

Rapport sur l'équité en santé

À l'attention de la Niagara Ontario Health Team-Équipe
Santé Ontario-Niagara (NOHT-ÉSON)



Hébergé dans les locaux de la Ted Rogers School of Management, le Diversity Institute compte une centaine de chercheurs de tous horizons qui œuvrent pour faire progresser l'équité, la diversité et l'inclusion. Nous travaillons aux côtés d'organisations issues de tous secteurs afin de mettre au point des stratégies, des programmes et des ressources sur mesure visant à promouvoir de nouvelles connaissances et pratiques interdisciplinaires en ce qui concerne la diversité au regard du genre, de la race ou l'origine ethnique, des peuples autochtones, des capacités et de l'orientation sexuelle. Adoptant un modèle écologique du changement, notre approche fondée sur des données probantes et tournée vers l'action favorise l'innovation sociale dans les différents secteurs.

Le Diversity Institute participe à des travaux de recherche et des programmes en partenariat avec plus de 200 organisations des secteurs privé, public et sans but lucratif dans l'optique de comprendre l'importance stratégique de la diversité et de l'inclusion dans le cadre de leurs domaines d'activité respectifs et d'élaborer des stratégies et des outils sur mesure permettant de faire de l'inclusion un moteur de réussite. Le Diversity Institute dirige plusieurs programmes de grande envergure à intervenants multiples, et ce, pour le Centre des Compétences futures, le Portail de connaissances pour les femmes en entrepreneuriat et le Défi 50-30.



Contributeurs du Diversity Institute

L'équipe de direction

Dr. Wendy Cukier,
Fondatrice et directrice
académique, *D.Ph.M.B.A.*

Dr. Mohamed Elmi,
Directeur exécutif, *D.Ph.*

Dr. Erica Procter,
Directeur du conseil, *D.Ph.*

L'équipe de recherche

Ariadna Pauliuc,
Gestionnaire de programme
de recherche, Candidate
D.Ph.

Rohini Talwar,
Gestionnaire de programme,
M.B.A.

Sazzad Hossain Nahid,
Coordinateur de projet,
M.Sc.

Arief Kartolo,
Associé de recherche, *D.Ph.*

Rashimi Krishnamurthy,
Associé de recherche, *D.Ph.*

Ranjana Singh Nagpal,
Assistant de recherche,
D.Ph.

Erica J. Wright,
Associé de recherche, *M.A.*

Misbah Sarwar,
Assistant de recherche,
B.Comm

Remerciements

Le NOHT-ÉSON tient à remercier les organisations membres d'avoir contribué à cet important travail qui vise à renforcer l'équité en santé pour les communautés de la région de Niagara.

Société Alzheimer du Niagara (Sans FN)	Centre d'amitié des Autochtones de Fort Erie (Sans FN)	Village Niagara Ina Grafton Gage (Sans FN)
Foyer de groupe ARID (Niagara) Inc. (Sans FN)	Foyer Richelieu, Welland	Organisation de santé familiale du groupe médical Niagara (Sans FN)
Société Bienveillante Heidehof pour les Soins aux Personnes Âgées (Sans FN)	Réseau de santé familiale Garden City (Sans FN)	Équipe de santé familiale de Niagara Nord (Sans FN)
L'association des lésions cérébrales de Niagara (Sans FN)	Gateway: services de soutien résidentiel et communautaire (Sans FN)	Santé publique de Niagara (Sans FN)
Corporation du Centre de Santé Communautaire Bridges (Sans FN)	Hospice du Niagara (FN)	Soutien communautaire parallèle du Centre Oak (FN)
Association canadienne pour la santé mentale – Niagara (FN)	Centre de santé et de réadaptation Hotel Dieu Shaver (FN)	Santé Ontario (FN)
Centre de santé communautaire Hamilton Niagara Inc. (Sans FN)	Réseau de Santé Autochtone (Sans FN)	Pathstone services en santé mentale (FN)
Services communautaires des dépendances - Niagara (Sans FN)	La marche des dix sous du Canada – Niagara (FN)	Équipe de santé familiale Portage Médical (FN)
Services communautaires de soutien - Niagara (Sans FN)	La popote roulante du Fort Érié (Sans FN)	Vie Positive Niagara (Sans FN)
CSI Niagara (FN)	La popote roulante du Niagara (Sans FN)	Centre de santé communautaire Quest (Sans FN)
Contact Niagara pour les services à l'enfance et l'adaptation (FN)	La popote roulante du Port Colborne (Sans FN)	Soin radioux: Maison des frères mennonites pour personnes âgées (Sans FN)
De dwa da dehs nye s	Collège Niagara – Faculté des études communautaires et de la santé (Sans FN)	Maison mennonite unie pour personnes âgées (Sans FN)
Service d'aide médicale urgente (FN)	Centre de santé communautaire Niagara (Sans FN)	La maison Wayside de St. Catharines (Sans FN)
Entité2 de planification des services de santé (FN)	Santé de Niagara (FN)	Équipe de santé familiale Welland McMaster (Sans FN)

Le NOHT-ÉSON reconnaît également les contributions importantes des membres de la Table de Planification et du Group de Travail ainsi que l'expertise des contributeurs autochtones et francophones au projet.

Jackie Barrett-Greene	Sean Keays	Sabrina Piluso
Shaun Baylis	Mary Keith	Michael Porto
Laura Blundell	Teena Kindt	Katrina Postma
Linda Boich	Lori Kleinsmith	Frank Ruberto
Jerry Boichuk	Henri Koning	Nancy Ryan
Jim Borysko	Kaitlin Labatte	Tim Siemens
Annie Boucher	Che Latchford	Walter Squazzin
Elena Caddis	Ashley Lepine	Jenny Stranges
Albert Calaguairo	Ken Mackenzie	Wendy Sturgeon
David Ceglie	Nicole Marshall	Megan Thomas
Ashley Chiarello	Diane Martin	Celeste Turner
Kelly Cimek	Jo Ann Mattina	Dee Tyler
Rick Ferron	Tara McKendrick	France Vaillancourt
Bianca Gagnon	Taralea Mclean	Dr. Darija. Vujosevic
Nancy Garner	Olga McNeill	Jori Warren
Janice Gardner-Spierce	Marianne McRae	Nadine Wallace
Frank Greco	Kitten Moses	Michelle Warren
Dr. Roxan Guise	Carol Nagy	
Kate Harold	Hrishikesh Navare	
Judy Hoover	Paul Niesink	
Dr. Azim Kasmani	Lisa Panetta	

Table des matières

Résumé.....	2
Présentation du projet.....	9
Présentation de la NOHT-ÉSON.....	12
Argumentaire en faveur de l'équité en santé.....	19
Caractéristiques démographiques et besoins en services au Niagara.....	24
Piliers organisationnels de l'équité en santé.....	30
Résumé de l'Outil d'évaluation de l'équité en santé.....	35
Annexes.....	38
Références.....	55

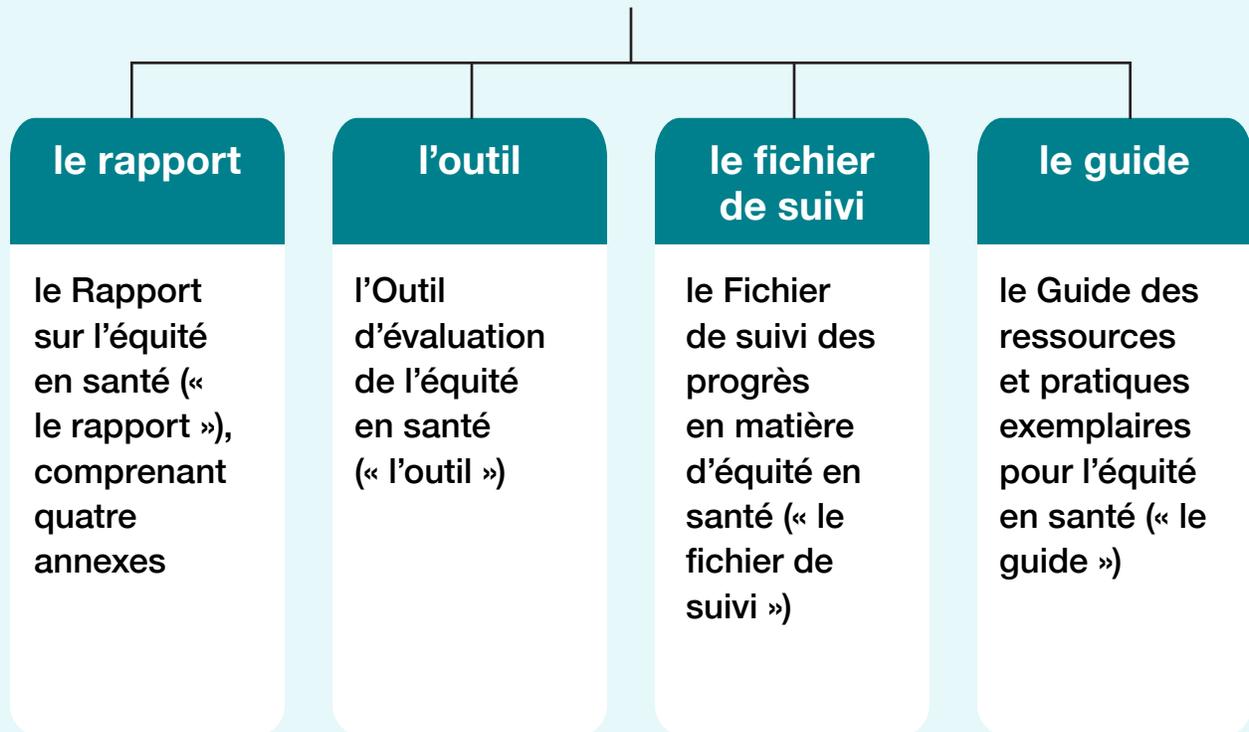
Outil d'évaluation, Guide des ressources et pratiques exemplaires et Fichier de suivi des progrès joints séparément.

Executive Résumé

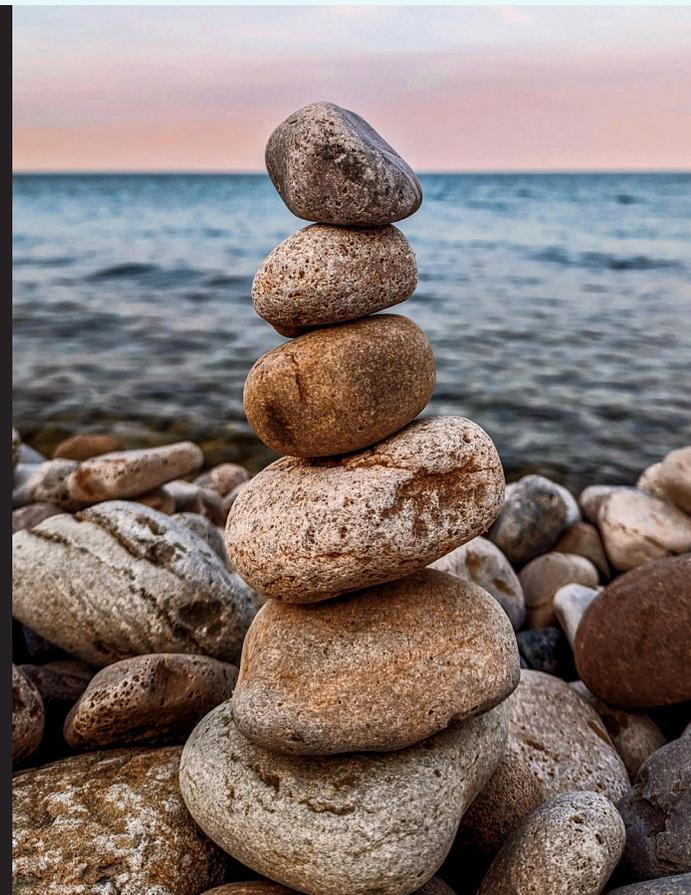
La Niagara Ontario Health Team-Équipe Santé Niagara-Ontario (NOHT-ÉSON) a travaillé en partenariat avec le Diversity Institute dans le but d'accompagner plus de 45 organisations membres dans leur cheminement vers l'équité en santé.



Livrable de ce projet, la Trousse à outils pour l'équité en santé (« la trousse à outils ») mise au point par le Diversity Institute se compose de quatre documents :



Cette trousse à outils a pour but d'aider la NOHT-ÉSON à promouvoir l'équité en santé en faveur des populations désignées au Niagara, notamment les communautés francophones et les peuples autochtones, conformément au mandat de l'équipe Santé Ontario (ESO), et d'autres groupes en quête d'équité. Elle est destinée à servir de feuille de route pour comprendre et cerner les possibilités et les priorités, ainsi que les pratiques exemplaires à mettre en œuvre, le cas échéant, pour atteindre les objectifs à l'échelon organisationnel et satisfaire aux obligations de l'ESO.



1. Rapport sur l'équité en santé

Le Rapport sur l'équité en santé (« le rapport ») est le fruit d'un examen de fond consacré au secteur des soins de santé au Canada, en particulier dans le contexte provincial et régional, et de consultations menées auprès des organisations de la NOHT-ÉSON et de leur groupe de travail sur l'équité en santé. Ce rapport présente le projet ainsi que la formation, la structure et le mandat de service de la NOHT-ÉSON. En plus de définir les termes clés (groupes en quête d'équité, populations francophones, minorités linguistiques, égalité, équité, diversité ou encore inclusion), il fournit une définition de l'équité en santé propre à la NOHT-ÉSON, formulée par le Diversity Institute après analyse de nombreuses ressources sectorielles, et précise les trois piliers organisationnels (c'est-à-dire les grands axes) qui composent l'Outil d'évaluation de l'équité en santé. Enfin, ce rapport explique dans les grandes lignes l'objet, l'importance et le fonctionnement de l'outil.



2. Outil d'évaluation de l'équité en santé

L'Outil d'évaluation de l'équité en santé (« l'outil ») a été mis au point en 2022 par le Diversity Institute, en collaboration avec le groupe de travail sur l'équité en santé de la NOHT-ÉSON. Cet outil ne sert pas à mener un audit, mais vise plutôt à faire l'état des lieux de l'équité en santé et à évaluer d'autres principes d'équité, de diversité et d'inclusion (EDI) au sein de la NOHT-ÉSON, afin de renforcer la diversité organisationnelle et d'améliorer l'équité d'accès aux soins de santé et l'inclusion des populations issues de la diversité au Niagara. Il permet aux organisations de la NOHT-ÉSON de mesurer et de suivre de manière autonome les progrès qu'elles accomplissent d'année en année au regard de leurs objectifs d'équité en santé. Cet outil est un « document vivant » appelé à refléter en permanence le stade d'avancement des organisations. Dans cette optique, il a été conçu pour mettre au jour les tendances actuelles tout en permettant aux organisations de mieux comprendre comment progresser dans chacun des trois piliers organisationnels, à savoir :

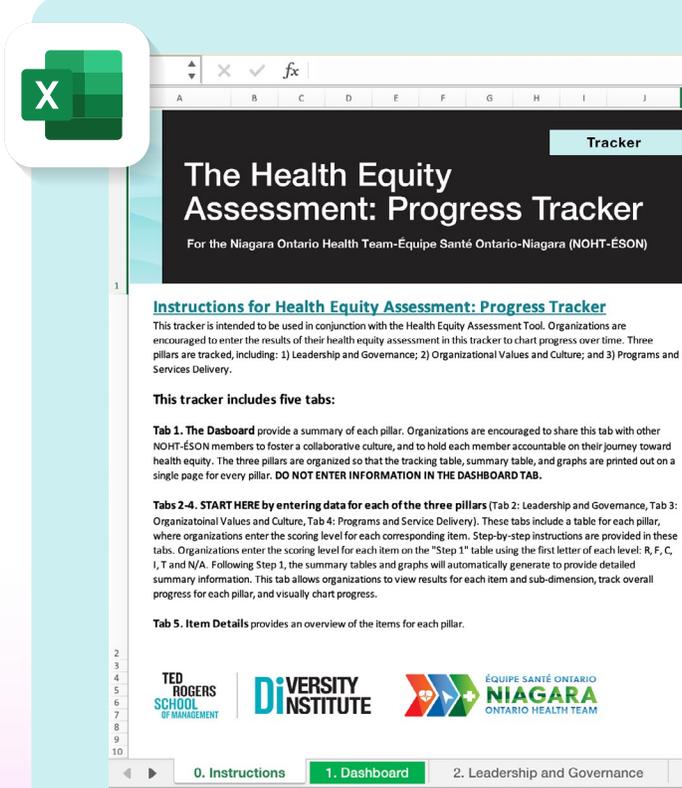
les trois piliers sont

	1. Leadership et gouvernance :	ce pilier s'intéresse à la composition et à la diversité du conseil d'administration/du corps dirigeant et de l'équipe de haute direction.
	2. Valeurs et culture organisationnelles :	ce pilier reconnaît l'importance d'instaurer un milieu de travail et de prise en charge inclusif et diversifié dans le cheminement vers l'équité en santé.
	3. Programmes et prestation de services :	ce pilier met les organisations au défi de concevoir, de mettre sur pied et d'offrir des programmes et des services répondant aux besoins des populations issues de la diversité.

Pour chaque question associée aux différents piliers, les organisations indiqueront leur niveau d'initiative : Préparation, Fondement, Action, Intégration, Transformation ou Sans objet (S. O.). Cet outil tient compte du fait que les organisations ne sont pas toutes au même stade de leur cheminement et vise à accompagner la croissance et le développement de chaque membre de la NOHT-ÉSON, mais aussi de l'équipe Santé Ontario dans son ensemble. Les organisations saisiront leurs résultats dans le Fichier de suivi des progrès en matière d'équité en santé afin d'étudier leur avancement d'année en année.

3. Fichier de suivi des progrès en matière d'équité en santé

Complément de l'Outil d'évaluation de l'équité en santé, le Fichier de suivi des progrès en matière d'équité en santé (« le fichier de suivi ») est un document permettant aux organisations de saisir les résultats de leur évaluation et de suivre les changements mis en œuvre d'une année sur l'autre. Ce fichier de suivi comporte un tableau de bord illustrant le score général d'une organisation d'après les piliers et les sous-dimensions de l'outil. Il convient de l'utiliser à la fin de chaque année pour synthétiser les résultats de l'évaluation en matière d'équité en santé. Les organisations obtiendront ainsi une vue d'ensemble de leur progression annuelle et des occasions propices à l'équité en santé dans chacune des ses dimensions. Ce tableau de bord a pour vocation d'être diffusé largement au sein de la NOHT-ÉSON, afin de favoriser un travail collectif dans les domaines qui posent le plus de difficultés aux organisations.



Tracker

The Health Equity Assessment: Progress Tracker

For the Niagara Ontario Health Team-Équipe Santé Ontario-Niagara (NOHT-ÉSON)

Instructions for Health Equity Assessment: Progress Tracker

This tracker is intended to be used in conjunction with the Health Equity Assessment Tool. Organizations are encouraged to enter the results of their health equity assessment in this tracker to chart progress over time. Three pillars are tracked, including: 1) Leadership and Governance; 2) Organizational Values and Culture; and 3) Programs and Services Delivery.

This tracker includes five tabs:

Tab 1. The Dashboard provide a summary of each pillar. Organizations are encouraged to share this tab with other NOHT-ÉSON members to foster a collaborative culture, and to hold each member accountable on their journey toward health equity. The three pillars are organized so that the tracking table, summary table, and graphs are printed out on a single page for every pillar. **DO NOT ENTER INFORMATION IN THE DASHBOARD TAB.**

Tabs 2-4. START HERE by entering data for each of the three pillars (Tab 2: Leadership and Governance, Tab 3: Organizational Values and Culture, Tab 4: Programs and Service Delivery). These tabs include a table for each pillar, where organizations enter the scoring level for each corresponding item. Step-by-step instructions are provided in these tabs. Organizations enter the scoring level for each item on the "Step 1" table using the first letter of each level: R, F, C, I, T and N/A. Following Step 1, the summary tables and graphs will automatically generate to provide detailed summary information. This tab allows organizations to view results for each item and sub-dimension, track overall progress for each pillar, and visually chart progress.

Tab 5. Item Details provides an overview of the items for each pillar.

Logos: TED ROGERS SCHOOL OF MANAGEMENT, DIVERSITY INSTITUTE, ÉQUIPE SANTÉ ONTARIO NIAGARA ONTARIO HEALTH TEAM

Navigation: 0. Instructions | 1. Dashboard | 2. Leadership and Governance

Complément de l'Outil d'évaluation de l'équité en santé, le Fichier de suivi des progrès en matière d'équité en santé (« le fichier de suivi ») est un document permettant aux organisations de saisir les résultats de leur évaluation et de suivre les changements mis en œuvre d'une année sur l'autre.

4. Guide des ressources et pratiques exemplaires pour l'équité en santé

Le Guide des ressources et pratiques exemplaires pour l'équité en santé (« le guide ») est un recueil de recommandations et de ressources destinées à aider les organisations de la NOHT-ÉSON à combler les lacunes en matière d'équité en santé mises au jour au moyen de l'outil. Il fait fond sur diverses grandes pratiques exemplaires émanant de sources universitaires, gouvernementales et sectorielles, et recense également des ressources actuellement employées par certaines organisations au sein de la NOHT-ÉSON. Structuré de la même façon que l'outil, ce guide dresse une liste de ressources concernant chaque question, sous-dimension et pilier. Il peut notamment s'agir de politiques types, de guides de mise en œuvre et d'évaluation, d'outils de suivi et de listes de vérification, d'une terminologie à jour, ainsi que d'autres ressources et travaux de recherche sur les obstacles et les besoins identifiés pour les différentes populations desservies par la NOHT-ÉSON.





Présentation du projet

**La Niagara Ontario Health Team-
Équipe Santé Ontario-Niagara
(NOHT-ÉSON) a été mise sur pied
en 2020 pour instaurer une approche
coordonnée de soins et de services,
dans le but d'améliorer l'expérience
et les résultats de la clientèle dans le
secteur des soins de santé.**

La NOHT-ÉSON réunit plus de 45 organisations de soins de santé, de santé mentale et de services sociaux de la région du Niagara, qui fournissent notamment des soins primaires, des soins à domicile, des services d'urgence, des services de santé publique, des services sociaux, des services de santé mentale et de traitement des dépendances, des services de réadaptation et des soins actifs¹. La NOHT-ÉSON a pour principe directeur, entre autres, d'améliorer



la santé de la population en assurant l'équité des soins et un accès inclusif pour chaque communauté, y compris les communautés autochtones et francophones, ainsi que les autres **groupes en quête d'équité** dans la région du Niagara.

La NOHT-ÉSON a mis en place une collaboration avec le Diversity Institute afin de faciliter la progression de sa mission visant à améliorer l'équité en santé pour la population du Niagara et à appuyer l'engagement pris d'instaurer un écosystème de soins de santé et de services sociaux équitable et inclusif. À ce jour, la collaboration entre le Diversity Institute et la NOHT-ÉSON a permis de :

- + définir l'équité en santé et les objectifs connexes de façon à établir une compréhension commune de cette initiative à long terme parmi les membres et les partenaires de la NOHT-ÉSON
- + mettre au point un Outil d'évaluation de l'équité en santé (« l'outil ») sur mesure visant à faire le point sur les pratiques relatives à l'équité en santé au sein de chaque organisation de la NOHT-ÉSON et à suivre leur progression à l'interne, et au fil du temps
- + recenser les ressources et les partenaires actuellement disponibles au sein de l'écosystème des soins de santé et des services sociaux du Niagara à travers des travaux de recherche et des consultations avec les parties prenantes
- + cerner les pratiques exemplaires et les cadres de travail dans le domaine de l'équité, de la diversité et de l'inclusion, à l'échelle et au-delà de l'écosystème des soins de santé et des services sociaux, qui pourraient être mis à profit par les organisations de la NOHT-ÉSON

La Trousse à outils pour l'équité en santé (« la trousse à outils ») de la NOHT-ÉSON se compose du Rapport sur l'équité en santé (« le rapport »), de l'Outil d'évaluation de l'équité en santé (« l'outil »), du Fichier de suivi des progrès en matière d'équité en santé (« le fichier de suivi ») et du Guide des ressources et pratiques exemplaires pour l'équité en santé (« le guide »). Cette trousse à outils devrait servir de feuille de route à ce stade de la stratégie d'équité en matière de santé de la NOHT-ÉSON. Les quatre documents proposés sont à utiliser conjointement afin de déterminer les possibilités, les priorités et les pratiques exemplaires à mettre en œuvre au fil du temps, à l'échelon organisationnel et au niveau de l'équipe Santé Ontario (ÉSO). Les organisations trouveront plus précisément dans la trousse à outils : une **présentation du projet**, une définition des **objectifs** et des **priorités stratégiques en matière d'équité en santé** de la NOHT-ÉSON, un **argumentaire en faveur de l'équité en santé** et le contexte régional du Niagara, ainsi qu'un bref **résumé de l'Outil d'évaluation de l'équité en santé**.



La **définition de l'équité en santé**, le **rapport**, l'**outil** et le **guide** s'inscrivent dans le cadre d'une initiative de grande ampleur visant à atteindre l'équité en santé. La NOHT-ÉSON s'efforce de créer un système de santé cohésif qui dessert tous les résidents du Niagara de manière inclusive, équitable, sûre et sans entrave. Pour parvenir à l'équité en matière de santé, il est impératif d'élaborer une stratégie complète tenant compte des déterminants sociaux de la santé, des politiques et pratiques organisationnelles, et des attitudes et comportements au niveau individuel. Le rapport, l'outil et le guide sont destinés à combler les lacunes et à saisir les

occasions offertes à l'échelon organisationnel en s'appuyant, à ce stade, sur des consultations internes. L'équité en santé nécessite une conversation continue et une collaboration active entre les organisations NOHT-ÉSON de la région, en particulier avec la contribution des communautés desservies par la NOHT-ÉSON. Le projet actuel visait à fournir une définition et un rapport sur l'équité en santé, ainsi qu'à mettre au point un Outil d'évaluation de l'équité en santé permettant aux organisations d'élaborer leur stratégie en la matière, en s'inspirant des exemples recensés dans le Guide des ressources et pratiques exemplaires pour l'équité en santé. (Voir le tableau 1)

Tableau 1. Champ d'application du projet, méthodologie et résultats attendus

Objet	Moyens	Résultats
Définition de l'équité en santé	<ul style="list-style-type: none"> • Examen des définitions de l'équité en santé existantes • Consultation auprès des partenaires de la NOHT-ÉSON pour cerner les principaux centres d'intérêt • Réunions du Groupe de travail sur l'équité en santé 	Formulation d'une définition de l'équité en santé adaptée aux besoins de la NOHT-ÉSON et des communautés qu'elle dessert. Cette définition sert à orienter le travail de toutes les organisations de la NOHT-ÉSON.
Outil d'évaluation de l'équité en santé (« l'outil »)	<ul style="list-style-type: none"> • Sondage et consultations auprès des agents de liaison de la NOHT-ÉSON • Adaptation de l'outil d'évaluation de la diversité, bien étayé par la recherche, aux besoins particuliers inhérents au secteur des soins de santé et aux populations prioritaires visées par ce projet 	Cet outil servira à faire l'état des lieux de l'équité en santé au sein de l'écosystème de soins du Niagara, ainsi qu'à établir des étalons de référence et à suivre les progrès accomplis.
Guide des ressources et pratiques exemplaires pour l'équité en santé (« le guide »)	<ul style="list-style-type: none"> • Recueil des meilleures pratiques dans le secteur des soins de santé • Consultation auprès des membres et partenaires de la NOHT-ÉSON dans le secteur • Étude des besoins en matière de soins de santé et des écarts vécus par les groupes en quête d'équité et ceux mal desservis dans la région du Niagara et au-delà 	Ce guide propose des pratiques exemplaires et des recommandations visant plus particulièrement à combler les lacunes et à mettre à profit les possibilités cernées grâce à l'outil.

Présentation de la NOHT- ÉSON

Mandat de l'organisation

Les équipes Santé Ontario (ÉSO) ont été mises en place afin que les prestataires de soins de santé, notamment les hôpitaux, les médecins et les soignants, travaillent de concert afin d'assurer une prise en charge des soins qui soit centralisée et efficace. Cette approche coordonnée vise à garantir que tous les résidents de l'Ontario bénéficient de soins intégrés améliorés². Le projet de loi 74, *Loi de 2019 sur les soins de santé pour la population*, modifie la *Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée* afin de prévoir la création « de conseils des services de santé aux Autochtones et d'un conseil consultatif des services de santé



en français »³. En ce qui concerne les soins de santé autochtones, au-delà de la création de conseils de santé autochtones, les Aînés et autres dirigeants communautaires devraient également être consultés. Compte tenu de cette priorité, les organisations qui demandent à former une ÉSO sont tenues de travailler en partenariat avec les dirigeants autochtones et les organismes francophones dans le cadre de la planification et de la mise en œuvre des services de santé. Aux termes du projet de loi 74, les équipes Santé Ontario sont tenues de⁴ :

- + éliminer les disparités actuelles en soins de santé vécues par les peuples autochtones en Ontario
- + revoir la conception des soins de façon à améliorer la prise en charge et à répondre aux besoins diversifiés des communautés autochtones
- + reconnaître et respecter le rôle des peuples autochtones dans la planification, la conception, la prestation et l'évaluation des services au sein de leurs communautés
- + fournir des soins adaptés à la culture des peuples autochtones

Toujours selon le projet de loi 74, « le système de soins de santé publique devrait tenir compte de la diversité des collectivités de l'Ontario et respecter les exigences de la *Loi sur les services en français (LSF)* en ce qui concerne la planification, la conception, la prestation et l'évaluation de services de soins de santé destinés à la collectivité ontarienne francophone »⁵. Cela signifie que les équipes Santé Ontario doivent garantir l'accessibilité de services de soins de santé en français.

Si la NOHT-ÉSON a la volonté d'assurer l'égalité des services offerts aux communautés linguistiquement minoritaires qui rencontrent des barrières langagières dans le secteur des soins de santé, elle œuvre spécialement pour lever les obstacles en la matière auprès des communautés francophones. Ce mandat contribue, en particulier, à répondre aux préoccupations liées à la qualité des soins et à la sécurité des patients issus des communautés francophones. À titre d'exemple, les gestionnaires et les professionnels des soins de santé sont encouragés à acquérir les compétences nécessaires pour surmonter les barrières linguistiques à l'aide de ressources telles qu'accès ÉQUITÉ. Plus précisément, accès ÉQUITÉ est une plateforme qui regroupe des outils d'apprentissage fondés sur des données probantes pour permettre de mieux comprendre les besoins des populations francophones ou des groupes acadiens dans une région donnée. Elle aide également à résoudre les problèmes linguistiques dans le cadre des soins de santé et des services sociaux ou communautaires, et propose des solutions éprouvées en réponse à un éventail de préoccupations⁶.

La NOHT-ÉSON s'appuie sur les principes directeurs suivants⁷ :

1. l'engagement envers les patients/clients/soignants et familles, ainsi qu'au principe de l'objectif quadruple
2. le partenariat et la conception participative authentiques
3. la culture de collaboration
4. la santé de la population, l'équité et l'accès
5. la coordination et l'intégration
6. le déploiement et la durabilité
7. l'innovation et l'excellence
8. l'engagement à l'amélioration de la qualité
9. la créativité et l'apprentissage continu
10. l'engagement à un parcours
11. la transformation numérique

La NOHT-ÉSON s'engage à une collaboration soutenue et reconnaît la vision et les bénéfices collectifs d'un partenariat continu pour former une équipe Santé Ontario. Ses membres acceptent collectivement d'assurer un continuum de soins qui soit intégré et novateur, qui améliore l'état de santé et l'expérience des patients, des clients et des fournisseurs, et qui offre la meilleure valeur pour la collectivité du Niagara dans son ensemble.

Formation et structure de la NOHT-ÉSON

La NOHT-ÉSON et ses divers partenaires communautaires ont adopté un « cadre de prise de décision consensuelle » permettant de tenir compte de différents points de vue au cours du processus décisionnel.

Ce cadre repose sur les principes suivants :

- + la clarté du processus et la discipline de prise de parole et d'écoute
- + le respect des contributions personnelles de tous les participants aux réunions, lesquelles sont soigneusement prises en compte et utilisées pour parvenir à une décision
- + la conviction que les meilleures décisions sont celles qui résultent d'une coopération au sein du groupe, et non d'une opposition entre les personnes, les organisations ou les secteurs
- + l'attention portée à la création d'une atmosphère coopérative dans laquelle les différends sont exprimés, accompagnés et résolus

Le Diversity Institute a étudié les initiatives pour l'équité en santé mises en œuvre dans la région du Niagara en organisant des réunions avec le groupe de travail sur l'équité en santé (Health Equity Working Group (HEWG)), en examinant des rapports et des ressources du secteur et en menant des consultations auprès de membres des organisations de la NOHT-ÉSON. La NOHT-ÉSON a la volonté d'éliminer les obstacles à l'accès aux services rencontrés par les groupes en quête d'équité dans la région. Ses membres comprennent l'importance des déterminants sociaux de la santé qui influent sur l'équité en santé à travers leurs processus de décision et de mise en œuvre des programmes. Au cours des consultations, les participants ont relevé l'importance de mener une réflexion holistique portant à la fois sur le système de santé et sur le traitement du patient. Ce changement d'optique permet aux organisations d'améliorer les services de soins sans caractère d'urgence et non primaires au profit des groupes en quête d'équité.

Les organisations ont mis en lumière trois domaines clés permettant de renforcer les cadres de travail en matière d'équité, de diversité et d'inclusion (EDI) et d'équité en santé :

1. les initiatives de sensibilisation et de formation
2. la consolidation des partenariats
3. la création d'organisations représentatives

Les organisations de la NOHT-ÉSON participent à des initiatives de sensibilisation et de formation, qui contribuent à la fois au renforcement et au partage des connaissances⁸. L'accent est actuellement placé sur l'apprentissage et la formation en vue d'améliorer les connaissances au sujet des cultures et traditions autochtones, des problématiques LGBTQ2S+, de la culture francophone et d'autres questions touchant les communautés francophones. La création d'organisations représentatives figure au premier plan des évaluations internes. Enfin, les membres souhaitent mieux faire connaître les services disponibles, améliorer la programmation afin de combler les lacunes et faciliter la mise en place des pratiques exemplaires, et ce, en consolidant les partenariats à l'interne (au sein de la NOHT-ÉSON) et à l'externe.

Termes clés

Certains termes clés sont employés régulièrement dans le Rapport sur l'équité en santé (« le rapport ») et le Guide des ressources et pratiques exemplaires pour l'équité en santé (« le guide ») en référence aux populations d'intérêt et à d'autres concepts importants en matière d'équité en santé. Les interprétations et les points de vue évoluant constamment, les définitions fournies dans le rapport et le guide ont pour but d'instaurer un cadre de compréhension commune de la terminologie choisie à la lumière du consensus en vigueur parmi les parties prenantes dans la sphère de l'EDI, tout en donnant la priorité à la perception et aux expériences des personnes visées par ces termes. Ces définitions doivent servir de point de départ pour encourager l'apprentissage continu et le maintien du dialogue.

Par ailleurs, il est primordial de souligner la distinction entre diversité, égalité, équité et inclusion. La diversité désigne les différences au sein de la population en ce qui concerne les caractéristiques démographiques ou les attributs personnels, notamment l'âge, la classe sociale, l'origine ethnique, le genre, la santé, les capacités physiques et mentales, la race, l'orientation sexuelle, la religion, la taille, le niveau d'instruction, l'emploi et la fonction, les traits de personnalité, la langue et d'autres différences. L'égalité désigne le traitement égal de tout un chacun, indépendamment de l'identité. L'équité désigne le traitement juste de chaque personne en reconnaissant les désavantages historiques auxquels elle a été confrontée et en y remédiant. L'inclusion vise à garantir que toutes les personnes bénéficient de possibilités de participation et éprouvent un sentiment d'appartenance, peu importe leur identité ou leurs antécédents.

Le terme **groupes en quête d'équité** désigne les personnes confrontées à des obstacles à l'égalité d'accès, à l'égalité des chances et à l'égalité des ressources en raison d'une oppression et d'une discrimination historiques, parmi lesquelles figurent les groupes visés par la législation sur l'équité en matière d'emploi (c'est-à-dire les femmes, les personnes racisées [« minorités visibles »] ou les personnes en situation de handicap et les peuples autochtones) ainsi que les membres de la communauté LGBTQ2S+. Ce terme est actuellement employé par diverses organisations publiques, privées et sans but lucratif, ainsi que par le gouvernement canadien⁹ en vertu de la spécification accessible au public (PAS) du Défi 50–30¹⁰. Certains préfèrent également parler de groupes *méritant* l'équité, un terme qui remplace « à la recherche de l'équité » pour mettre l'accent sur le fait que ces derniers devraient obtenir l'équité et l'égalité d'accès sans avoir à les revendiquer¹¹ — « si l'équité est un droit, personne ne devrait être contraint de la réclamer » (traduction libre)¹².

Pour atteindre l'équité en santé, il est également nécessaire de prêter attention à d'autres groupes non visés par la législation. Ces **groupes mal desservis** ne bénéficient pas de résultats équitables en matière de santé en raison de pratiques et de systèmes historiques et actuels. Parmi eux figurent notamment (liste non exhaustive) les personnes sans-abri, les personnes vivant dans la pauvreté, la population vieillissante, les jeunes, les nouveaux arrivants, les réfugiés et les travailleurs étrangers temporaires, ainsi que les minorités linguistiques.

Les **populations francophones** désignent la communauté parlant la langue officielle minoritaire en Ontario, à savoir le français. Mis à part le Québec, l'Ontario est la province où habite le plus grand nombre de personnes francophones au Canada. Outre les nombreux éléments linguistiques et culturels pris en compte en Ontario, la *Loi de 1986 sur les services en français* prévoit des dispositions particulières régissant la prestation de services aux francophones de la province. Ainsi, elle leur confère le droit de recevoir des services en langue française de la part des ministères, institutions et organismes du gouvernement de l'Ontario. La loi impose que les besoins de la population francophone soient pris en compte lors de l'élaboration et de la mise en œuvre de programmes, de politiques et de procédures. En particulier, la prestation des services en français doit être de qualité équivalente à celle des services offerts en anglais, notamment en termes de qualité et de rapidité. Les modifications à la *Loi sur les services en français* présentées dans le cadre de la *Loi de 2021 visant à bâtir l'Ontario* (projet de loi 43) cherchent par ailleurs à « améliorer l'accès à des services de qualité en français pour la communauté francophone de l'Ontario en pleine croissance »¹³. Ces modifications s'accordent mieux avec le terme « offre active » signifiant que les services en français sont disponibles en tout temps, clairement mis en avant, visibles, facilement accessibles et de qualité équivalente à ceux offerts en anglais¹⁴.

Les **minorités linguistiques** désignent les personnes dont la langue maternelle n'est ni la langue majoritaire ni la langue officielle minoritaire dans leur province ou territoire. Province la plus multiculturelle du pays, l'Ontario accueille plus de 50 % des nouveaux arrivants. Dans le domaine des soins de santé, les membres d'une minorité linguistique qui souhaitent accéder aux services, mais ne bénéficient pas d'une prise en charge dans leur langue, risquent de ne pas participer pleinement à leurs soins et d'obtenir des résultats négatifs en raison des barrières linguistiques¹⁵. Il est important de prendre en compte les besoins des minorités linguistiques lors de l'élaboration et de la prestation de programmes et de services, et de travailler en partenariat dans l'optique d'atteindre l'équité en santé. Si les minorités linguistiques autres que francophones ne sont pas explicitement protégées par la *Loi sur les services en français*, le mandat et les priorités de financement visant l'intégration du français créent de nombreux outils et stratégies également susceptibles d'aider d'autres communautés minoritaires. Au Niagara, par exemple, environ 14 % de la population parle une langue maternelle non reconnue comme langue officielle, avec en tête l'italien (18 %), l'allemand (10 %) et l'espagnol (8 %).

Vous trouverez une liste complète de définitions à l'annexe A.



Argumentaire en faveur de l'équité en santé

Définition de l'équité en santé établie par la NOHT-ÉSON

L'équité en santé signifie que chaque personne a des chances équitables et justes d'atteindre le meilleur état de bien-être possible sur les plans physique, mental, social et spirituel. Pour parvenir à l'équité en santé, nous nous efforçons d'offrir l'égalité d'accès aux ressources et aux soins appropriés et d'éliminer les disparités et les obstacles systémiques existants dans le domaine de la santé, qu'ils soient fondés sur le genre, la race, l'origine ethnique, le statut d'Autochtone, l'orientation sexuelle, la religion, l'âge, la langue, la classe sociale, le statut socioéconomique ou d'autres déterminants sociaux de la santé.

L'équité en santé : définition et importance

Nous définissons l'équité en santé en accord avec les valeurs et les principes de la NOHT-ÉSON ainsi que d'autres organisations similaires. Cette définition précise non seulement ce que l'équité en santé représente, mais aussi *pourquoi* ce travail est important. Dans l'optique d'apporter un changement notable et durable, il est essentiel que les dirigeants prenant part à des initiatives en matière d'équité en santé s'investissent pleinement et que la haute direction en donne le ton. L'équité en santé ne doit pas être considérée comme une initiative isolée, à l'écart des activités courantes de l'organisation, mais comme un travail indispensable à la concrétisation de tous les objectifs stratégiques de cette dernière.

La démographie canadienne est en pleine évolution : avec une population vieillissante et un taux de natalité en baisse, l'immigration est la principale source de croissance démographique. D'après les scénarios de Statistique Canada, les nouveaux arrivants représenteront 30 % de la population totale du Canada et près de 40 % des habitants appartiendront à des groupes racisés d'ici à 2036¹⁶. Les jeunes autochtones forment le segment de la population canadienne qui enregistre la croissance la plus rapide¹⁷. En outre, les jeunes âgés de 15 à 24 ans représentent 30 % de la population LGBTQ2S+ au Canada (contre 14 % de la population non LGBTQ2S+), ce qui indique un changement de proportion de la communauté LGBTQ2S+ au Canada¹⁸.

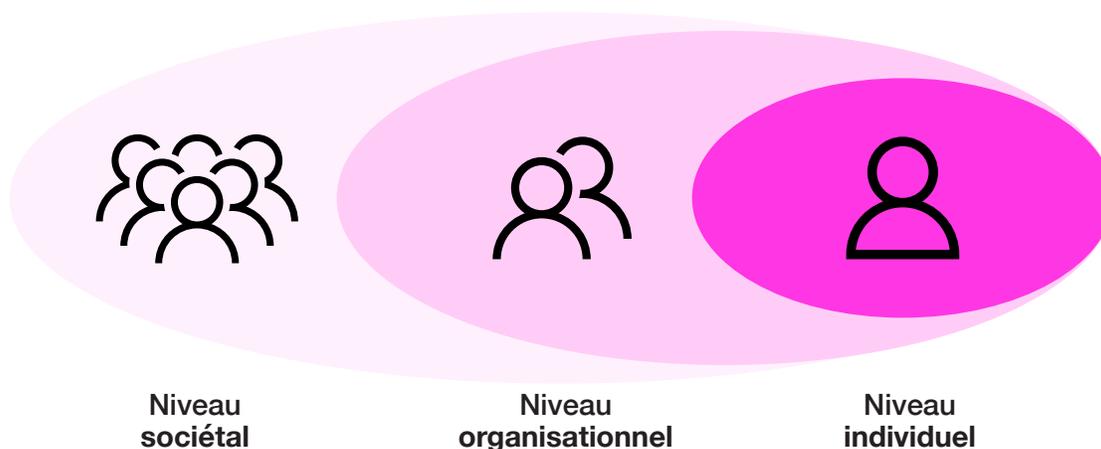
Les consultations auprès des organisations membres de la NOHT-ÉSON laissent également entrevoir une évolution démographique dans la région du Niagara. Les prestataires de soins de la région ont constaté une augmentation de la diversité parmi leurs patients et clients, avec la prise en charge d'un nombre accru de personnes racisées, de nouveaux arrivants, de membres de la communauté LGBTQ2S+ et d'Autochtones. La diversité croissante de la population canadienne impose de réévaluer la stratégie actuelle pour l'atteinte de l'équité en santé et, dans cette optique, de lever les obstacles entravant l'accès à des soins appropriés et adaptés sur le plan culturel.

L'équité en santé établit une norme permettant d'obtenir des résultats plus justes et équitables pour tous. Elle définit un cadre de travail sur lequel les professionnels de santé et les membres du personnel peuvent s'appuyer pour prendre

en charge efficacement les patients issus de populations de plus en plus diversifiées. De fait, les hôpitaux les mieux classés — en termes de résultats cliniques, d'expérience des patients et de dotation en personnel — sont plus susceptibles que les établissements moins bien classés d'accorder la priorité à l'équité en santé dans leur planification stratégique, d'avoir affecté des ressources dédiées aux problématiques en lien avec la diversité culturelle, et de favoriser l'instauration d'un environnement de soins de santé inclusif¹⁹.

Les organisations employant une main-d'œuvre diversifiée et inclusive disposent d'une plus grande souplesse cognitive, car elles embrassent davantage d'avis et de points de vue différents et tendent vers des solutions de soins plus créatives et innovantes²⁰. L'accent placé sur l'équité en santé favorise la recherche critique, laquelle peut conduire à un diagnostic et à un traitement plus efficaces des populations historiquement mal desservies et sous-étudiées. En outre, les valeurs d'équité, de diversité et d'inclusion qui éclairent les travaux sur l'équité en santé influent sur les fonctions internes de l'organisation, dans la mesure où elles sont nécessaires pour attirer et fidéliser un vivier diversifié de talents et où elles contribuent à promouvoir une culture de l'empathie, de la collaboration et de l'innovation. L'application concrète et systématique de ces valeurs au sein des organisations de soins de santé leur épargne des frais juridiques, améliore leur réputation et élargit leurs possibilités de partenariat et de financement essentiels.

Déterminants sociaux de la santé



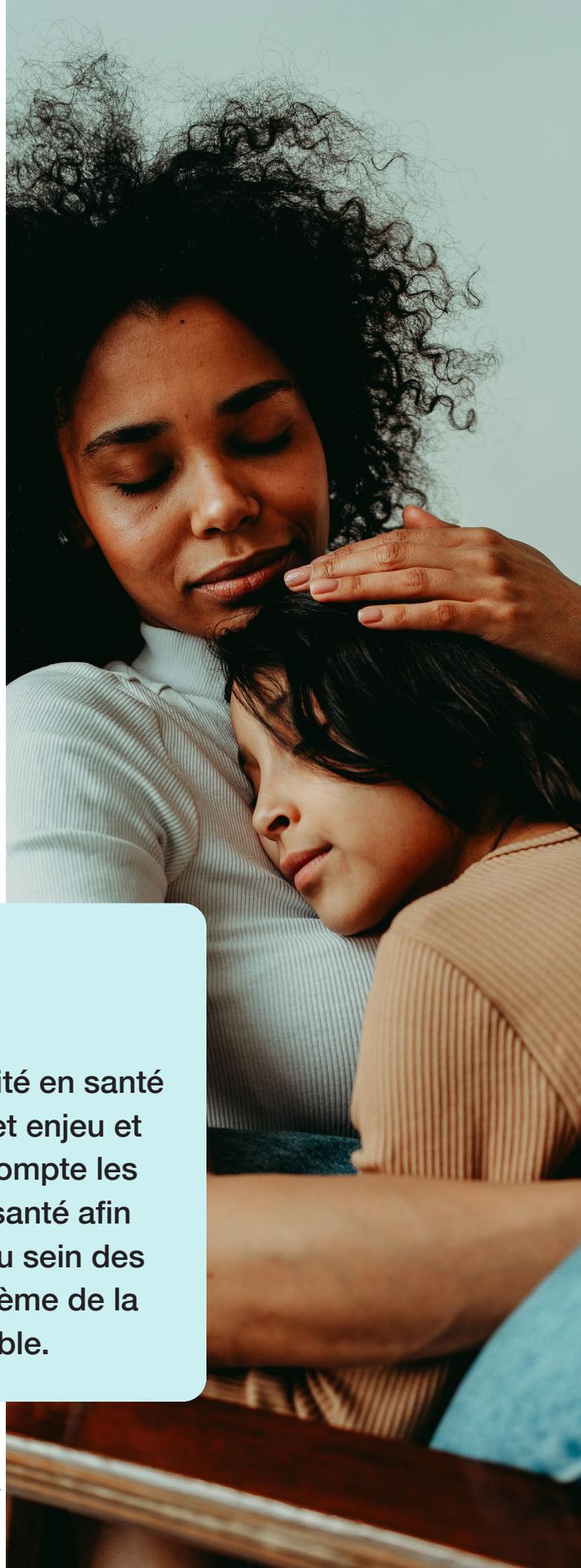
Les déterminants sociaux de la santé sont des facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui influent sur la manière dont les habitants interagissent avec leur communauté et s’y épanouissent²¹. Ils ont des retombées au niveau individuel (identité culturelle ou raciale, éducation, croyances et expériences de la vie), au niveau organisationnel (politiques, pratiques d’embauche, culture organisationnelle) et au niveau sociétal (perceptions et préjugés sur le plan social, médias, législation). Les pratiques en matière de soins de santé doivent tenir compte des facteurs qui, à ces trois niveaux, ont une incidence sur l’expérience de chaque personne au sein du système de soins de santé, dans la mesure où ces derniers affectent considérablement les résultats de santé individuels²². La prise en compte des déterminants sociaux de la santé est fondamentale pour améliorer la santé de la population et réduire les inégalités dans ce domaine²³. La Ligne directrice sur l’équité en matière de santé publiée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l’Ontario recense 16 grands déterminants sociaux de la santé, à savoir^{24, 25} :

- + l’accès aux services de santé
- + la culture, la race et l’origine ethnique
- + le handicap
- + le développement de la petite enfance
- + l’éducation, la littératie et les compétences
- + l’emploi, la sécurité d’emploi et les conditions de travail
- + l’insécurité alimentaire
- + l’identité et l’expression de genre
- + le logement
- + les revenus et la répartition des revenus
- + le statut d’Autochtone
- + les pratiques de santé personnelle et la résilience
- + les milieux physiques
- + l’orientation et l’attrance sexuelles
- + l’inclusion/l’exclusion sociale
- + les réseaux de soutien social

La diversité croissante de la population régionale impose de réévaluer la stratégie actuelle pour l'atteinte de l'équité en santé et, dans cette optique, de lever les obstacles entravant la prestation compétente de soins adaptés sur le plan culturel. Ce projet sur en matière d'équité en santé reconnaît la complexité de cet enjeu et la nécessité de prendre en compte les déterminants sociaux de la santé afin de favoriser le changement au sein des organisations et de l'écosystème de la santé dans son ensemble. La trousse à outils ne constitue qu'une première étape vers l'atteinte de l'équité en santé au Niagara : elle a pour objectif d'aider les membres et les parties prenantes de la NOHT-ÉSON à cerner les lacunes organisationnelles en matière d'équité en santé en s'intéressant aux procédures, politiques et pratiques qui ont une incidence directe ou indirecte sur l'ensemble de l'écosystème.



Ce projet sur en matière d'équité en santé reconnaît la complexité de cet enjeu et la nécessité de prendre en compte les déterminants sociaux de la santé afin de favoriser le changement au sein des organisations et de l'écosystème de la santé dans son ensemble.





Ime	Datum:	Vrijeme
	13:30	
	13:45	
	14:00	

ZAKAZIVANJE

PREZIME I IME

MIJA ZA RACI

SMJENA

Caractéristiques démographiques et besoins en services au Niagara

Profil démographique

Il est essentiel de comprendre la diversité communautaire du Niagara pour mettre en place un système de santé respectueux et solidaire qui favorise l'inclusion de toutes les personnes, indépendamment des capacités, de l'âge, de l'origine ethnique, de la langue maternelle, de l'identité et de l'expression de genre, de la race, de la religion, de l'orientation et de l'expression sexuelles, et d'autres différences.



Population francophone : en 2021, la région du Niagara comptait 477 941 habitants au total, contre 447 888 habitants recensés en 2016, soit une hausse démographique de 6,7 %²⁶. La communauté francophone du Niagara et des municipalités voisines inclut les nouveaux arrivants ainsi que d'autres groupes issus de la diversité ethnique. Au total, 15 115 personnes francophones vivent au Niagara²⁷. La Ville de Welland (5 355) recense la plus forte population francophone, devant St. Catharines (3 575) et Niagara (2 305). La région abrite une communauté francophone dont le dynamisme se reflète dans la création de diverses organisations notamment les institutions communautaires, de prestation de soins de santé et de services sociaux.

Peuples autochtones : 2,8 % des habitants du Niagara déclarent posséder des origines ou un patrimoine autochtones, soit une proportion qui reflète celle de la province, au sein de laquelle les communautés autochtones représentent 2,8 % (374 395) de la population²⁸. Parmi ces groupes au Niagara :

- + 1,6 % des personnes s'identifient en tant que membres des Premières Nations
- + 1,0 % s'identifient en tant que Métis
- + 0,1 % s'identifient en tant que membres d'une autre communauté autochtone
- + 0,1 % s'identifient en tant que membres de plusieurs communautés autochtones

St Catharines (3 550) recense le plus grand nombre d'habitants autochtones, devant Niagara Falls (2 240). Port Colborne (920) et Fort Erie (1 395) comptent la plus forte proportion d'Autochtones au sein de leur population. Niagara Chapter-Native Women Inc. a constaté que 85 % des Autochtones vivent désormais hors réserve et dans différents milieux urbains et ruraux²⁹. Ceci a engendré la formation de comités d'intervention, ainsi qu'à la signature en 2020 d'un protocole d'entente entre la Fédération des centres d'amitié autochtones de l'Ontario et des municipalités provinciales dans le but « d'œuvrer ensemble pour améliorer la vie des peuples autochtones dans chaque municipalité »³⁰ (traduction libre).



Parmi les autres populations issues de la diversité, le Niagara compte :

- + 16,6 % de nouveaux arrivants
- + 8,7 % d'habitants s'identifiant en tant que membres d'une communauté racisée (les communautés noires, sud-asiatiques, chinoises et latino-américaines étant les plus représentées)
- + 14,5 % de personnes dont le revenu est considéré comme faible³¹
- + une population vieillissante, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus ayant augmenté de 18,2 % entre 2011 et 2016, contre une croissance démographique de 3,8 % toutes tranches d'âge confondues
- + 28,9 % de personnes déclarant vivre avec un handicap

À noter qu'aucune donnée n'est disponible concernant la population LGBTQ2S+ au Niagara. Selon les estimations, un million de personnes au Canada s'identifient en tant que membres de la communauté LGBTQ2S+, ce qui représente 4 % de la population totale du pays³².

Populations prioritaires

L'un des objectifs principaux de la NOHT-ÉSON en matière d'équité en santé vise à garantir des résultats équitables pour tous en remédiant aux obstacles à l'accès aux soins de santé auxquels sont confrontés les groupes victimes d'une marginalisation ou d'une exclusion historique et systémique. Parmi les populations en quête d'équité figurent les femmes, les personnes racisées,

les peuples autochtones, les membres de la communauté LGBTQ2S+ et les personnes en situation de handicap. La NOHT-ÉSON a par ailleurs dressé une liste d'autres groupes prioritaires actuellement mal desservis en soins de santé et en services sociaux, à savoir les nouveaux arrivants et les réfugiés, la population vieillissante ou encore les personnes sans-abri et à faible revenu, entre autres exemples. Si les organisations membres de la NOHT-ÉSON prennent en charge une clientèle diversifiée, les soins de santé fournis et les profils démographiques pouvant varier, le ministère de la Santé a identifié deux populations prioritaires auxquelles tous les membres des équipes Santé Ontario doivent accorder une attention toute particulière : les personnes francophones et les peuples autochtones.

Conscients que l'équité, la diversité et l'inclusion (EDI) sont importantes pour soutenir l'évolution communautaire au Niagara, les partenaires de la NOHT-ÉSON ont entamé leur parcours vers l'équité en santé, en s'appuyant sur des stratégies internes et externes pour renforcer leur connaissance des diverses communautés de la région et des besoins propres à chacune d'elles, et en adoptant des pratiques exemplaires bienveillantes et adaptées sur le plan culturel afin d'offrir un soutien à ces différents groupes et instaurer une collaboration avec eux. Un grand nombre d'organisations ont conclu divers partenariats en vue de soutenir les groupes en quête d'équité. La majorité des partenaires de la NOHT-ÉSON ont également proposé de multiples occasions de sensibilisation et de formation afin de mieux comprendre et soutenir les communautés qu'ils desservent.

Voici quelques-uns des thèmes abordés :

- + La communauté LGBTQ2S+
- + Le handicapisme (discrimination fondée sur la capacité physique)
- + La lutte contre le racisme, la discrimination et l'oppression
- + La transition du rôle de spectateur à celui d'allié
- + Les connaissances fondamentales en équité, diversité et inclusion
- + La sécurité culturelle des Autochtones
- + L'islamophobie
- + La santé mentale et le bien-être
- + Les privilèges
- + Les pronoms
- + Le sexisme
- + La discrimination systémique et les inégalités
- + Les préjugés inconscients

Les consultations auprès des membres de la NOHT-ÉSON ont mis au jour divers facteurs internes et externes qui entravent les progrès de l'équité au Niagara. Ainsi, bon nombre d'organisations ont expliqué qu'il est indispensable d'appréhender la complexité géographique et démographique de la région pour comprendre les défis structurels et les obstacles systémiques à l'accès aux soins auxquels sont confrontés les groupes en

quête d'équité. La diversité relativement moindre et la population plutôt âgée de la région ont conduit à une intégration plus lente des principes EDI. Cela étant dit, tous les participants interrogés ont relevé la nécessité de la mise en œuvre de ce cadre particulièrement au vu des changements démographiques rapides observés dans la région.

La région du Niagara comportant diverses agglomérations urbaines et rurales, le transport est l'un des principaux facteurs à prendre en compte dans l'accès aux soins. D'après 35 %³³ des organisations, le manque d'options de transport et l'insuffisance des transports publics nuisent à l'équité en santé^{34,35}. Parmi les autres facteurs cités figurent :

- + les logements limités et inabordables
- + les écarts de revenu
- + l'insécurité alimentaire
- + la pauvreté
- + la répartition des fournisseurs de services
- + le nombre limité de prestataires de soins primaires et spécialisés
- + le nombre limité de prestataires de soins autochtones et adaptés sur le plan culturel
- + la méconnaissance du système de santé
- + la stigmatisation
- + les barrières linguistiques

S'ils reconnaissent l'importance du mandat confié à la NOHT-ÉSON pour assurer l'intégration des communautés autochtones et francophones, de nombreux membres ont souligné qu'il fallait poursuivre leur action prioritaire auprès d'autres groupes en quête d'équité et mal desservis, à savoir :

- + les personnes racisées (les communautés noires, asiatiques, moyen-orientales et sud-asiatiques ont été expressément citées)
- + les personnes LGBTQ2S+
- + les femmes
- + les immigrants et nouveaux arrivants
- + les travailleurs migrants

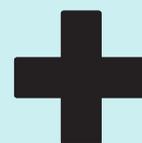
Les organisations interrogées ont déclaré que la coordination et la communication, le partage d'information et l'adoption de pratiques exemplaires dans l'ensemble de la NOHT-ÉSON sont indispensables pour lutter contre les inégalités. De l'avis unanime, il est facile de cerner les lacunes, en particulier en ce qui concerne la prestation des services, mais bien plus difficile d'orienter les clients de manière pertinente, en raison d'une connaissance limitée des services et des ressources disponibles. Une meilleure communication au sein de la NOHT-ÉSON et avec les partenaires externes permettrait de combler ces lacunes, de renforcer la prestation des services et d'accroître l'accès aux soins. Le partage d'information devrait faire partie intégrante de la communication entre partenaires. Les participants interrogés souhaiteraient notamment partager et avoir accès aux renseignements suivants : services disponibles, ressources externes, questionnaires d'admission, pratiques de collecte de données et initiatives d'auto-évaluation. De manière générale, les membres de la NOHT-ÉSON veulent comprendre quelles sont les pratiques exemplaires propices à la mise en œuvre d'une démarche EDI et à l'amélioration des résultats en matière d'équité en santé.



Piliers organisationnels de l'équité en santé

Pour atteindre l'équité en santé, les organisations doivent cerner les obstacles existants dans l'ensemble de leurs fonctions et de leurs processus. Le processus de consultation a permis de dresser une liste des domaines prioritaires dans lesquels les organisations doivent s'autoévaluer afin de renforcer leurs pratiques d'EDI et d'améliorer les résultats en matière d'équité en santé. Ce projet s'articule autour des trois piliers organisationnels suivants, lesquels ont servi à structurer à la fois le Rapport sur l'équité en santé, l'Outil d'évaluation de l'équité en santé et le Guide des ressources et pratiques exemplaires pour l'équité en santé :

- + 1.0 Leadership et gouvernance
- + 2.0 Valeurs et culture organisationnelles
- + 3.0 Programmes et prestation de services



Pour atteindre l'équité en santé, les organisations doivent cerner les obstacles existants dans l'ensemble de leurs fonctions et de leurs processus.



1.0 Leadership et gouvernance

La haute direction a un rôle majeur à jouer pour faire valoir l'importance de l'équité en santé et pour orienter la stratégie de l'organisation dans l'optique de favoriser pleinement la création d'un environnement de soins qui soit diversifié, inclusif et équitable. La diversité de l'équipe de direction est capitale pour créer des processus et des politiques qui tiennent compte des perceptions et des expériences des différentes communautés en ce qui a trait à la gouvernance, la stratégie et la prise de décisions organisationnelles. Si une telle diversité au niveau de la direction permet d'améliorer la politique et la prise de décisions en matière de santé, la présence d'une équipe de dirigeants engagée et stratégique est le pilier d'une stratégie efficace d'équité en santé capable d'atténuer les inégalités et les obstacles, de façon à améliorer les soins aux patients et leurs résultats en matière de santé.

L'Outil d'évaluation de l'équité en santé peut également aider les organisations à faire le point sur la représentation de la diversité en leur sein et sur la connaissance de l'équité en santé dont font preuve leurs dirigeants. Des représentants de la NOHT-ÉSON ont fait remarquer que plusieurs organisations avaient entamé des conversations et des initiatives à l'interne dans le but de diversifier les conseils d'administration et d'autres équipes de haute direction, mais rencontraient souvent des difficultés de mise en œuvre, d'uniformisation et de recrutement. Faire évoluer la représentation de la diversité au sein des organisations pour refléter le profil démographique de la région dans son ensemble nécessite une planification à long terme. L'outil permettra de sous-tendre cette démarche en proposant une méthode de référencement de la diversité et de mesure des progrès accomplis d'année en année.

Objectifs :

- + Accroître la représentation des communautés autochtones et francophones au sein des conseils d'administration et des équipes de haute direction
- + Collaborer avec les membres, les partenaires et les communautés autochtones en assurant la reconnaissance et le respect de leurs opinions
- + Nouer des partenariats avec d'autres organisations NOHT-ÉSON afin de veiller à ce que l'équité soit un objectif sous-tendant la création d'un système de santé intégré et performant



2.0 Valeurs et culture organisationnelles

L'équité, la diversité et l'inclusion peuvent faire partie intégrante des valeurs et de la culture organisationnelles dans le secteur de la santé. Selon Santé Ontario, « un système de santé de grande qualité, ancré dans une culture organisationnelle axée sur l'équité, l'inclusion, la diversité, la lutte contre le racisme et la sécurisation culturelle des Autochtones, est essentiel pour créer et maintenir un milieu de travail sain, ainsi que pour s'assurer que les patients et les familles obtiennent de meilleurs résultats au sein de l'ensemble du système de Santé Ontario »³⁶.

Les membres de la NOHT-ÉSON ont exprimé le besoin de rationaliser les politiques et processus internes, notamment dans le domaine des ressources humaines, ce qui permettrait de favoriser la diversification du personnel en attirant et en fidélisant

des talents, de mettre en place des initiatives officielles de formation et de perfectionnement du personnel et de créer un processus propice à l'identification des ressources en matière d'équité, de diversité et d'inclusion. De manière plus générale, il est nécessaire de renforcer les cultures organisationnelles dans l'optique de mieux soutenir les personnes issues de la diversité partout dans la région. Les organisations ont reconnu qu'un changement de culture à l'interne pourrait participer à l'élimination des obstacles entravant l'accès au système de santé et contribuer à en améliorer l'efficacité et l'équité. Cette partie de l'outil vise à fournir aux organisations les moyens nécessaires pour instaurer une culture et un milieu de travail inclusifs et diversifiés, afin de favoriser la diversité du personnel et de lui donner les moyens de mieux servir ses communautés.

Objectifs :

- + Élaborer des politiques, des systèmes et des processus internes qui font la promotion de l'équité de manière soutenue
- + Examiner continuellement les préjugés internes et prendre activement position contre la discrimination, le racisme et l'oppression, quel qu'en soit le motif, au sein de l'organisation



3.0 Programmes et prestation de services

Les programmes et services d'une organisation font l'objet de nombreuses considérations qui influent sur l'expérience et l'accès aux soins des clients issus de la diversité. En effet, le mode d'élaboration et de prestation des programmes et des services a un profond impact sur l'accès aux soins appropriés, en particulier pour les groupes en quête d'équité et ceux mal desservis.

Les représentants de la NOHT-ÉSON ont évoqué la nécessité d'améliorer la communication et le partage d'information entre les organisations membres et les partenaires, et ce, à l'échelle du Niagara. Les membres s'inquiétaient de leur capacité à cerner les besoins des clients issus de la diversité et à fournir ainsi des services améliorés et équitables aux communautés mal desservies. Ils ont relevé le manque de ressources permettant de répondre aux besoins en soins de santé propres à certaines populations, dont les peuples autochtones, les communautés francophones, les nouveaux arrivants et les groupes racisés, les personnes en situation de handicap ou ayant des besoins en santé mentale, les populations vieillissantes, les personnes sans-abri ou vivant dans la pauvreté et les membres de la communauté LGBTQ2S+.

Certains prestataires de soins de santé ne savent pas comment aider au mieux la communauté. Dans d'autres cas, le nombre de spécialistes ou les ressources financières ne suffisent pas pour répondre à tous les besoins des patients. La connaissance des ressources disponibles et des lacunes actuelles permettrait aux organisations de cibler les programmes avec plus de précision. Pour améliorer les services, il est également possible d'apporter des changements aux programmes de soins de santé préventifs et aux initiatives de soins primaires, de renforcer les soins sans caractère d'urgence, de mettre en place davantage de programmes pour la prise en charge des travailleurs migrants, de la santé féminine et de la santé mentale, et de multiplier les services à l'enfance et à la jeunesse. Les organisations ont indiqué qu'un renforcement des partenariats à l'interne et à l'externe, ainsi qu'une consultation communautaire plus fréquente, permettraient d'améliorer l'autonomisation des groupes. L'outil aidera les organisations à évaluer la prestation de leurs services de santé, leurs pratiques de partenariat et de mobilisation, ainsi que leurs processus de consultation communautaire et de recherche.

Objectifs :

- + Faire respecter les politiques et les systèmes visant à garantir l'équité des programmes et services au regard des besoins des parties prenantes, et plus particulièrement de ceux des communautés autochtones et francophones
- + Cerner et modifier les pratiques organisationnelles qui compromettent la santé des peuples autochtones et veiller à accroître les capacités nécessaires pour servir les clients autochtones
- + Recueillir systématiquement des données sociodémographiques et fondées sur la race afin de mieux comprendre les communautés

Collecte de données

Les membres de la NOHT-ÉSON ont également évoqué la nécessité d'instaurer un **processus de collecte de données**, et ce, en lien avec chacun de ces piliers. Nombreuses sont les organisations qui ont déclaré ne pas avoir mis en place de mécanisme à cette fin, tandis que d'autres ont souligné la réticence du secteur à recueillir des données. Le manque de données engendre toutefois des lacunes organisationnelles empêchant l'amélioration de la culture et des pratiques en matière de ressources humaines, l'élaboration des services, la connaissance des communautés en quête d'équité et la compréhension des modes d'accès aux soins désirés par ces groupes.

Les organisations souhaitent en savoir plus sur :

- + les modalités d'obtention des données
- + les types de données utiles
- + les pratiques exemplaires de collecte de données
- + l'intégration de l'empathie et de la sensibilité culturelle dans la collecte de données.

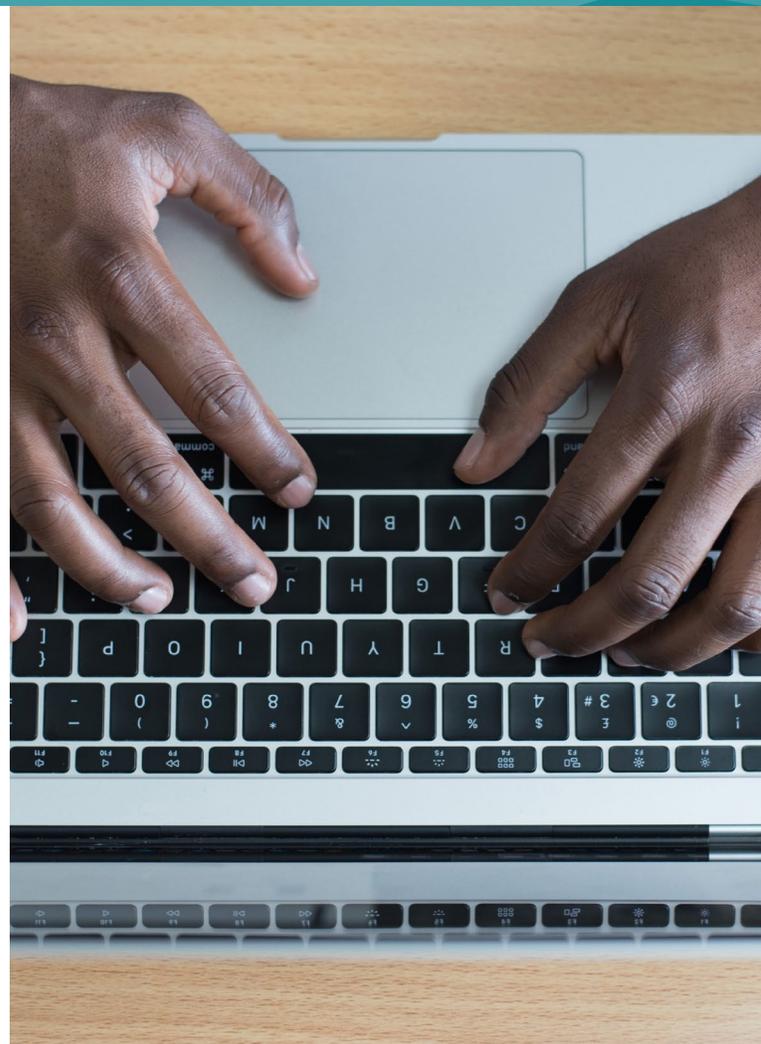
Les organisations ont constaté que les données limitées et le manque d'uniformité des renseignements démographiques empêchent l'évaluation matérielle des processus internes et de la prestation des services dans une optique d'EDI. À titre d'exemple, les organisations souhaitent savoir si leurs services bénéficient aux communautés en quête d'équité et si leur programmation est optimisée pour répondre aux besoins de ces groupes. Les organisations se demandent si le renforcement des services offerts en anglais et en français permettrait de satisfaire les besoins de tous leurs clients ou si une approche multilingue s'avérerait nécessaire. Or, en l'absence de données sur leur base de clientèle, il est difficile d'apporter une réponse claire. Certains participants ont également souligné que le manque de connaissance organisationnelle concernant les compétences du personnel risque de limiter la disponibilité des services. Par exemple, les organisations qui ne font pas le suivi des compétences linguistiques de leur personnel peuvent ne pas être en mesure de desservir certaines communautés linguistiques ou peuvent les orienter vers des organisations partenaires. Un meilleur suivi de ces compétences pourrait améliorer la disponibilité et la prestation des services.



Résumé de l’Outil d’évaluation de l’équité en santé

Élaboration

L’Outil d’évaluation de l’équité en santé (« l’outil ») a été mis au point en 2022 par le Diversity Institute, en collaboration avec le groupe de travail sur l’équité en santé (Health Equity Working Group — HEWG) de la NOHT-ÉSON. Il s’agit d’un guide permettant aux organisations de la NOHT-ÉSON de mesurer et de contrôler de manière autonome les progrès qu’elles accomplissent d’année en année au regard de leurs objectifs d’équité en santé.



L'outil aide les organisations à évaluer leurs politiques et pratiques d'équité en santé et à comprendre où elles se situent à l'instant T. Le Guide des ressources et pratiques exemplaires pour l'équité en santé (« le guide »), à utiliser en complément de l'outil, devrait fournir des enseignements précieux pour l'ensemble des membres, indépendamment des différents seuils d'avancement et des types de parcours empruntés. Les organisations de la NOHT-ÉSON ont pensé l'outil comme un « document vivant ». Composé de « niveaux » qui témoignent de la nature dynamique et continue du travail touchant l'équité en santé, il favorise la mise en œuvre de changements constants et durables. Cet outil devrait aider les membres de la NOHT-ÉSON à mieux communiquer pour éviter les tâches redondantes et favoriser le partage des responsabilités et des ressources. Les organisations comptent sur le rapport, l'outil et le guide pour obtenir des lignes directrices dans les trois domaines suivants :

- + la communication et le partage d'information entre partenaires
- + la responsabilisation et la conscientisation de soi
- + la mise à disposition de ressources

Contexte

L'Outil d'évaluation de l'équité en santé ne sert pas à mener un audit, mais vise plutôt à faire le point sur les pratiques relatives à l'équité en santé au sein d'une organisation et à suivre leur progression à l'interne. Il peut être utilisé afin de cerner d'éventuelles lacunes au sein d'une organisation et, en

conjonction avec le rapport et le guide pour l'équité en santé, de combler ces lacunes en adoptant les pratiques exemplaires associées à chaque situation. Cet outil doit s'inscrire dans le cadre d'un plan global visant à atteindre l'équité en santé, en veillant à combler les lacunes observées dans les politiques, les stratégies et les pratiques organisationnelles. Au niveau sociétal, divers facteurs plus généraux devront également être pris en compte par le biais d'autres mécanismes. Parvenir à l'équité en santé est une tâche complexe qui exige le maintien d'un dialogue continu et d'une collaboration active entre les organisations de la NOHT-ÉSON, ainsi qu'avec d'autres organisations de la région.

Chaque organisation de la NOHT-ÉSON est unique : tant dans la façon dont elle adopte sa propre définition de l'équité en santé, et en interprète les tenants et les aboutissants, que dans la façon dont elle dispose de capacités et de ressources variables pour agir dans ce domaine à l'échelon régional. L'outil vous permet de dresser un état des lieux et de suivre vos progrès au regard des objectifs d'équité en santé. La NOHT-ÉSON et ses organisations pourront ainsi s'appuyer sur des données de référence et recueillir des renseignements utiles sur les lacunes à combler, de façon à prendre des mesures ciblées pour les étapes à suivre. Cet outil contribuera à mettre en lumière les domaines dans lesquels les organisations ont la possibilité d'œuvrer pour améliorer l'équité en santé. Les résultats peuvent servir de base aux échanges entre les organisations membres, pour définir les pratiques exemplaires à mettre en œuvre à l'échelle du réseau, discuter des prochaines étapes et envisager des stratégies à long terme.

Stratégie de mise en œuvre et modalités de suivi

La mise en œuvre de cet outil exige un effort conjoint de la part de nombreuses équipes et personnes au sein de l'organisation, en fonction de la taille de cette dernière et de la portée des services dont elle assure la prestation. Les organisations sont invitées à répondre à chaque question avec la plus grande honnêteté et le plus de précision possible. Il est recommandé aux responsables de la mise en œuvre d'identifier, au sein de leur organisation, des personnes-ressources susceptibles de contribuer à l'évaluation fiable de chaque question. Il s'avère notamment judicieux de recueillir l'avis de l'équipe des ressources humaines (RH), des employés interagissant avec la clientèle et des membres du personnel issus de la diversité.

Les responsables de la mise en œuvre peuvent compiler des données probantes auprès de ces personnes-ressources, le cas échéant, puis les présenter à un comité (spécialement mis sur pied ou provenant d'une structure existante) afin de donner une indication du niveau atteint par l'organisation. Par exemple, lorsqu'une question porte sur la planification stratégique ou les politiques, la personne responsable de la mise en œuvre veillera à se procurer les documents les plus récents et les examinera avec le comité responsable de l'équité, de la diversité et de l'inclusion ou avec le partenaire de mise en œuvre désigné afin de déterminer le niveau actuel de l'organisation.

Évaluation continue

Il ne s'agit pas d'un processus ponctuel. Dans le but de s'assurer que les données recueillies contribuent à la progression de l'organisation et ne restent pas en veilleuse, le Diversity Institute recommande d'étudier l'outil deux fois par an, en réalisant un examen complet lors de l'examen annuel de la stratégie et un examen à mi-exercice des domaines qui sont jugés d'importance cruciale. Ce cycle sera détaillé durant la formation de mise en œuvre.

Annexes

Annexe A : Définitions

Alliance inclusive : processus actif et cohérent en vertu duquel une personne occupant une position privilégiée ou ayant une certaine autorité s'efforce de faire preuve de solidarité envers un groupe marginalisé tout en déconstruisant les idées reçues et en luttant contre l'oppression ancrée dans les pratiques et les modes de pensée.

Allié : personne occupant une position relativement privilégiée ou ayant une certaine autorité et qui soutient les groupes en quête d'équité et défend leurs droits.

Cadre ou approche de lutte contre l'oppression : processus visant à aider les organisations et les personnes à comprendre les obstacles et la discrimination dont certains groupes sont victimes au sein de la société, en tenant compte de l'influence exercée par divers facteurs sur leur expérience sociale notamment, le colonialisme, le racisme, le sexisme, l'homophobie, la transphobie, les préjugés de classe et la discrimination fondée sur la capacité physique. Un tel cadre a pour but d'œuvrer contre la discrimination et d'atténuer les effets d'une inégalité persistante.

Défi 50-30 : initiative visant à promouvoir la prise de mesures volontaires en faveur de la diversité au sein des conseils d'administration et des équipes de haute direction. Ce défi invite les organisations participantes à accroître la diversité et à améliorer l'inclusion à travers deux objectifs : 1) la parité entre les genres (50 % de femmes et/ou de personnes non binaires) et 2) la représentation significative (30 %) des membres issus de groupes en quête d'équité, et ce, au sein des conseils d'administration et des équipes de haute direction.

Déterminants sociaux de la santé : facteurs sociaux et économiques qui ont une incidence sur la santé d'une personne, en lien avec la place que cette dernière occupe dans la société (revenu, niveau d'instruction, emploi). Hors du contexte d'un système de soins de santé, ces facteurs peuvent induire une iniquité des résultats chez certaines populations.

Discrimination : toute forme de traitement inégal des groupes en quête d'équité, qui a pour conséquence de les défavoriser en leur imposant des exigences supplémentaires ou en leur refusant l'accès à des services.

Discrimination systémique : politiques ou structures organisationnelles qui donnent lieu à un traitement injuste des groupes en quête d'équité et créent ou perpétuent un désavantage pour ces personnes. La discrimination systémique peut être le fruit de conséquences imprévues et souvent inconscientes d'un système discriminatoire.

Équité, diversité et inclusion (EDI) :

Équité : traitement juste de chaque personne qui s'efforce de cerner et d'éliminer les inégalités et les obstacles.

Diversité : différences observées au sein de la population en ce qui concerne les caractéristiques démographiques ou les attributs personnels, notamment l'âge, la classe sociale, l'origine ethnique, le genre, la santé, les capacités physiques et mentales, la race, l'orientation sexuelle, la religion, la taille, le niveau d'instruction, l'emploi et la fonction, les traits de personnalité, la langue ou d'autres différences.

Inclusion : fait de garantir que toutes les personnes bénéficient de possibilités de participation et éprouvent un sentiment d'appartenance, peu importe leur identité ou leurs antécédents.

Groupes en quête d'équité : personnes confrontées à des obstacles en matière d'accès, d'égalité des chances et de ressources en raison d'une oppression et d'une discrimination historiques. Ce terme est actuellement employé par diverses organisations publiques, privées et sans but lucratif, ainsi que par le gouvernement canadien en vertu de la spécification accessible au public (PAS) du Défi 50-30. Il inclut les groupes visés par la législation sur l'équité en matière d'emploi et les membres de la communauté LGBTQ2S+, notamment les personnes s'identifiant dans les catégories suivantes :

- + femmes
- + personnes racisées, noires ou de couleur (« minorités visibles »)
- + personnes en situation de handicap (y compris un handicap invisible et épisodique)
- + personnes LGBTQ2S+, de genre variant ou d'identité sexuelle diverse
- + peuples autochtones

Groupes mal desservis : autres groupes pris en compte dans ce projet et non visés par les définitions législatives des groupes « en quête d'équité » ou « protégés », mais qui rencontrent eux aussi des obstacles entravant leur accès aux services de santé ou qui ne bénéficient pas de résultats équitables en matière de santé en raison de circonstances indépendantes de leur volonté. Parmi eux figurent notamment (liste non exhaustive) les personnes sans-abri, les personnes vivant dans la pauvreté, la population vieillissante, les jeunes, les nouveaux arrivants, les réfugiés et les travailleurs étrangers temporaires, et les minorités linguistiques (y compris les populations francophones).

LGBTQ2S+ : abréviation désignant les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres, queers et bispirituelles ou les personnes non binaires, de genre variant ou d'identité sexuelle diverse.

Mesure d'adaptation : changement apporté à l'environnement ou aux modalités de travail habituelles afin de garantir l'égalité des chances, l'accès et la participation des personnes en situation de handicap.

Minorité linguistique : personnes dont la langue maternelle n'est ni la langue majoritaire ni la langue considérée comme la langue officielle minoritaire de leur province ou leur territoire.

Personne racisée : personne s'identifiant comme (liste non exhaustive) arabe, noire, chinoise, philippine, japonaise, coréenne, latino-américaine, sud-asiatique (p. ex., indienne, pakistanaise, sri-lankaise), ou asiatique du sud-est (p. ex., vietnamienne, cambodgienne, laotienne, thaïlandaise) et asiatique de l'ouest (p. ex., iranienne, afghane). Le terme « racisé » reflète la notion sociale de race, tout en reconnaissant l'oppression et le racisme systémiques subis par une personne ou un groupe de personnes et fondés sur la couleur de peau et l'apparence. Il inclut les personnes ayant une origine raciale double ou mixte.

Peuples autochtones : peuples d'origine présents en Amérique du Nord et leurs descendants. Leurs représentants s'identifient comme « membres des Premières Nations, métis ou inuits ». Ces peuples ont chacun leur histoire, leur langue, leurs pratiques culturelles et leurs croyances spirituelles.

Populations francophones : personnes ayant une maîtrise particulière du français en tant que langue officielle, et qui le parlent à la maison, y compris les personnes dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais.

Préjugé : opinion favorable ou préjudiciable à l'égard d'une chose, d'une personne ou d'un groupe par rapport aux autres, qui se manifeste souvent par une attitude injuste ou négative.

Préjugés inconscients : raccourcis mentaux appliqués lors du traitement de l'information et susceptibles d'être préjudiciables pour certains groupes ou d'entraîner une discrimination si la personne se fonde sur ces croyances négatives ou ne les remet pas en question avant d'agir.

Privilège : avantage pérenne et non justifié dont une personne jouit en raison de sa race, son genre, son orientation sexuelle, son handicap ou son absence de handicap, son statut socioéconomique, son âge ou d'autres motifs de différence.

Annexe B : Méthodologie

Le Diversity Institute a eu recours à trois méthodes de recherche pour aboutir à une définition de l'équité en santé applicable dans le cadre de la NOHT-ÉSON et concevoir un Outil d'évaluation de l'équité en santé (« l'outil ») permettant aux organisations de la NOHT-ÉSON de référencer leur parcours et de suivre les progrès visant l'instauration d'un écosystème de santé plus inclusif au Niagara. Ces trois méthodologies sont les suivantes :

- 1. Analyse thématique des définitions de l'équité en santé** pour mettre au jour les formulations et les thèmes qui reviennent dans d'autres définitions de l'équité en santé émanant de sources universitaires, gouvernementales et sectorielles. La définition de l'équité en santé de la NOHT-ÉSON a été formulée à la lumière des conclusions de cette analyse thématique.
- 2. Analyse des outils d'équité en santé existants** afin de cartographier le cadre de travail et les dimensions abordées dans d'autres outils d'équité en santé, mais aussi de recenser les indicateurs de mesure et de rendement clé actuellement employés dans l'écosystème des soins de santé. L'Outil d'évaluation de l'équité en santé de la NOHT-ÉSON a été élaboré en tenant compte des résultats de cette analyse.
- 3. Sondage et consultations** auprès des agents de liaison de la NOHT-ÉSON afin d'en savoir plus sur leur population d'intérêt, de mettre en lumière les progrès accomplis et les occasions propices en matière d'équité en santé et de déterminer la démarche ascendante attendue dans le cadre de l'Outil d'évaluation de l'équité en santé.



Recherche et formulation d'une définition de l'équité en santé : Analyse thématique

En vue de formuler une définition de l'équité en santé, un examen systématique des définitions disponibles a d'abord été mené à l'échelle des 47 organisations partenaires de la NOHT-ÉSON ainsi que d'autres sources universitaires, sectorielles et gouvernementales. Au total, 65 définitions de l'équité en santé ont été recueillies, dont quatre émanant d'organisations membres de la NOHT-ÉSON, 11 de la littérature universitaire, 21 de sources gouvernementales, et 29 d'autres organisations de soins de santé. Parmi ces 65 définitions, 34 provenaient de sources canadiennes, 13 de sources étatsuniennes, deux de sources australiennes, trois d'organisations internationales et 11 de sources universitaires.

L'ensemble des définitions recueillies ont ensuite fait l'objet d'une analyse thématique visant à recenser, organiser, approfondir et synthétiser les thèmes et les schémas qui en ont émergé. L'équipe de recherche du Diversity Institute a appliqué le processus d'analyse thématique de Braun et Clarke³⁷ comportant six phases interconnectées :

- 1. Familiarisation avec les définitions.** L'équipe de recherche du Diversity Institute a commencé par lire chaque définition de l'équité en santé recueillie, puis a pris note des formulations fréquemment repérées lors de cette première lecture.
- 2. Génération des codes initiaux.** À l'issue de cette phase de familiarisation, l'équipe de recherche a généré une légende de codage à partir des formulations couramment employées.
- 3. Étude et génération des thèmes.** La clé de codage a servi à coder chacune des définitions recueillies au cours du processus d'examen. Elle a également permis de générer les thèmes issus de chaque définition d'équité en santé.
- 4. Examen des thèmes pour étayer leur validité et leur fiabilité.** Les résultats du codage de chaque définition de l'équité en santé ont été soigneusement passés en revue pour s'assurer de l'absence d'erreurs. En cas de désaccord au sein de l'équipe de recherche concernant le codage d'une définition donnée, la procédure prévoyait le remplacement par un code consolidé en conséquence.
- 5. Définition des thèmes et des clés de codage.** L'équipe de recherche a rédigé la définition de chaque thème et mis au point chaque clé de codage.
- 6. Production d'une interprétation.** La dernière phase de l'analyse thématique consistait à fournir une interprétation globale de ces conclusions, à la lumière de laquelle la définition de l'équité en santé destinée à la NOHT-ÉSON a ensuite été formulée.

Ladite définition a été articulée autour de quatre thèmes et de dix sous-facteurs recensés lors de l'analyse thématique, à savoir : 1) le cadre de lutte contre l'oppression (incluant l'absence d'obstacles systémiques, l'absence de disparités dans le domaine de la santé et l'absence de disparités en matière de soins; 2) l'accès équitable (notamment aux soins et aux ressources); 3) la reconnaissance de facteurs individuels et sociaux (tels que les déterminants sociaux de la santé et la prestation de soins individualisés); et 4) les normes de vie en santé (état de santé optimal, chances égales de mener une vie saine, haute qualité normalisée des soins).

L'équité en santé signifie que chaque personne a des chances équitables et justes d'atteindre le meilleur état de bien-être possible sur les plans physique, mental, social et spirituel. Pour parvenir à l'équité en santé, nous nous employons à offrir l'égalité d'accès aux ressources et aux soins appropriés et à éliminer les disparités et les obstacles systémiques existants dans le domaine de la santé, qu'ils soient fondés sur le genre, la race, l'origine ethnique, le statut d'Autochtone, l'orientation sexuelle, la religion, l'âge, la langue, la classe sociale, le statut socioéconomique ou d'autres déterminants sociaux de la santé.

« [...] chaque personne a des chances équitables et justes d'atteindre le meilleur d'elle-même [...] »

+ Cet énoncé reflète le thème communément observé de la norme de vie saine, y compris les éléments portant sur l'épanouissement de la santé optimal et les *chances égales de mener une vie saine*.

« [...] état de bien-être physique, mental, social et spirituel. »

+ Cet énoncé aborde le type de soins et de services fournis par les organisations de la NOHT-ÉSON, tout en insistant sur le bien-être spirituel des communautés autochtones.

« Pour parvenir à l'équité en santé, nous nous employons à offrir l'égalité d'accès aux ressources et aux soins appropriés »

+ Cet énoncé préconise une approche tournée vers l'action pour atteindre l'équité en santé, plus particulièrement du point de vue de la création d'un accès équitable.

« [...] et d'éliminer les disparités et les obstacles systémiques existants dans le domaine de la santé [...] »

+ Cet énoncé prévoit une autre approche tournée vers l'action, s'inscrivant plus particulièrement dans un cadre de lutte contre l'oppression et d'une approche de justice sociale.

« [...] qu'ils soient fondés sur le genre, la race, l'origine ethnique, le statut d'Autochtone, l'orientation sexuelle, la religion, l'âge, la langue, la classe sociale, le statut socioéconomique ou d'autres déterminants sociaux de la santé. »

Cet énoncé illustre la notion d'équité de la définition, dans la mesure où celle-ci reconnaît les différences d'accès aux soins de santé et de résultats reposant sur divers facteurs issus des déterminants sociaux de la santé.

THÈMES ET FACTEURS DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ, 65 DÉFINITIONS

Thème	Facteurs	Nombre de définitions (sur 65)	%
Cadre de lutte contre l'oppression	Absence d'obstacles systémiques	33	52 %
	Absence de disparités dans le domaine de la santé	23	36 %
	Absence de disparités dans le domaine des soins	5	8 %
Accès équitable	Accès aux soins	12	19 %
	Accès aux ressources	12	19 %
Reconnaissance de facteurs individuels et sociaux	Déterminants sociaux de la santé	35	55 %
	Prestation de soins individualisés	9	14 %
Norme de vie en santé	Épanouissement de la santé optimal	32	50 %
	Chances égales de mener une vie saine	30	47 %
	Haute qualité normalisée des soins	8	13 %

Parmi les 65 définitions de l'équité en santé, le Diversity Institute en a recensé trois fréquemment adoptées ou citées par les organismes gouvernementaux et les organisations de soins de santé. Au Canada, de nombreux organismes gouvernementaux et organisations mentionnent la définition de l'équité en santé établie par le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé :

L'équité en santé signifie que toute personne devrait pouvoir aspirer à un état de santé optimal et ne devrait pas être limitée à cet égard pour des questions de race, d'ethnicité, de religion, de sexe, d'âge, de classe sociale, de situation socioéconomique ou de tout autre attribut social [...] Tout en visant l'amélioration de l'état de santé de tous les groupes de population, la démarche envers l'équité en santé cherche à réduire le fardeau additionnel lié au mauvais état de santé que subissent les groupes désavantagés sur les plans social et économique.

– Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé³⁸

Nombreuses sont les organisations qui s'appuient également sur la définition de l'équité en santé formulée par Braveman et coll., et sur celle émanant de l'Organisation mondiale de la Santé :

L'équité en santé signifie que chaque personne a des chances équitables et justes d'être en aussi bonne santé que possible, ce qui nécessite d'éliminer

les obstacles à la santé tels que la pauvreté et la discrimination, ainsi que leurs conséquences, dont le sentiment d'impuissance et le manque d'accès à un emploi valorisant et justement rémunéré, à une éducation et à un logement de qualité, à un environnement sûr et à des soins de santé. (Traduction libre)

– Braveman et coll.³⁹

L'équité en santé se définit comme l'absence de différences injustes et évitables ou réparables en matière de santé parmi des groupes de population partageant des attributs sociaux, économiques, démographiques ou géographiques. (Traduction libre)

– Organisation mondiale de la Santé⁴⁰

Outre les trois définitions ci-dessus, la définition de l'équité en santé de la NOHT-ÉSON est également éclairée par les définitions de la région du Niagara, de Santé publique Ontario et de la Charte pour l'équité en santé de l'Alliance pour des communautés en santé :

L'équité en santé signifie que les personnes ont des chances égales d'être en aussi bonne santé que possible et de recevoir des soins de haute qualité et adaptés à leurs besoins, indépendamment de l'endroit où elles vivent, de leurs attributs et de leur identité. (Traduction libre)

– Municipalité régionale de Niagara⁴¹

L'équité en matière de santé est réalisée lorsque les personnes ont la possibilité équitable d'atteindre leur plein potentiel de santé. Atteindre l'équité en matière de santé exige de réduire les différences inutiles et évitables qui sont inévitables et injustes. Bon nombre des causes de ces iniquités sont liées à des déterminants sociaux et environnementaux, comme le revenu, le statut social, le sexe, la scolarité et le milieu physique.

– Santé publique Ontario⁴²

Le but d'une approche d'équité en santé consiste à démanteler les obstacles, éliminer les inégalités en santé et améliorer l'accès aux soins de santé, en particulier pour ceux qui ont toujours été confrontés à la discrimination et à la défavorisation.

– Alliance pour des communautés en santé⁴³

Recherche et élaboration d'un outil d'évaluation de l'équité en santé

Pour mettre au point un outil d'équité en santé, l'équipe de recherche a d'abord rassemblé un certain nombre d'outils d'équité en santé et d'indicateurs de rendement clés existants et accessibles au public au Canada. Au total, dix outils et indicateurs de rendement connexes ont été recensés, puis soumis à un examen approfondi afin de cerner les populations d'intérêt, les structures et les dimensions organisationnelles pertinentes dans le secteur des soins de santé.

Sondage et consultations auprès des agents de liaison de la NOHT-ÉSON

Un bref sondage a été mis au point et transmis aux 47 représentants de l'organisation de la NOHT-ÉSON pour en savoir plus sur leur progression vers l'équité en santé, et pour recenser les outils et ressources que les organisations de la NOHT-ÉSON utilisent pour avancer dans ce sens. En complément, l'équipe de recherche du Diversity Institute a également organisé des entrevues semi-structurées avec les agents de liaison de la NOHT-ÉSON. Au total, 18 organisations partenaires de la NOHT-ÉSON ont répondu au sondage et le Diversity Institute a mené 18 entrevues approfondies auprès de 17 membres distincts. Les cinq questions suivantes ont servi à orienter les échanges :

1. Pouvez-vous m'indiquer votre rôle au sein de [organisation] et m'expliquer comment et pourquoi vous avez décidé de prendre part au travail sur l'équité en santé avec l'Équipe Santé Ontario-Niagara?
2. Votre organisation a-t-elle commencé à œuvrer en faveur de l'équité? Quelle en est la priorité? Quel est l'objectif de ces initiatives et qui en est l'instigateur au sein de votre organisation?
3. Quels sont les outils ou ressources que vous avez utilisés et que vous recommanderiez?
4. Dans quels domaines avez-vous constaté un manque de soutien à l'égard des populations en quête d'équité au sein de la région? Au regard de votre travail auprès des partenaires ou des clients, quels sont les principaux besoins rencontrés par ces groupes en matière de santé et d'accès aux soins?
5. Quelles autres parties prenantes jouent un rôle important dans la région et lesquelles ont notamment intervenu en réponse aux besoins de santé des peuples autochtones et des membres francophones de la communauté?

Outil d'évaluation de l'équité en santé de la NOHT-ÉSON

Les conclusions tirées de l'examen des outils d'équité en santé existants, et du sondage et des consultations auprès des agents de liaison de la NOHT-ÉSON, ont servi à éclairer l'élaboration de l'Outil d'évaluation de l'équité en santé de la NOHT-ÉSON. Il s'agit d'un outil de diagnostic visant à évaluer les pratiques, processus, politiques et programmes organisationnels du point

de vue de l'équité entre les genres et de la diversité, en plaçant l'accent sur l'inclusion des communautés autochtones et francophones. Cet outil intègre également des indicateurs de rendement clés permettant aux organisations de créer des données de référence et de suivre leur progression vers l'équité en matière de santé. L'outil repose sur les trois piliers organisationnels suivants : 1) Leadership et gouvernance, 2) Valeurs et culture organisationnelles, et 3) Programmes et prestation de services.

Annexe C : Obstacles rencontrés par les groupes en quête d'équité

1.0 Leadership et gouvernance

Malgré l'évolution de la démographie et des communautés desservies, un manque de diversité des équipes de haute direction reste à déplorer dans tous les secteurs d'activité au Canada, y compris celui des soins de santé. Si les hôpitaux et les ministères de la Santé canadiens ont atteint la parité entre les genres, dans la mesure où les femmes y occupent environ 50 % des postes de dirigeants, les communautés racisées, quant à elles, demeurent largement sous-représentées. L'Ontario enregistre un écart de 20,7 % entre la proportion de dirigeants racisés dans le secteur de la santé et la population racisée à l'échelle de la province⁴⁴. La non-parité entre les genres persiste en outre dans les organes directeurs, à l'instar de l'Association médicale canadienne qui ne compte que huit femmes parmi ses 152 anciens présidents. De plus, les femmes sont fortement sous-représentées parmi les dirigeants des écoles de médecine, où la première femme doyenne n'a été nommée qu'en 1999⁴⁵, soit 170 ans après la création de la première école de médecine. Depuis lors, seulement huit femmes ont exercé les fonctions de doyenne.

Ce manque de représentation est le fruit d'inégalités engendrées par des obstacles sociétaux, tels que le manque d'accès à l'éducation et aux ressources dont pâtissent certains groupes et qui entrave leur réussite sur le marché du travail, et par des obstacles organisationnels, tels que les préjugés individuels et ceux ancrés dans les processus, et l'absence de politiques de recrutement et d'embauche équitables⁴⁶. Au rang des obstacles figurent également l'absence de modèles de rôle, d'occasions de mentorat et de possibilités d'avancement de carrière, la discrimination en milieu de travail, ainsi que le harcèlement, les préjugés et les stéréotypes qui se manifestent au sein des organisations de soins de santé⁴⁷.

Les équipes de haute direction et les organes directeurs doivent d'abord démontrer leur adhésion et leur engagement afin de générer des changements efficaces en faveur de l'équité en santé. La diversité au sommet est importante pour assurer la représentation de la communauté desservie.

2.0 Valeurs et culture organisationnelles

Les valeurs et la culture organisationnelles adoptées dans le secteur des soins de santé jouent un rôle majeur dans l'expérience de prise en charge des patients. En effet, compte tenu des recherches limitées portant sur certaines populations, il existe un risque d'erreurs de diagnostic, d'inadéquation des soins et de préjugés inconscients chez les praticiens⁴⁸. À titre d'exemple, les femmes sont sous-représentées à la fois parmi les chercheurs et parmi les sujets de recherche dans les études cliniques sur la santé cardiaque, la santé mentale, l'accès aux soins, les cancers héréditaires, les dépendances et la toxicomanie, les agressions sexuelles et la violence familiale^{49,50}. Les femmes sont souvent négligées et mal desservies, car le système de soins de santé ne prend traditionnellement pas en compte l'impact des différences entre les sexes et liées au genre.

Le champ restreint des formations en compétence culturelle à l'intention des professionnels de la santé constitue également une préoccupation majeure. Lorsque les professionnels de la santé n'ont pas conscience de leurs propres préjugés et limites à l'égard des patients desservis, ils risquent de ne pas pouvoir répondre aux besoins d'une population diversifiée. Or, une telle situation est susceptible d'engendrer une méfiance à l'égard du système de santé chez les groupes en quête d'équité, et ainsi de compromettre dans les faits leur accès aux soins appropriés. Bon nombre de professionnels de la santé ne reçoivent pas de formation sur les points de vue interculturels, et beaucoup considèrent la formation sur la diversité comme une solution rapide à ces problèmes. La communauté médicale n'est pas encore sensibilisée de manière systématique à l'intérêt d'avoir une compréhension générale et intersectionnelle de la culture, laquelle passe notamment par la reconnaissance de la discrimination, des déséquilibres de pouvoir et des préjugés culturels, ainsi que par une réflexion personnelle sur les préjugés inconscients⁵¹, et à l'importance d'employer un langage inclusif dans la pratique clinique⁵².

Les peuples autochtones, en particulier, déplorent que peu d'organisations consultent leur communauté pour instaurer une relation de confiance et de compréhension culturelle entre ses membres et les prestataires de soins de santé, qui ne sont donc pas en mesure de combler efficacement les importantes disparités dans le domaine de la santé vécues par les communautés autochtones, et de favoriser la guérison et la réconciliation⁵³.

Les résultats en matière d'équité en santé pour les patients sont liés aux fonctions internes de l'organisation, et notamment aux politiques d'embauche équitables et aux normes organisationnelles qui influent sur l'expérience des employés. Malheureusement, les disparités entre les genres et les races dans le secteur des soins de santé sont encore très manifestes, ce qui nuit à la réputation de ses établissements et démontre la persistance d'obstacles à l'égard des populations sous-représentées⁵⁴. Le recours à diverses pratiques de recrutement et d'embauchage informelles, telles que la recommandation de candidats, peut également restreindre la diversité des personnes retenues. Pourtant, cela reste la voie principale de recrutement des organisations canadiennes⁵⁵.

Moins de la moitié des hôpitaux canadiens ont établi un plan documenté visant à recruter et à fidéliser des membres du personnel reflétant la diversité de leurs patients. Seulement 42 % d'entre eux ont mis en place un programme d'identification de leurs employés issus de la diversité à des fins de promotion et à peine 18 % ont mis le rendement attendu en matière de recrutement des dirigeants en corrélation avec les objectifs de diversité⁵⁶. Le manque de soutien et de reconnaissance au niveau institutionnel, ainsi que les commentaires désobligeants des patients et des collègues, peuvent conduire les femmes et les travailleurs de la santé issus de la diversité à se sentir dévalorisés, moins compétents et impuissants^{57, 58, 59, 60}. Un grand nombre d'hôpitaux ne font pas d'efforts pour s'attaquer au racisme déguisé auquel se heurtent le personnel infirmier et les médecins nouvellement arrivés et étrangers. Les incidents de discrimination « quotidienne » en milieu de travail accentuent le sentiment de division, qui perdure à travers l'apathie des dirigeants et des travailleurs nés au Canada. Les travailleurs de la santé expatriés comptent sur les possibilités d'emploi pour obtenir le statut de résidents au Canada, ils sont donc enclins à éviter les conflits et la confrontation avec les employeurs lorsqu'ils sont victimes de discrimination, ce qui exacerbe encore leur ressenti⁶¹.

3.0 Programmes et prestation de services

Les programmes et services d'une organisation font l'objet de nombreuses considérations qui influent sur l'expérience et l'accès aux soins des clients issus de la diversité. En effet, le mode d'élaboration et de prestation des programmes et des services a un profond impact sur l'accès aux soins appropriés, en particulier pour les groupes sous-représentés. Cette partie fait un tour d'horizon des obstacles et des défis particuliers entravant l'accès aux soins de santé, aux échelons provincial et fédéral, pour les populations francophones, les peuples autochtones, les personnes LGBTQ2S+, les personnes racisées, les nouveaux arrivants et les réfugiés, les femmes, les personnes à faible revenu et sans-abri, la population vieillissante et les personnes en situation de handicap.

Groupes francophones

Les communautés francophones installées dans des régions principalement anglophones rencontrent de nombreuses difficultés pour obtenir une prise en charge en temps voulu et des soins de santé de qualité. Société Santé en français explique que les soins peuvent être « inaccessibles, inéquitables et souvent inexistant dans la plupart des provinces et territoires du Canada »⁶². La langue et la culture sont des déterminants essentiels de la santé des populations francophones et, malgré d'importants efforts visant à combler le fossé linguistique, de nombreux défis persistent⁶³.

Parmi les obstacles particuliers entravant l'accès aux soins de santé pour les populations francophones figurent^{64, 65} :

- + le manque de professionnels de la santé parlant français
- + le nombre limité de services en français, et plus précisément de programmes spécialisés
- + l'accessibilité des renseignements et des ressources
- + les retards de diagnostic et de traitement

Peuples autochtones

Les points de vue autochtones sur la santé divergent du modèle eurocentrique qui sous-tend actuellement le système de soins au Canada. Les Autochtones ont une conception équilibrée et globale de la santé, dans laquelle sont liées les dimensions spirituelles, émotionnelles, mentales et physiques⁶⁶. L'assimilation forcée des peuples autochtones au cours de la colonisation a mis à mal d'importants processus culturels, dont les approches traditionnelles des soins de santé.

Les inégalités vécues par les peuples autochtones, notamment en les maladies et d'autres problèmes de santé, sont attribuées aux effets pérennes de la colonisation, laquelle a rompu le lien que les peuples autochtones entretiennent avec la terre et les systèmes de ressourcement traditionnels, empêché l'accès à des structures sociales et culturelles complètes, et remplacé les aliments et les modes d'alimentation traditionnels⁶⁷. Ces injustices historiques persistantes continuent d'entraver l'accès aux soins des communautés autochtones.

Les préoccupations particulières aux peuples autochtones ayant accès aux services de santé relèvent de cinq catégories : spirituelles, physiques, liées à la santé mentale, émotionnelles et environnementales⁶⁸. Les préoccupations spirituelles se rapportent au manque de connaissances culturelles des organisations de soins de santé, à la perte de la culture et à la rupture du lien identitaire, ainsi qu'à l'absence générale d'inclusion. Les préoccupations physiques incluent la limitation des services de bien-être, le manque de centres médicaux et l'éducation restreinte en matière de santé sexuelle, et notamment de consentement. Parmi les préoccupations liées à la santé mentale figurent les traumatismes systémiques et intergénérationnels, le manque d'acceptation culturelle et les maladies telles que l'alcoolisme, la toxicomanie ou la dépression. Les préoccupations émotionnelles sont liées au sentiment d'insécurité et à l'absence de soutien. Enfin, les préoccupations environnementales recouvrent le remplacement des modes d'alimentation traditionnels et l'accès à des aliments sains, à la terre et à l'eau.

Personnes LGBTQ2S+

Au Canada, la communauté LGBTQ2S+ a subi de nombreuses formes de discrimination et d'oppression de nature systémique, institutionnelle et juridique, ainsi qu'en matière de santé. Si la défense des droits a permis d'importants changements systémiques et culturels, bon nombre de problèmes continuent d'entraver l'accès aux soins de cette communauté.

Les facteurs de risque de problèmes de santé de la communauté LGBTQ2S+ découlent d'un manque de soutien, d'un accès limité aux services de santé et de la discrimination dont ses membres sont victimes. La communauté LGBTQ2S+ enregistre des taux supérieurs de handicap, de violence, de problèmes de santé mentale et de cancer. Au sein du système de santé existant, les médecins, le personnel infirmier et les professionnels paramédicaux sont peu formés et mal armés pour répondre aux besoins de la communauté LGBTQ2S+.

notamment en raison de connaissances lacunaires et d'un manque de compréhension de la santé sexuelle et identitaire. Les membres de la communauté LGBTQ2S+ continuent donc de faire face à des disparités dans le domaine de la santé comparativement aux personnes cisgenres et hétérosexuelles, en raison de la transphobie, de l'homophobie et de l'hétérosexisme⁶⁹. Une étude de l'Université McMaster sur l'expérience de la communauté LGBTQ2S+ met en lumière les obstacles entravant l'équité en santé à l'égard de cette dernière, à savoir⁷⁰ :

- + le manque de services de santé spécifiques et compétents, notamment en matière de santé sexuelle, pour la prise en charge des personnes LGBTQ2S+
- + le nombre restreint de professionnels de santé spécialistes des problématiques LGBTQ2S+
- + la discrimination lors de l'accès aux services de soins de santé
- + la gêne durant la consultation auprès des praticiens de la santé

Personnes racisées

L'équité raciale désigne le traitement systémique juste envers toutes les personnes, indépendamment de leur origine ethnique, donnant lieu à des possibilités et des résultats équitables pour tous. Au Canada, l'équité raciale et l'équité en santé sont des problématiques intersectionnelles pour les personnes racisées. Si la lutte contre le racisme fait l'objet d'une attention nationale, le racisme systémique — en particulier envers les personnes noires — perdure dans le domaine des soins de santé^{71,72}.

Depuis 2005, la race et le racisme sont reconnus comme des déterminants sociaux de la santé. Si la maladie n'est pas nécessairement le fruit des différences raciales, elle touche bel et bien les personnes racisées de manière disproportionnée⁷³. À titre d'exemple, les populations noires affichent le deuxième plus mauvais état de santé en Ontario, derrière les peuples autochtones⁷⁴. Les obstacles entravant l'accès aux soins de santé des communautés racisées sont notamment⁷⁵ :

- + les stéréotypes et la discrimination
- + le manque de confiance découlant des antécédents ou des traumatismes historiques et intergénérationnels
- + le manque de représentation, en particulier aux postes de haute direction
- + le nombre restreint de services de santé mentale adaptés sur le plan culturel et linguistique
- + l'éventail limité de solutions de soins de longue durée et à domicile adaptées sur le plan culturel et linguistique
- + les connaissances lacunaires des prestataires de soins primaires quant aux problématiques de santé propres aux personnes racisées

Nouveaux arrivants et réfugiés

Le Canada est l'un des pays du monde comptant le plus de nouveaux arrivants. Cette population rencontre des obstacles semblables à ceux auxquels se heurtent les communautés racisées pour accéder aux soins. Le racisme systémique et la discrimination, entre autres, jouent en effet un rôle majeur dans le mauvais état de santé de ces groupes.

Si les nouveaux arrivants sont généralement en meilleure santé que leurs homologues nés au Canada — c'est ce que l'on appelle « l'effet de l'immigrant en bonne santé »⁷⁶ — tout comme les réfugiés enregistrent des taux de mortalité inférieurs à ceux des citoyens canadiens⁷⁷, l'état de santé de cette population décline souvent après son arrivée au Canada. Ainsi, les personnes installées au Canada depuis dix ans ou moins souffraient moins de maladies chroniques et avaient moins de chances de vivre avec un handicap que les immigrants vivant au Canada depuis plus longtemps ou que les citoyens nés au Canada⁷⁸. Les obstacles particuliers nuisant à l'équité des résultats de santé pour les nouveaux arrivants incluent⁷⁹ :

- + le manque d'accès aux soins primaires
- + les barrières linguistiques
- + le manque de coordination et d'information
- + l'inadéquation des services adaptés sur le plan culturel ou leur absence
- + le manque de diversité des équipes de haute direction

Femmes

Si la santé féminine est une priorité du système de soins canadien, des disparités liées au genre demeurent et nuisent au bien-être des femmes. D'après un rapport d'ECHO Ontario, les domaines prioritaires en matière de santé féminine sont la santé mentale et les dépendances, la santé sexuelle et génésique, les maladies chroniques et l'entrecroisement des problèmes de santé féminins⁸⁰. Une étude nationale sur la santé féminine et la justice sociale a constaté que les facteurs suivants avaient une incidence sur l'accès aux soins⁸¹ :

- + la fin du financement ou le sous-financement des établissements de santé féminine
- + les inégalités d'accès aux services essentiels de santé génésique
- + les difficultés d'accès aux services de soins de santé dans les collectivités rurales et éloignées
- + les coûts des soins de santé excédant la prise en charge par le régime d'assurance maladie
- + la discrimination et le manque d'options adaptées sur le plan culturel pour les personnes racisées et/ou à faible revenu

Personnes à faible revenu et sans-abri

Les personnes à faible revenu et sans-abri sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé. De fait, les personnes à faible revenu sont en moins bonne santé et présentent davantage de symptômes de maladie que leurs homologues à plus haut revenu⁸². Les personnes sans-abri sont également plus souvent malades et connaissent un taux de mortalité supérieur à celui de la population générale⁸³. Les obstacles entravant l'accès aux soins de ces groupes sont notamment⁸⁴ :

- + les ressources financières limitées
- + le manque de prestations de soins de santé complètes
- + le manque de moyens de transport abordables
- + le manque de connaissance des services et ressources disponibles
- + la discrimination liée au statut socioéconomique et à la race
- + les antécédents d'expérience négative et la méfiance à l'égard du système
- + les barrières linguistiques et culturelles

En plus de rencontrer les mêmes obstacles que les personnes à faible revenu, les personnes sans-abri accèdent plus difficilement aux programmes financés par le gouvernement, surtout si elles ne disposent pas des justificatifs requis (par exemple, une pièce d'identité)⁸⁵. La principale difficulté concerne l'accès aux soins primaires et sans caractère d'urgence⁸⁶. Parmi les autres besoins en services figurent⁸⁷ :

- + la disponibilité des moyens de subsistance essentiels (y compris d'aliments sains favorisant une meilleure nutrition)
- + l'accès aux services spécialisés (notamment en santé mentale et en consultation pour la lutte contre les dépendances)

Population vieillissante

En règle générale, la population vieillissante a besoin d'un éventail plus large de soins et de services. Si ce fait est reconnu par les décideurs et les praticiens de la santé, ce groupe continue de rencontrer des obstacles à la prise en charge.

Parmi les problèmes de santé propres aux personnes âgées, citons⁸⁸ :

- + la protection limitée offerte par le régime d'assurance maladie
- + l'inadéquation des établissements de soins de longue durée
- + l'éventail limité d'options de soins communautaires

L'accès aux services de santé mentale et physique s'avère également compliqué pour les personnes âgées. Elles ont par exemple plus de difficulté à trouver des prestataires de soins primaires et à faire partie de leur liste de patients réguliers⁸⁹. En outre, cette population ne reçoit pas une attention appropriée de la part des services de santé mentale et de bien-être social⁹⁰.

Personnes en situation de handicap

Les personnes en situation de handicap rencontrent des difficultés particulières en matière de santé, en raison de l'entrecroisement de divers facteurs influant sur l'accès aux soins. Si le système canadien assure une prise en charge prioritaire de cette population, elle n'en continue pas moins d'enregistrer des résultats de santé négatifs. Ainsi, les personnes en situation de handicap sont quatre fois plus susceptibles que la population générale de ne pas pouvoir accéder aux soins médicaux⁹¹. Parmi les principaux obstacles figurent^{92, 93} :

- + les environnements physiques inaccessibles
- + le manque d'options de transport et de technologies adaptatives
- + la protection limitée offerte par le régime d'assurance maladie
- + la connaissance restreinte des ressources et des services
- + le manque d'options thérapeutiques spécialisées
- + l'insensibilité des praticiens de la santé
- + la peur et la méfiance à l'égard du système

De manière plus générale, les déterminants sociaux de la santé pour les personnes en situation de handicap au Canada sont, entre autres, le logement, l'éducation, l'emploi et le bien-être social.



Annexe D : Guide de référencement et de suivi

<p>P Préparation</p>	<p>L'organisation n'étudie pas encore cette question dans une optique d'équité en santé, mais elle est prête à commencer à étudier son importance en son sein.</p>
<p>F Fondement</p>	<p>L'organisation est au point de départ du parcours de l'équité en santé : elle satisfait notamment aux obligations lui incombant en vertu de la réglementation en matière d'EDI et prend des mesures pour comprendre son rôle face aux enjeux actuels touchant les groupes en quête d'équité ainsi que ceux mal desservis, et ce, relativement aux questions en jeu.</p>
<p>A Action</p>	<p>L'organisation comprend l'importance et les retombées de l'équité en santé, et diverses personnes ont pris des mesures informelles pour soutenir les groupes en quête d'équité et ceux mal desservis dans le cadre de leurs fonctions au sein de l'organisation. Ces actions et initiatives ne sont pas encore officiellement intégrées aux politiques et procédures organisationnelles.</p>
<p>I Intégration</p>	<p>L'organisation fait preuve d'un degré avancé de compréhension et de sensibilisation en matière d'équité en santé : elle adopte ce prisme dans ses décisions et œuvre activement pour éliminer les obstacles auxquels se heurtent les groupes en quête d'équité et défavorisés. Cette optique est prise en compte de manière formelle dans la planification stratégique ou officialisée sous la forme de politiques ou de procédures.</p>
<p>T Transformation</p>	<p>L'organisation satisfait aux exigences d'« intégration » : l'organisation a ajouté un volet de suivi des progrès et mis en place des mesures de reddition de comptes. Elle veille à ce que les initiatives en faveur de l'équité en santé soient pérennes en menant une politique d'apprentissage et d'amélioration continue.</p>
<p>S. O. Sans objet</p>	<p>Sachant que la NOHT-ÉSON se compose d'organisations de différentes tailles, dont les capacités et la portée peuvent varier, le statut S. O. permet d'indiquer que la question ne constitue pas un objectif valable pour une organisation donnée. Cette dernière doit justifier sa réponse et réévaluer régulièrement les questions connexes à mesure que ses capacités et sa portée évoluent.</p>

Références

- 1 Santé Niagara (s. d.). *Équipe Santé Ontario Niagara*. <https://www.niagarahealth.on.ca/site/french-language-services>.
- 2 Ministère de la Santé (s. d.). *Équipes Santé Ontario*. <https://health.gov.on.ca/fr/pro/programs/connectedcare/ohr/default.aspx>.
- 3 Elliott, C. (2019). *Projet de loi 74, Loi de 2019 sur les soins de santé pour la population*. <https://www.ola.org/fr/affaires-legislatives/projets-loi/legislature-42/session-1/projet-loi-74>.
- 4 Elliott, C. (2019). *Projet de loi 74, Loi de 2019 sur les soins de santé pour la population*. <https://www.ola.org/fr/affaires-legislatives/projets-loi/legislature-42/session-1/projet-loi-74>.
- 5 Elliott, C. (2019). *Projet de loi 74, Loi de 2019 sur les soins de santé pour la population*. <https://www.ola.org/fr/affaires-legislatives/projets-loi/legislature-42/session-1/projet-loi-74>.
- 6 accès ÉQUITÉ (s. d.). *L'impact des barrières linguistiques dans le système de santé*. <https://equity-link.ca/fr/acces-equite/>
- 7 Santé Niagara (s. d.). *Principes directeurs*. <https://www.niagarahealth.on.ca/files/quipeSantOntarioNiagara.pdf>.
- 8 Remarque : l'acquisition de connaissances recouvre les formations et les ateliers auxquels les organisations prennent part, tandis que le partage de connaissances désigne les formations et les ateliers que les organisations proposent à des partenaires ou des publics externes.
- 9 Gouvernement du Canada (2021). *Engagements 2021-2022 des sous-ministres en matière de diversité et d'inclusion*. <https://www.canada.ca/fr/conseil-prive/programmes/nominations/nominations-gouverneur-conseil/gestion-de-la-performance/engagements-des-sm.html>.
- 10 DI Consulting (2021). *Le Défi 50-30*. <https://diconsulting.ca/fr/>.
- 11 Université de Calgary (s. d.). *Bureau de l'équité, de la diversité et de l'inclusion*. <https://www.ucalgary.ca/equity-diversity-inclusion/equity-survey-faq>.
- 12 Smith, T. (2020). *Shifting from equity-seeking to equity-deserving*. Anti-Racism: A cross-institutional initiative at Kwantlen Polytechnic University. <https://wordpress.kpu.ca/antiracism/2020/11/20/shifting-from-equity-seeking-to-equity-deserving/>.
- 13 Salle de presse de l'Ontario (9 décembre 2021). *La Loi sur les services en français modernisée reçoit la sanction royale*. <https://news.ontario.ca/fr/release/1001316/la-loi-sur-les-services-en-francais-modernisee-recoit-la-sanction-royale>.
- 14 Le Réseau du Mieux-Être Francophone du Nord de L'Ontario (2020). *Survol de la formation interactive en ligne — L'offre active des services de santé en français : pourquoi et comment la mettre en pratique*. <https://www.santefrancais.ca/ressource-ssf/survol-de-la-formation-interactive-en-ligne-loffre-active-des-services-de-sante-en-francais-pourquoi-et-comment-la-mettre-en-pratique>.
- 15 Wellesley Institute (21 juin 2017). *The right to language accessibility in Ontario's health care system*. <https://www.wellesleyinstitute.com/health/the-right-to-language-accessibility-in-ontarios-health-care-system/>.

- 16 Morency, J.D., Malenfant, E. et Maclsaac, S. (2017). *Immigration et diversité : projections de la population du Canada et de ses régions, 2011 à 2036*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-551-x/91-551-x2017001-fra.htm>.
- 17 Statistique Canada (2018). *Les Premières Nations, les Métis et les Inuits au Canada : des populations diverses et en plein essor*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-659-x/89-659-x2018001-fra.htm>.
- 18 Statistique Canada (2021). *Un portrait statistique des différentes communautés LGBTQ2+ du Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210615/dq210615a-fra.htm>.
- 19 Futrell, G. D. et Clemons, T. N. (2017). « Top ranked hospitals: Does diversity inclusion matter? ». *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 11(1), p. 49-59. <https://doi.org/10.1108/IJPHM-12-2015-0060>.
- 20 Gomez, L. E. et Bernet, P. (2019). « Diversity improves performance and outcomes ». *Journal of the National Medical Association*, 111(4), p. 383-392. <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2019.01.006>.
- 21 Région du Niagara (s. d.). *Social determinants of health*. <https://www.niagararegion.ca/health/equity/social-determinants.aspx>.
- 22 Organisation mondiale de la Santé (s. d.). *Social determinants of health*. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.
- 23 Organisation mondiale de la Santé (s. d.). *Social determinants of health*. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1.
- 24 Région du Niagara (s. d.). *Social determinants of health*. <https://www.niagararegion.ca/health/equity/social-determinants.aspx>.
- 25 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (2018). *Ligne directrice sur l'équité en matière de santé*. https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/protocols_guidelines/Health_Equity_Guideline_2018_fr.pdf.
- 26 Statistique Canada (2022). <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/dp-pd/prof/details/page.cfm?Lang=F&SearchText=Niagara&DGUIDlist=2021A00033526&GENDERlist=1,2,3&STATISTIClist=1&HEADERlist=0>
- 27 Distribution géographique (s. d.). *Population francophone dans la région de Niagara*. <http://www.bonjourniagara.com/vivre/qui-sommes-nous/distribution-geographique/>.
- 28 Niagara Priority Profiles (2021). *Indigenous*. Région du Niagara. <https://www.niagararegion.ca/health/equity/pdf/priority-profile-indigenous.pdf>.
- 29 Niagara Chapter - Native Women Inc. (2021). *Indigenous engagements report off-reserve Niagara Region, Canada 2021*. Région du Niagara. <https://www.niagararegion.ca/projects/community-safety-well-being/pdf/mno-bmaadziwin.pdf>.
- 30 Niagara Chapter - Native Women Inc. (2021). *Indigenous engagements report off-reserve Niagara Region, Canada 2021*. Région du Niagara. <https://www.niagararegion.ca/projects/community-safety-well-being/pdf/mno-bmaadziwin.pdf>.
- 31 Remarque : un faible revenu est défini comme un revenu après impôt inférieur à la moitié du revenu médian après impôt à l'échelle de tous les foyers au Canada.
- 32 Statistique Canada (2021). *Un portrait statistique des différentes communautés LGBTQ2+ du Canada*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210615/dq210615a-fra.htm>.

- 33 Remarque : 6 participants parmi les 17 interrogés.
- 34 Remarque : la région du Niagara et plusieurs municipalités sont en train de concevoir un plan de transport visant à résoudre ce problème, qui reste d'actualité.
- 35 Région du Niagara (2020). *How we go - Transportation master plan*. <https://www.niagararegion.ca/2041/transportation-master-plan/default.aspx>.
- 36 Santé Ontario (2020). Élaboration d'un cadre et d'un plan sur l'équité, l'inclusion, la diversité et l'anti-racisme. <https://www.ontariohealth.ca/sites/ontariohealth/files/2020-12/OH%20Equity%20Inclusion%20Diversity%20Anti%20Racism%20Framework%20French.pdf>.
- 37 Braun, V. et Clarke, V. (2006). « Using thematic analysis in psychology ». *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), p. 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>.
- 38 Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (2013). *L'équité en santé : Parlons-en*. https://nccdh.ca/images/uploads/comments/Lequite_en_sante_Parlons-en_2013.pdf.
- 39 Braveman, P., Arkin, E., Orleans, T., Proctor, D. et Plough, A. (2017). *What is health equity?* Robert Wood Johnson Foundation. <https://www.rwjf.org/en/library/research/2017/05/what-is-health-equity-.html>.
- 40 Organisation mondiale de la Santé (s. d.). *Social determinants of health: Health equity*. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_3.
- 41 Région du Niagara (s. d.). *Understanding health equity*. <https://www.niagararegion.ca/health/equity/understanding.aspx>.
- 42 Santé publique Ontario (s. d.). *Équité en matière de santé*. <https://www.publichealthontario.ca/fr/health-topics/health-equity>.
- 43 Alliance pour des communautés en santé (s. d.). *Charte pour l'équité en santé*. <https://www.allianceon.org/sites/default/files/documents/Alliance%20Charter%202021-Full-French-Revised.pdf>.
- 44 Sergeant, A., Saha, S., Lalwani, A., Sergeant, A., McNair, A., Larrazabal, E., [...] Razak, F. (2022). « Diversity among health care leaders in Canada: A cross-sectional study of perceived gender and race ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, 194(10), p. E371-E377. <https://doi.org/10.1503/cmaj.211340>.
- 45 Tricco, A. C., Bourgeault, I., Moore, A., Grunfeld, E., Peer, N. et Straus, S. E. (2021). « Advancing gender equity in medicine ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, 193(7), p. E244-E250. <https://doi.org/10.1503/cmaj.200951>.
- 46 Fontenot, T. (2012). « Leading Ladies: Women in Healthcare Leadership ». *Frontiers of Health Services Management*, 28(4), p. 11-21. <https://doi.org/10.1097/01974520-201204000-00003>.
- 47 Kalaitzi, S., Czabanowska, K., Fowler-Davis, S. et Brand, H. (2017). « Women leadership barriers in healthcare, academia and business ». *Equality, Diversity and Inclusion: An International Journal*, 36(5), p. 457-474. <https://doi.org/10.1108/EDI-03-2017-0058>.
- 48 FitzGerald, C. et Hurst, S. (2017). « Implicit bias in healthcare professionals: A systematic review ». *BMC Medical Ethics*, 18(1), p. 19. <https://doi.org/10.1186/s12910-017-0179-8>.
- 49 Sebo, P., de Lucia, S. et Vernaz, N. (2021). « Gender gap in medical research: A bibliometric study in Swiss university hospitals ». *Scientometrics*, 126(1), p. 741-755. <https://doi.org/10.1007/s11192-020-03741-w>.

- 50 Stratton, S. (2001). *What is the health gap? The health gap in healthcare research*. <https://www.womenscollegehospital.ca/assets/media-kit/Health-Gap-Backgrounder-19Apr2016.pdf>.
- 51 Shepherd, S. M., Willis-Esqueda, C., Newton, D., Sivasubramaniam, D. et Paradies, Y. (2019). « The challenge of cultural competence in the workplace: Perspectives of healthcare providers ». *BMC Health Services Research*, 19(135). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3959-7>.
- 52 Raney, J., Pal, R., Lee, T., Saenz, S. R., Bhushan, D., Leahy, P., Johnson, C., Kappahn, C., Gisondi, M. A. et Hoang, K. (2021). « Words matter: An antibias workshop for health care professionals to reduce stigmatizing language ». *MedEdPORTAL: The Journal of Teaching and Learning Resources*, 17(11115). https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.11115.
- 53 Guerra, O. et Kurtz, D. (2017). « Building collaboration: A scoping review of cultural competency and safety education and training for healthcare students and professionals in Canada ». *Teaching and Learning in Medicine*, 29(2), p. 129–142. <https://doi.org/10.1080/10401334.2016.1234960>.
- 54 London, J., Peterson, D., Dahms, K., Richards, S., Frankel, B., Ortega, M., Bodgas, M., Reynoso, C., Goodson-Kingo, A., Santos, M. et Barberio, J. (2018). *The state of diversity & inclusion in the healthcare industry*. https://www.diversitybestpractices.com/sites/diversitybestpractices.com/files/attachments/2018/01/healthcare_part_2_workforceworkplace.pdf.
- 55 Garr, S. S., Shellenback, K. et Scales, J. (2014). *La diversité et l'inclusion au Canada : La situation actuelle*. Deloitte. <https://www2.deloitte.com/ca/fr/pages/human-capital/articles/letat-actuel-de-la-diversite-et-de-linclusion.html>.
- 56 London, J., Peterson, D., Dahms, K., Richards, S., Frankel, B., Ortega, M., Bodgas, M., Reynoso, C., Goodson-Kingo, A., Santos, M. et Barberio, J. (2018). *The state of diversity & inclusion in the healthcare industry*. https://www.diversitybestpractices.com/sites/diversitybestpractices.com/files/attachments/2018/01/healthcare_part_2_workforceworkplace.pdf.
- 57 Nunez-Smith, M., Curry, L. A., Bigby, J., Berg, D., Krumholz, H. M. et Bradley, E. H. (2007). « Impact of race on the professional lives of physicians of African descent ». *Annals of Internal Medicine*, 146(1), p. 45-51. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-146-1-200701020-0008>.
- 58 Mocerri, J. T. (2014). « Hispanic nurses' experiences of bias in the workplace ». *Journal of Transcultural Nursing*, 25(1), p. 15–22. <https://doi.org/10.1177/1043659613504109>.
- 59 Snyder, C. R. et Schwartz, M. R. (2019). « Experiences of workplace racial discrimination among people of color in healthcare professions ». *Journal of Cultural Diversity*, 26(3), p. 96-107.
- 60 Wheeler, M., de Bourmont, S., Paul-Emile, K., Pfeffinger, A., McMullen, A., Critchfield, J. M. et Fernandez, A. (2019). « Physician and trainee experiences with patient bias ». *JAMA Internal Medicine*, 179(12), p. 1678. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.4122>.
- 61 Nourpanah, S. (2019). « “Maybe we shouldn't laugh so loud” : The hostility and welcome experienced by foreign nurses on temporary work permits in Nova Scotia, Canada ». *Labour: Journal of Canadian Labour Studies / Le Travail : Revue d'Études Ouvrières Canadiennes*, 83, p. 105–120. <https://doi.org/10.1353/llt.2019.0004>.
- 62 Société Santé en Français (2021). *Lettre d'opinion : Les communautés francophones et acadienne réclament la santé en français*. <https://www.santefrancais.ca/2021/09/15/lettre-dopinion-communaut-es-francophones-acadienne-reclament-sante-francais/>.

- 63 Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (18 mars 2019). *Atteindre nos objectifs : Stratégie en matière d'immigration francophone 2018-2023*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/ircc/documents/pdf/francais/organisation/publications-guides/strategie-immigration-francophone/franco-immigr-strateg-fra.pdf>.
- 64 Société Santé en français (2021). *Lettre d'opinion : Les communautés francophones et acadienne réclament la santé en français*. <https://www.santefrancais.ca/2021/09/15/lettre-dopinion-communautés-francophones-acadienne-reclament-santé-français/>.
- 65 Recherche en FOCUS sur la recherche (s. d.). *Les obstacles et les stratégies dans les services de santé offerts aux patients francophones : Perspectives des médecins de famille dans le Nord-Est de l'Ontario*. <http://documents.cranhr.ca/pdf/focus/FOCUS15-A1f.pdf>.
- 66 Agence de la santé publique du Canada (2018). *Les principales inégalités en santé au Canada — Sommaire exécutif*. <https://www.canada.ca/fr/santé-publique/services/publications/science-recherche-et-données/rapport-principales-inegalités-santé-canada-sommaire-exécutif.html>.
- 67 Niagara Region Public Health (2021). *Niagara priority profiles*. <https://www.niagararegion.ca/health/equity/pdf/niagara-priority-profiles.pdf>.
- 68 Niagara Region Public Health (2021). *Niagara priority profiles*. <https://www.niagararegion.ca/health/equity/pdf/niagara-priority-profiles.pdf>.
- 69 Université McMaster (2019). *Mapping the void*. <https://labourstudies.mcmaster.ca/documents/mappingthevoid.pdf>.
- 70 Université McMaster (2019). *Mapping the void*. <https://labourstudies.mcmaster.ca/documents/mappingthevoid.pdf>.
- 71 Dryden, O. et Nnorom, O. (2021). « Il est temps de mettre fin au racisme systémique envers les Noirs en médecine au Canada ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, 193(2), p. E55-E57. <https://doi.org/10.1503/cmaj.201579>.
- 72 Dryden, O. et Nnorom, O. (2021). « Il est temps de mettre fin au racisme systémique envers les Noirs en médecine au Canada ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, 193(2), p. E55-E57. <https://doi.org/10.1503/cmaj.201579>.
- 73 Greater Hamilton Health Network (2021). *Greater Hamilton Health Network's health equity framework: An anti-oppression, anti-racism, sex/gender based, intersectional approach*. <https://ihpme.utoronto.ca/wp-content/uploads/2021/12/GHHN-Health-Equity-Framework.pdf>.
- 74 Greater Hamilton Health Network (2021). *Greater Hamilton Health Network's health equity framework: An anti-oppression, anti-racism, sex/gender based, intersectional approach*. <https://ihpme.utoronto.ca/wp-content/uploads/2021/12/GHHN-Health-Equity-Framework.pdf>.
- 75 Greater Hamilton Health Network (2021). *Greater Hamilton Health Network's health equity framework: An anti-oppression, anti-racism, sex/gender based, intersectional approach*. <https://ihpme.utoronto.ca/wp-content/uploads/2021/12/GHHN-Health-Equity-Framework.pdf>.
- 76 Greater Hamilton Health Network (2021). *Greater Hamilton Health Network's health equity framework: An anti-oppression, anti-racism, sex/gender based, intersectional approach*. <https://ihpme.utoronto.ca/wp-content/uploads/2021/12/GHHN-Health-Equity-Framework.pdf>.

- 77 Beiser, M. (2005). « The health of immigrants and refugees in Canada ». *La revue canadienne de santé publique*, 96(2), p. S30-S44. <https://doi.org/10.1007/BF03403701>.
- 78 Newbold, K. B. et Danforth, J. (2003). « Health status and Canada's immigrant populations ». *Social Science & Medicine*, 57(10), p. 1981-1995. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(03\)00064-9](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(03)00064-9).
- 79 Greater Hamilton Health Network (2021). *Greater Hamilton Health Network's health equity framework: An anti-oppression, anti-racism, sex/gender based, intersectional approach*. <https://ihpme.utoronto.ca/wp-content/uploads/2021/12/GHHN-Health-Equity-Framework.pdf>.
- 80 ECHO Ontario (2012). *Echo: Improving women's health in Ontario: Sharing the legacy—Supporting future action*. Hôpital Women's College. https://www.womenscolleghospital.ca/assets/pdf/echo_improving_womens_health_in_ontario.pdf.
- 81 Le Centre d'excellence de l'Atlantique pour la santé des femmes (1999). *Social justice and women's health: A Canadian perspective*. https://cdn.dal.ca/content/dam/dalhousie/pdf/diff/ace-women-health/ACEWH_social_justice_womens_health_canada.pdf.
- 82 Williamson, D. L., Stewart, M. J., Hayward, K., Letourneau, N., Makwarimba, E., Masuda, J., Raine, K., [...] Wilson, D. (2006). « Low-income Canadians' experiences with health-related services: Implications for health care reform ». *Health Policy* 76(1), p. 106-121. <https://doi.org/10.1016/j.healthpool.2005.05.005>.
- 83 Hwang, S. W. (2001). « Homelessness and health ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, 164(2), p. 229-233. <https://www.cmaj.ca/content/164/2/229>.
- 84 Williamson, D. L., Stewart, M. J., Hayward, K., Letourneau, N., Makwarimba, E., Masuda, J., Raine, K., [...] Wilson, D. (2006). « Low-income Canadians' experiences with health-related services: Implications for health care reform ». *Health Policy* 76(1), p. 106-121. <https://doi.org/10.1016/j.healthpool.2005.05.005>.
- 85 Homeless Hub/Rond-point de l'itinérance (2014). *How can we improve healthcare access for the homeless?* <https://www.homelesshub.ca/resource/how-can-we-improve-healthcare-access-homeless>.
- 86 Homeless Hub/Rond-point de l'itinérance (2014). *How can we improve healthcare access for the homeless?* <https://www.homelesshub.ca/resource/how-can-we-improve-healthcare-access-homeless>.
- 87 Homeless Hub/Rond-point de l'itinérance (s. d.). *Soins de santé publics et prestation des services*. <https://www.rondpointdelitinerance.ca/itinerance/soins-de-sant%C3%A9-publics-et-prestati-on-des-services>.
- 88 Commission ontarienne des droits de la personne (s. d.). *Problèmes particuliers vécus par les personnes âgées*. <https://www.ohrc.on.ca/fr/document-de-travail-la-discrimination-et-l%C3%A2ge-probl%C3%A8mes-relatifs-aux-droits-de-la-personne-v%C3%A9cus-par/probl%C3%A8mes-particuliers-v%C3%A9cus-par-les-personnes-%C3%A2g%C3%A9es>.
- 89 Angus Reid Institute (2019). *Access to health care a significant problem for one-in-five Canadians 55 and older*. <https://angusreid.org/senior-health-access/#:~:text=The%20study%20finds%20more%20than,diagnostic%20tests%2C%20or%20specialist%20visits>.

- 90 Commission ontarienne des droits de la personne (s. d.). *Problèmes particuliers vécus par les personnes âgées*. <https://www.ohrc.on.ca/fr/document-de-travail-la-discrimination-et-l%C3%A2ge-probl%C3%A8mes-relatifs-aux-droits-de-la-personne-v%C3%A9cus-par/probl%C3%A8mes-particuliers-v%C3%A9cus-par-les-personnes-%C3%A2g%C3%A9es>.
- 91 Marks, M. B. et Teasell, R. (2006). « More than ramps: accessible health care for people with disabilities ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, 175(4), p. 329. <https://doi.org/10.1503/cmaj.060763>.
- 92 Marks, M. B. et Teasell, R. (2006). « More than ramps: accessible health care for people with disabilities ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, 175(4), p. 329. <https://doi.org/10.1503/cmaj.060763>.
- 93 Saint John Human Development Council (2021). *Problèmes graves rencontrés par les personnes handicapées au Canada atlantique*. <https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jr/phca-pwdac/docs/RSDRR2021PersonswithDisabilitiesAtlanticCanadaFR.pdf>.



