

Rudiments de l'apprentissage pour promouvoir l'équité en matière de santé
Module un, partie un : ***Équité en santé 101***



Projet: AMÉLIORER LA CAPACITÉ POUR PLANIFIER ET ÉVALUER EN TENANT COMPTE DE L'ÉQUITÉ



Leader du Projet d'équité en matière de santé
Access Alliance Multicultural Health and Community Services



Association of Ontario Health Centres
Community-governed primary health care

Association des centres de santé de l'Ontario
Soins de santé primaires gérés par la communauté



**Partenaire de renforcement des capacités pour le
Projet d'équité en matière de santé**
Association des centres de santé de l'Ontario



7 champions du Projet d'équité en matière de santé
Centres de santé communautaire Chigamik, Planned Parenthood; North Lambton; Rideau; Somerset Ouest; Témiskaming; et Women's Health in Women's Hands



Bailleur de fonds : Ministère de la Citoyenneté et de l'Immigration



Voici les objectifs d'apprentissage d'aujourd'hui :



- 1) Comprendre l'équité en santé au niveau mondiale, nationale et régionale
- 2) Voir quelles inégalités permettent d'influer sur le système de santé
- 3) Comprendre les composantes de base pour atteindre l'équité en santé
- 4) Survol du travail actuel l'équité en santé



Équité en santé: Perspective mondiale



**Organización
Mundial de la Salud**

L'OMS met l'accent sur :

- les inégalités en santé évitables,
vs les inégalités biologiques; et
- les principes liés aux droits de la personne.

Un rapport de 2008 fait valoir la nécessité de se doter d'objectifs clairs qui mènent à de meilleures politiques et interventions, et qui réduisent l'écart afin que chacun ait accès aux fruits dans l'arbre des soins de santé.

Malgré l'engagement du Canada de fournir des soins de santé de qualité, les inégalités en santé demeurent une préoccupation urgente.

Il faut souligner les inégalités persistantes au chapitre des systèmes de santé et des soins de santé qui touchent les populations marginalisées.

Équité et soins de santé et de santé au Canada

Une tension existe entre

- notre engagement global; et
- les inégalités persistantes.



Sources nationales et provinciales

- Black Health Alliance
- Well Living House
- Santé arc-en-ciel Ontario
- Centres de collaboration nationale
- Association canadienne pour la santé mentale
- Upstream : un organisme voué à une société en santé
- Wellesley Institute
- Nexus Santé

Modèle partagé de santé et de mieux-être



Les causes des disparités en santé

- Les données montrent que les communautés autochtones et racialisées font face à des disparités ou inégalités importantes en santé.
- Le sexisme, le racisme, l'homophobie et d'autres types d'exclusion sociale sont associés aux obstacles à la livraison de soins de santé et aux problèmes de santé.
- La race et la pauvreté sont encore les meilleurs indicateurs d'un mauvais état de santé.

Collecte de données par nos champions du projet

- Groupe racial/ethnique, genre, date d'arrivée au Canada, orientation sexuelle, incapacités; francophone, maîtrise des langues officielles, langue parlée/préférée, pays d'origine, études, composition du ménage, statut d'assurance, revenu du ménage, nb de personnes vivant du revenu.
- Type de logement, situation de l'emploi, sécurité alimentaire, obstacles au transport, réseau social, sentiment d'appartenance et ruralité.

Santé des Autochtones

- Plus de 60 % de la population autochtone de l'Ontario vit en milieu urbain. Les données d'évaluation de la santé publique de cette population sont pratiquement inexistantes, malgré sa taille (150 570 personnes).
- Plus de 90 % de la population autochtone de Toronto vit sous le seuil de faible revenu avant impôt (2016).
- 52 % de la population de Premières Nations à Hamilton a déclaré au moins une visite aux urgences au cours des deux dernières années pour des problèmes graves comparativement à 22 % de la population de Hamilton et à 20 % de la population de l'Ontario.

Disparités socio-économiques

| | Hommes | Femmes |
|------------------------------------|---------------|---------------|
| Tous les salariés canadiens | 40 782 | 28 860 |
| Noirs | 27 446 | 27 137 |
| Latino-Américains | 31 932 | 23 346 |
| Asiatiques du Sud | 30 674 | 20 863 |

Source : Statistique Canada, Recensement du Canada de 2016

Racialisation de la pauvreté

Prévalence du faible revenu parmi les minorités visibles :

| | |
|-----------------------|--------|
| Tous les Canadiens | 14,2 % |
| Arabes | 36,2 % |
| Noirs | 23,9 % |
| Chinois | 23,4 % |
| Coréens | 32,6 % |
| Asiatiques de l'Ouest | 34,7 % |

Source : Statistique Canada, Recensement du Canada de 2016

Disparités en santé dans les collectivités rurales et éloignées

Comparer l'espérance de vie dans trois régions des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), 2015 :

| RLISS du Nord-Ouest | RLISS du Centre-Ouest et RLISS du Centre |
|---------------------|--|
| 78,6 années | 83,6 années |

Disparités en santé de la communauté LGBTQ+



Rainbow Health Ontario
Santé arc-en-ciel Ontario



Les personnes handicapées sont confrontées à la solitude et à l'isolement

16 % de la population du Canada est handicapée. Leurs incapacités ont une incidence sur leur niveau de liberté et d'indépendance ou sur leur qualité de vie.

Recherche du Royaume-Uni (2015) :

- 23 % des personnes handicapées se sentent seules la majorité du temps
- 38 % des jeunes personnes handicapées se sentent seules la majorité du temps
- 29 % ne peuvent rencontrer leurs amis qu'une fois par mois ou moins
- 6 % déclarent n'avoir aucun ami

Source : Holt-Lunstead et al. (2015)

Facteurs conjugués influant sur l'accès

- 1) Déterminants de la santé
- 2) Facteurs socio-démographiques
- 3) Facteurs structurels

Accès aux services publics vs privés

Quels facteurs influent sur l'accès aux soins de santé publics?

- le statut d'immigration (c.-à-d. ne pas avoir de statut ou avoir un statut précaire)
- être nouvellement arrivé (attente de trois mois)
- être sans-abri et sans assurance

Quels facteurs influent sur l'accès aux soins de santé privés (soins dentaires, soins de la vue ou médicaments sur ordonnance)?

- être un travailleur pauvre/avoir un emploi précaire
- ne pas avoir de garantie d'assurance-maladie complémentaire
- être un travailleur autonome

Disparités au chapitre des taux de dépistage du cancer

1. Taux de dépistage du cancer du col de l'utérus
(Ontario)

Femmes vivant dans les
secteurs urbains les
plus défavorisés
54,5 %

Femmes vivant dans les
secteurs urbains les
plus riches
66,7 %

2. En retard pour le dépistage du cancer colorectal
(Ontario)

Personnes vivant dans
les secteurs urbains les
plus défavorisés
49,7 %

Personnes vivant dans
les secteurs urbains les
plus riches
34,9 %

Taux de dépistage pour le même groupe ethnique

Femmes de l'Asie de l'Est et de l'Asie du Sud-Est

Taux de dépistage du cancer du sein

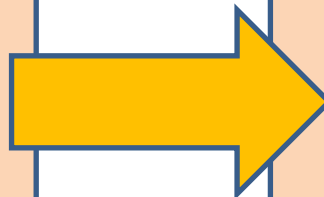
91,4 %
(taux le plus élevé parmi tous les groupes ethniques faisant l'objet d'un suivi)

Taux de dépistage du cancer du col de l'utérus

63,6 %
(taux le plus faible parmi tous les groupes ethniques faisant l'objet d'un suivi)

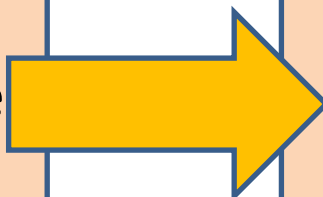
Taux de dépistage du cancer colorectal

Tous les groupes latino-américains, arabes/asiatiques de l'Ouest et asiatiques du Sud



Taux les plus faibles parmi tous les groupes ethniques faisant l'objet d'un suivi

Au sein des groupes de l'Asie de l'Est/du Sud-Ouest



Les hommes sont deux fois plus susceptibles de subir le test de dépistage

Les CSC sont les champions de l'équité en santé



N° 1 à n° 4 : Huit indicateurs vitaux de base

1. % d'organismes qui proposent des programmes/initiatives pour réduire : le tabagisme; la mauvaise alimentation/l'insécurité alimentaire; les problèmes de toxicomanie; la prise en charge de l'obésité/d'un poids santé; la sédentarité; et l'isolement social
2. % de clients déclarant participer aux décisions liées aux soins
3. % déclarant leur santé physique comme étant excellente ou très bonne
4. % déclarant leur santé mentale comme étant excellente ou très bonne

N° 5 à n° 8 : Huit indicateurs vitaux de base

5. % de clients admissibles qui ont reçu ou qui se sont vus offrir un test de dépistage du cancer colorectal/du col de l'utérus stratifié par revenu
6. % de clients qui se sentent toujours à l'aise et accueillis dans [votre CSC]
7. % de clients de soins primaires continus qui reçoivent des soins interprofessionnels
8. % déclarant avoir un sentiment d'appartenance à la communauté très fort ou assez fort

Leadership des CSC pour s'attaquer aux inégalités

Les CSC recueilleront des données sur le pourcentage de clients qui ont reçu ou qui se sont vus offrir :

- un test de dépistage du cancer de l'utérus dans les trois dernières années
- un test de dépistage du cancer colorectal dans les deux dernières années



que ce soit dans le CSC ou à l'extérieur du CSC, par niveau de revenu

Bonne nouvelle pour la promotion de l'équité en santé

- Le gouvernement de l'Ontario a priorisé l'équité en santé aux termes du projet de loi 41, la *Loi donnant la priorité aux patients* (2016).
- Qualité des services de santé Ontario (QSSO) est prêt pour la mesure du rendement du système de santé et de l'équité des soins de santé, et nous perçoit comme un chef de file.

Action revendicatrice fructueuse auprès du
gouvernement de l'Ontario :
Loi donnant la priorité aux patients (2016)

Deux piliers de la Loi sont

- l'équité en santé
- la promotion de la santé

Les membres de l'ACSO sont importants dans ces facteurs non cliniques, et nous pouvons influencer sur le nouveau modèle régional qui s'applique aux RLISS.

Qualité des services de santé Ontario

PLAN D'ÉQUITÉ EN SANTÉ

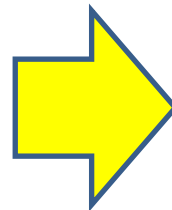


Let's make our health system healthier

À quoi s'applique le plan d'équité en santé?

Il s'applique aux facteurs suivants :

- la santé (état et résultats);
- les soins de santé (accès et qualité des services).



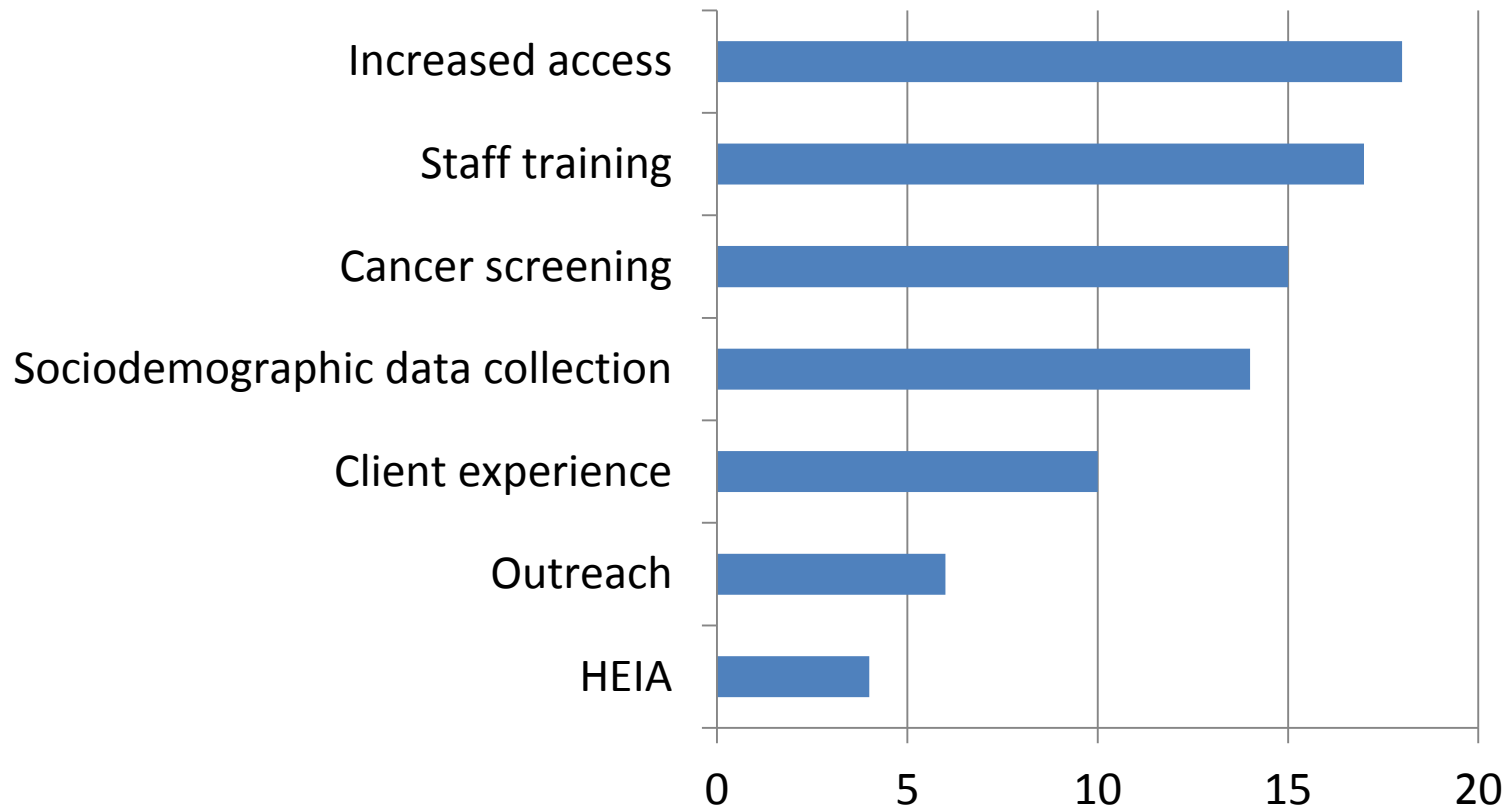
Let's make our health system healthier



Il a une incidence sur les décisions liées à l'affectation des ressources.

Il accorde la priorité à la réduction des inégalités en santé.

Principaux thèmes de l'équité du PAQ – CSC 2016



CHARTRE POUR L'ÉQUITÉ EN SANTÉ

Dans nos propres pratiques, nous identifions l'iniquité, la nommerons et nous y attaquerons. Pour ce faire :

- ▶ Nous accorderons la priorité aux groupes de population dont les besoins sont les plus grands et qui ont le moins accès à des services.
- ▶ Nous ferons participer les communautés que nous servons à la conception et à la prestation de nos programmes.
- ▶ Nous élaborerons des stratégies de lutte contre le racisme/l'oppression afin d'identifier et de nommer les pratiques qui perpétuent l'oppression dans nos organismes, et d'agir contre ces pratiques.
- ▶ Nous élaborerons, sur le plan des ressources humaines, des politiques et des pratiques qui garantiront que la diversité des communautés que nous servons se retrouve à tous les niveaux – bénévoles, personnel, direction, et conseil d'administration – dans nos organismes.
- ▶ Nous ferons en sorte que nos politiques et nos procédures et la formation du personnel répondent aux besoins des diverses communautés que nous servons, notamment sur les plans linguistique et culturel.
- ▶ Nous élaborerons des stratégies d'évaluation qui mesureront les efforts déployés et les résultats obtenus relativement à l'équité en santé, et utiliserons les données de ces évaluations pour améliorer de façon continue les pratiques liées à l'équité en santé.
- ▶ Nous nous servirons de l'équité comme mesure de la qualité dans la prestation de soins centrés sur la personne.
- ▶ Nous partagerons des pratiques exemplaires et les leçons tirées des résultats obtenus sur le plan de l'équité en santé.

Dans le cadre de notre travail au sein de la communauté en général, nous identifions et nommerons l'iniquité et nous y attaquerons. Pour ce faire :

- ▶ Nous collaborerons avec des partenaires du domaine de la santé et la communauté en général afin de nous assurer que l'équité soit un objectif sous-jacent du système de santé.
- ▶ Nous appuierons les groupes communautaires qui combattent les conditions sociales engendrant des iniquités en santé et collaborerons avec eux.
- ▶ Nous ferons en sorte que les causes et l'incidence des iniquités en santé et les solutions possibles à ces iniquités soient documentées.
- ▶ Nous demanderons que des réponses en matière de politiques publiques pour réduire les iniquités en santé soient proposées par les communautés.
- ▶ Nous contribuerons à bâtir un système de santé intégré, performant, dont l'un des principes sous-jacents sera l'équité en santé.

« Nous...combattrons de front, inlassablement et stratégiquement. »

Cette charte est un engagement à l'action pris par l'Association des centres de santé de l'Ontario et ses membres de l'Association pour attaquer les obstacles à une santé équitable.

Nous entendons que l'équité en santé doit être une application importante des politiques et des interventions qui combattent la discrimination et l'oppression dans le but d'éliminer l'inégalité et l'écart de santé sur le plan social, et ce, pour réduire les écarts dans les résultats de santé.

Nous reconnaissons que l'accès au niveau de santé le plus élevé possible est un droit fondamental de l'être humain. Nous reconnaissons que la santé est un état complet de bien-être physique, mental, social et spirituel.

Nous reconnaissons que de nombreux problèmes de santé ne sont pas uniquement d'ordre médical ou biologique; ils sont causés par des conditions sociales qui influent sur l'accès aux ressources et au pouvoir. Dans notre société, l'accès aux ressources et au pouvoir est souvent limité par la pauvreté, le racisme, le sexisme, l'homophobie, la transphobie, la discrimination fondée sur l'âge ou la capacité et d'autres formes d'exclusion sociale, qui sont souvent interreliés. Nous reconnaissons en particulier l'impact que le racisme a eu – et continue d'avoir – pour ce qui est d'engendrer la pauvreté, l'exclusion sociale et l'iniquité en santé chez les personnes et les communautés racialisées.

Nous affirmons que les communautés autochtones et francophones ont des histoires et des besoins distincts et spécifiques ainsi que des droits constitutionnellement protégés. Nous reconnaissons les besoins en santé distincts des populations qui vivent dans des milieux ruraux, éloignés ou isolés, ainsi que dans des quartiers urbains pauvres. Nous reconnaissons aussi les besoins en santé et les droits distincts des personnes qui ne sont pas assurées et des sans-papiers.

Les causes de l'iniquité en santé sont systémiques et persistantes. Nous les combattons de front, inlassablement et stratégiquement.

Nous nous engageons à réduire les iniquités en santé en améliorant nos propres pratiques et en agissant auprès des institutions et de la communauté en général.



Réflexion

Que signifie pour vous de « combattre de front, inlassablement et stratégiquement... »?

Quelles conversations sur l'équité avez-vous avec votre équipe?

Ressources

Charte de l'équité en santé (Association des centres de santé de l'Ontario)

<https://www.aohc.org/Health-Equity-Charter?lang=fr>

Modèle de santé et de mieux-être (Association des centres de santé de l'Ontario)

<https://www.aohc.org/fr/modele-de-sante-et-de-bien-etre?lang=fr>

Information liée au Projet des indicateurs de l'équité en santé figurant sur le site Web de l'ACSO, y compris un lien vers l'enquête d'évaluation de base

<https://www.aohc.org/fr/Projet-des-indicateurs-de-l'équité-en-santé>

EQUALITY

EQUITY