



Détail de l'œuvre MULTICULTURAL DANCE par JASPAL S. RANGI

Intégrer l'équité en matière de santé aux
politiques, aux pratiques et à la participation

Symposium

Rapport



ACCÉSSS

Alliance des Communautés Culturelles pour
l'Égalité dans la Santé et les Services Sociaux

Rapport sur le symposium *Intégrer l'équité aux politiques, aux pratiques et la participation en santé*

L'équité en santé consiste à admettre que les individus et les groupes ne sont pas tous égaux et que certains ont besoin de plus d'aide que d'autres pour accéder aux soins et améliorer leur santé. Pour assurer l'équité en santé, il faut adopter des politiques, des pratiques et des outils pour que tous profitent du même accès qui répond à leurs besoins et tient compte de leurs différences. Où se trouvent ces éléments dans nos établissements? Comment le système de santé peut-il fournir des lieux respectueux de la culture pour répondre aux besoins des patients vulnérables et à leur famille?

Introduction

Pour souligner le 30^e anniversaire des SCSJ de l'HME, une journée et demie a été consacrée à des présentations sur l'équité et l'inclusion sociale au Centre universitaire de santé McGill de Montréal. On y a abordé des sujets aussi variés que la santé des Autochtones, les familles LGBT, la variance des genres, l'itinérance, les réfugiés, les demandeurs d'asile et la participation des groupes vulnérables au système de santé. On y a exploré les recoupements de la *Diversité* par le biais des *Normes d'équité en matière de santé de HPH International* et de leur mise en œuvre. Antonio Chiarenza, de *HPH MED Italie*, et Ragnhild Storstein Spilker, de *HPH MED Norvège* étaient les conférenciers principaux. Après les présentations, les participants aux groupes de travail ont examiné des moyens d'intégrer les normes et marches à suivre en matière d'équité aux normes actuelles, telles que le processus d'agrément et les politiques organisationnelles. Le Symposium sur l'équité en santé a été organisé par les *Services de consultation socioculturelle et d'interprétariat de L'Hôpital de Montréal pour enfants, le CUSM et ACCÉSSS – Alliance des communautés culturelles dans la santé et les services sociaux*.

Liens vers la migration, l'équité et la diversité (MED) et exercices d'évaluation de l'équité

Par le passé, dans le cadre d'initiatives sur l'équité en matière de santé, les centres de santé du Canada ont dû valider l'application des normes d'équité en santé en matière de MED de HPH International aux organisations canadiennes. À Montréal, le CUSM, ACCÉSSS, le CSSS de la Montagne et l'Hôpital St Mary's ont participé à cette validation. En 2014, ces mêmes organisations, et plusieurs autres, ont été évaluées au moyen des normes d'équité révisées (1) pour vérifier si elles respectaient les normes. Dans l'ensemble, et sur la scène internationale, 55 centres de santé de l'Australie, du Canada et de l'Europe ont obtenu de relativement bons résultats aux normes 2 : *Accès et utilisation équitables* et 3 : *Qualité des soins équitables*, mais doivent s'améliorer pour ce qui est des normes 1 : *Politique*, 4 : *Promotion* et 5 *Participation* (2). Dans le monde, les organisations de santé ont également éprouvé certaines difficultés à respecter les normes en raison de la barrière linguistique, des coûts de traduction et des ressources limitées.

Pour mettre en valeur le travail du groupe de travail sur la migration, l'équité et la diversité (MED) qui a créé et mis en œuvre les normes et pour souligner le 30^e anniversaire des Services de consultation socioculturelle et d'interprétariat (SCSI) de l'HME-CUSM, les SCSI se sont associés à ACCÉSSS pour faire valoir les initiatives conjointes d'équité en santé et les lacunes dans les services aux populations vulnérables. Notamment, on a donné des exemples en matière de politiques et de pratiques d'équité par des exemples dans les communautés autochtones, auprès des personnes en situation d'itinérance, des groupes LGBT, des immigrants et des réfugiés, sur l'équité dans les conditions d'admission à l'université et la participation des groupes vulnérables précédents aux systèmes de santé (3).

Les conférenciers et les thèmes des diverses spécialités ont été sélectionnés pour l'intérêt de leur réflexion sur la diversité et la vulnérabilité des patients ou des clients à l'égard de l'accès aux soins et pour leur détermination des progrès réalisés et des lacunes qui subsistent dans le cadre des politiques d'équité et d'inclusion dans la pratique.

Le financement de la création et du suivi du symposium a été assuré par l'HME, le Programme de santé du Nord, le Conseil consultatif de la famille de l'HME, le ministre de la Santé et des Services sociaux, la ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse, à la Santé publique et aux Saines habitudes de vie, la Direction de la planification, de l'évaluation et de la qualité du MSSS, les Services de consultation socioculturelle et d'interprétariat (SCSI) de l'HME et ACCÉSSS.

Le contenu du symposium

Un aperçu des sujets abordés figure dans le programme du symposium, à l'annexe 1.

Il est possible de visionner les présentations à l'adresse http://www.hopitalpourenfants.com/services-et-personnel/services/service-services-de-consultation-socioculturelle-et-dinterpretation_04

De l'information sur le groupe de travail sur la migration, l'équité et la diversité est fournie à l'adresse: https://www.facebook.com/pg/HPHTaskForceMigrationEquityDiversity/about/?ref=page_internal

Les présentations

Tout au long des différentes présentations sur la santé, qui se sont ouvertes par des thèmes internationaux, nous avons constaté que le groupe de travail sur la migration l'équité et la diversité a examiné les recoupements de la diversité entre les migrants et les réfugiés, y compris la situation socioéconomique, la destination et la diversité au sein des groupes, qui sont tous des aspects dont il faut tenir compte en matière de santé. Il est envisagé de créer un outil d'évaluation rapide en ligne pour que les organisations puissent mesurer leur inclusion de l'équité. NAKMI, en Norvège, s'est affairé à monter une base de données probantes nationale et mondiale sur la migration et la santé et a également lancé des recherches connexes.

Sur la scène nationale, le gouvernement fédéral a lancé des projets novateurs. En effet, l'Infobase de la santé publique et l'Outil de données sur les inégalités en santé qui mesure les indicateurs de l'état de santé d'après diverses variables sociales et économiques, ont été mis sur pied. Ces variables peuvent permettre de déceler les populations à risque (4). Une présentation a porté sur une clinique multiculturelle axée sur les nouveaux arrivants, démontrant les disparités dans les soins aux réfugiés.

Dans le domaine de la santé mentale, la sécurité des familles de nouveaux arrivants et la question de l'identité se posent pour les adolescents. Leur éventuelle colère devant l'exclusion sociale de leur famille (manque d'emploi, discrimination) peut poser problème. Des outils ont été créés pour sensibiliser les professionnels à la culture dans leurs interventions, afin de prendre ces facteurs en compte. La santé mentale des personnes sans domicile, de même que les services de soutien offerts, a également été abordée.

D'autres ont parlé des disparités dans les soins aux Autochtones, des résultats cliniques de l'homoparentalité et des services qui tiennent compte de la variance des genres, des différences des genres à l'égard du diagnostic et du traitement, des services d'urgence, des initiatives d'agrément, des programmes communautaires inclusifs, de l'innovation en matière d'enseignement universitaire équitable et de processus de recrutement, de même que la participation des communautés et des utilisateurs et leur participation au processus décisionnel.

Les pratiques inclusives assurent des lieux sécurisés aux patients, aux clients et aux familles, mais font ressortir la discordance entre les services et les systèmes qui ne disposent pas de politiques, de formations, d'évaluation et de soutien sur l'équité afin d'orienter la planification et les pratiques en matière d'équité. Ces lacunes empêchent souvent un plein investissement auprès des patients. Les modes de communication linéaires et polarisés empêchent les patients d'accéder pleinement aux soins, et encore moins d'y participer. Les généralistes s'empressaient souvent de diriger les patients issus de la diversité vers des services spécialisés, alors que leurs problèmes de santé étaient banals. Ce phénomène fait ressortir la nécessité de prévoir une formation sur la sécurisation culturelle, non seulement à l'université, mais dans tous les centres de santé, dans le cadre des politiques et pratiques d'équité. Dans d'autres cas, des obstacles structurels empêchaient le plein accès aux soins.

Les obstacles structurels

Les frais de déplacement pour les familles à faible revenu, l'absence d'assurance maladie pour les enfants de parents sans papiers, les mineurs non accompagnés qui arrivent seuls du Grand Nord en raison des restrictions des voyages, le coût de certains médicaments et d'autres considérations constituent d'importants obstacles. Les utilisateurs du Programme fédéral de santé intérimaire qu'on refuse de soigner dans diverses cliniques, qui ne disposent pas des mécanismes nécessaires pour traiter les réclamations et se faire rembourser, présentent aussi des facteurs de risque. La participation des locuteurs de langue étrangère à leurs soins risque d'être limitée, selon que le personnel soignant reconnaît la barrière linguistique ou que ces patients ont accès à des services d'interprétariat. Le peu de documentation sur la santé générale et spécialisée rédigée dans d'autres langues retarde les progrès des patients. Parmi les professeurs en médecine, les groupes ethnoculturels et autochtones sont trop peu représentés. Si cette carence était corrigée, les besoins de santé respectueux de la culture de ces communautés seraient mieux respectés. Tout en ayant des retombées intraculturelles pour les patients et les clients, une représentation diversifiée des diplômés du milieu de la santé ouvrira le dialogue avec les stagiaires en médecine et dans les professions de la santé de la culture dominante, ce qui élargira les connaissances de toutes les parties concernées. À l'heure actuelle, la présence des Autochtones est faible (5).

Recommandations des groupes de travail

Des groupes de travail se sont réunis avant la clôture du symposium, et les résultats ont été distribués afin d'obtenir d'autres commentaires.

Groupe de travail 1 : L'intégration de l'équité aux politiques et aux marches à suivre

Un groupe de travail s'est attaché à la réglementation de l'équité par des politiques et des marches à suivre. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* pourrait en favoriser l'exécution. L'article 10 indique que *Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être. Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis... Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans.* Pour que le patient ou le client participe, il faut, au départ, une compréhension mutuelle du mode de vie, de la culture, de la santé et du traitement et une langue commune. Les normes d'agrément sur l'accessibilité ont également été abordées. *Il y a un processus pour repérer, déclarer et tenter de supprimer les obstacles à l'accès, ce qui comprend la proximité et la répartition des services, ...l'acceptabilité culturelle des services, ...les barrières linguistiques, les barrières financières,...* Les participants ont proposé de combiner l'article 10 avec l'accessibilité à l'agrément dans des politiques et des pratiques. Soutenue par d'autres mesures d'agrément et par les normes d'équité en matière de santé pour les populations vulnérables élaborées par le groupe de travail MED de HPH International,

l'équité en santé pourrait être mieux mise en application, particulièrement dans les contextes canadien et québécois (grâce aux données disponibles, aux résultats des recherches, etc.). Il a été suggéré de donner une formation en équité aux professionnels de la santé, aux administrateurs et au personnel de soutien. Une telle formation contribuerait énormément à la prise de décision, notamment avec la création d'outils d'équité en ligne. Cette formation pourrait être donnée sur la scène locale et mondiale et avoir une diffusion internationale, sans frais. L'idée de combiner le travail des centres de santé aux programmes communautaires, de favoriser les inspirations et les partenariats, que ce soit sur le plan municipal, provincial ou international, a également été suggérée. C'est déjà une réalité à certains endroits, avec les médecins et les infirmières qui travaillent à Médecins du monde, la participation de stagiaires en travail social à la Mission communautaire de Montréal, etc. (6) L'intégration et l'accueil de la diversité sont considérées comme essentielles, car elles demeurent un obstacle important à de bons soins (7).

Dans l'ensemble, il est recommandé d'adopter des politiques en matière d'équité dans les systèmes de santé, de même que des marches à suivre pour intégrer ces politiques dans toutes les instances, à l'aide des mesures de mise en œuvre précédente. Ainsi, il faudrait planifier des processus et des mandats de mise en œuvre de l'équité dans toutes les sphères d'activités, assortis de résultats mesurables et facilités par des budgets affectés. De cette façon, les éléments d'équité paraîtraient dans des processus d'évaluation qui tiendraient compte des recoupements entre la vulnérabilité et la diversité intraculturelle et interculturelle et qui en garantiraient l'inclusion. De la documentation sur la santé et les commentaires des patients dans d'autres langues, des aménagements pour tenir compte des différences de modes de vie (statut d'Indigène, insécurité en matière de logement, orientation sexuelle, variance des genres, statut d'immigrant, etc.). À l'heure actuelle, ces populations sont largement sous-représentées dans les commentaires des patients, sauf dans les études spécialisées. La collecte de données (6) pour corriger les disparités ou les iniquités en santé est l'une des grandes évolutions qui a porté des fruits au Canada et aux États-Unis (8). Les données peuvent être compilées sur la race, l'ethnie, la langue maternelle, les convictions religieuses, l'orientation sexuelle, le revenu, l'hébergement et les préférences en matière de littératie. Recueillie avec soin, cette information pourrait contribuer à cerner les patients particuliers ou les groupes de patients qui risquent d'avoir besoin d'être orientés dans le système de santé ou qui pourraient tirer profit d'examen plus approfondis.

Groupe de travail 2 : L'élimination des obstacles pour une participation inclusive

Le deuxième groupe de travail s'est posé la question suivante : que signifie la « sensibilité à l'équité »? Le groupe s'est penché sur quatre sens possibles. Le premier consiste à être capable d'adopter divers points de vue. De la sensibilité culturelle à l'importance de poser des questions, nous sommes passés à la sécurisation culturelle, à l'examen de ses propres points de vue et préjugés culturels, puis au troisième sens, inciter le patient à s'investir en se reportant à ses expériences et pratiques culturelles lors de la prestation des soins. Le quatrième sens permettrait un niveau de bien-être, de confiance et de début de renforcement des pouvoirs.

Les réponses ont touché le renforcement de la capacité à « poser des questions », ce qui exige « du temps » et un « investissement ». La « sensibilité à l'équité » contribuerait à améliorer les partenariats entre le patient, la famille et le dispensateur de soins. Une communication respectueuse de la culture ou des cadres de référence mérite d'être explorée. « *On ne sait pas ce qu'on ne sait pas.* » Le mentorat avec des personnes compétentes d'origines diverses s'impose pour obtenir des conseils dans ce secteur. L'expression soulève l'importance de l'intégration transversale et latérale à la pratique, pour que l'équité et la sécurité soient à la fois comprises et interchangeables dans le réseau de la santé.

L'évaluation de l'équité doit être réflexive. Ainsi, si on pose des questions sur le logement : l'hébergement est-il une maison? Qu'est-ce qu'une maison? Comment vit le patient, sa famille, le client?, on comprendra que les logements temporaires ou transitoires ne favorisent pas le bien-être et l'autogestion des soins. Qu'est-ce qui est donc faisable sur le plan de la planification de l'autogestion des soins? Il faut parler des besoins en matière de logement et de la stabilité de la santé. La formation à la sécurisation culturelle est capitale (9).

La recherche et la promotion

Lors de la planification de projets de recherche et de promotion, il est essentiel d'inviter des locuteurs de langues étrangères et d'origines diverses. Une incitation à recourir à une langue non genrée et à des évaluations qui reflètent la variance des genres, les diverses réalités des genres, des différences lors de la consultation et l'orientation sexuelle. Il est recommandé de rencontrer des patients dans leur milieu, de recourir à des interprètes et de traduire de la documentation, ainsi que de prévoir ces coûts aux budgets afin que ces services soient facilement accessibles et favorisent une meilleure participation. Tous les sondages sur la satisfaction des patients peuvent être offerts en d'autres langues pour garantir la participation et les commentaires. Si on s'intéresse à l'alphabétisation en santé dans la communication, on contribue à déterminer les barrières linguistiques, particulièrement lorsque le patient parle un peu la langue officielle, mais ne la maîtrise pas assez. Il est important d'envisager d'utiliser un langage clair et simple et des questions ouvertes pour vérifier si ce qui a été transmis a bien été compris.

Les recommandations globales

Pour que le système se plie aux normes d'équité, il serait utile d'amorcer des discussions sur l'équité au sein des ministères. Des mesures incitatives claires, transmises aux organisations de santé, assorties de budgets pour préparer des politiques et des pratiques, favoriseraient la création d'outils et de mesures pour en évaluer l'efficacité.

La formation sur la sécurisation culturelle

La sécurisation culturelle ou une formation similaire est généralement donnée à l'université, mais les notions disparaissent souvent sur le marché du travail, où de telles pratiques ne sont généralement pas soutenues. Pour favoriser la souplesse et l'ouverture auprès des populations issues de la diversité, il faut poursuivre les discussions avec les professionnels de la santé et les sensibiliser. Les équipes entières doivent adhérer aux concepts de sécurisation culturelle (10) afin d'offrir des services de soutien harmonieux. C'est particulièrement important pour réduire les préjugés des cliniciens, des médecins et du reste du personnel et permettre aux patients d'exprimer librement leurs préoccupations en matière de santé et de se faire traiter. Pour assurer une sécurisation culturelle, les professionnels de la santé et les autres intervenants doivent prendre conscience des déséquilibres de pouvoir, examiner leurs valeurs personnelles ou les stéréotypes courants et les écarter pour obtenir des résultats cliniques sécuritaires et optimaux. Ainsi, la formation à la sécurité comprendrait un volet antiraciste. Il est recommandé que ce volet antiraciste soit plébiscité par une politique antiraciste organisationnelle claire (11).

Pour être capable de s'investir auprès des populations minoritaires et diversifiées, il faut convenir que les problèmes de santé ne justifient pas tous des soins spécialisés. Les réfugiés et les demandeurs d'asile n'ont pas tous besoin d'un spécialiste ethnoculturel et les patients transgenres qui sont aussi autochtones, les réfugiés ou les demandeurs d'asile qui sont aux prises avec une insécurité en matière de logement n'ont pas tous besoin d'être orientés vers des cliniques spécialisées s'ils ont besoin de soins en médecine générale. Le clinicien sur place peut voir immédiatement aux soins courants ou habituels,

et les patients peuvent être dirigés vers des services de soutien s'ils en ont besoin. Les consultations entre le médecin et le spécialiste désigné suivent lorsqu'il reste des questions à résoudre. L'élargissement des connaissances chez les cliniciens et dans le réseau de la santé contribue à favoriser des services de santé inclusifs et équitables pour tous les patients.

Le vocabulaire non genré et les questions ouvertes

La première, et l'une des principales mesures de dépistage, qui précède une rencontre de santé inclusive ou exclusive est le processus d'admission ou d'inscription au centre ou à la clinique de santé. Cette étape peut écraser l'estime de soi pendant une période de mal-être et de grande vulnérabilité. Pour garantir l'ouverture et la reconnaissance des variétés, les systèmes de santé peuvent créer des formulaires qui abordent le genre sous de multiples formes : homme, femme, H vers F, F vers H, autre, etc. Pour inclure les parents de même sexe et les personnes monoparentales, Parent 1 et Parent 2 est préférable à Père et Mère. Il pourrait être nécessaire d'obtenir de l'information génétique qui tient compte de la parentalité biologique, mais cette question peut être posée dans un contexte approprié, lorsque la confiance est bien établie, et non au moment de l'inscription.

L'accroissement de la collecte de données à l'inscription sera non seulement inclusive, mais contribuera à obtenir des connaissances utiles pour la recherche et les soins centrés sur le patient qui peuvent inclure la race, l'ethnie, l'orientation sexuelle, le logement (temporaire ou permanent), la situation socioéconomique et les préférences en matière de l'alphabétisation. C'est la norme ailleurs au Canada et aux États-Unis (12).

L'interprétation obligatoire

L'interprétation culturelle et langagière est assurée en fonction de l'engagement du centre de santé à l'égard de ces services ou peut être offerte de manière ponctuelle. La Banque interrégionale d'interprètes dessert de nombreux établissements, mais des services supplémentaires s'imposent pour répondre à la demande. Certains centres, comme l'Hôpital de Montréal pour enfants, possèdent leur propre banque, mais dans l'ensemble, les établissements ne sont pas tenus de fournir des services d'interprétariat, bien qu'ils soient encouragés à répondre aux besoins langagiers du patient ou du client. Il faudrait des politiques sur la description de tâches et la formation des interprètes. En effet, les services d'interprétariat n'existent généralement pas et ne sont pas encadrés par des normes provinciales, une échelle salariale ou une mise en œuvre obligatoire.

La documentation sur l'alphabétisation en santé en d'autres langues

En plus des interprètes, il faut créer de la documentation essentielle en d'autres langues, comme la prévention de la grippe, le lavage des mains, le recours aux services d'urgence, etc., et fournir de l'information sur diverses spécialités de la santé. Certains peuvent être consultés en ligne, mais il y a d'énormes lacunes. Les patients et les familles aiment généralement recevoir la documentation des mains de leur professionnel de la santé, en qui ils ont confiance. Toutefois, la distribution de documentation en d'autres langues demeure rare (Lambert et coll.).

Des milieux respectueux des Autochtones

Étant donné les recommandations de la Commission de vérité et réconciliation (13), il est de plus en plus courant, au Canada et au Québec, de reconnaître le territoire traditionnel des peuples autochtones et de convenir de leur rôle de premiers gardiens du territoire. Cette reconnaissance devrait faire partie des énoncés de mission ministériels et organisationnels. Les centres de santé sont invités à déconstruire non seulement leur mode de prestation des soins aux populations autochtones, mais également à créer des

lieux de guérison amicaux et sécuritaires consacrés aux Autochtones. Il peut s'agir d'espaces de rencontre circulaires où se déroulent les consultations avec l'équipe ou la famille et les rituels de guérison. Les jardins pour cultiver des herbes et des légumes racines qui seront gérés et distribués dans les communautés ouvrent une myriade de possibilités de partenariats intersectoriels issus de la confiance et du dialogue, qui pourra améliorer les résultats cliniques en santé et favoriser une meilleure sécurité alimentaire.

Les initiatives précédentes, ainsi que des réseaux fluides par lesquels les professionnels de la santé peuvent accéder facilement à des services de soutien importants (refuges, banques alimentaires, logement, etc., pour les patients et les clients), faciliteraient le bien-être. Des services interconnectés, auxquels le personnel peut facilement accéder pour ses patients, facilitent des évaluations complètes et garantissent de répondre équitablement aux besoins importants du patient relativement à sa santé.

Le renforcement des capacités

Il faut de la patience pour recruter des participants de communautés minoritaires dans les milieux universitaires et communautaires de la santé afin de favoriser la compréhension et de renforcer les capacités, car le processus est lent au départ. Ainsi, des groupes d'entraide peuvent être créés dans les milieux de la santé, soutenus par des principes de sécurisation culturelle et des directives en matière d'équité et en partenariat avec les universités, les milieux communautaires et les localités. Le personnel et les bénévoles recrutés dans des groupes mal desservis et formés pour aller vers les autres dans des milieux similaires peuvent devenir membres de comités consultatifs, intervenants pivots auprès des patients, bénévoles, interprètes, etc., et attirer d'autres intervenants issus des mêmes milieux. Le recrutement de personnes d'origines diverses contribue à l'intégration de ces populations et au travail avec elles. Lorsque ces participants seront bien intégrés au système et que le temps aura passé, eux-mêmes et leur communauté profiteront d'un meilleur accès aux soins et aux professions de la santé. Le rayonnement s'impose pour assurer l'inclusion de la diversité dans les professions de la santé et, dans certains cas, des processus d'action affirmatifs.

La création de bureaux d'équité en santé avec du personnel adéquat en mesure de donner des conseils et d'agir pour susciter l'inclusion de l'équité serait un bon point de départ pour lancer de telles initiatives inspirées des normes d'équité en santé à jour établies par le groupe de travail sur la migration, l'équité et la diversité (MED) de HPH International (sur le point d'être publiées) (9).

Résumé

Sans politiques uniformes et de multiples interventions en matière d'équité et si elles ne sont pas rattachées à d'autres services et pratiques fondés sur l'équité, les initiatives en santé adoptées dans un établissement n'auront pas une aussi grande efficacité. Le système de santé peut adopter des directives en matière d'équité et offrir un soutien aux partenariats entre centres de santé, universités et localités. Dans leur mise en œuvre, ces partenariats prévoiraient la création de projets pilotes pour adopter des politiques en matière d'équité qui mesureraient les lacunes dans les services aux patients, aux clients et aux communautés énumérés plus haut. Elles pourraient commencer à corriger ces lacunes par une collecte de données, le tout en fonction de principes d'équité. On peut ensuite mesurer l'efficacité de ces modèles et appliquer le savoir accumulé à d'autres lieux, auprès d'autres populations.

Références

- 1) HPH Task Force, MFH: Standards for equity in health care for migrants and other vulnerable groups 2014
<https://rodals.com/product-category/shop-by-holiday/chanukah-shop-by-holiday/page/2/>
- 2) HPH International: Clinical Health Promotion, November 2016
www.clinhp.org
- 3) Intégrer l'équité en matière de santé aux politiques, aux pratiques et à la participation. Programme du symposium
PDF annexe un
- 4) Santé publique : Outil de données sur les inégalités en santé
<https://infobase.phac-aspc.gc.ca/health-inequalities/data-tool/?l=fra&HR=0&Cate=1&Ind=69&Strata=52&MS=Numerator&Sex=BMF&VIEW=0>
- 5) Saylor: MUHC Equity Indigenous Access 2017. PP http://www.hopitalpourenfants.com/services-et-personnel/services/service-services-de-consultation-socioculturelle-et-dinterpretation_04
- 6) Mission communautaire de Montréal www.montrealcitymission.org
- 7) Ontario Council on Community Interpreting www.occi.ca/occi-publications
Banque interrégionale d'interprètes www.santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/professionnels/outils-services/banq-interpretes/Bilan_BII_2015-2016.pdf
Services de consultation socioculturelle et d'interprétation (SCSI)
www.hopitalpourenfants.com/services-et-personnel/services/service-services-de-consultation-socioculturelle-et-dinterpretation_02
- 8) AHA HRET : Improving Health Equity Through data Collection AND Use: A Guide for hospital leaders
www.hpoe.org/resources/ahahret-guides/817
The Development of a Paediatric Health Equity Demographic Data Collection Instrument Project Summary Report, December 2014
<file:///C:/Users/mserdyns.MUHCAD/Downloads/Development%20of%20Paediatric%20Health%20Equity%20Data%20Collection%20Report.pdf>
- 9) Ball: Cultural Safety in Practice with Children, Families and Communities
www.ecdip.org/docs/pdf/Cultural%20Safety%20Poster.pdf
Cultural Safety: Module One
<http://web2.uvcs.uvic.ca/courses/csafety/mod1/index.htm>
- 10) Ball: Cultural Safety in Practice with Children, Families and Communities
www.ecdip.org/docs/pdf/Cultural%20Safety%20Poster.pdf
Cultural Safety: Module One
<http://web2.uvcs.uvic.ca/courses/csafety/mod1/index.htm>
- 11) Une meilleure façon d'avancer : Plan stratégique triennal de l'Ontario contre le racisme
https://files.ontario.ca/ar-2001_ard_report_fr_tagged_final-s.pdf
- 12) AHA HRET : Improving Health Equity Through data Collection AND Use: A Guide for hospital leaders
www.hpoe.org/resources/ahahret-guides/817
The Development of a Paediatric Health Equity Demographic Data Collection Instrument Project Summary Report, December 2014
<file:///C:/Users/mserdyns.MUHCAD/Downloads/Development%20of%20Paediatric%20Health%20Equity%20Data%20Collection%20Report.pdf>
Measuring Health Equity in the TC LHIN
www.mountsinai.on.ca/about_us/human-rights/measuring-health-equity
- 13) Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action
www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/2015/Findings/Calls_to_Action_French.pdf
- 14) Work Plan of The Task Force Migration, Equity and Diversity (TF MED)
[http://hphnet.org/attachments/article/291/TF%20MED%20work%20plan%20\(Updated%20Feb%202017\).pdf](http://hphnet.org/attachments/article/291/TF%20MED%20work%20plan%20(Updated%20Feb%202017).pdf)

Annex un

Intégrer l'équité en matière de santé aux politiques, aux pratiques et à la participation Programme du symposium

Le mercredi 11 octobre 2017

8h15 à 8h45 **Inscription, café**

8h45 à 9h00 **Bienvenue**

Carmen Gonzalez, présidente, ACCÉSSS, directrice, COPSI (Centre d'orientation paralgale et sociale pour immigrants/es)
Florente Démosthène, conseillère cadre partenariat et diversité/direction adjointe au PDGA, CIUSSS Centre Sud de l'Île de Montréal

Patricia Lefebvre, B. Pharm., M. Sc., FCSHP, FOPQ, directrice générale adjointe (par intérim), Directrice, Qualité, évaluation, performance et éthique, CUSM (Centre universitaire de santé McGill)

9h00 à 9h40 **Garantir l'équité dans les organisations de santé : l'apport de l'HPH – groupe de travail sur la migration, l'équité et la diversité**

L'expérience du groupe de travail HPH-MED pour évaluer l'équité en santé. Des stratégies pour assurer une utilisation efficace des normes d'équité en santé et le partage de pratiques exemplaires et d'une culture d'innovation.

Antonio Chiarenza, chef de la recherche et de l'innovation, Reggio Emilia, chef de l'autorité sanitaire, HPH International, groupe de travail sur la migration, l'équité et la diversité (MED) et Réseau régional de l'HPH à Emilia-Romagna, en Italie

9h40 à 10h20 **Vers des soins équitables et ouverts aux migrants : les expériences de la Norvège**

Introduction aux politiques norvégiennes, au CNMSM et au travail de ce groupe pour des soins équitables. Les conférenciers s'attarderont sur l'importance de la collaboration internationale par la participation au groupe de travail HPH-MED et à l'utilisation de normes d'équité en santé dans les réseaux norvégiens.

Ragnhild Storstein Spilker pour

Bernadette Nirmal Kumar, directrice, Centre norvégien pour la migration et la santé des minorités (CNMSM); professeure, santé mondiale, Institut de la santé et de la société, université d'Oslo

Ragnhild Storstein Spilker, chef de projet sur l'équité en santé, Centre norvégien pour la migration et la santé des minorités (CNMSM)

10h20 à 10h40 **Pause-santé**

10h40 à 11h00 **L'accès aux soins pour les Autochtones : le chemin à parcourir**

Exposé sur les services de santé pour les Autochtones : défis et initiatives pour accroître le nombre d'Autochtones dans les professions de la santé.

Kent Saylor, MD, Programme de santé du Nord, HME; directeur, programme de cours en santé autochtone; directeur, programmes des professions liées à la santé autochtone, faculté de médecine de l'Université McGill

11h00 à 11h20 **Parvenir à l'équité grâce à l'agrément et à la sécurité des patients**

Définir et mesurer les indicateurs d'équité : comment s'assurer que les besoins culturels et sociaux soient intégrés aux soins des patients.

Danielle Lamy, directrice associée, Qualité, performance et sécurité des patients, CUSM

Karine Vigneault, Ph. D., coordonnatrice des programmes de partenariat avec les patients, Qualité, évaluation, performance et éthique, CUSM

11h20 à 11h40 **L'inclusion des familles LGBT dans le système de santé**

Progrès et problèmes dans les services de santé offerts aux familles LGBT. Ce qu'il faut pour aller de l'avant.

David Martens, MD, spécialiste en médecine de l'adolescent, CUSM

Intégrer l'équité en matière de santé aux politiques, aux pratiques et à la participation
Programme du symposium

11h40 à 12h00 Les réfugiés, les demandeurs d'asile et l'accès aux soins

Les difficultés qu'affrontent les réfugiés et les demandeurs d'asile pour recevoir des soins : des problèmes de santé connexes et des pistes de solutions.

Gillian Morantz, MD, pédiatre, clinique de santé multiculturelle de l'HME, *Global Child Health Program* de l'Université McGill

12h00 à 13h20 Dîner

13h20 à 13h40 Les déterminants de l'équité dans l'accès aux soins : les intersections du genre, de l'ethnie, de la langue et de la migration

Recherches et interventions communautaires sur la prévention et le traitement du diabète de type 2, les soins de fin de vie, l'excision et l'infibulation auprès des migrants au Canada.

Bilkis Vissandjée, Ph. D., faculté des sciences infirmières, Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal – Centre de recherche SHERPA

13h40 à 14h00 Les initiatives d'équité en santé au '*The Hospital for Sick Children*'

L'équité fait partie intégrante des soins axés sur l'enfant et sur la famille. Regard sur une collecte de données respectueuse de l'équité et sur d'autres services axés sur la famille au '*The Hospital for Sick Children*'.

Karen Sappleton, cadre supérieur, Soins centrés sur l'enfant et la famille, et équité en matière de santé, *The Hospital for Sick Children (Toronto)*

14h00 à 14h20 L'accès aux soins pour les personnes présentant une variance de genre : les obstacles et les améliorations

Présentation de problèmes courants que doivent affronter de nombreuses personnes ayant une variance de genre ou transgenres, notamment le manque de services et la difficulté à trouver des professionnels de la santé en mesure de leur offrir les soins dont ils ont besoin (en fonction de leur genre ou même pour des problèmes banals). Le conférencier traitera de la source de ces obstacles et donnera des suggestions d'amélioration.

Docteur Shuvo Ghosh, Pédiatre du comportement et du développement, HME-CUSM

14h20 à 14h40 L'accès à la langue et à l'alphabétisation en santé

Les possibilités offertes pour répondre aux besoins linguistiques des récents arrivants et des autres locuteurs de langues minoritaires. Détermination des lacunes dans les services.

Marie Serdynska, coordonnatrice, Services de consultation socioculturelle et d'interprétariat, HME; membre, HPH International, groupe de travail sur la migration, l'équité et la diversité (MED)

14h40 à 15h00 L'itinérance, les maladies chroniques et la gestion de la santé

Le taux de maladies chroniques est élevé chez les personnes en situation d'itinérance. L'instabilité et le stress de l'itinérance s'associent souvent à une mauvaise utilisation des services de santé, à une prise en charge médiocre des maladies et à une diminution de la qualité de vie. Un regard sur les réalités de l'itinérance et sur ses répercussions sur les maladies chroniques, une exploration des perceptions, des besoins et des préférences en matière de prise en charge des maladies et de soutien à cette prise en charge chez les hommes itinérants.

Jessica Sherman, Inf., M. Sc.(A), coordonnatrice des services de santé, Mission Bon Accueil

15h00 à 15h20 Pause-santé

15h20 à 15h40 L'itinérance cachée et la santé

La précarité des logements adopte de nombreuses formes souvent invisibles, de sorte qu'il est difficile de répondre aux besoins sociaux et en matière de santé. Les mesures clés à adopter pour déterminer et offrir le soutien nécessaire.

Marina Boulos-Winton, directrice générale, Chez Doris

Intégrer l'équité en matière de santé aux politiques, aux pratiques et à la participation
Programme du symposium

15h40 à 16h00 Les obstacles qui empêchent les enfants autochtones et migrants d'accéder à des soins équitables à l'urgence

Les obstacles à la communication nuisent aux soins cliniques à l'urgence, mais des mesures en milieu hospitalier pourraient en surmonter un grand nombre. D'autres obstacles importants et récurrents, qui découlent de politiques adoptées à l'extérieur du milieu hospitalier, compliquent particulièrement la prestation de soins de qualité et l'offre d'un milieu respectueux de la culture.

Samir Shaheen-Hussain, MD, clinicien, division de la pédiatrie d'urgence, Hôpital de Montréal pour enfants; consultant pédiatrique, clinique de Projet Migrant, Médecins du Monde; membre du conseil d'administration, Médecins québécois pour le régime public

16h00 à 16h20 Clôture

Intégrer l'équité en matière de santé aux politiques, aux pratiques et à la participation
Programme du symposium

Le jeudi 12 octobre 2017

8h15 à 8h30 **Inscription, café**

8h30 à 8h40 **Horaire de la journée**

8h40 à 9h00 **Les politiques d'équité dans l'enseignement de la médecine**

L'examen du processus pour vaincre les obstacles et assurer l'accès à une médecine respectueuse de la culture pour des candidats diversifiés provenant de populations mal desservies.

Jae-Marie Ferdinand, MD, FRCPC, FAAP, Directrice, programme de formation en pédiatrie sociale; Professeure adjointe, Université McGill; Pédiatre, Hôpital de Montréal pour enfants

9h00 à 9h20 **Les déterminants de la santé des Autochtones**

Une exploration des déterminants de la santé des Autochtones pour faire progresser l'équité en santé dans les peuples autochtones. Présentation de nouveaux modèles pour définir les besoins de santé et les besoins sociaux et pour y répondre.

Wanda Gabriel, Trav. soc., M. Serv. soc., Professeure adjointe, École de service social de l'Université McGill

9h20 à 9h40 **La participation communautaire et ethnoculturelle à la santé : Le modèle ACCÉSSS**

En raison des changements démographiques attribuables à l'immigration, il faut trouver de nouvelles manières de créer et de gérer les services de santé et les services sociaux. Pour ce faire, il faut revoir le mode d'affectation des ressources.

Jérôme Di Giovanni, Directeur général, ACCÉSSS

9h40 à 10h00 **Le droit à une participation authentique**

La formation de partenariats universitaires et communautaires avec des programmes pour contrer l'exclusion sociale.

Anwar Alhjoj, Coordinateur, Projet Maa'n/ Ensemble

Rév. Paula Kline, Directrice exécutive, la Mission communautaire de Montréal – MCM

10h00 à 10h20 **L'intégration de l'équité et des déterminants sociaux de la santé à la surveillance et aux rapports de la santé des populations au Canada**

Pour évaluer et surveiller systématiquement les inégalités en santé au Canada, l'ASPC a créé des outils et des produits de données en collaboration avec les provinces et les territoires, Statistique Canada et l'ICIS. Plus de 70 indicateurs des déterminants de la santé, des comportements en matière de santé et des résultats cliniques ont été analysés au moyen de jusqu'à 14 facteurs socio-économiques et démographiques, y compris le revenu, le niveau d'instruction, le statut migratoire, les populations autochtones et l'orientation sexuelle. Ces ressources peuvent étayer les mesures pour réduire les inégalités en santé avec plus d'efficacité au Canada.

Marie Desmeules, Directrice, Division des déterminants sociaux de la santé, Centre de prévention des maladies chroniques et de l'équité en santé, Agence de la santé publique du Canada

10h20 à 10h40 **Pause-santé**

Intégrer l'équité en matière de santé aux politiques, aux pratiques et à la participation
Programme du symposium

10h40 à 11h00 Comité des usagers et conseil consultatif du CUSM : de la diversité à l'inclusion

De récentes initiatives du conseil consultatif sur la famille et du comité des usagers pour s'assurer de la diversité et de l'inclusion sociale dans la mobilisation et la prise de décision.

Amy Ma et Seeta Ramdass, Coprésidentes, comité des usagers, CUSM; Membres du conseil consultatif sur la famille, HME

11h00 à 11h20 L'expérience des patients

De manières dont les patients participent aux prises de décision au CUSM : atteindre les groupes vulnérables par l'attestation des patients.

Karine Vigneault, Ph. D., Coordonnatrice des programmes de partenariat avec les patients, Qualité, évaluation, performance et éthique, CUSM

11h20 à 12h00 Groupes de travail

- 1. L'intégration de l'équité aux politiques et procédures**
- 2. L'élimination des obstacles pour une participation inclusive**

12h00 à 13h00 Dîner

13h00 à 13h20 Sommaire des recommandations sur l'équité, plans de suivi