

Rapport d'étape

Recenser les interventions axées sur l'équité visant à promouvoir un poids santé

C. James Frankish, Ph. D. (1,2); Brenda Kwan, M. Sc. (1); Diane E. Gray, B. Sc. (1); Andrea Simpson, M. Sc. (3); Nina Jetha, M.S.P. (4)

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

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction : Nous avons élaboré des critères de sélection pour recenser les interventions en santé populationnelle axées sur l'équité à intégrer dans le Portail canadien des pratiques exemplaires de l'Agence de la santé publique du Canada. Nous les avons appliqués à la question du « poids santé », plus précisément de la prévention de l'obésité.

Méthodologie : Nous avons effectué une revue de la littérature et obtenu des commentaires d'examineurs externes experts du domaine sur le thème des modifications des environnements intermédiaires. Les articles devaient décrire les résultats de l'intervention pour les groupes socialement désavantagés. Nous avons inclus les articles axés sur l'équité et les populations vulnérables, les études d'intervention ou d'évaluation, les déterminants sociaux de la santé et le poids santé ou la prévention de l'obésité. Nous avons ensuite évalué la qualité des données des études sélectionnées afin de déterminer si elles pouvaient être incluses dans le Portail canadien des pratiques exemplaires comme pratiques prometteuses.

Résultats : Seul un petit nombre d'articles recensés ont répondu aux critères de sélection axés sur l'équité (26 articles publiés sur les 2 823 examinés, soit 0,9 %). Six interventions (sur 26) ont été considérées comme des pratiques prometteuses.

Conclusion : Nos critères de sélection axés sur l'équité appliqués à la prévention de l'obésité nous ont permis de repérer des études sur les environnements intermédiaires, ce qui laisse penser que ces critères sont valables pour d'autres questions de santé publique. Surtout, grâce à nos travaux, le Portail s'est enrichi de la possibilité de recherche d'interventions axées sur l'équité.

Mots-clés : études d'intervention, équité, populations vulnérables, déterminants sociaux de la santé, obésité, poids santé, santé populationnelle, pratiques exemplaires, environnements intermédiaires

Introduction

De nombreuses données probantes indiquent que le fardeau des maladies chroniques n'est pas réparti également au sein de la population canadienne. Ces inégalités en matière de santé ne sont pas le fruit du

hasard : elles mettent plutôt en lumière les variations dans la distribution des déterminants sociaux de la santé (éducation, emploi, revenu, sexe, etc.)¹⁻⁵. Par exemple, les personnes désavantagées sur le plan socioéconomique sont généralement en moins bonne santé que les personnes plus

Points saillants

- Nous avons élaboré des critères de sélection pour recenser les interventions en santé populationnelle axées sur l'équité intégrables dans le Portail canadien des pratiques exemplaires.
- Les critères étaient basés sur une revue de la littérature et sur les commentaires formulés par des experts. Nous avons utilisé la question du « poids santé », plus précisément de la prévention de l'obésité, pour mettre à l'essai nos critères de sélection axés sur l'équité.
- Seul un petit nombre d'articles recensés répondait à nos critères de sélection axés sur l'équité (26 sur 2 823). Six interventions ont été considérées comme des pratiques prometteuses.
- Nos critères sont applicables à d'autres questions de santé publique.

fortunées, ce qui laisse entrevoir l'existence d'un gradient santé-richesse⁶. Il est important de comprendre les différences sur le plan de la santé entre les différents groupes de population afin d'élaborer des politiques et des programmes qui atténuent les inégalités en santé tout en améliorant la santé de tous⁷.

Cet article décrit un projet entrepris afin de répertorier les pratiques exemplaires ou prometteuses associées aux interventions visant à améliorer la santé de la population et axées sur l'équité, afin de les inclure

Rattachement des auteurs :

1. Centre for Health Promotion Research, School of Population and Public Health, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada

2. Centre for Health Evaluation & Outcome Sciences, St. Paul's Hospital, Providence Health Care, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada

3. Agence de la santé publique du Canada, Halifax (Nouvelle-Écosse), Canada

4. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

Correspondance : James Frankish, Centre for Health Promotion Research, School of Population and Public Health, University of British Columbia, Bureau 425 - 2206 East Mall, Vancouver (Colombie-Britannique) V6T 1Z3; tél. : 604-822-9205; téléc. : 604-822-9228; courriel : frankish@mail.ubc.ca

dans le Portail canadien des pratiques exemplaires (« le Portail »). Le Portail est une base de données en ligne gérée par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) qui contient des données et des ressources sur les interventions efficaces visant à améliorer la santé de la population. Ce projet s'inscrit dans le cadre des efforts soutenus de l'ASPC pour réduire les inégalités en santé et pour favoriser la prise de décisions fondées sur des données probantes.

Depuis 2006, le Portail fournit des données probantes solides permettant aux professionnels de la santé publique d'adapter et de mettre en œuvre les interventions qui conviennent le mieux à leur milieu. L'ASPC définit les « pratiques exemplaires ou prometteuses » comme des interventions, des programmes ou des initiatives ayant entraîné des changements souhaitables grâce à des méthodes de recherche ou d'évaluation adéquates et bien documentées⁸⁻⁹. Les pratiques dites exemplaires s'avèrent, après de nombreuses applications, avoir une forte incidence (changements positifs vers l'atteinte de l'objectif souhaité), être très adaptables (et transférables dans différents contextes) et être assorties de données probantes de grande qualité. Les pratiques dites prometteuses ont le potentiel (ou « promettent ») de devenir des pratiques exemplaires : elles peuvent en être aux premières étapes de leur mise en œuvre, avoir une incidence moyenne à élevée, présenter un fort potentiel d'adaptabilité ou être assorties de données probantes de qualité convenable (p. ex. des fondements théoriques solides et un plan d'étude d'évaluation rigoureux).

Équité en santé

Selon Braveman et Gruskin, [traduction] « l'équité en santé peut être définie comme l'absence de disparités en matière de santé (ou par rapport aux principaux déterminants sociaux de la santé) entre des groupes sociaux présentant divers degrés sous-jacents d'avantages ou de désavantages sociaux, c'est-à-dire qui occupent différentes positions dans la hiérarchie sociale »^{10, p. 254}. Cette définition opérationnelle met en lumière deux points importants pour l'évaluation et la mesure des résultats en matière d'équité en santé. Tout d'abord, elle suggère qu'un indicateur d'équité devrait permettre de repérer les changements concernant les disparités en santé, c'est-à-dire les avantages, les désavantages ou les écarts sociaux

sous-jacents¹¹. L'un des buts de la santé publique est de réduire les écarts en matière de résultats sur le plan de la santé entre les personnes qui vivent dans des conditions défavorables et celles qui vivent dans des conditions relativement plus favorables, ou encore d'améliorer de façon universelle les résultats sur le plan de la santé dans tout le gradient social¹².

La définition de Braveman et Gruskin incite également à penser que les résultats pourraient être mesurés au niveau intermédiaire. Le niveau intermédiaire est extérieur à l'individu et représente les milieux ou conditions dans lesquels il vit, travaille, joue et apprend. À titre d'exemple, l'environnement bâti constitue un environnement intermédiaire (dont un aspect mesurable est la marchabilité). L'environnement intermédiaire est un pivot entre des facteurs intra-individuels proximaux (p. ex. connaissances, attitudes et comportements) et des facteurs structurels plus distaux (p. ex. politiques, législation et activités administratives)¹³. Des améliorations en matière d'environnements intermédiaires aident les individus à avoir des vies plus saines. Les changements dans les environnements intermédiaires (« résultats » intermédiaires) constituent des marqueurs intermédiaires des mesures visant à réduire les inégalités en santé, particulièrement lorsque les effets des interventions visant à améliorer la santé ne seront probablement discernables que dans un avenir lointain.

Selon Whitehead¹⁴, l'équité en santé comporte des dimensions morales et éthiques – c'est-à-dire que certaines différences sur le plan de la santé sont évitables et remédiables et, par conséquent, injustes. Ces principes sont maintenant généralement admis dans le domaine de la santé populationnelle. Bien que l'état de santé soit influencé par un réseau complexe de facteurs biologiques, la recherche laisse penser que les inégalités en santé sont également causées par des facteurs sous-jacents liés à la position sociale dans un contexte sociétal particulier¹⁵⁻²⁰. Les contextes sociaux créent une stratification sociale qui mène à une exposition différentielle aux conditions néfastes pour la santé, à une vulnérabilité différentielle et à des conséquences différentes sur le plan de la santé¹⁵.

Description du projet

Le but du projet était d'ajouter au Portail de nouvelles interventions axées sur l'équité. Nous nous sommes limités à

l'analyse de l'équité en lien avec quatre déterminants sociaux de la santé : le niveau de revenu, l'inclusion sociale, l'environnement bâti et l'éducation ou la littératie. Cette restriction visait à évaluer la pertinence ou la puissance relative des déterminants sociaux en tant que voies vers l'équité en santé et à faire en sorte que la portée du projet soit réaliste. Nous avons utilisé la question du poids santé – prioritaire pour l'Agence de la santé publique du Canada – pour élaborer nos critères et les mettre à l'essai. Nous nous sommes plus précisément concentrés sur la prévention de l'obésité, ce choix reposant notamment sur notre désir d'explorer des voies susceptibles de favoriser une alimentation saine et l'activité physique, en examinant les interactions possibles entre certains déterminants sociaux de la santé.

Méthodologie

Étapes du projet

Les étapes du projet sont :

1. élaborer une série de critères de sélection axés sur l'équité applicables à différentes questions de santé publique, afin de recenser les interventions ayant une influence sur certains déterminants sociaux de la santé, dans l'optique de promouvoir l'équité en santé;
2. effectuer des recherches dans la littérature publiée et la littérature grise afin de répertorier les interventions utiles en matière de promotion d'un poids santé et de prévention de l'obésité;
3. examiner les interventions en matière de poids santé et de prévention de l'obésité déjà sur le Portail, pour éviter leur duplication;
4. appliquer les critères de sélection axés sur l'équité aux résultats de la recherche, afin d'obtenir une courte liste d'études pertinentes;
5. évaluer la qualité des données probantes des études de cette liste à l'aide de l'outil de sélection pour l'évaluation des interventions du Portail;
6. ajouter des champs relatifs à l'équité dans le modèle d'annotation du Portail utilisé pour résumer les principales caractéristiques des interventions;
7. utiliser le modèle d'annotation pour enregistrer de l'information sur les études ou interventions sélectionnées avec l'outil d'évaluation.

Ces étapes ont été établies à l'aide de plusieurs articles consacrés d'une part à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et de programmes visant à atténuer les facteurs sous-jacents contribuant aux inégalités²¹ et, d'autre part, aux évaluations axées sur l'équité en santé^{22,23}.

Élaboration des critères de sélection axés sur l'équité

Les environnements intermédiaires semblent avoir une influence sur les résultats sur le plan de la santé, que ce soit sur les inégalités¹¹ ou sur l'obésité²⁴⁻²⁷. Parmi les environnements intermédiaires liés à la

prévention de l'obésité figurent par exemple les environnements alimentaires (entre autres, aliments sains abordables, en lien avec le revenu en tant que déterminant social de la santé) et les environnements d'activité physique (entre autres, marchabilité du secteur, en lien avec l'environnement bâti en tant que déterminant social de la santé).

Malgré l'importance des environnements intermédiaires relativement aux inégalités et à l'obésité, nous n'avons pas réussi à trouver dans la littérature de critère pour sélectionner les interventions intermédiaires axées sur l'équité. Nous en avons

déjà élaboré pour ce genre d'interventions. Le tableau 1 présente ces critères, qui sont appliqués à la prévention de l'obésité mais ont été conçus afin d'être adaptables à d'autres questions de santé publique*.

Nous avons élaboré ces critères de sélection axés sur l'équité au moyen d'une revue de la littérature et de commentaires de cinq examinateurs externes possédant une expertise dans les domaines de la santé publique et populationnelle, de l'équité en santé et des déterminants sociaux de la santé. Nous avons examiné les articles concernant la théorie et les données probantes relatives aux interventions intermédiaires

TABLEAU 1

Critères de sélection axés sur l'équité en matière de prévention de l'obésité élaborés pour le Portail canadien des pratiques exemplaires

Caractéristiques	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Période	Publié dans les 10 dernières années, soit entre 2003 et 2014 (en harmonie avec l'outil d'évaluation)	Publié avant 2003
Langue	Anglais	Autre que l'anglais
Géographie	Le monde entier	Aucune exclusion
Type de document	Doit être une source primaire qui décrit les résultats d'une étude ou d'une évaluation (littérature publiée ou littérature grise)	Document qui présente des opinions (commentaires, éditorial, lettre à l'éditeur ou article dans un média d'information)
Thème	<p>L'obésité ou l'excès de poids doivent être explicitement mentionnés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • dans le titre ou le résumé; • dans les buts ou objectifs de l'intervention; • dans les stratégies ou activités d'intervention; • comme un indicateur de résultat ou • comme un résultat en aval (même s'il n'est pas encore mesuré). 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune mention explicite de l'obésité ou de l'excès de poids. • L'obésité ou le poids sont considérés comme un élément prédicteur, un facteur de risque ou un corrélat d'autres maladies (p. ex. une cardiopathie), plutôt que comme le résultat d'une intervention. • Concerne l'insuffisance pondérale. • Concerne les troubles alimentaires • Concerne des volets de la nutrition qui ne sont pas liés à l'obésité (faim, malnutrition, vitamines, minéraux). Ceux liés à l'obésité sont les fruits et légumes, les aliments à forte densité énergétique (riches en sucre, en gras ou en calories) et les grains entiers.
Intervention	<p>Doit comprendre une intervention et doit aussi satisfaire à l'un des critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agit sur un ou plusieurs des principaux déterminants de la santé (revenu, inclusion sociale, environnement bâti, éducation/littératie) à l'échelle organisationnelle, institutionnelle, communautaire ou populationnelle pour promouvoir l'équité en santé afin de prévenir l'obésité. • Ne vise pas explicitement à promouvoir l'équité en santé en matière de prévention de l'obésité dans ses buts, objectifs ou stratégies, mais les résultats présentés font état d'effets sur l'équité en santé en matière de prévention de l'obésité. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune intervention n'est mentionnée. • Une ou plusieurs interventions sont mentionnées, axées non sur les déterminants de la santé eux-mêmes mais sur : <ul style="list-style-type: none"> – les déterminants médicaux de la santé (soins de santé, traitements médicamenteux, chirurgie, etc.), – les stratégies à l'échelle individuelle (comportementales, de journaux personnels, de mode de vie, pédagogiques, d'auto-gestion, de coaching, de counselling, de motivation, de formation axée sur les compétences, informatives), – la fourniture d'équipement portatif (pédomètre, équipement sportif, etc.).

Suite page suivante

* Nous avons abordé la sélection sans définition clinique prédéfinie de l'obésité. Nous avons choisi des articles sur l'obésité dans lesquels les auteurs avaient eux-mêmes sélectionné ou défini l'obésité.

TABLEAU 1 (suite)
Critères de sélection axés sur l'équité en matière de prévention de l'obésité élaborés pour le Portail canadien des pratiques exemplaires

Caractéristiques	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Population	<p>Doit comprendre l'un des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une population décrite comme vivant dans des conditions défavorables (sociales, économiques ou géographiques), • les environnements intermédiaires où les gens vivent, travaillent, apprennent ou jouent (environnement alimentaire, environnement d'activité physique, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprend des populations considérées à haut risque d'obésité à cause de facteurs génétiques ou biologiques plutôt que de conditions sociales, économiques ou géographiques. • Axé exclusivement sur des populations vivant dans des conditions plus favorables.
Évaluation	<p>Doit évaluer les effets d'une intervention de l'une ou l'autre des façons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • en répondant aux buts ou objectifs de l'intervention, • en influant sur la morbidité, la mortalité, le bien-être ou la qualité de vie de la population. 	<ul style="list-style-type: none"> • Une intervention (possible ou réelle) est décrite, mais aucune évaluation de ses effets n'est incluse. • Une évaluation formative ou des processus est incluse, mais elle ne s'accompagne pas d'une évaluation des effets de l'intervention.
Résultats	<p>Des résultats positifs doivent être décrits pour l'un des éléments suivants au moins :</p> <p>environnements intermédiaires : résultats indiquant que des biens et services favorisant la santé sont disponibles, accessibles ou abordables, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • aliments (sécurité alimentaire, fruits et légumes frais, aliments à forte densité énergétique, déserts alimentaires, etc.); • activité physique (marchabilité, installations publiques, transport collectif, espaces verts, infrastructure de transport actif). <p>personnes : les résultats doivent concerner des personnes qui vivent dans des conditions défavorables (qui peuvent ou non être comparées à d'autres personnes qui vivent dans des conditions plus favorables) et être :</p> <ul style="list-style-type: none"> • liés au poids (p. ex. indice de masse corporelle); ou • liés aux comportements (consommation de fruits et légumes, consommation d'aliments à forte densité énergétique, activité physique, transport actif, mode de vie sédentaire, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats ne distinguent pas les personnes vivant dans des conditions défavorables (elles peuvent faire par exemple partie de l'échantillon d'étude, mais les résultats ne concernent que l'échantillon entier). • Les résultats pertinents ne font pas état d'un changement, ou ils sont négatifs. • Pour ce qui est des personnes (pas des environnements intermédiaires), les résultats concernent uniquement les connaissances ou compétences et non le poids ou les comportements. (Remarque : Les interventions qui influent sur les déterminants font appel à des stratégies axées sur les structures et l'environnement pour modifier les comportements, la morbidité ou la mortalité, plutôt que de faire appel exclusivement à des stratégies axées sur le mode de vie pour influer sur les connaissances, les compétences, les perceptions ou les comportements, ce qui fait que les résultats pertinents pour les stratégies qui ont une influence sur les déterminants sont les comportements, la morbidité et la mortalité.)

visant à réduire les inégalités en santé ou l'obésité, particulièrement ceux qui comportaient des modèles conceptuels visuels ou des cadres organisationnels. L'accent mis sur les interventions intermédiaires avait comme objectif de renforcer les liens entre les mesures visant les environnements et les résultats sur le plan de l'équité en santé. Parmi les articles examinés figuraient des revues systématiques, des revues narratives, des articles conceptuels et des articles de discussion. Nous avons présenté aux examinateurs externes les critères de sélection préliminaires et leur avons demandé ce qui était le plus prometteur au sujet de ces critères, s'ils comportaient des lacunes (et le cas échéant comment les combler) et comment les renforcer. Nous avons révisé les critères en fonction de leurs commentaires.

Les critères de sélection finaux axés sur l'équité ont constitué un nouveau volet du processus d'évaluation du Portail. Les principaux éléments des critères de sélection ont été harmonisés avec l'outil d'évaluation du Portail (lequel considère l'incidence, la qualité des données probantes et la crédibilité des sources). Il n'était pas nécessaire que les interventions soient axées sur l'équité pour être acceptées dans le Portail mais, une fois notre projet terminé, nous avons réévalué toutes les interventions sur la base de l'équité. Le plan du projet n'exigeait pas de vérifier la fiabilité inter-évaluateurs de l'application des critères de sélection axés sur l'équité, mais un groupe non indépendant d'examinateurs du Centre pour l'avancement de la santé des populations Propel a évalué la qualité des données probantes de chaque intervention

potentielle dans le cadre du processus d'évaluation habituel relatif aux pratiques exemplaires ou prometteuses.

Recherche dans la littérature publiée

En mars 2014, nous avons effectué une recherche dans la littérature publiée afin de recenser les articles axés sur l'équité ou les populations vulnérables, les études portant sur l'évaluation d'interventions, les déterminants sociaux de la santé et le poids santé ou la prévention de l'obésité. Nous avons importé 3 522 références dans la base de données RefWorks : 2 076 tirées de MEDLINE, 685 tirées d'Embase, 660 tirées de CINAHL (après avoir éliminé les citations en double provenant de MEDLINE) et 101 obtenues grâce à une recherche « en boule de neige » (parmi les références

citées dans les articles examinés). En raison de contraintes de temps, nous n'avons réussi à examiner que 2 823 des 3 522 références importées (80,2 %).

Recherche dans la littérature grise

En mars et avril 2014, nous avons également fait des recherches dans plus de 100 sites Internet d'organismes pertinents voués à la santé et à la prévention de l'obésité : organisations gouvernementales canadiennes ou internationales, organisations non gouvernementales, centres de recherche affiliés à une université, coalitions, réseaux et listes de diffusion. Nous avons aussi envoyé des courriels à certains intervenants pour obtenir des articles sur des interventions déjà évaluées.

Outil d'évaluation, modèle d'annotation, nouveaux champs sur l'équité et icône d'équité du Portail

Le principal but du projet était d'ajouter des critères de sélection axés sur l'équité au processus d'évaluation des interventions du Portail. Cependant, pour faire des ajouts au Portail, nous devions utiliser l'outil de sélection pour l'évaluation des interventions du Portail (l'outil d'évaluation) pour évaluer l'incidence, l'adaptabilité et la qualité des données probantes des interventions afin de déterminer si ces dernières répondent aux critères d'une pratique exemplaire ou prometteuse.

Dans le cadre de notre projet sur l'équité, nous avons dû modifier le modèle d'annotation des interventions alors en vigueur dans le Portail, modèle utilisé pour obtenir de l'information sur les interventions sélectionnées avec l'outil d'évaluation (pratiques exemplaires ou prometteuses), par exemple buts et objectifs, résultats, stratégies et activités. Ce modèle n'étant pas conçu pour tenir compte de l'équité des interventions, nous y avons ajouté de nouveaux champs afin d'inclure l'équité comme critère de recherche des études et évaluations du Portail et pour contribuer ainsi à l'attribution d'une « icône d'équité » indiquant que les interventions répondent aux critères de sélection axés sur l'équité.

Les nouveaux champs étaient : 1) les buts et objectifs à propos des individus qui vivent dans des conditions défavorables, 2) les activités axées sur l'équité (p. ex. visant à lever les barrières économiques, sociales ou géographiques qui limitent

l'accès aux possibilités et aux ressources habilitantes pour les individus qui vivent dans des conditions défavorables) et 3) les résultats observés pour les individus qui vivent dans des conditions défavorables et la mention de comparaison avec les résultats observés chez les individus qui vivent dans des conditions plus favorables.

Résultats

Littérature publiée

Parmi les 2 823 références examinées, 26 (0,9 %) répondaient aux critères de sélection axés sur l'équité et ont été incluses sur la courte liste parce qu'elles avaient un contenu axé sur l'équité et qu'elles évaluaient une intervention qui agissait sur les environnements intermédiaires pour prévenir l'obésité.

Littérature grise

Aucune des interventions évaluées recensées dans la littérature grise (non déjà référencées dans le Portail ou trouvées dans la littérature publiée) ne répondait aux critères de sélection axés sur l'équité. Par exemple, certaines comportaient des stratégies visant les environnements intermédiaires, mais soit elles n'étaient pas évaluées, soit aucun résultat concernant directement la population qui vit dans des conditions défavorables n'était présenté.

Interventions sélectionnées

Sur les 26 interventions incluses dans la courte liste, six (23 %) ont été classées avec l'outil d'évaluation comme des pratiques prometteuses (aucune ne répondait aux critères définissant une pratique exemplaire) et ont été annotées pour le Portail. Le tableau 2 présente un résumé du contenu axé sur l'équité et des stratégies visant les environnements intermédiaires de ces six interventions. Quatre interventions étaient axées sur l'alimentation ou la nutrition (bons d'échange pour des aliments sains, boîtes de fruits et légumes subventionnés, modifications de l'environnement alimentaire, etc.). Une intervention visait à déterminer l'effet des changements apportés à l'environnement bâti sur l'activité physique. Une étude avait pour but d'étudier les effets sur l'obésité et le risque de diabète d'un déménagement dans un milieu moins défavorisé ou plus favorable. Cinq interventions s'étaient déroulées aux États-Unis et une en Australie. Le faible

revenu a servi d'indicateur d'inégalité dans les six interventions. Les stratégies d'intervention et les constats de ces études concernaient à la fois l'état de santé (individuel) et les environnements intermédiaires. Aucun des résultats ne concernait tout le gradient des revenus.

Vingt (77 %) interventions de la courte liste répondaient aux critères de sélection axés sur l'équité mais pas à ceux de l'outil d'évaluation. La moitié de ces études ne contenaient aucun renseignement concernant les lignes directrices, normes ou théories utilisées pour concevoir l'intervention, ou n'en contenaient pas suffisamment. Pour ce qui est de l'autre moitié des études, la qualité des données probantes a été jugée « limitée » pour les raisons suivantes : échantillonnage limité ou insuffisant (p. ex. nombre insuffisant de participants suivis, ou aucune mention du nombre de participants), absence de critères d'inclusion ou d'exclusion bien définis dans les groupes témoins, absence de mesure validée des résultats, participants perdus de vue ou encore différences entre les groupes non reconnues ou non prises en compte dans l'analyse.

Analyse

Notre projet avait pour but de déterminer des critères de sélection axés sur l'équité et de qualifier les interventions fortement axées sur l'équité au moyen du poids santé, plus particulièrement en lien avec la prévention de l'obésité, afin d'ajouter au Portail les interventions conformes aux critères d'une pratique exemplaire ou prometteuse. Vingt-six références concernaient des interventions pertinentes axées sur l'équité, dont six se sont avérées des pratiques prometteuses, dont la qualité des données probantes mesurée par l'outil d'évaluation s'est révélée suffisante.

Points forts et limites

Notre capacité à sélectionner 26 interventions intermédiaires en utilisant les critères de sélection axés sur l'équité nous laisse penser que ces derniers sont pertinents et adaptables à d'autres questions de santé publique. Ils permettent aussi de sélectionner les résultats sur le plan de l'équité conformément à la définition opérationnelle de Braveman et Gruskin¹⁰. C'est là un élément crucial, dans la mesure où les interventions visant à promouvoir l'équité en santé

TABLEAU 2
« Pratiques prometteuses » du Portail canadien des pratiques exemplaires en matière d'équité en santé liée à la prévention de l'obésité

Références	Pays	Population	Contenu relatif à l'équité		Résultats
			But ou stratégie de l'intervention		
Andreyeva T, Luedicke J, Middleton AE, Long MW, Schwartz MB. Positive influence of the revised Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children food packages on access to healthy foods. <i>J Acad Nutr Diet.</i> 2012;112(6):850-858. doi: 10.1016/j.jand.2012.02.019	États-Unis	Femmes à faible revenu enceintes ou mères d'enfants de 5 ans et moins	Remise de bons d'échange pour des aliments sains.	Données des épiceries sur le prix, la disponibilité et la variété de certains aliments sains dans les épiceries retenues pour l'intervention par rapport aux épiceries témoins.	
Black AP, Vally H, Morris P, Daniel M, Esterman A, Karschimkus CS, O'Dea K. Nutritional impacts of a fruit and vegetable subsidy programme for disadvantaged Australian Aboriginal children. <i>Br J Nutr.</i> 2013;110(12):2309-2317. doi: 10.1017/S0007114513001700	Australie	Enfants (moins de 18 ans) autochtones défavorisés à faible revenu vivant en milieu rural	Fourniture hebdomadaire de boîtes de fruits et légumes subventionnées	Concernent seulement les enfants défavorisés à faible revenu	
Coleman KJ, Shordon M, Caparosa SL, Pomichowski ME, Dziewaltowski DA. The healthy options for nutrition environments in schools (Healthy ONES) group randomized trial: using implementation models to change nutrition policy and environments in low income schools. <i>Int J Behav Nutr Phys Act.</i> 2012;9:80. doi: 10.1186/1479-5868-9-80	États-Unis	Écoles à faible revenu	Modifications de l'environnement alimentaire des écoles. Autres stratégies : faire des services de nutrition la principale source d'aliments sains et inciter le personnel scolaire à servir de modèle pour une alimentation saine.	Concernent seulement les écoles à faible revenu	
Evans AE, Jennings R, Smiley AW, et al. Introduction of farm stands in low-income communities increases fruit and vegetable among community residents. <i>Health Place.</i> 2012;18(5):1137-1143. doi: 10.1016/j.healthplace.2012.04.007	États-Unis	Quartiers à faible revenu mal desservis désignés comme des « déserts alimentaires »	Modifications de l'environnement alimentaire de la collectivité	Concernent seulement les collectivités à faible revenu mal desservies	
Gustat J, Rice J, Parker KM, Becker AB, Farley TA. Effect of changes to the neighborhood built environment on physical activity in a low-income African American neighborhood. <i>Prev Chronic Dis.</i> 2012;9(1):110165. doi: 10.5888/pcd9.110165	États-Unis	Quartiers à faible revenu	Modifications de l'environnement bâti	Résultats dans les quartiers à faible revenu bénéficiant de l'intervention comparés aux résultats dans les quartiers à faible revenu appariés	
Ludwig J, Sanbonmatsu L, Gennetian L, et al. Neighborhoods, obesity, and diabetes—a randomized social experiment. <i>N Engl J Med.</i> 2011;365(16):1509-1519. doi: 10.1056/NEJMsa1103216	États-Unis	Femmes à faible revenu vivant avec des enfants dans des logements sociaux situés dans des quartiers très pauvres	Fourniture d'un bon de « faible taux de pauvreté » pour déménager dans un quartier moins pauvre et counselling pour le déménagement	Résultats chez les femmes à faible revenu ayant bénéficié de l'intervention comparés aux résultats chez les femmes à faible revenu témoins	

doivent aussi pouvoir être évalués sur le plan de leurs résultats.

Sur le plan pratique, notre réalisation la plus importante est que le Portail renferme maintenant de nouvelles interventions axées sur l'équité. Grâce à l'ajout d'une icône d'équité, les utilisateurs du Portail (en particulier les professionnels de la santé) peuvent plus facilement repérer les interventions efficaces dans la réduction des inégalités en santé. Notons que nous

avons appris pendant la rédaction de notre article que le Portail ne serait plus mis à jour mais demeurerait accessible en ligne. Ainsi, même si aucune nouvelle intervention ne sera ajoutée au Portail, l'outil de sélection que nous avons créé peut servir à repérer celles axées sur l'équité déjà existantes. Il peut aussi être adapté à d'autres questions de santé publique. Ainsi, d'autres chercheurs ont utilisé notre outil pour recenser 41 interventions axées sur l'équité sur le Portail en lien avec

d'autres questions de santé publique et leurs travaux ont servi à publier *Vers l'équité en santé : Un outil pour élaborer des interventions en santé publique tenant compte de l'équité*²⁸, un document pratique destiné à favoriser l'élaboration d'interventions en santé publique qui tiennent compte de l'équité.

Si nous avons recensé 26 interventions pertinentes, nous en avons aussi exclu de nombreuses autres parce qu'elles étaient

axées exclusivement sur les changements individuels ou sur les milieux cliniques. C'est la preuve que les interventions au niveau individuel basées sur les comportements prédominent en matière de prévention de l'obésité. Parmi ces 26 interventions, seules six répondaient au critère de la qualité des données probantes de l'outil d'évaluation. Il est possible qu'il y en ait d'autres que nous n'avons pas repérées, car nous n'avons examiné que 80,2 % des références recensées à la suite de notre recherche dans la littérature publiée. Nos résultats n'en sont toutefois pas significativement affectés, car notre examen ne se voulait pas exhaustif, notre but étant plutôt de déterminer si nos critères de sélection étaient valides pour repérer les interventions axées sur l'équité visant à prévenir l'obésité.

L'outil d'évaluation a permis de qualifier six interventions incluses de pratiques prometteuses. Aucune n'a été considérée comme pratique exemplaire, parce que 1) les résultats présentés ne concernaient qu'une courte période (moins de six mois), 2) les interventions avaient une faible incidence (des résultats positifs pour une faible proportion de la population cible), 3) les interventions n'avaient été mises en œuvre qu'une fois (p. ex. étude pilote) ou 4) des compétences spécialisées étaient requises pour la mise en œuvre des interventions. Les deux premières raisons concernent la durée et la portée des résultats. Les deux dernières concernent la validité externe, ou la mesure dans laquelle une étude ou une évaluation peut être appliquée à d'autres populations et milieux. Pour passer de pratique prometteuse à pratique exemplaire, les interventions intermédiaires doivent être évaluées sur le long terme et avoir une plus grande incidence (p. ex. grâce au recours à différentes stratégies d'intervention). Des années peuvent s'écouler avant que les mesures visant les environnements intermédiaires ne se traduisent par une meilleure santé ou une réduction des disparités en santé.

Dans les six études d'intervention incluses dans notre projet, le revenu a servi d'indicateur d'inégalité. Il ne s'agit toutefois pas du seul indicateur d'inégalité. Pour normaliser l'examen des inégalités, nous sugerons l'emploi du cadre PROGRESS-Plus^{29,30} d'Ueffing et ses collaborateurs, qui décrit diverses mesures d'inégalité et fait partie de l'Equity Checklist for Systematic Review Authors, établie pour le Campbell and Cochrane Equity Methods Group²³.

Les résultats concernent au minimum la population qui vit dans des conditions défavorables. Cependant, les inégalités reposant sur des différences sous-jacentes, le corpus de données probantes pourrait être enrichi d'études qui comparent ces résultats aux résultats au sein de la population qui vit dans des conditions relativement plus favorables, soit en tant que groupe particulier soit dans tout le gradient. Si les inégalités étaient réduites, les résultats chez les personnes vivant dans des conditions défavorables s'amélioreraient davantage que les résultats chez les personnes qui vivent dans des conditions plus favorables. Au minimum, les interventions ne devraient pas contribuer à une augmentation de l'inégalité. Aucune des six interventions retenues au terme de notre projet ne comparait les résultats entre groupes ou dans le gradient (certaines études comparaient toutefois les résultats à ceux d'un groupe témoin à faible revenu).

Conclusion

Notre projet était axé sur les interventions intermédiaires visant à prévenir l'obésité. Nous sommes conscients que de telles interventions ne constituent qu'une partie des efforts plus larges de la société en matière de réduction des inégalités en santé. L'épidémie mondiale d'obésité n'est pas causée par un seul facteur ou domaine (société, culture, technologie, environnement physique ou naturel, etc.), mais bien par les effets combinés de multiples facteurs interagissant et par les modifications de l'environnement³¹. Des approches intersectorielles à plusieurs échelles sont nécessaires pour diminuer les inégalités en santé^{15,32} et prévenir les maladies chroniques³³. Nous espérons que notre démarche pour recenser les interventions efficaces axées sur l'équité contribuera à accroître le corpus des données probantes qui nous permettra de prendre des mesures efficaces pour réduire les inégalités et améliorer la qualité de vie pour tous.

Remerciements

Les auteurs désirent reconnaître le soutien de leurs partenaires communautaires et gouvernementaux. Nous reconnaissons également tous ceux qui subissent des inégalités en santé.

Conflits d'intérêts

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts actuel ou anticipé.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué également à la conceptualisation, la compilation et la rédaction du rapport.

Références

1. Groupe de travail sur les disparités en matière de santé du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé. Réduire les disparités sur le plan de la santé - rôles du secteur de la santé : document de travail. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2005. [HP5-4/2005]
2. Groupe de travail sur les disparités en matière de santé du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé. Réduire les disparités sur le plan de la santé - rôles du secteur de la santé : orientations stratégiques et activités recommandées. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2004. [HP5-3/2005]
3. Mikkonen J, Raphael D. Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes. Toronto (Ont.) : York University School of Health Policy and Management; 2010. En ligne à : http://www.thecanadianfacts.org/Les_realites_canadiennes.pdf
4. Butler-Jones, D. Rapport sur l'état de la santé publique au Canada, 2008. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2008. [HP2-10/2008F]
5. Institut canadien d'information sur la santé. Reducing gaps in health: a focus on socio-economic status in urban Canada. Ottawa (Ont.) : Institut canadien d'information sur la santé; 2008.
6. Lynch J, Smith GD, Harper S, et al. Is income inequality a determinant of population health? Part 1. A systematic review. Milbank Q. 2004;82(1):5-99. doi: 10.1111/j.0887-378X.2004.00302.x.
7. Betancourt MT, Roberts KC, Bennett TL, Driscoll ER, Jayaraman G, Pelletier L. Surveillance des maladies chroniques au Canada : Cadre conceptuel d'indicateurs des maladies chroniques. Maladies chroniques et blessures au Canada. 2014;34(Suppl 1):1-33.

8. Jetha N, Robinson K, Wilkerson T, Dubois N, Turgeon V, DesMeules M. Supporting knowledge into action: the Canadian Best Practices Initiative for Health Promotion and Chronic Disease Prevention. *Can J Public Health*. 2008; 99(5):I1-I8.
9. Agence de la santé publique du Canada. Le portail canadien des pratiques exemplaires [Internet]. Ottawa (Ont) : Agence de la santé publique du Canada; [modifié le 6 mai 2014; consulté le 19 sept. 2014]. En ligne à : <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/>
10. Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57(4):254-258. doi: 10.1136/jech.57.4.254.
11. Bambra CL, Hillier FC, Moore HJ, Cairns-Nagi JM, Summerbell CD. Tackling inequalities in obesity: a protocol for a systematic review of the effectiveness of public health interventions at reducing socioeconomic inequalities in obesity among adults. *Syst Rev*. 2013;2:27. doi:10.1186/2046-4053-2-27.
12. Benach J, Malmusi D, Yasui Y, Martinez JM, Muntaner C. Beyond Rose's strategies: a typology of scenarios of policy impact on population health and health inequalities. *Int J Health Serv*. 2011;41(1):1-9.
13. Green LW, Kreuter MW. Health program planning: an educational and ecological approach. 4^e éd. New York : McGraw-Hill; 2005.
14. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Health Promot Int*. 1991;6(3):217-228.
15. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Genève : Organisation mondiale de la santé; 2010.
16. Commission des déterminants sociaux de la santé. Combler le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé. Genève : Organisation mondiale de la santé; 2008.
17. Wilkinson RG, Pickett K. The spirit level: why equality is better for everyone. London (UK) : Penguin Books; 2010.
18. Dorfman L, Wallack L. Moving nutrition upstream: the case for reframing obesity. *J Nutr Educ Behav*. 2007;39(2 Suppl):S45-S50.
19. Agence de la santé publique du Canada, Institut canadien d'information sur la santé. Obésité au Canada : Rapport conjoint de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada et Institut canadien d'information sur la santé; 2011. [HP5-107/2011F-PDF]
20. Rudd Center for Food Policy and Obesity. Access to healthy foods in low-income neighborhoods: opportunities for public policy [Internet]. New Haven (CT): Rudd Center, Yale University; 2008. En ligne à : http://www.ct.gov/dph/lib/dph/hems/nutrition/pdf/yale_rudd_center_access_to_healthy_foods_report_2008.pdf
21. Bonnefoy J, Morgan A, Kelly MP, Butt J, Bergman V. Constructing the evidence base on the social determinants of health: a guide. Genève : Commission des déterminants sociaux de la santé, Measurement and Evidence Knowledge Network (MEKN); 2007.
22. Welch VA, Petticrew M, O'Neill J, et al. Health equity: evidence synthesis and knowledge translation methods. *Syst Rev*. 2013;2:43. doi:10.1186/2046-4053-2-43.
23. Ueffing E, Tugwell P, Welch V, Petticrew M, Kristjansson E for the Campbell and Cochrane Equity Methods Group. Equity checklist for systematic review authors. Version 2012-10-04. En ligne à : <http://methods.cochrane.org/sites/methods.cochrane.org/equity/files/public/uploads/EquityChecklist2012.pdf>
24. Sacks G, Swinburn B, Lawrence M. Obesity Policy Action framework and analysis grids for a comprehensive policy approach to reducing obesity. *Obes Rev*. 2009;10(1):76-86. doi:10.1111/j.1467-789X.2008.00524.x.
25. Black JL, Macinko J. Neighborhoods and obesity. *Nutr Rev*. 2008;66(1):2-20. doi:10.1111/j.1753-4887.2007.00001.x.
26. Friel S, Chopra M, Satcher D. Unequal weight: equity oriented policy responses to the global obesity epidemic. *BMJ*. 2007;335(7632):1241-1243.
27. Wells N, Ashdown S, Davies E, Cowett F, Yang Y. Environment, design, and obesity: opportunities for interdisciplinary collaborative research. *Env Behav*. 2007;39(1):6-33.
28. Agence de la santé publique du Canada. Vers l'équité en santé : un outil pour élaborer des interventions en santé publique tenant compte de l'équité. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2015. [HP35-64/2-2015F-PDF]
29. Kavanagh J, Oliver S, Lorenc T. Reflections on developing and using PROGRESS-Plus. *Equity Update*. 2008; 2(1):1-3.
30. O'Neill J, Tabish H, Welch V, et al. Applying an equity lens to interventions: using PROGRESS ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health. *J Clin Epidemiol*. 2014;67(1):56-64. doi: 10.1016/j.jclinepi.2013.08.005.
31. Schmidhauser S, Eichler K, Brügger U. Environmental determinants of overweight and obesity: extended international literature review. Final report. Zurich : Winterthur Institute of Health Economics, Zurich University of Applied Sciences (commissioned by the Federal Office of Public Health); 2009.
32. Whitehead M. A typology of actions to tackle social inequalities in health. *J Epidemiol Community Health*. 2007; 61(6):473-478.
33. Brownson RC, Haire-Joshu D, Luke DA. Shaping the context of health: a review of environmental and policy approaches in the prevention of chronic diseases. *Annu Rev Public Health*. 2006;27:341-370.