

Recherche qualitative originale

Indicateurs pour orienter l'action visant l'équité en matière de santé dans les organismes locaux de santé publique : le programme Projets locaux en Ontario

Benita Cohen, Ph. D. (1); Katherine Salter, M. Sc. (2); Anita Kothari, Ph. D. (3); Marlene Janzen Le Ber, Ph. D. (4); Suzanne Lemieux, Ph. D. (5); Kathy Moran, M. Sc. S. (6); Caroline Wai, M. Sc. S. (7); Deborah Antonello, M.N. (8); Jordan Robson, M. Sc. (8); Rosana Salvaterra, M.D., FRCPC (9)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction. Grâce au programme Projet locaux financé par Santé publique Ontario, une équipe de professionnels de la santé publique a entrepris de concevoir et de tester un ensemble d'indicateurs afin d'orienter l'action visant l'équité en matière de santé au sein des organismes locaux de santé publique (OLSP).

Méthodologie. Le projet a démarré avec un examen de la portée de la littérature, la consultation d'experts sur le sujet et l'élaboration d'un ensemble d'indicateurs de validité apparente conforme aux quatre mandats de la santé publique visant à réduire les inégalités en matière de santé (CCNDS, 2014) auxquels on a ajouté un cinquième ensemble d'indicateurs relatifs au mandat de perfectionnement organisationnel et systémique. Nous rendons compte ici des tests de terrain portant sur la faisabilité, sur la validité apparente (clarté et pertinence), sur la fiabilité et sur la comparabilité de ces indicateurs dans quatre OLSP de l'Ontario. Les données ont été recueillies par deux personnes ou groupes différents dans chaque site et en deux périodes. Ces personnes ont participé à des groupes de discussion à la fin de chaque période d'essai, ce qui a permis pour chaque indicateur un examen approfondi de sa clarté, de la disponibilité des sources de données associées et de sa pertinence. Un troisième groupe de discussion a étudié l'utilisation qui pourrait être faite de ces indicateurs.

Résultats. Les essais de terrain ont montré que les indicateurs ont contribué à résoudre des questions importantes en lien avec tous les mandats en santé publique. Bien que les indicateurs ne possèdent pas tous la même utilité, les sites d'essai les ont tous jugés utiles. Diverses recommandations en matière de clarté ont été suivies pour améliorer l'ensemble final d'indicateurs et pour élaborer un guide d'utilisation des indicateurs d'équité en santé offrant des renseignements généraux et des suggestions de ressources.

Conclusion. Le processus d'évaluation des activités liées à l'équité en matière de santé dans les OLSP n'en est qu'à ses débuts. Ce projet fournit aux OLSP de l'Ontario un outil d'orientation pour leur travail visant l'équité en matière de santé, outil qui pourrait être adapté aux autres provinces et territoires du Canada.

Mots-clés : pratique en santé publique, équité en matière de santé, indicateurs, Ontario

Points saillants

- Divers mandats en santé publique ont été définis pour réduire les inégalités en matière de santé, mais il n'existe aucun consensus sur les stratégies les plus efficaces à adopter par les organismes locaux de santé publique (OLSP) de l'Ontario pour résorber les inégalités en matière de santé à l'échelle locale.
- Notre étude a permis la création d'un ensemble d'indicateurs fondés sur des données probantes et testés sur le terrain utile pour l'action des OLSP visant l'équité en matière de santé, respectant les normes en santé publique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et conforme aux mandats en santé publique du Canada dans la réduction des inégalités en matière de santé au sein de la population.
- Ces indicateurs, bien qu'élaborés pour l'Ontario, pourraient être adaptés aux autres provinces et territoires du Canada.

Rattachement des auteurs :

1. Collège des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé Rady, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba), Canada
2. Sciences de la réadaptation et de la santé, Collège Elborn, Université Western, London (Ontario), Canada
3. École des études sur la santé, Université Western, London (Ontario), Canada
4. Collège universitaire Brescia, Université Western, London (Ontario), Canada
5. Service de santé publique de Sudbury et du district, Sudbury (Ontario), Canada
6. Service de santé de la région de Durham, Whitby (Ontario), Canada
7. Bureau de santé publique de Toronto, Toronto (Ontario), Canada
8. Santé publique Algoma, Sault Ste. Marie (Ontario), Canada
9. Bureau de santé de Peterborough, Peterborough (Ontario), Canada

Correspondance : Benita Cohen, Collège des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé Rady, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba) R3T 2N2; tél. : 204-474-9936; téléc. : 204-474-7682; courriel : Benita.Cohen@umanitoba.ca

Introduction

La réduction des inégalités en santé, c'est-à-dire des différences en matière de santé liées à des désavantages systématiques sous-jacents (p. ex. en raison d'un accès inégal au pouvoir, au revenu) et considérés comme modifiables et injustes¹⁻³, constitue désormais une priorité mondiale en matière de santé publique³. Parvenir à l'équité en matière de santé – c'est-à-dire que tous ont des chances similaires d'atteindre leur meilleur état de santé possible et que personne n'est désavantagé par des conditions sociales, économiques et environnementales¹ – a été défini comme un impératif éthique et une question de justice sociale et de droits de la personne^{2,3}. Le secteur de la santé publique du Canada, qui défend les valeurs fondamentales de justice et d'équité sociale⁴ et qui a l'obligation éthique d'assurer de bonnes conditions de santé à la population⁵, a un important rôle à jouer dans la promotion de l'équité en matière de santé⁶.

En Ontario (province canadienne), des *Normes de santé publique de l'Ontario* (NSPO)⁷ ont été publiées en 2008 pour tenir compte de changements quant à la manière dont les organismes locaux de santé publique (OLSP) devaient déterminer, planifier, mettre en œuvre et évaluer les programmes et les services en santé publique. Ces changements portaient en particulier sur l'importance des déterminants de la santé et sur la réduction des inégalités en matière de santé. L'un des éléments fondamentaux en lien avec les exigences du NSPO a été de définir quelles étaient les « populations prioritaires » et de collaborer avec elles. Complétant les NSPO et publiées en 2011, les *Normes organisationnelles de santé publique de l'Ontario* (NOSPO)⁸ présentent les exigences en matière de gestion et d'administration des OLSP. Tous les bureaux de santé doivent posséder un plan stratégique indiquant comment résoudre les problèmes d'équité lors de la prestation et de l'évaluation des programmes et services.

Bien que la prise en compte des déterminants sociaux de la santé soit essentielle pour réduire les inégalités en matière de santé dans l'action en santé publique en Ontario, au moment où notre recherche a été menée, il n'existe aucune norme liée aux programmes définissant clairement le mandat et les exigences en lien avec l'équité en matière de santé pour les

bureaux de santé locaux et les organismes de santé publique. Pourtant, agir sur les déterminants sociaux de la santé pour réduire les inégalités s'est avéré essentiel dans la pratique en santé publique⁷. Alors que la littérature offre des définitions uniformes quant aux mandats en santé publique dans l'action sur les déterminants sociaux de la santé pour réduire les inégalités en matière de santé⁶, il n'existe pas de consensus sur les stratégies les plus efficaces à adopter par les OLSP pour résorber les inégalités en matière de santé à l'échelle locale⁹⁻¹¹. En 2013, un processus informel, conduit par un groupe chargé de l'équité en matière de santé en Ontario (auquel ont participé RS et CW), a permis de créer une première série d'indicateurs d'équité en matière de santé¹² conformes aux NSPO et qui a suscité un intérêt et un soutien de la part des acteurs de terrain. Toutefois, on savait que la démarche adoptée pour élaborer les indicateurs constituait un point de départ et nécessitait une évaluation approfondie avant toute adoption à plus grande échelle.

L'obtention d'une subvention du programme Projets locaux de Santé publique Ontario (SPO) nous a permis de créer un ensemble d'indicateurs fondés sur des données probantes et soumis à des tests rigoureux dont l'objectif était de suivre et d'orienter l'action sur l'équité en matière de santé et sur les déterminants sociaux de la santé dans les OLSP de l'Ontario. Nous avons voulu savoir quels indicateurs permettaient de soutenir et de renforcer les mandats en santé publique visant à agir sur les déterminants sociaux de la santé relevés par le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé [CCNDS]⁶, de manière à réduire les inégalités en matière de santé au sein de la population. À notre connaissance, nous avons été les premiers à formuler des mandats (déscrits plus loin) spécifiquement adaptés au contexte canadien et fondés sur des données probantes.

Notre équipe était dirigée par la chercheuse principale (RS) et cinq autres professionnels de la santé publique (CW, DA, JR, KM, SL), représentant six OLSP de l'Ontario, en partenariat avec quatre chercheurs universitaires (AK, BC, KS, MJL) qui nous ont aidés tout au long du projet. L'une des premières étapes du projet a été d'effectuer un examen de la portée de la littérature (décris ailleurs¹³) pour déterminer quels indicateurs pourraient rendre compte de l'action visant l'équité en matière de santé au sein des organismes locaux de santé publique et

pourraient aider à orienter les activités futures en lien avec chaque mandat en santé publique relevé par le CCNDS⁶. Cette première étape a inclus la demande de rétroaction sur un ensemble d'indicateurs potentiels auprès d'experts (intervenants clé) en équité en matière de santé et en conception d'indicateurs aux échelles provinciale, nationale et internationale ainsi que l'élaboration d'un premier ensemble d'indicateurs tenant compte de leurs commentaires et prêt à être testé sur le terrain. L'examen de la littérature et les entrevues avec les intervenants clés ont confirmé que l'utilisation d'indicateurs pour définir et mesurer l'action visant l'équité en matière de santé en santé publique et pour en rendre compte en était encore à ses balbutiements. L'équipe chargée du projet a utilisé la méthode du consensus de groupe pour créer un premier ensemble d'indicateurs pour chacun des quatre mandats d'équité en matière de santé du CCNDS⁶. Durant ce processus, un cinquième rôle est ressorti, celui des systèmes organisationnels internes. Nous avons créé un carnet de travail rassemblant les indicateurs représentatifs des cinq mandats en santé publique visant l'équité en matière de santé afin de préparer l'étape suivante du projet, à savoir le test de ces indicateurs sur le terrain, que nous présentons dans cet article.

Nous avons opté, dans les deux étapes du projet, pour une définition de l'équité en matière de santé (présentée dans l'introduction) largement reconnue dans le milieu de la santé publique¹. Certains pourraient reprocher à cette définition de ne pas tenir compte des responsabilités des systèmes de soins de santé, mais nous estimons qu'une compréhension globale d'une santé optimale doit inclure la recherche sur les conditions sociopolitiques, économiques et environnementales.

Méthodologie

Nous avons choisi comme cadre un modèle d'étude de cas multiple exploratoire conçu par Yin¹⁴ afin de tester les indicateurs d'équité en matière de santé quant à leur faisabilité (facilitation de la collecte de données), à leur validité apparente (clarté, pertinence), à leur fiabilité et à leur comparabilité. Pour ce projet, nous avons choisi comme cas les sites d'essai des OLSP. Nous avons sélectionné quatre sites d'essai pour mieux cerner les résultats convergents et faciliter l'examen des variations en lien avec la mise en œuvre de l'outil d'évaluation.

Nous avons recruté ces OLSP en début d'étude, grâce aux réseaux professionnels des membres de l'équipe, afin qu'ils servent de sites d'essai. Afin d'obtenir une sélection maximale d'échantillons variés¹⁵, nous avons choisi de préférence les sites représentatifs de plusieurs zones géographiques de Statistique Canada¹⁶ (urbaines, rurales, mélange de zones urbaines et rurales) et de plusieurs structures de gouvernance du système de santé publique (bureau de santé publique autonome, bureau de santé publique semi-autonome, conseil régional qui joue le rôle de bureau de santé publique). Le tableau 1 fournit une description des sites d'essai. Nous avons obtenu une approbation déontologique conforme aux exigences des organismes de tous les membres de l'équipe qui participent au projet comme des sites des OLSP.

Recrutement et orientation

Nous n'avons pas restreint le recrutement de participants dans la mesure où ceux-ci respectaient nos critères d'admissibilité. Une personne était admissible si elle avait travaillé à l'OLSP pendant au moins deux mois et si elle était membre de l'équipe des « déterminants sociaux de la santé », de l'équipe chargée de l'équité en matière de santé ou d'un groupe de travail pertinent au sein de l'OLSP. Chacun des sites d'essai a ensuite défini son propre processus de

désignation du personnel responsable de la collecte de données, en fonction de ce qui apparaissait le plus pertinent pour le site en termes de taille et de structure. Dans certains sites, une ou deux personnes s'occupaient de la collecte de données, tandis que dans d'autres cette tâche était répartie au sein des membres de l'équipe. Les personnes intéressées communiquaient directement avec l'adjointe de recherche au projet. Tous les participants au projet ($n=14$) de tous les sites ont donné leur consentement avant le début de la collecte de données.

Ces personnes ont été invitées à participer à un webinaire d'orientation présenté par les membres de l'équipe chargée du projet avant de débuter la première série de collecte de données. Avant la tenue de ce webinaire, tous les sites d'essai ont reçu un carnet de travail (dont il sera question plus loin) regroupant (a) les indicateurs préliminaires proposés, (b) des définitions et des renseignements généraux provisoires et (c) des feuilles de travail préliminaires pour la collecte de données. Cela a aidé les participants à poser des questions sur le processus. En outre, le matériel fourni a permis une compréhension commune des objectifs du projet. La présentation a été enregistrée en mémoire cache pour que les participants qui ne pouvaient être présents à la réunion d'orientation aient accès au webinaire.

TABLEAU 1
Description des sites d'essai

Site de l'essai pilote	Modèle de gouvernance	Groupes homologues ^a
Site 1	Conseil régional jouant le rôle de bureau de santé publique	Mélange de zones urbaines et rurales ^a Mélange de centres de population affichant une densité de population élevée et de zones rurales Proportion élevée de minorités visibles Faible proportion d'Autochtones Taux d'emploi moyen
Site 2	Bureau de santé publique autonome	Mélange de zones urbaines et rurales peu peuplées ^a Mélange de centres de population et de zones rurales Proportion moyenne de minorités visibles Proportion élevée d'Autochtones
Site 3	Bureau de santé publique autonome	Principalement des régions rurales ^a Principalement des centres de population comptant une densité de population moyenne Proportion moyenne de minorités visibles Taux d'emploi élevé
Site 4	Bureau de santé publique semi-autonome ^b	Région métropolitaine ^a Forte population Proportion élevée de minorités visibles Très faible proportion d'Autochtones

^aSelon les données de Statistique Canada⁹.

^bIl s'agit d'un bureau qui a le pouvoir de définir des politiques, mais qui n'est pas responsable des finances. Les questions budgétaires doivent être approuvées par le conseil municipal.

Essais sur le terrain des indicateurs

Tous les sites des OLSP ont collaboré à cette phase durant la même période, soit environ 16 semaines (juin à septembre 2015). Le processus d'essais sur le terrain a été réalisé en cinq étapes. Alors que le processus de collecte de données a été réalisé de manière séquentielle, les processus d'analyse, de synthèse et d'élaboration des indicateurs ont été réalisés en fonction de leur émergence, au fur et à mesure et de manière itérative.

Étape 1 (semaines 1 à 4) : les sites d'essai ont été chargés de collecter les données sur les indicateurs à l'aide du carnet de travail, qui renfermait des feuilles de travail créées par l'équipe de recherche spécifiquement pour la collecte de données. Diverses questions y ont été posées à propos de la pertinence, de la clarté et de la faisabilité (capacité à faciliter la collecte de données) des indicateurs. (Des exemples de feuilles de travail étaient fournis dans le guide d'utilisation dont il sera question plus loin dans l'article.) Les sites devaient désigner une personne pour assumer la responsabilité principale de la collecte de données lors de cette première série.

Étape 2 (semaines 5 à 7) : les personnes qui étaient « principalement responsables » dans chacun des sites d'essai du processus de collecte des données lors de la première étape ont été invitées à participer à un groupe de discussion par téléphone pendant deux heures mené par l'adjointe de recherche de l'équipe (KS). Les questions encourageaient les participants à discuter des questions de clarté, de faisabilité et de pertinence de chaque indicateur. Les discussions (une pour chaque groupe) ont été enregistrées et transcrrites. Toutes les feuilles de travail remplies par chacun des sites d'essai ont été retournées à l'adjointe de recherche par courriel. Les données recueillies sur les indicateurs ont été saisies dans des tableurs Microsoft Excel. Les transcriptions et les réponses aux questions ouvertes des groupes de discussion quant aux questions des feuilles de travail ont été saisies dans NVivo (version 10) pour un encodage et une analyse de contenu provisoire. De plus, les renseignements provenant des sites d'essai concernant le perfectionnement continu des indicateurs ou les renseignements ayant à figurer dans le futur « guide d'utilisation » pour accompagner les indicateurs ont été téléchargés sur le site de collaboration de l'équipe

chargée du projet pour la suite du projet. Cette démarche de collecte et d'analyse de données a également été utilisée lors des autres étapes du projet.

Étape 3 (semaines 8 à 11) : les sites d'essai avaient à réaliser une deuxième collecte de données en utilisant les mêmes feuilles de travail, mais chaque site devait désigner une personne différente pour superviser le travail. Les collecteurs de données de cette deuxième série avaient à leur disposition des lignes directrices rédigées à partir des résultats obtenus lors des discussions du premier groupe de discussion (déscrits plus loin dans la partie Résultats).

Étape 4 (semaines 12 à 14) : une conférence téléphonique de deux heures a réuni un deuxième groupe de discussion constitué des quatre participants les plus actifs lors de la deuxième collecte de données de chacun des sites d'essai. Le groupe de discussion a utilisé, outre les mêmes questions que le premier groupe de discussion, les résultats de ce premier groupe de discussion ainsi que l'analyse et la production des lignes directrices.

Étape 5 (semaines 15 et 16) : un troisième et dernier groupe de discussion a discuté par téléphone de la pertinence et de l'utilisation envisagée des renseignements obtenus par les indicateurs. Ce groupe était ouvert à toute personne ayant participé à la collecte de données de chacun des sites.

Analyse des données

Toutes les données collectées dans les sites d'essai à la suite du premier groupe de discussion et en lien avec les indicateurs ont été saisies de manière à ce que les résultats soient consultables facilement par site. Les questions ouvertes des carnets de travail des sites d'essai ont été compilées et importées dans NVivo pour l'analyse de contenu. Les transcriptions du premier groupe de discussion ont été également importées dans NVivo pour analyse. L'encodage provisoire a été fait dans NVivo par l'adjointe de recherche afin de relever les concepts communs liés à la clarté, à la faisabilité (obstacles et facilitateurs, facilité dans la collecte de données) et à la pertinence de chaque indicateur. Les résultats de l'analyse (relevant des données du carnet de travail et des groupes de discussion) ont été examinés par plusieurs autres membres de l'équipe, qui ont fourni des commentaires constructifs. Des lignes directrices

ont été élaborées sur la base de cette première série de procédures pour fournir une rétroaction aux personnes responsables de mener les activités de la deuxième collecte de données dans chaque site d'essai. En outre, les concepts relevés lors de la première analyse et susceptibles de servir à préciser a) les indicateurs et b) le contexte et les définitions associés à chaque point dans le carnet de travail portant sur les indicateurs ont été synthétisés et publiés sur notre site Web collaboratif. Les commentaires ont servi à perfectionner les indicateurs et le matériel d'essai rassemblés dans l'espace de travail en ligne de l'équipe de recherche. Le processus de perfectionnement a ainsi commencé avant la réunion du deuxième groupe de discussion et s'est poursuivi jusqu'à ce que tous les concepts et les commentaires relevés lors de l'analyse de contenu des données de la deuxième série soient traités.

Les transcriptions correspondant au deuxième groupe de discussion et les réponses de faisabilité provenant des feuilles de travail des sites d'essai de la deuxième collecte ont été importées dans NVivo pour être analysées de la manière décrite précédemment. Les feuilles de travail de la deuxième collecte de données ont également été utilisées pour enrichir les comparaisons transversales. L'analyse de contenu a été réalisée de la manière décrite précédemment. Les concepts et les commentaires en lien avec le perfectionnement des indicateurs après la deuxième collecte ont été comparés à ceux de la première collecte, résumés et mis en ligne dans l'espace de travail, où ils ont alimenté le processus continu de perfectionnement mené par l'équipe de recherche. Les données collectées en lien avec les indicateurs ont été saisies dans des tableurs Excel comme nous l'avons décrit plus haut. Il en a été de même pour l'enregistrement et la transcription des discussions du troisième et dernier groupe et pour l'analyse de contenu.

Résultats

Les essais sur le terrain ont permis le perfectionnement de 15 indicateurs, qui ont été regroupés en cinq catégories. Quatre de ces catégories reposent sur les quatre mandats en santé publique visant la promotion de l'équité en matière de santé énoncés par le CCNDS⁶ : (i) évaluer et signaler les inégalités (4 indicateurs); (ii) modifier et orienter les programmes et les services (3 indicateurs); (iii) poursuivre

la collaboration communautaire et multi-sectorielle pour répondre aux besoins en matière de santé des diverses populations au moyen de programmes et de services (2 indicateurs); (iv) diriger et soutenir les politiques et y participer en collaborant (2 indicateurs). Les résultats de la première étape du projet nous ont amenés à ajouter une cinquième catégorie d'indicateurs (4 indicateurs) concernant le mandat de développement organisationnel et de développement de systèmes. Le tableau 2 fournit un exemple d'indicateur pour chacun des cinq mandats en santé publique. Voici les principaux résultats relatifs à la pertinence, à la clarté, à la faisabilité, à la fiabilité et à l'applicabilité de ces indicateurs.

Pertinence

Les participants de tous les sites d'essai étaient tous d'accord pour dire que les indicateurs étaient importants et que la participation au processus d'évaluation était fondamentale. Ils ont souligné que les renseignements obtenus ne devraient pas servir à comparer les OLSP quant aux attentes en matière de rendement à l'échelle provinciale mais plutôt à aider les organismes à s'intéresser aux questions d'équité en matière de santé et à faire des apprentissages entre eux grâce à divers mécanismes informels. Voici ce que deux participants ont noté :

[...] il s'agit pour tout le monde de placer la barre plus haut, et non de montrer du doigt [...] personne n'est au même point du parcours.

C'est bien d'avoir des lignes directrices ou un manuel pour inciter les bureaux de santé à les consulter, à les utiliser et à les intégrer dans les mesures du rendement et dans les collectes de données, et d'examiner les indicateurs sur lesquels nous devrions nous pencher et nous concentrer.

Clarté

Bien qu'un grand nombre d'indicateurs aient été jugés compréhensibles, surtout dans le mandat de développement organisationnel et systémique, les participants ont demandé dans leurs rétroactions des améliorations quant à la clarté des indicateurs ainsi que des modifications des renseignements généraux et des définitions fournis aux sites dans le matériel d'essai. Après la réunion du premier groupe de

TABLEAU 2
Exemples d'indicateurs relatifs aux mandats en santé publique

Mandat	Exemple d'indicateur
I. Évaluer et faire rapport	<p>A) Votre organisme de santé publique procède-t-il à des analyses de routine des résultats sur la santé importants pour la santé publique, stratifiées selon des variables démographiques et/ou socioéconomiques? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>À quelle fréquence?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Semestrielle <input type="checkbox"/> Annuelle <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) <p>B) Veuillez cocher chaque variable pour laquelle des renseignements sont fournis et stratifiés (le cas échéant). Veuillez noter que cette liste n'est pas exhaustive.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sexe <input type="checkbox"/> Genre <input type="checkbox"/> Groupe d'âge <input type="checkbox"/> Au moins 2 marqueurs sociaux (p. ex. scolarité, revenu, origine ethnique, statut d'immigrant, orientation sexuelle) <input type="checkbox"/> Au moins 1 marqueur géographique (p. ex. municipalité, région urbaine ou rurale, voisinage) <input type="checkbox"/> Identité autochtone (si possible) <input type="checkbox"/> Une mesure sommaire de l'inégalité absolue (p. ex. indice d'inégalité de la pente de la différence absolue, mesures sommaires des inégalités socioéconomiques en matière de santé) <input type="checkbox"/> Une mesure sommaire de l'inégalité relative en matière de santé (p. ex. ratio des taux de disparité, fraction attribuable dans la population, indice relatif d'inégalité, indice de concentration) <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)
II. Modifier et orienter les programmes et les services	<p>A) Votre organisme de santé publique utilise-t-il un mécanisme pour s'assurer que la planification opérationnelle comprend une évaluation de l'équité en matière de santé des programmes et services offerts par les services de santé, au moins annuellement (ou avec des mises à jour)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>B) Votre organisme de santé publique offre-t-il un outil d'évaluation de l'équité en matière de santé normalisé que les membres du personnel peuvent utiliser pour évaluer les programmes et les services? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Dans l'affirmative, veuillez fournir la liste des outils utilisés :</p> <p>C) Des programmes ou des services de l'organisme de santé publique ont-ils été modifiés à la suite d'une évaluation de l'équité en matière de santé?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, veuillez les énumérer et les décrire :
III. Établir des partenariats communautaires et multisectoriels	<p>A) Votre organisme de santé publique possède-t-il une stratégie de mobilisation communautaire sur le plan organisationnel? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>B) Dans l'affirmative, cette stratégie prend-elle en compte des populations prioritaires aux prises avec des inégalités en matière de santé? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Dans l'affirmative, veuillez expliquer :</p>
IV. Diriger et appuyer la définition des politiques et y participer avec d'autres personnes	<p>Combien de positions et d'énoncés de politique, examinés et approuvés par le bureau de santé (au cours de la dernière année), illustrent la défense des droits des populations prioritaires qui vivent des inégalités en matière de santé (ou sont plus susceptibles d'en vivre)?</p>
V. Perfectionnement organisationnel et de système	<p>A) Le plan stratégique du bureau de santé décrit-il comment les problèmes d'équité seront réglés? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Dans l'affirmative, veuillez expliquer :</p> <p>B) Quelle est la période (en années) couverte par le plan stratégique actuel? Veuillez indiquer les dates.</p> <p>Le plan stratégique comprend-il des objectifs en ce qui a trait aux résultats? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Dans l'affirmative, veuillez les indiquer :</p>

discussion et l'analyse préliminaire de son contenu et des réponses des carnets de travail, il est devenu évident que plusieurs éléments liés à la clarté de l'indicateur devaient être traités dans les rétroactions fournies aux sites d'essai avant la deuxième collecte de données. Il y a d'abord eu confusion quant au recours au terme « bureau de santé » dans l'indicateur. Les sites ont donc eu pour consigne d'interpréter pour la 2^e collecte « bureau de santé » comme étant un « organisme local de santé publique ». Dans la version définitive, les indicateurs ont été révisés en conséquence. Les sites ont également demandé des précisions sur l'objectif de l'essai et ont voulu savoir selon quelle norme leurs réponses seraient évaluées. Tout le matériel rattaché aux indicateurs insiste sur le fait que les renseignements recueillis sont destinés aux OLSP afin qu'ils réfléchissent sur des améliorations dans leur pratique et dans certains secteurs. Enfin, les répondants ont fait des commentaires et des suggestions pour améliorer la clarté des indicateurs et certaines définitions générales. Les répondants ont parfois souligné que c'est le manque de clarté qui les avait empêchés de fournir les données relatives à l'indicateur (ou d'en évaluer la pertinence). Nous avons utilisé cette rétroaction pour revoir le carnet de travail et les indicateurs.

Faisabilité

Obstacles à la fourniture de données pour les indicateurs

Pour la fourniture de données concernant les indicateurs du mandat 1, c'est-à-dire ceux habituellement relatifs aux rapports de données épidémiologiques ou démographiques, les obstacles répertoriés dans les deux collectes étaient surtout liés à l'accès aux sources de données et à leur qualité. Ne « pas être en mesure d'avoir accès aux bonnes données au moment opportun » et ne pas avoir « les sources de données qui sont axées précisément sur les populations vulnérables et prioritaires » ont été les obstacles relevés, de même que l'« annulation du questionnaire détaillé du recensement ». Tous les sites d'essai ont remarqué qu'il existait des limites en matière de qualité possible des données. Des inquiétudes ont été soulevées à propos de la taille de l'échantillon (c.-à-d. « la taille de l'échantillon sera pour nous une contrainte, car il sera très difficile pour nos populations d'être stratifiées »), notamment en cas de données collectées dans des « sources de données en santé publique »

et auprès de petits organismes. Quant à la fourniture de données pour les indicateurs ne nécessitant pas de données épidémiologiques ou démographiques traditionnelles, les sites d'essai ont signalé que, bien souvent, il n'existe aucun lieu centralisé de conservation des renseignements ou aucune stratégie mise en place sur le plan organisationnel pour les répertorier. En pareil cas, c'était un défi de savoir où se trouvaient les données ou à qui s'adresser pour obtenir les renseignements requis.

Parmi les autres obstacles à la fourniture de données pour les indicateurs ont été notés le manque de temps et une capacité limitée en ressources. Le processus de collecte des données présenté ici a demandé plus de temps que prévu, en partie à cause du type de renseignements dont les participants avaient besoin et de l'absence de coordination pour la collecte de données, de stockage et de mécanismes pour communiquer les renseignements au sein de l'organisme, comme cela a été noté précédemment. Les petits organismes ont mentionné : « nous n'avons ni le personnel ni le temps pour nous y consacrer comme nous le voudrions ». Dans tous les groupes de discussion, les participants ont constaté que la collecte de données était plus ardue si la question soulevée par l'indicateur n'avait pas constitué de priorité pour l'organisme. Comme quelqu'un l'a souligné, « lorsque c'est invisible et que ce n'est pas une priorité, rien n'est fait ».

Facilitateurs à la fourniture de données pour les indicateurs

Tous les sites d'essai ont souligné que l'engagement était primordial pour la réussite du processus de collecte de données, d'autant plus que, pour certains indicateurs, il n'existe pas de mécanisme clair de stockage et de communication des données. Les répondants ont noté que la fourniture de données pour les indicateurs était bien plus facile dans les secteurs où existait un plan stratégique visant précisément l'équité en matière de santé au sein de l'organisme et où un leadership fort soutenait la participation au travail en faveur de l'équité. Comme quelqu'un l'a mentionné : « nous avons du leadership et un appui solide de la direction pour ce travail et pour prioriser ce travail, et je pense que c'est une véritable force ». Les indicateurs définis comme des priorités stratégiques et organisationnelles étaient plus susceptibles d'être liés à des mécanismes établis et accessibles de stockage et de diffusion des

données, tels que des pages de sites Web ou des tableaux de bord équilibrés, vers lesquels les participants pouvaient se tourner pour collecter leurs données. On a constaté que les relations constituaient un grand facilitateur pour la collecte de données, surtout pour les indicateurs exigeant une collaboration avec le milieu local ou pour la diffusion auprès de ce dernier. Les répondants ont remarqué « beaucoup de collaboration, de relations interprofessionnelles et de membres actifs du milieu » et que « nous voyons nos forces dans la participation [...] dans le cadre d'un partenariat de collaboration ».

Fiabilité

Après la rencontre du premier groupe de discussion, l'équipe du projet a décidé de fournir des précisions aux sites d'essai en fonction de leurs rétroactions, afin de les aider dans leur collecte de données avant la réunion du deuxième groupe de discussion. Il n'est donc pas possible d'évaluer la fiabilité des indicateurs. L'équipe était fermement convaincue qu'un soutien à l'utilisation du carnet de travail était plus important que la capacité à vérifier la fiabilité des indicateurs.

Applicabilité

Dans le dernier groupe de discussion, les participants des deux phases de collecte de données de chacun des sites ont discuté de leurs apprentissages et de la façon dont utiliser les renseignements obtenus lors de l'essai pilote des indicateurs.

- 1) Tous les participants ont noté que le processus avait révélé le **besoin d'une approche organisationnelle solide pour agir en faveur de l'équité en matière de santé**. Les personnes ont constaté une absence d'**approche globale** au sein de leur organisme malgré les bons résultats dans « certains secteurs, dans certains programmes et dans certaines divisions, mais pas partout dans le bureau de santé ». Une personne a suggéré qu'**avoir une stratégie [...] augmenterait vraiment la capacité à collaborer**.
- 2) Cette collecte de données pour les indicateurs a servi de **base pour une future planification**. Les participants ont mentionné qu'en fournissant les données pour les indicateurs, ils ont constaté que « c'est ce que

nous devrions faire » et que « cet indicateur montre des exemples de bonnes pratiques, de meilleures pratiques ». Le processus « a vraiment sensibilisé » et a accru « l'importance du travail et, je crois, a permis de mettre les choses en branle ».

- 3) La collecte de ces données a également **permis aux participants d'envisager de faire les choses différemment**. Par exemple, les participants ont constaté qu'ils pourraient être plus ouverts quant à leurs modes de diffusion des renseignements (p. ex. « davantage en langage simple et clair », « utiliser des formats plus accessibles »). Ils ont envisagé de rendre obligatoires les activités visant l'équité en matière de santé, comme l'Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé, et d'améliorer les mécanismes en communication interne dans le travail d'équité en matière de santé au sein de leurs organismes.
- 4) Pour quelques participants, la collecte de données **a fourni l'occasion de découvrir des activités au sein de leur organisme**. Ils ont noté le besoin d'améliorer la communication interne (p. ex. « peut-être un bon petit travail qui se fait ailleurs qui est l'un des secrets les mieux gardés »; « nous avons appris que quelque chose est en train de se faire dans un secteur de programme ou dans un secteur de division dont nous n'étions pas au courant, cela pourrait créer de meilleures occasions de partenariat interne »).

Analyse transversale

Les réponses aux essais des indicateurs de tous les sites ont été revues afin d'étudier l'influence du contexte (c.-à-d. la spatialité et la structure de gouvernance). En comparant la fourniture de données pour les indicateurs au sein des différents sites d'essai, nous avons constaté que, dans l'ensemble, les sites 2 et 4 avaient semblé avoir eu plus de facilité que les deux autres. Ces deux sites (le premier peu peuplé et composé d'un mélange de zones urbaines et rurales et l'autre un grand site métropolitain) ont rapporté des modes très différents de collecte de données. Le site peu peuplé a compté sur la collaboration de personnes clés provenant de l'organisme lors d'une réunion au cours de laquelle les

indicateurs ont été abordés collectivement. Le grand site métropolitain bénéficiait d'un plus grand nombre de participants à la collecte de données, qui ont recruté des membres de diverses équipes mieux placés pour travailler sur les indicateurs et participer à la collecte de données.

En comparant la collecte de données complète, nous n'avons rien relevé indiquant que les OLSP ayant des structures de bureaux autonomes étaient avantagées en ce qui concerne leur capacité à collecter des données. Les OLSP ayant des bureaux semi-autonomes ont semblé avoir les lacunes les plus faibles dans les données sur les indicateurs, tandis que le site où le conseil régional agit à titre de bureau était celui où le plus de renseignements manquaient. Les sites avec des structures de bureaux autonomes se situaient entre les deux en ce qui concerne l'intégralité des données.

Il y a eu consensus sur les réponses fournies dans les quatre sites pour les indicateurs suivants :

- 1) Tous les organismes ont défini des populations prioritaires et ont planifié pour agir en leur faveur (alors qu'il existait un processus explicite et officiel dans seulement deux des quatre sites) (mandat 1, indicateur 1).
- 2) Tous les sites ont demandé aux membres du milieu appartenant aux populations prioritaires de collaborer à la collecte de données, sauf pour les enquêtes (mandat 1, indicateur 3).
- 3) Tous les sites ont déclaré nouer des partenariats actifs avec la plupart des non-professionnels de la santé énumérés (mandat 3, indicateur 2).
- 4) Tous les sites ont mentionné qu'ils avaient des plans stratégiques quadriennaux (qui différaient cependant quant aux objectifs d'équité en matière de santé) (mandat 5, indicateur 1).
- 5) Aucun site n'a déclaré effectuer d'évaluation du rendement du personnel ou de la gestion des bureaux de santé en ce qui concerne les objectifs d'équité en matière de santé (mandat 5, indicateur 4).

Cela étant dit, compte tenu de la portée limitée des essais, nous avons considéré les résultats de cette analyse transversale sur les sites d'essai comme préliminaires et

demandant à être approfondis plutôt que comme définitifs.

Élaboration d'un guide d'utilisation

À partir des rétroactions des sites d'essai, nous avons élaboré un guide d'utilisation, le *Health equity indicators for Ontario local public health agencies: User Guide*¹⁷. Il est divisé en sections correspondant aux cinq mandats liés aux indicateurs décrits plus haut. Dans chaque section, chaque indicateur est accompagné de renseignements généraux supplémentaires. À la fin du document se trouvent pour chaque indicateur des références, des ressources, un glossaire des termes, des définitions de travail, des définitions opérationnelles et des feuilles de travail.

Analyse

Résoudre les questions d'inégalité est un objectif important pour tout système de santé publique, ce que soulignent les normes de Santé publique de l'Ontario^{7,8}, et agir sur les déterminants de la santé est essentiel pour la planification et la réalisation de programmes de santé publique efficaces. Agir sur les déterminants de la santé constitue cependant un défi, surtout lorsqu'ils sont liés aux problèmes d'inégalité en matière de santé, car les inégalités sont souvent multifactorielles, axées sur les valeurs et résultent de relations complexes entre les contraintes hiérarchiques, économiques et financières et les idées politiques¹⁸. Compte tenu de cette complexité inhérente à la résorption des inégalités en santé publique, il importe de ne pas évaluer uniquement les résultats sur la santé en rapport avec ces inégalités, mais aussi les processus et les activités connexes des OLSP responsables de la mise en œuvre des programmes de santé publique. Ziggio¹⁹ affirme que résorber les inégalités en matière de santé constitue un défi global pour le rendement du système et que cela nécessite une approche à long terme pour en améliorer la capacité. La plupart des systèmes de santé publique disposent d'outils (tels que des indicateurs de mesure) pour surveiller et évaluer sur une « base régulière » le fonctionnement du système de santé²⁰. Les indicateurs de rendement sont, quant à eux, beaucoup plus rares quand il s'agit de rendre compte de la manière dont les organismes locaux de santé publique évaluent la résorption des inégalités. La revue de littérature¹³ effectuée lors de la première étape de notre

étude a montré que, malgré les efforts pour élaborer des outils, des cadres de travail et des indicateurs destinés à aider les organismes de santé publique dans leur action en faveur de l'équité²¹⁻²⁵, nous ne pouvions pas sélectionner d'indicateurs fondés sur des données probantes susceptibles de servir aux OLSP de l'Ontario pour surveiller et orienter l'équité en matière de santé et l'activité relative aux déterminants sociaux de la santé dans chacun des mandats de la santé publique définis par le CCNDS⁶. De plus, la plupart des indicateurs relevés reliaient le rendement de la santé publique et les résultats sur l'état de santé. Nous savons que certains de ces résultats sont perçus comme des marqueurs sensibles en matière de réalisation de l'équité en santé. Les mesures des résultats sur la santé sont utiles aux bureaux de la santé publique pour les aider à repérer les secteurs d'inégalités au sein des populations locales les plus enclines à vivre des inégalités. Néanmoins, ces indicateurs sont peu utiles à l'évaluation de l'incidence et de l'efficacité des programmes et des services administrés par un organisme de santé publique²⁶.

Notre projet a permis d'élaborer un ensemble complet d'indicateurs fondés sur des données probantes et testés sur le terrain, ainsi qu'un guide d'accompagnement destiné à soutenir l'action des OLSP visant à résorber les inégalités en santé, conformément aux directives du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et aux mandats en santé publique du Canada, considérés comme essentiels pour réduire les inégalités en matière de santé au sein de la population. Ces indicateurs sont conçus pour être appliqués à l'échelle locale, là où les bureaux et les organismes de santé publique sont actifs et ont des responsabilités. Les indicateurs fondés sur des données probantes pourraient par exemple être utilisés comme outil de gestion du rendement pour orienter et surveiller les progrès en lien avec le mandat d'équité en matière de santé publique défini par le cadre législatif de l'Ontario. Les bureaux de santé pourraient présenter leurs résultats en lien avec leurs responsabilités envers leurs bailleurs de fonds et la population, en fournissant des données qui montrent qu'ils luttent contre les inégalités à l'échelle locale. Ces indicateurs pourraient constituer un premier pas vers l'inclusion de mesures de rendement en matière d'équité en santé dans les futures ententes de responsabilité ou encore vers l'élaboration d'une norme

spécifique à l'équité à inclure dans les NSPO. Actuellement, les ententes de responsabilités, qui sont destinées à veiller au respect et au rendement, ne s'appliquent pas à ce secteur d'activité de la santé publique. Si les bureaux de santé locaux étaient responsables de faire état de leurs progrès dans la résorption des inégalités en matière de santé au sein des populations locales, ces indicateurs et d'autres qui demeurent à concevoir pourraient devenir des outils internes pratiques. Pour l'instant, ces indicateurs aident les bureaux à organiser leur travail en fonction de cinq secteurs stratégiques. Ils pourraient dans un premier temps alimenter des discussions fructueuses avec les principaux partenaires et collaborateurs, indispensables à l'établissement d'objectifs d'envergure et significatifs en matière d'équité en santé et à leur atteinte.

Il est important de souligner que ces indicateurs ne doivent pas susciter de concurrence lors de comparaisons provinciales, mais plutôt servir à des fins de perfectionnement. Ils sont très efficaces pour vérifier, à l'interne, dans quelle mesure les OLSP s'efforcent de mettre en place des activités d'équité en matière de santé dans les programmes et les services et là où il est possible d'apporter des améliorations, ainsi que pour constater les progrès faits au fil du temps. Le guide d'utilisation peut permettre d'entamer ou d'alimenter la discussion au sein des OLSP de l'Ontario à propos de l'équité en matière de santé en tant que priorité, à propos des ressources nécessaires ou à propos des questions de compétences et il pourrait également aider à identifier les obstacles au travail d'équité en matière de santé.

Les participants ont relevé plusieurs questions opérationnelles qui constituent un défi pour la fourniture des données nécessaires aux indicateurs, par exemple la nécessité d'améliorer la collecte et le stockage de données ou de la nécessité que soit mis en place un plan organisationnel d'équité. L'implantation et l'introduction de nouvelles pratiques organisationnelles dans les OLSP peuvent rencontrer des résistances pour de nombreuses raisons, dont l'*« action sur les déterminants sociaux »* qui est souvent négligée. Chaque sous-unité a élaboré ses propres processus collectifs en fonction de ses convictions et a créé des coalitions et des stratégies rhétoriques qui doivent être revues pour un changement réussi à l'échelle pangouvernementale²⁷. Bien que quelques débats

puissent naître sur l'importance de réaliser l'équité en matière de santé, il faut surtout souligner que les coûts en sont variables (p. ex. les ressources nécessaires pour mettre en œuvre des stratégies d'équité en matière de santé) au sein de chaque organisation^{27,28}. Bien peser le pour et le contre va être essentiel afin de rallier tous les participants au projet, au-delà des limites professionnelles et organisationnelles²⁹.

Limites

Les essais sur le terrain des indicateurs d'équité en matière de santé ayant été limités à seulement 4 des 36 OLSP de l'Ontario, il se peut que nous n'ayons pas l'éventail de toutes les expériences possibles en matière d'application des indicateurs, surtout en ce qui concerne la faisabilité de la collecte de données. Notre capacité à tirer des conclusions valables à partir de l'analyse transversale s'est également révélée limitée. Par exemple, si d'autres services de santé éloignés ou situés dans le nord de la province avaient participé à l'étude, peut-être en aurions-nous appris davantage sur la faisabilité de la collecte de données dans ces contextes par rapport aux contextes du sud. De plus, les exigences en matière de rapport rattachées au projet, en particulier les diverses échéances, ont fait en sorte que des contraintes de temps ont été imposées aux participants pour la collecte de données de chaque indicateur. Avec davantage de temps, la faisabilité de l'utilisation des indicateurs aurait sans doute été différente. Idéalement, nous aurions obtenu une évaluation approfondie de la fiabilité et de la validité de l'indicateur.

Enfin, les données relatives aux questions opérationnelles étaient parlantes en ce qui concerne l'identification des obstacles à réaliser l'équité en matière de santé. Toutefois, cet essai étant limité, il faudrait adapter et utiliser le guide d'utilisation de façon plus générale et de façon plus répétée pour mieux comprendre ces questions opérationnelles. Nous savons aussi que plusieurs OLSP de l'Ontario se sont servis de ces indicateurs pour orienter leur travail, et une étude officielle de cette utilisation est en cours.

Conclusion

Renforcer les capacités organisationnelles pour agir en faveur de l'équité en matière de santé est en tête des priorités en matière de santé publique au Canada^{6,30}. Grâce à

un processus conscient, systématique et répété élaboré par des experts reconnus dans les domaines de l'équité en matière de santé, des déterminants sociaux de la santé et de l'élaboration d'indicateurs, ainsi que grâce à l'expérience des personnes qui travaillent dans les OLSP de l'Ontario, nous avons rassemblé une série d'indicateurs qui pourraient être utilisés pour rendre compte des activités d'équité en matière de santé sur le plan de l'organisation des services de santé publique. Ces indicateurs sont accompagnés de définitions et de renseignements généraux qui ont été élaborés dans le cadre d'un processus d'évaluation, d'expérimentation et de consultation en collaboration avec nos partenaires et avec les participants aux pratiques de collecte de données des OLSP.

Bien que nous soyons conscients que les processus d'évaluation des activités en faveur de l'équité en matière de santé au sein des organismes en sont à leurs débuts, nous considérons que ces indicateurs sont des outils permettant déjà aux OLSP de renforcer leurs capacités organisationnelles d'action en faveur de l'équité en matière de santé, et qu'ils peuvent conduire à un large consensus au sein des bureaux de santé de l'Ontario quant à la manière d'agir sur les déterminants sociaux afin de réduire les inégalités en matière de santé localement. Bien qu'ils aient été élaborés pour l'Ontario, ces indicateurs pourraient être adaptés aux autres provinces et territoires du Canada.

Remerciements

L'équipe des indicateurs pour l'équité en matière de santé tient à remercier Santé publique Ontario (SPO) pour son financement dans le cadre du programme Projets locaux et nous tenons à remercier le personnel de SPO, Hilary Gibson-Wood et Rebecca Mador, pour leur soutien tout au long du projet. Les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les personnes de l'équipe du projet; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux de Santé publique Ontario. Nous remercions également les principaux experts sur le terrain ainsi que tous les services de santé publique participants pour les idées et le temps qu'ils ont donnés. Un merci tout spécial à Tannisha Lambert, coordonnatrice administrative du projet, à Alida Tanner, adjointe administrative, et à Katherine Salter, pour sa précieuse aide à la recherche.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contribution des auteurs et avis

Tous les auteurs ont conçu l'étude et élaboré les protocoles de collecte des données et d'analyse des données. KS a effectué l'acquisition des données. Tous les auteurs ont contribué à l'analyse des données. BC a pris en charge la rédaction et la révision de l'article, avec la participation de RS, AK, MJL, KS, SL, KM et CW. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale de l'article pour publication.

Le contenu de l'article et les points de vue qui y sont exprimés n'engagent que les auteures; ils ne correspondent pas nécessairement à ceux du gouvernement du Canada.

Références

- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Glossaire des principaux termes sur l'équité en santé. Antigonish (N.-É.) : Centre national de collaboration pour les déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier; 2014 [cité le 10 novembre 2017]. En ligne à : <http://www.nccdh.ca/fr/resources/glossary>
- Braveman P. Social conditions, health equity and human rights. *Health Hum Rights.* 2010;12(2):31-48.
- Organisation mondiale de la Santé. Commission sur les déterminants sociaux de la santé, Combler le fossé en une génération. Rapport final. Genève (Suisse) : OMS; 2009. En ligne à : http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/
- Agence de la santé publique du Canada. Compétences essentielles en santé publique au Canada. Version 1.0. Ottawa (Ont.), Agence de la santé publique du Canada; 2007. En ligne à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/php-psp/ccph-cesp/pdfs/cc-manual-fra090407.pdf>
- Public Health Ontario. A framework for the ethical conduct of public health initiatives. Toronto (Ont.) : Santé publique Ontario; 2012. En ligne à : <http://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/PHO%20%20Framework%20for%20Ethical%20Conduct%20of%20Public%20Health%20Initiatives%20April%202012.pdf>
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Aviver l'intérêt : Appliquer les connaissances pour faire avancer l'équité en santé. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier; 2014. En ligne à : http://nccdh.ca/images/uploads/Full_Analyse_du_contexte_2014.pdf
- Division de la santé publique, ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Normes de santé publique de l'Ontario. Toronto (Ont.) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2008. En ligne à : http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/default.aspx
- Ministry of Health and Long-Term Care and Ministry of Health Promotion and Sport. Ontario public health organizational standards. Toronto (Ont) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2011.
- Tran N, Moffat H, Tyler I, Kothari A. Advancing health equity through organizational standards and competencies: examples of this promising practice in Ontario. Document présenté dans le cadre du congrès Ontario Public Health Convention, Toronto, 3-5 avril 2013.
- Manson H, Valaitis R, Bursey G, Dobbins M, Etches V, Garcia J. Implementation of the Ontario public health standards in six Ontario health units: key results and responses from provincial and health unit stakeholders. Document présenté dans le cadre du congrès Ontario Public Health Conference, Toronto, 2-4 avril 2012.
- Rizzi KE. Perceptions about equity in public health: a comparison between frontline staff and informing policy in Ontario [Electronic Thesis and Dissertation Repository, Paper 2492]. London (Ont.) : University of Western Ontario; 2014.
- Association of Local Public Health Agencies/Ontario Public Health Association Health Equity Workgroup. Health equity indicators. Ontario; 2013. En ligne à : http://opha.on.ca/getmedia/0cbf9d38-23ef-46f9-94a1-7cd72c860935/Health-Equity-Indicators-Backgrounders_vs-Final.pdf.aspx

13. Salter K, Salvaterra R, Antonello D, et al. Organizational level indicators to address health equity work in local public health agencies: a scoping review. *Can J Public Health*. 2017; 108(3):e306-e313. doi: 10.17269/CJPH.108.5889.
14. Yin RK. Case study research: design and methods. New Delhi, India: SAGE Publications; 2003.
15. Miles M, Huberman A, Saldana J. Qualitative methods analysis: a methods sourcebook. Thousand Oaks: Sage Publications; 2014.
16. Statistique Canada. Tableau 8 : Groupes de régions sociosanitaires homologues, 2013. Régions sociosanitaires : limites et correspondance avec la géographie du recensement. Ottawa : Statistique Canada; 2013 [consulté le 10 novembre 2017]. En ligne à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-402-x/2013003/regions/hrt8-fra.htm>
17. Antonello D, Cohen B, Le Ber MJ, et al. Health equity indicators for Ontario local public health agencies: user guide. 2016.
18. Reutter L, Kushner KE. Health equity through action on the social determinants of health: taking up the challenge in nursing. *Nurs Inq*. 2010; 17(3):269-280.
19. Ziglio E. Strengthening health systems and cross-government capacity to address health inequalities. *Perspect Public Health*. 2009;129(5):208-209.
20. Kruk ME, Freedman LP. Assessing health system performance in developing countries: a review of the literature. *Health Policy*. 2008;85(3):263-276.
21. Service de santé publique de Sudbury et du district. 10 pratiques prometteuses pour réduire les inéquités sociales en matière de santé dans les cadres locaux de santé publique : document d'information technique. Sudbury (Ont.) : Service de santé publique de Sudbury et du district; 2011. En ligne à : <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/10-promising-practices-guide>
22. Wellington-Dufferin-Guelph Public Health. Addressing social determinants of health in Wellington-Dufferin-Guelph: a public health perspective on local health, policy and program needs. Guelph (Ont.) : Wellington-Dufferin-Guelph Public Health; 2013. En ligne à : <https://www.wdgpublichealth.ca/reports/addressing-social-determinants-health-wellington-dufferin-guelph-public-health-perspective>
23. Johnston J, Maxwell T. No barriers health equity for all: toolkit and practical guide for health and community service providers. Windsor (Ont.) : Windsor-Essex Public Health Unit; 2015. En ligne à : <https://www.wechu.org/reports-and-statistics-health-equity-population-and-determinants-health/2015-health-equity-toolkit>
24. Winnipeg Regional Health Authority. Health for all: building Winnipeg's health equity action plan. Winnipeg (MB) : Winnipeg Regional Health Authority; 2013. En ligne à : http://www.wrha.mb.ca/about/healthequity/files/HealthForAll_Documentwithlinks.pdf
25. Daghofer D, Edwards P. Toward health equity: a comparative analysis and framework for action. Toronto (Ont.) : Agence de la Santé publique du Canada; 2009. En ligne à : <http://opha.on.ca/getmedia/c4536b04-2ce1-44e8-8b40-81bfe75be8f9/HealthEquityComparativeAnalysis-FinalReport-Mar2009.pdf.aspx?ext=.pdf>
26. Mant J. Process versus outcome indicators in the assessment of quality health care. *Int J Qual Health Care*. 2001;13(6):475-480.
27. Contandriopoulos D, Lemire M, Denis JL, Tremblay É. Knowledge exchange processes in organizations and policy arenas: a narrative systematic review of the literature. *Milbank Q*. 2010; 88(4):444-483. doi: 10.1111/j.1468-0009.2010.00608.x.
28. Langley A, Denis JL. Beyond evidence: the micropolitics of improvement. *BMJ Qual Saf*. 2011;20(Suppl 1):i43-i46. doi: 10.1136/bmjqqs.2010.046482.
29. Ferlie E, Fitzgerald L, Wood M, Hawkins C. The nonspread of innovations: the mediating role of professionals. *Acad Manage J*. 2005;48(1):117-134. doi: 10.5465/AMJ.2005.15993150.