.

En ce qui touche l'approche plus traditionnelle, la documentation indique l'importance de messages adaptés dans une approche à volets multiples (un cadre socioécologique) destinée à changer les pratiques volontaires de santé, surtout chez les populations minoritaires^{11,12}. Il existe aussi des données probantes selon lesquelles intégrer la culture dans des interventions adaptées de prévention et de contrôle pourra augmenter l'efficacité de celles-ci dans divers groupes¹³.

Le marketing social se fait reprocher le recours prédominant aux méthodes servant à promouvoir le changement de comportement individuel et le fait que les responsables de l'élaboration des politiques (et le public) utilisent rarement le ciblage pour agir en fonction de l'équité en matière de santé¹⁰. Cette approche moins traditionnelle au marketing social est peut-être très puissante, surtout si elle est combinée à des approches visant un changement de comportement individuel^{14,15}.

4 Établissement de cibles pour l'équité en matière de santé

La CDSS de l'OMS reconnaît qu'il est essentiel de « disposer de bonnes données probantes sur les niveaux de santé et la répartition de celle-ci et sur les déterminants sociaux de la santé pour comprendre l'étendue du problème, évaluer les effets des mesures prises et surveiller la progression » (p. 20)⁴. Elle met l'accent sur la valeur des données probantes permettant de suivre le changement; toutefois, elle ne va pas jusqu'à recommander l'établissement de cibles comme stratégie.

Bien qu'elle reconnaisse que bien des pays ont intégré l'établissement de cibles dans leurs travaux intersectoriels sur les iniquités sociales en matière de santé, l'OMS¹⁶ se demande s'il y a un avantage manifeste à fixer des cibles pour ces mêmes travaux (p. 22). Dans ce commentaire, elle fait la distinction entre la pratique valable qui consiste à établir des objectifs clairs et mesurables et l'établissement d'objectifs temporels pour les résultats. Ainsi, la véritable nature des cibles semble importante, car certaines cibles permettront de réaliser plus de progrès que d'autres.

Gardner, dans un document de travail rédigé pour le Toronto Central Local Health Integration Network (LHIN)⁷, formule une stratégie d'équipe en matière de santé en se basant sur des « cibles concrètes pour alimenter la prise de mesures » (p. 8). Dans sa stratégie, il suggère d'établir des cibles d'équité en matière de santé selon de larges indicateurs de santé, des cibles précises pour certains états et des cibles pour la prestation des services de santé, et de surveiller ces cibles. Le contexte de cet établissement de cibles dans la structure de responsabilité du LHIN est différent de celui dans lequel évolue le secteur de la santé publique, mais il pourra quand même s'avérer instructif sur le plan des approches à la santé publique à l'échelle locale.

Dans *Health Disparity in Saskatoon*¹⁷, Lemstra et Neudorf suggèrent des cibles comme solution pour s'attacher aux déterminants sociaux de la santé. Le National Health Service, au Royaume-Uni, se sert de cibles pour les iniquités en matière de santé dans le cadre de sa stratégie globale visant à réduire lesdites iniquités : « les cibles représentent un moyen de s'assurer que les ressources et les efforts servent à s'attaquer aux inégalités en matière

de santé de manière claire et mesurable » (p. 9)¹⁸. Cependant, il reconnaît aussi qu'il y a plusieurs défis à relever pour fixer des cibles de réduction des iniquités.

Dans l'ensemble, l'établissement de cibles, bien qu'il ne soit pas soutenu sans réserve dans la documentation, semble quelque peu prometteur s'il s'inscrit dans une stratégie destinée à réduire les iniquités en matière de santé, et il pourra jouer un rôle au niveau de la santé publique locale. Il semble important de concentrer ces cibles sur des domaines où la situation peut être corrigée, au lieu d'établir des cibles nobles, mais peut-être inatteignables. Établir des cibles dans le cadre d'un processus d'engagement communautaire, comme le fait le NHS, permet de créer un lien avec d'autres aspects définis de la lutte aux iniquités en matière de santé.

5 Évaluation des effets sur la santé axée sur l'équité *

L'évaluation des effets sur la santé (EES) est une méthode structurée pour évaluer les effets que des politiques et des pratiques proposées peuvent avoir sur la santé. Appliquée correctement, l'EES permet aux décideurs de souligner et de rehausser les éléments positifs d'une proposition, et de réduire au minimum les aspects qui risquent de donner des résultats négatifs pour la santé¹⁹. Vu le large éventail de données probantes évalué, l'EES constitue un moyen utile d'évaluer l'effet de propositions (touchant une politique ou une pratique précise) sur la population en général. Toutefois, elle est également reconnue comme un moyen prometteur de s'attacher aux déterminants économiques et sociaux sous-jacents de la santé et aux iniquités qui en découlent en matière de santé²⁰.

Distincte de l'EES, une évaluation des effets sur la santé axée sur l'équité (EESaE) comprend des questions comme : Cette proposition est-elle susceptible d'influer sur ceux qui sont déjà défavorisés? Risque-t-elle d'imposer de nouveaux fardeaux à certains groupes sur le plan de la santé? Est-il vraisemblable qu'elle modifie l'exposition aux facteurs de risque ou à des déterminants précis de la santé ou la répartition de ces facteurs ou déterminants (p. ex., les conditions de vie, l'accès aux services)²⁰? En effectuant l'EES en tenant compte de l'équité, il apparaît clairement que certains groupes profiteront plus que d'autres de presque chaque politique, qu'il y aura des gagnants et des perdants. Lorsqu'il s'agit de réduire les iniquités sociales en matière de santé, cet élément peut aider les décideurs à réduire au minimum les résultats négatifs pour la santé, à offrir d'autres avantages aux personnes concernées ou à s'assurer que celles-ci ne sont pas déjà défavorisées²¹, ou à faire les trois. Par ailleurs, mieux faire connaître les déterminants des iniquités sociales en matière de santé aux décideurs et aux autres intervenants peut influencer les décisions stratégiques immédiates et à long terme^{20, 21}. Enfin, une approche véritablement participative à la tenue d'EESaE peut renforcer la capacité des gens et des collectivités et favoriser la formation de réseaux sociaux entre divers citoyens.

Les EES constituent un outil prometteur pour les professionnels de la santé publique et pour divers secteurs et intervenants. Elles peuvent s'appliquer à des projets précis, à des politiques à la large portée et à une foule de contextes. Même si les EES pourraient être dirigées par bon nombre de groupes, le secteur de la santé publique, grâce à sa

* Cette partie est largement inspirée du sommaire non publié et produit par Stephanie Lefebvre (Service de santé publique de Sudbury et du district, 2009) de la documentation traitant de l'évaluation des effets sur la santé axée sur l'équité.

connaissance des déterminants de la santé, est bien placé pour prôner le recours aux EES (et aux EESaE en particulier) et pour faciliter leur application²².

Parmi les défis que le secteur de la santé publique devra relever lorsqu'il s'agira d'entreprendre efficacement des EESaE figurent les ressources, les compétences professionnelles et la nature institutionnelle des organismes de santé publique. Une EESaE exhaustive et participative exige énormément de ressources pour ce qui est de recueillir et d'évaluer les données probantes, de consulter les intervenants et d'établir des profils de collectivité. Les EESaE exigent des ensembles de compétences très précis, surtout pour ce qui est de faire intervenir les collectivités et divers intervenants dans un processus participatif d'EES. Bien que la possibilité d'une approche participative soit significative sur le plan du renforcement des capacités communautaires, elle représente des défis pour les institutions établies connaissant les questions de pouvoir qui entrent en ligne de compte dans ce genre de travail de développement communautaire.

Il est important de reconnaître les limites des EES lorsqu'il s'agit de songer à l'objectivité du processus. Les EES ont pour fonction d'évaluer une vaste gamme de données probantes touchant l'impact (positif ou négatif) d'une proposition sur la santé. Cependant, l'EES en soi est simplement un outil servant à influencer le processus décisionnel. L'interprétation des données probantes dépend des décideurs, surtout dans le cas des EESaE qui exigent des jugements de valeur concernant l'équité de résultats pour la santé ou la possibilité de les éviter²³.

6 Compétences et normes organisationnelles

Agir suivant les approches définies dans notre analyse documentaire exigera des ensembles de compétences nouveaux ou améliorés et un renforcement des capacités parmi la main-d'œuvre du secteur de la santé publique⁴. La base de compétences requises pour travailler efficacement aux iniquités sociales en matière de santé comprend la planification et le partenariat communautaires et la création de coalitions^{16, 24}—ce qui n'est pas une base de connaissances ou d'expérience courante chez le personnel affecté à la santé publique. Ce virage signifiera des changements dans le recrutement, la formation, le perfectionnement, l'orientation professionnelle et la description d'emploi en santé publique. Étant donné qu'évaluer les iniquités exige implicitement un jugement de valeur, la volonté des professionnels de la santé publique d'agir selon des valeurs et des croyances de justice sociale importe aussi lorsqu'il s'agit de créer une main-d'œuvre qui peut répondre aux demandes de travail sur les iniquités sociales⁴.

L'Agence de la santé publique du Canada²⁴ a défini 36 compétences fondamentales en santé publique, lesquelles englobent les connaissances, les attitudes et les aptitudes essentielles. Mais surtout, ces compétences ont été établies pour la pratique dans le contexte des valeurs de santé publique et comprennent l'équité, la justice sociale, la participation communautaire et les déterminants de la santé. En tant que telles, les compétences fondamentales en santé publique forment une base solide pour le recrutement et le perfectionnement du personnel local affecté à la santé publique.

Potvin et coll.²⁵ notent que les programmes de santé publique destinés à créer des changements sociaux exigeront de modifier « le modèle bureaucratique ou structurel sur lequel la pratique en santé publique repose traditionnellement » (p. 592). Les organismes de santé publique devront prioriser le travail sur les inégalités sociales et s'engager à

collaborer de manière intersectorielle en se fondant sur l'engagement communautaire, ce qui pourra signifier un changement de paradigme pour le domaine de la santé publique.

7 Apport à la base de données probantes

Petticrew et Roberts²⁶ décrivent la:

nature insuffisante, dispersée et différente [par rapport à la documentation médicale] de la base de données probantes en santé publique... Elle est *insuffisante*, car il existe peu d'évaluations des résultats d'interventions de santé publique, et il y en a encore moins qui portent sur les effets distributifs d'interventions sur divers groupes sociaux et qui peuvent jeter de la lumière sur les moyens efficaces de réduire les inégalités en matière de santé (p. 199).

Nous pouvons certainement attester des lacunes dans la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales efficaces en santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé. Une grande partie de ces connaissances émane des professionnels qui fournissent les services et chez qui publier n'est pas une priorité. De plus, les données probantes obtenues sont souvent préliminaires, modestes et propres à un contexte précis, et les médias universitaires traditionnels pourraient refuser de les publier. La littérature grise (évaluations et rapports) fait partie de la base de connaissances pour les interventions locales de santé publique, mais même elle ne donne pas une image complète des connaissances qui existent sur la pratique, et ce genre de documentation est souvent difficile d'accès.

Raphael²⁷ définit une série de mesures qu'il y a lieu de prendre pour s'attacher aux déterminants de la santé et inclut dans sa liste la nécessité de « fournir des documents aux revues universitaires et professionnelles sur les faits nouveaux au Canada et la possibilité qu'ils influent sur la santé des Canadiens » (p. vi). Il importe que la base de connaissances croissante sur la manière de s'attacher aux inégalités sociales par des mesures de santé publique à l'échelle locale soit renforcée par la dissémination volontaire de connaissances, que ce soit par les mécanismes traditionnels comme les revues, par des rapports ou par d'autres mécanismes d'échange de connaissances comme les communautés de pratique.

8 Développement de la petite enfance

Le fait que les expériences vécues pendant la petite enfance constituent les éléments de base du développement tout au long de la vie est largement reconnu^{4, 28}. De plus, comme ce sont les enfants les plus démunis qui obtiennent les gains les plus marqués, investir dans le développement de la petite enfance (DPE) est considéré comme un moyen puissant d'égaliser les chances⁴.

Le fait de vivre dans des conditions socioéconomiques défavorables durant l'enfance et l'adolescence augmente le risque de souffrir plus tard de problèmes de santé...les conditions de vie durant l'enfance comptent parmi les déterminants les plus importants de l'état de santé... les effets de ces déterminants sont cumulatifs et se manifestent à très long terme. (pp. 44–45)²⁹.

Les expériences vécues pendant la petite enfance influencent le développement physique, social, émotionnel et cognitif et celui du langage, ce qui, tout au long de la vie, influe sur

l'apprentissage, la réussite scolaire, économique et sociale et la santé^{4, 30-33}. La documentation fait constamment état de l'importance du développement de la petite enfance, des milieux favorables et des expériences de qualité pendant la petite enfance pour le développement positif de la personne^{32, 34} et la santé. Les expériences vécues pendant la petite enfance doivent contribuer à donner des résultats positifs pour le développement, et donc la santé, par un certain nombre de voies, psychologiques, comportementales et physiques, notamment^{32, 35, 36}. De multiples rapports révèlent qu'il faut un continuum complet d'approches au DPE pour réduire les iniquités en matière de santé^{4, 37}. Il s'agit notamment de politiques, de programmes et de services conçus par la collaboration intersectorielle et reposant sur « l'universalité ciblée » qui font intervenir les collectivités, en particulier les plus vulnérables, dans leur mise au point, leur instauration et leur surveillance^{30, 38}. Certaines des interventions spécifiques indiquées dans la documentation incluent : la prévention de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale³⁶, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel^{29, 30}, les visites à domicile^{30, 36}, les pratiques parentales positives^{36, 39}, les interventions en milieu scolaire pour les jeunes issus d'une famille à faible revenu¹⁷, le dépistage de la dépression, y compris chez les femmes enceintes et en période postpartum²⁹ et celui de la violence familiale²⁹. Les solutions stratégiques souvent proposées dans la documentation comme pratiques efficaces incluent : un système de garde et d'apprentissage de grande qualité^{4, 17, 31, 36, 39, 40}, la qualité du logement⁶, des services intégrés de services de développement de l'enfant³⁰, la Prestation nationale pour enfants⁶, la sécurité alimentaire, le Supplément à la nutrition mères-bébés⁶, l'abandon et la prévention du tabagisme^{6, 29}, l'éducation sexuelle des jeunes et la consultation en la matière²⁹, la promotion de l'équité entre les zones rurales et urbaines^{4, 41}, l'élimination de la pauvreté infantile¹⁷ et la réduction de l'exposition aux modèles inappropriés dans les médias, y compris la violence²⁹.

9 Engagement communautaire

Tel qu'indiqué dans d'autres sous-sections du présent rapport, l'engagement communautaire est une stratégie transversale clé à employer pour réduire les iniquités sociales en matière de santé. Les professionnels de la santé publique devraient faire intervenir les collectivités dans l'élaboration et l'instauration de politiques, de programmes et de services^{4, 30, 37}. Frohlich et Potvin³⁸ insistent notamment sur l'idée de faire participer les membres des populations vulnérables lorsqu'il s'agit de définir les problèmes, d'élaborer des interventions et d'évaluer la situation. Le rapport final du MEKN⁴² souligne la pénurie d'évaluations rigoureuses des interventions sociales destinées à réduire les inégalités en matière de santé. Cependant, les auteurs dressent la liste des principales caractéristiques définies dans les examens menés par d'autres sur des programmes fructueux. Chacune de ces huit caractéristiques inclut la consultation, l'intervention, le soutien ou l'engagement communautaire comme élément essentiel (p. 63).

Tel qu'indiqué dans la sous-section Évaluation des effets sur la santé axée sur l'équité du présent rapport, un engagement communautaire significatif peut représenter des défis pour les institutions de santé publique établies. L'engagement communautaire pourra exiger des niveaux de partage des pouvoirs et du contrôle avec lesquels les professionnels de la santé publique ne se sentiront pas nécessairement à l'aise. L'instauration d'une pratique inclusive à tous les niveaux du cycle de planification exigera des données probantes pour que les décisions visant à garantir une intensité optimale à cette pratique puissent être influencées

davantage (p. 63–64)⁴². Une évaluation minutieuse des compétences et des valeurs fondées sur les aptitudes de la main-d'œuvre en santé publique²⁴ s'imposera aussi.

10 Action intersectorielle

L'action intersectorielle est essentielle, car un grand nombre des solutions aux iniquités sociales en matière de santé se trouve en dehors du secteur de la santé. Il faudra créer des liens forts et durables entre le milieu de la santé publique et d'autres (comme l'éducation, les affaires municipales, le transport, l'environnement et les finances) pour que les mesures soient efficaces (p. 62)⁴². Les champions de la santé publique ont un rôle clé à jouer pour ce qui est d'aider les autres secteurs à comprendre en quoi leurs décisions influent sur l'équité en matière de santé. Le point de vue prédominant est celui selon lequel les problèmes complexes exigent des solutions complexes qui ne peuvent venir uniquement de la collaboration entre les gouvernements et les secteurs visant à définir les problèmes, à partager les ressources et à évaluer les résultats⁴³. L'action intersectorielle exige de la synergie, de la coordination, du partage, des approches participatives, du temps et un engagement à long terme à une vision commune⁴⁰.

Le milieu de la santé publique joue depuis longtemps un rôle de meneur sur les questions de santé et sur la collaboration par des structures de coalition. Il n'est pas à la portée de tous les professionnels de la santé publique de pouvoir prendre l'initiative de réduire les iniquités en matière de santé, que ce soit sur le plan de la pratique, de l'autorité ou de la compétence, et il y aurait lieu de réfléchir afin de s'assurer que les éléments favorables sont en place et maximiseront les chances de réussite.

Références

1. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health (draft). Commission on Social Determinants of Health; April 2007.
2. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up part 1. World Health Organization; 2006.
3. Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequalities in health: Levelling up part 2. University of Liverpool: WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health; 2006.
4. CSDH. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health: Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; 2008.
5. Blackman T. Can smoking cessation services be better targeted to tackle health inequalities? evidence from a cross-sectional study. *Health Educ J* 2008 06; 67(2):91–101.
6. Canadian Institute for Health Information. Reducing gaps in health: A focus on socio-economic status in urban Canada. Ottawa: CIHI; 2008.
7. Gardner B. Health equity discussion paper. Toronto Central LHIN; 2008.
8. Moberg H, Hogstedt, C. Summary Chapter. pp 334–350. In Hogstedt C, Moberg, H, Lundgren B, and Backhans M. (eds.) *Health for All? A critical analysis of public health policies in eight European countries*. Swedish National Institute of Public Health; 2008.
9. Farr M, Wardlaw J, Jones C. Tackling health inequalities using geodemographics: A social marketing approach. *International Journal of Market Research* 2008; 50(4):449.
10. Grier S, Bryant CA. Social marketing in public health. *Annu Rev Public Health* 2005; 26:319–39.
11. Campbell MK, Quintiliani LM. Tailored interventions in public health: Where does tailoring fit in interventions to reduce health disparities? *Am Behav Sci* 2006 02; 49(6):775–93.
12. Niederdeppe J, Kuang X, Crock B, Skelton A. Media campaigns to promote smoking cessation among socioeconomically disadvantaged populations: What do we know, what do we need to learn, and what should we do now? *Social Science & Medicine* 2008; 67:1343.
13. Kreuter MW, Sugg-Skinner C, Holt CL, Clark EM, Haire-Joshu D, Fu Q, Booker AC, Steger-May K, Bucholtz D. Cultural tailoring for mammography and fruit and vegetable intake among low-income African-American women in urban public health centers. *Prev Med* 2005 July; 41(1):53–62.
14. Niederdeppe J, Bu QL, Borah P, Kindig DA, Robert SA. Message design strategies to raise public awareness of social determinants of health and population health disparities. *The Milbank Quarterly* 2008; 86(3):481–513.

15. Christopoulos A, McVey D, Crosier A. A rapid review of innovation in the context of social determinants: Lessons from Europe – A working document. National Social Marketing Centre/DETERMINE; nd.
16. Public Health Agency of Canada, World Health Organization. Health equity through intersectoral action: An analysis of 18 country case studies. Canada: World Health Organization; 2008.
17. Lemstra M, Neudorf C. Health disparity in Saskatoon: Analysis to intervention. Saskatoon: Saskatoon Health Region; 2008.
18. Bull J, Hamer L. Closing the gap: Setting local targets to reduce health inequalities. Health Development Agency; 2007.
19. Taylor L, Quigley RJ. Health impact assessment: A review of reviews. Health Development Agency; October 2002.
20. Taylor L, Gowman N, Quigley R. Addressing inequalities through health impact assessment. Health Development Agency; 2003.
21. Kemm J. Health impact assessment and health in all policies. In: M. Stahl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen, K. Leppo, editors. Health in all policies: Prospects and potentials. Finland: Ministry of Social Affairs and Health, Finland; 2006.
22. Health impact assessment workshop – Document for participants. National Collaborating Centre for Healthy Public Policy; Vancouver, June 2007.
23. Mahoney M, Simpson S, Harris E, Aldrich R, Stewart-Williams J. Equity focused health impact assessment framework. Australia: Australian Collaboration for Health Equity Impact Assessment (ACHEIA); 2004.
24. Public Health Agency of Canada. Core competencies for public health in Canada: Release 1.0. Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada; 2008.
25. Potvin L, Lessard R, Fournier P. Social inequalities in health. A partnership of research and education. *Can J Public Health* 2002 Mar-Apr; 93(2):134–7.
26. Petticrew M, Roberts H. Systematic reviews – do they ‘work’ in informing decision-making around health inequalities? *Health Economics, Policy and Law* 2008 Apr; 3(2):197.
27. Raphael D. Addressing health inequalities in Canada. *Leadership in Health Services* 2002; 15(2):1.
28. Hancock T. Act locally: Community-based population health promotion. Victoria, BC: The Senate Sub-Committee on Population Health; 2009.
29. Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Third national report on the health status of the population of Québec. Rich in all our children – poverty and its impact on the health of children under 18. Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2007.
30. Irwin L, Siddiqi A, Hertzman C. Early child development: A powerful equalizer. World Health Organization’s Commission on Social Determinants of Health; June 2007.

31. Pascal CE. With our future in mind: Implementing early learning in Ontario; 2009.
32. McCain MN, Mustard F. Reversing the brain drain: Early years study: Final report. Toronto: Ontario Children's Secretariat; 1999.
33. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to promote healthy social environments. *American Journal of Preventive Medicine* 2003; 24(3S):21–4.
34. Siddiqi A, Irwin L, Hertzman C. Total environment assessment model for early child development: Evidence report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007.
35. Henry P. An examination of the pathways through which social class impacts health outcomes. *Academy of Marketing Science Review*; 2001:1.
36. Torjman S. Poverty policy. Caledon Institute of Social Policy. October 2008.
37. Pedersen S, Barr V, Wortman J, Rootman I, Public Health Association of BC. Evidence review: Equity lens. BC Ministry of Health; 2007.
38. Frohlich KL, Potvin L. Transcending the known in public health practice: The inequality paradox: The population approach and vulnerable populations. *Am J Public Health* 2008 Feb; 98(2):216–21.
39. Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. A healthy, productive Canada: A determinant of health approach. Ottawa: Government of Canada; June 2009.
40. Subcommittee on Population Health of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology. Population health policy: International perspectives. Ottawa: Government of Canada; 2008.
41. Pong, R. Rural poverty and health: What do we know? Presentation to the standing Senate committee on agriculture and forestry; May 29, 2007.
42. Kelly M, Morgan A, Bonnefoy J, Butt J, Bergman V. The social determinants of health: Developing an evidence base for political action. Measurement and Evidence Knowledge Network, WHO Commission on Social Determinants of Health; October 2007.
43. Blas E, Gilson L, Kelly MP, Labonté R, Lapitan J, Muntaner C, Östlin P, Popay J, Sadana R, Sen G, Schrecker T, Vaghri Z. Addressing social determinants of health inequities: What can the state and civil society do? *Lancet* 2008; 372:1684–9.



Sudbury & District

Health Unit

Service de
santé publique