



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

INSTAURER UNE CULTURE D'ÉQUITÉ DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE AU CANADA : UNE ANALYSE DU CONTEXTE



Coordonnées

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé

Université St. Francis Xavier

Antigonish (N.-É.) B2G 2W5

Courriel : ccnds@stfx.ca

Téléphone : 902-867-5406

Télécopieur : 902-867-6130

Site Web : www.ccnds.ca

Twitter : @NCCDH_CCNDS

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé est hébergé par l'Université St. Francis Xavier. Nous tenons à souligner que nous nous trouvons en Mi'kma'ki, le territoire ancestral non cédé du peuple micmac.

Veuillez citer l'information contenue dans le présent document comme suit : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. [2018]. *Instaurer une culture d'équité dans le secteur de la santé publique au Canada : Une analyse du contexte*. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.

ISBN : 978-1-987901-99-3

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de l'Agence de la santé publique du Canada, qui finance le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS).

Les points de vue exprimés dans le présent document ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Agence de la santé publique du Canada. Une version électronique (en format PDF) du présent document est disponible dans le site Web du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé à l'adresse www.ccnds.ca.

A PDF format of this publication is also available in English at www.nccdh.ca under the title *Building a culture of equity in Canadian public health: An environmental scan*.

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) est hébergé par l'Université St. Francis Xavier. Il est l'un des six centres de collaboration nationale (CCN) en santé publique au Canada. Financés par l'Agence de la santé publique du Canada, les CCN produisent de l'information pour aider les professionnels de la santé publique à améliorer leur gestion des menaces pour la santé publique, des maladies chroniques et des blessures, des maladies infectieuses et des iniquités de santé. Le CCNDS s'intéresse de près aux facteurs sociaux et économiques qui agissent sur la santé de la population canadienne et à l'application des connaissances en vue d'influer sur les déterminants corrélatifs et de promouvoir l'équité en santé grâce à des pratiques, à des politiques et à des programmes de santé publique. Pour en savoir plus, allez à www.ccnds.ca. Les autres CCN se spécialisent respectivement dans l'un des secteurs clés suivants : santé autochtone, santé environnementale, politiques publiques et santé, maladies infectieuses et méthodes et outils. Pour en savoir plus sur les CCN, allez à www.ccns.ca.

REMERCIEMENTS

Ken Hoffman (One World Inc.) a effectué les recherches nécessaires à la collecte des données. Il a ensuite rédigé le document en collaboration avec Lesley Dyck (Ideas to Impact: Leadership and Consulting). Connie Clement et Faith Layden (toutes deux du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, CCNDS) ont encadré l'ensemble des étapes du projet. Des remerciements particuliers vont à Teri Emrich, Ph. D. (CCNDS), et à la Dre Shovita Padhi (Fraser Health), qui se sont chargées de passer en revue la version définitive.

Le personnel du CCNDS souhaite remercier les nombreux informateurs clés, membres du groupe de réflexion et conseillers de leur précieuse contribution au présent rapport. Il souhaite témoigner plus particulièrement sa profonde gratitude aux membres du groupe consultatif qui ont consacré temps et énergie au processus.

Membres du Groupe consultatif :

- Louis Sorin, expert-conseil (pour la majeure partie du projet d'analyse contextuelle, il était président-directeur général d'End Homelessness Winnipeg)
- Sana Shahram, boursière de recherches postdoctorales, chargée de cours à temps partiel, Michael Smith Foundation for Health Research et Centre for Addictions Research of British Columbia, et épidémiologiste sociale, Interior Health Authority, Université de la Colombie-Britannique (campus Okanagan)
- Padi Meighoo, doctorante, Arthur Labatt Family School of Nursing, Université Western (Ontario)
- Louise Potvin, Chaire de recherche du Canada, Approches communautaires et inégalités de santé
- Claire Betker, directrice de la santé de la population et de l'équité en santé, Division de la santé publique, Santé, Aînés et Vie active Manitoba

TABLE DES MATIÈRES

1. SOMMAIRE	4
2. INTRODUCTION	7
• Analyse du contexte 2017–2018	
• Limites	
3. APPROCHE ET MÉTHODE	10
• Groupe consultatif, membres du personnel et experts conseils	
• Première collecte de données	
• Revue documentaire	
• Analyse et validation	
4. CONSTATATIONS	14
4.1 Érosion des ressources et de l'autonomie de la santé publique	14
• Intégration	
• Consolidation	
• Coupes budgétaires	
• Normalisation	
4.2 Leadership de la santé publique et du secteur de la santé	17
• Gestion des programmes et des services de santé publique	
• Programmes et services auxquels est accordée la priorité pour améliorer l'équité des résultats de santé	
• Qualités du leadership individuel et organisationnel	
4.3 Stratégies et possibilités émergentes sur le plan organisationnel	22
• Possibilités et défis par rapport à l'instauration	
i. Instaurer l'équité en santé dans les organismes de santé publique	
ii. Instaurer l'équité en santé dans l'ensemble du système de santé	
iii. Travailler avec des partenaires dans le dossier de l'équité en santé	
5. PORTÉE ET PISTES D'ACTION	32
• Rôles de la santé publique pour favoriser l'équité en santé	
• Renforcer les compétences en matière de leadership et de communication en santé publique	
• Instaurer une culture d'équité	
• Moyens d'action	
• Processus de changement	
• Champs d'action et prochaines étapes potentielles	
6. DERNIÈRES OBSERVATIONS	43
7. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	45

ANNEXES:

Annexe 1 : Glossaire	47
Annexe 2 : Questions de recherche préliminaires	50
Annexe 3 : Membres du Groupe consultatif	51
Annexe 4 : Collecte des données — Table ronde	52
Annexe 5 : Collecte des données — Entretiens avec les informateurs clés.....	53
Annexe 6 : Collecte des données — Groupe de réflexion	58
Annexe 7 : Méthodes et résultats de recherche documentaire.....	60
Annexe 8 : Principaux rôles de la santé publique au Canada	65
Annexe 9 : Objectifs et approches d'un programme commun.....	66

1. SOMMAIRE

Le présent rapport fait état des constatations de la troisième analyse du contexte réalisée par le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) depuis 2010. Le document se veut une réponse aux préoccupations concernant l'important effritement de l'engagement des tenants du secteur de la santé depuis trois à cinq ans à l'égard des programmes et des services de santé publique au Canada. On y examine les mesures à prendre en santé publique pour réussir à agir efficacement sur les déterminants sociaux de la santé et améliorer l'équité en santé. Pour analyser la trajectoire mentionnée ci-dessus, nous avons cherché des réponses aux questions suivantes :

1. En quoi l'érosion des ressources et de l'autonomie de la santé publique quant à ses structures et à son leadership au sein du système de santé canadien influe-t-elle sur l'action menée pour faire avancer l'équité en santé?
2. Quelle incidence a ce contexte organisationnel sur la manière dont les leaders de la santé publique et du système de santé perçoivent et soutiennent l'action menée dans le dossier de l'équité en santé?
3. Dans ce contexte organisationnel, où se situent les stratégies et les possibilités propres à soutenir l'équité en santé comme valeur fondamentale et philosophie de travail?

La première collecte de données s'est effectuée sous diverses formes : table ronde, entretiens individuels et groupe de réflexion, et a fait intervenir un total de 46 leaders de la santé publique et du système de santé. Des champions de l'équité et des leaders de la santé publique et du système de santé de partout au Canada, de même que des spécialistes de renommée internationale comptaient parmi les participants. Nous avons également effectué une recherche documentaire afin de recenser tout texte pertinent paru sur l'équité en santé et la santé publique depuis la dernière analyse contextuelle en 2014.

Érosion des ressources et de l'autonomie de la santé publique

Les leaders de la santé publique et du système de santé ont souligné que, de façon générale, le travail effectué au Canada en santé publique, et plus particulièrement par rapport à l'équité en santé, a été profondément bouleversé par quatre changements de cap qui ont contribué à l'érosion des ressources et de l'autonomie de la santé publique, c'est-à-dire : l'intégration, la consolidation, les coupes budgétaires et la normalisation.

Les informateurs clés ont confirmé la nécessité d'améliorer le processus d'évaluation des changements structurels et programmatiques qui ont été apportés par le secteur de la santé et qui ont une incidence sur les services de santé publique afin de mieux en comprendre les effets sur l'équité en santé. Par ailleurs, les chercheurs en sciences de la mise en œuvre n'ont pratiquement produit aucun texte revu par des pairs qui permettraient de comprendre et d'analyser les conséquences de l'intégration, de la consolidation, des coupes budgétaires et de la normalisation.

Leadership de la santé publique et du secteur de la santé

Nous avons cherché à connaître les effets qu'avait entraînés l'érosion des ressources et de l'autonomie de la santé publique sur l'action menée pour l'équité en santé. Les réponses des informateurs clés ont tourné autour des trois idées suivantes :

- les répercussions de la manière dont sont gérés les programmes et les services de santé publique
- les types de programmes et de services auxquels est accordée la priorité comme moyens d'améliorer l'équité en matière de résultats de santé
- les qualités de leadership les plus susceptibles de favoriser la prise de mesures concrètes pour améliorer l'équité en santé

Les informateurs clés se sont surtout concentrés sur le leadership individuel et le changement que peuvent entraîner les mesures prises en santé publique à divers égards. Ils n'ont pas articulé clairement le lien entre le soutien qu'apporte le leadership individuel au leadership organisationnel (et vice versa) exercé par la santé publique (et dans le système de santé en général). La littérature présente les mêmes lacunes, en ce que les propos sur le leadership exercé par la santé publique pour améliorer l'équité en santé portent habituellement sur les caractéristiques des leaders en tant qu'individus, non pas sur les organismes et les systèmes au sein desquels travaillent ces leaders.

Il semble que le leadership individuel mène à une action en amont pour améliorer l'équité en santé dans les cadres de travail où la haute direction voit pour la santé publique et le système de santé en général un rôle de leadership organisationnel à jouer. Cela vient ouvrir le champ d'action et englober l'élargissement de l'accès équitable aux services de santé et le déploiement d'efforts pour faire tomber les barrières structurelles à l'équité en santé.

Stratégies et possibilités émergentes sur le plan organisationnel

Les informateurs clés ont abordé le fait que le mandat des programmes et des services de santé publique tend à viser l'équité dans les résultats sur les plans populationnels et sous-populationnels. Ils ont toutefois souligné qu'il y avait une certaine résistance à définir de telles fonctions comme obligatoires, à établir des normes pour ces dites fonctions ou d'y accorder les ressources nécessaires.

Dans ce contexte, les possibilités et les obstacles pour ce qui est de faire de l'équité en santé une valeur fondamentale se présentent sur trois plans : au sein des organismes de santé publique, dans l'ensemble du système de santé et avec des partenaires à l'extérieur du système de santé. Les informateurs clés ont signalé que les valeurs sous-jacentes aux processus de changement dans ces trois plans jouent un rôle prépondérant dans les résultats. Instaurer une culture d'équité au sein du secteur de la santé publique et du système de santé en général se révèle essentiel si nous voulons atteindre l'équité dans les résultats de santé de la population canadienne dans son ensemble.

Moyens d'action

À cet effet, nous avons réexaminé les quatre rôles à jouer par la santé publique pour favoriser l'équité en santé qui étaient ressortis de l'analyse du contexte du CCNDS en 2010¹. Nous avons également examiné la question de savoir quelles ressources se révèlent essentielles à l'incarnation de ces rôles et dans quelles ressources il serait possible de puiser à des fins de développement organisationnel et systémique. Le cadre d'action qui s'est dégagé de cet exercice comporte ce que nous appelons **les moyens d'action** qui permettent de relier l'action de la santé publique (les quatre rôles) aux processus de changement organisationnel et collectif destinés à soutenir l'équité en santé. Les moyens d'action englobent l'information et les outils dont ont besoin les praticiens de la santé publique pour remplir les quatre rôles et instaurer une culture d'équité :

- **Leadership** : leadership officiel et leadership systémique (transformationnel)
- **Données probantes** : issues de travaux de recherche et d'évaluation afin d'orienter le processus décisionnel
- **Communication** : pour cadrer, sensibiliser et informer, tant à l'interne qu'à l'externe
- **Formation** : perfectionnement des compétences et établissement de partenariats

Les constatations ont fait ressortir **cinq champs d'action** à couvrir pour développer la capacité organisationnelle et la capacité de leadership nécessaires pour améliorer l'équité en santé dans le contexte dans lequel évolue actuellement le système de santé. Les champs d'action recommandés sont les suivants :

1. Inscrire l'équité en santé dans les valeurs fondamentales du système de santé
2. Encourager chez les leaders un exercice de réflexion fondé sur les valeurs
3. Préparer les leaders de la santé publique à plaider pour que des efforts soient faits en faveur de l'équité en santé dans l'ensemble du système de santé
4. Soutenir la prise en compte de la notion d'équité dans les processus décisionnels fondés sur les données probantes
5. Appuyer un engagement ancré dans la collectivité comme fondement de l'action pour l'équité en santé

Instaurer une culture d'équité

Les stratégies possibles décrites sous chacun des champs d'action concordent avec le rôle d'application des connaissances du CCNDS. Toutefois, chaque champ d'action et chaque moyen d'action s'appliquent tout aussi bien au secteur de la santé publique dans son ensemble qu'au système de santé de toutes les administrations publiques (locales, provinciales, territoriales et nationales). Nous avons ultimement pour priorité de contribuer à une culture d'équité au sein de la santé publique, du système de santé et de la collectivité en général. Pour stimuler le changement transformationnel nécessaire à l'atteinte des objectifs d'équité en santé pour la population canadienne, nous devons mieux comprendre les processus de changement liés à l'instauration d'une culture d'équité.

2. INTRODUCTION

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) est l'un des six centres de collaboration nationale (CCN) en santé publique au Canada. Créé en juillet 2006 et financé par l'Agence de la santé publique du Canada, le CCNDS aide les praticiens, les décideurs et les partenaires de recherche de la santé publique dans leurs efforts pour agir positivement sur les déterminants sociaux de la santé et faire avancer l'équité en santé. Il y arrive en facilitant la production, l'application et le transfert des données probantes sur l'équité en santé, ainsi que la promotion des réseaux et l'échange des connaissances dans le milieu de la santé publique en général.

Le présent rapport est le fruit de la troisième analyse du contexte réalisée par le CCNDS depuis 2010.

Les deux premières avaient pour titres :

- *L'intégration des déterminants sociaux de la santé dans les pratiques de santé publique au Canada : Analyse du contexte en 2010*¹;
- *Aviver l'intérêt : Appliquer les connaissances pour faire avancer l'équité en santé : Analyse du contexte 2014*².

Le but de l'exercice d'analyse contextuelle du CCNDS est d'étudier le contexte dans lequel s'effectue le travail de la santé publique pour agir positivement sur les déterminants sociaux de la santé et améliorer l'équité dans les résultats de santé des populations du Canada. L'éclairage tiré de cette analyse sert à soutenir et à renforcer les processus de planification et d'évaluation du CCNDS. Le rapport en découlant se veut en outre un outil qui peut aider les décideurs, les praticiens et les chercheurs de la santé publique au Canada dans leur démarche pour remédier aux iniquités de santé.

Chaque cycle d'analyse porte sur un principe de base ou un enjeu prioritaire associé aux déterminants sociaux de la santé et aux iniquités de santé dans le contexte de travail de la santé publique. La première analyse¹ a traité de la difficulté éprouvée par les praticiens de la santé publique au moment d'essayer de prendre en considération les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé dans leurs pratiques. Les constatations de cette première analyse a permis au CCNDS de déplacer son attention des mesures à prendre par rapport à des déterminants de la santé précis pour la concentrer sur une démarche plus globale destinée à développer la capacité de la santé publique à remédier aux iniquités de santé. Elles ont également mené à l'établissement et à la validation de quatre grands rôles que doivent jouer les organismes et les praticiens de la santé publique pour arriver à réduire les iniquités de santé³.

La deuxième analyse² a eu lieu durant une ère d'austérité gouvernementale. Les CCN et les prestataires des services de santé publique devaient dorénavant en faire plus avec moins. La deuxième analyse contextuelle a donc porté sur l'intérêt et le leadership grandissants mais changeants au sein de la santé publique en ce qui avait trait à l'atténuation des iniquités de santé, ainsi que sur la manière de profiter de l'intérêt manifesté. Les principales recommandations formulées dans le rapport de 2014² ont fait état de certaines pistes à suivre pour améliorer et exploiter la capacité de la santé publique, y compris soutenir l'engagement des cadres supérieurs, engager la participation des partenaires, offrir des occasions de perfectionnement des compétences et des capacités, et faciliter les conversations difficiles à tenir pour susciter une réflexion critique sur certaines questions et problèmes.

Analyse du contexte 2017–2018

L'analyse de 2017–2018 répond essentiellement aux préoccupations concernant l'important effritement de l'engagement des tenants du secteur de la santé depuis trois à cinq ans à l'égard des programmes et des services de santé publique au Canada. Alors que les gouvernements et les autorités de santé procèdent à une restructuration dans leur lutte pour réduire les dépenses et augmenter l'efficacité de l'ensemble du secteur de la santé^{4,5}, les prestataires des services de santé publique ont subi les contrecoups de l'érosion des ressources et de la perte d'autonomie. Dans certains textes publiés dans des revues canadiennes et internationales, on affirme que le secteur de la santé publique s'est affaibli considérablement, voire même qu'il est « en état de siège⁶ ». On s'inquiète que ce virage vienne nuire à la santé des populations et à la viabilité du système de santé⁷⁻⁹. On s'attend en outre à ce que l'affaiblissement de la capacité organisationnelle et de leadership à respecter les priorités de la santé publique nuise aux mesures concrètes que la santé publique et le système de santé en général doivent mettre en place pour remédier aux iniquités de santé.

Le contexte organisationnel dans lequel évolue actuellement la santé publique au Canada a subi de profonds changements découlant des efforts déployés par les gouvernements pour juguler les dépenses de santé tout en améliorant la qualité des soins et les résultats de santé. Ce triple objectif « d'une meilleure santé, de meilleurs soins et d'une meilleure valeur » est le cadre d'action adopté dans le secteur des soins de courte durée depuis un certain temps déjà. Dans leur revue documentaire sur la régionalisation au Canada, Bergevin et coll.⁴ citent plusieurs auteurs qui estiment que le vent de régionalisation des soins de santé ayant cours au Canada depuis une vingtaine d'années visait au départ à atteindre le *triple objectif*. Cela dit, Bergevin et coll. en déduisent que l'objectif de « meilleure santé » n'a donné que des demi-résultats en dents de scie dans la population et que trop peu de données pour pouvoir attribuer quelque amélioration que ce soit à la régionalisation comme telle.

La présente analyse fait état du contexte mentionné par Bergevin et coll.^a et de son incidence sur la démarche du secteur de la santé publique pour agir positivement sur les déterminants sociaux de la santé et améliorer l'équité en santé. Les questions de recherche ayant guidé le processus d'analyse ont été élaborées^b, puis précisées dans l'intention expresse d'étudier la capacité organisationnelle, la gouvernance et le leadership en fonction de l'action à mener par la santé publique pour remédier aux iniquités de santé. Ces questions de recherche sont les suivantes :

1. En quoi l'érosion des ressources et de l'autonomie de la santé publique quant à ses structures et à son leadership au sein du système de santé canadien influe-t-elle sur l'action menée pour faire avancer l'équité en santé?
2. Quelle incidence a ce contexte organisationnel sur la manière dont les leaders de la santé publique et du système de santé perçoivent et soutiennent l'action menée dans le dossier de l'équité en santé?
3. Dans ce contexte organisationnel, où se situent les stratégies et les possibilités propres à soutenir l'équité en santé comme valeur fondamentale et philosophie de travail?

^a Voir le glossaire à l'**annexe 1** pour connaître notre définition de *l'équité en santé* et d'autres termes souvent utilisés dans le présent rapport.

^b Voir les questions de recherche préliminaires à l'**annexe 2**.

Limites

Il aurait été intéressant d'étudier l'évolution de la régionalisation de même que ses répercussions sur la santé publique et les résultats de santé dans l'ensemble des populations du Canada. Une telle étude dépassait cependant le cadre du projet. L'insuffisance des travaux de recherche menés dans ce domaine au Canada ainsi que les contraintes de temps et de ressources disponibles ont motivé cette décision. Par conséquent, les possibilités et les défis dont il est question dans le présent rapport se rattachent essentiellement aux mesures prises pour remédier aux iniquités de santé dans le contexte dans lequel évolue la santé publique actuellement. Aucune recommandation ne fait allusion à une restructuration organisationnelle quelconque ni à des secteurs où il faudrait injecter plus de fonds. Les conclusions devraient néanmoins aider à éclairer les décisions à prendre sur ces plans.

3. APPROCHE ET MÉTHODE

À l'instar des analyses contextuelles réalisées par le CCNDS en 2010 et en 2014, il était important pour la présente de tirer profit de l'expérience professionnelle des praticiens de la santé publique pour bien comprendre les défis et les possibilités que présentent les mesures à prendre dans le secteur de la santé publique pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et améliorer l'équité en santé. S'entretenir avec des leaders (dans des postes de direction officiels) du secteur de la santé publique et du système de santé en général s'est révélé une étape incontournable dès le départ. Toutefois, cette définition du leadership ne suffit pas à saisir la notion de leadership exercé pour favoriser l'équité en santé. Les activités liées à l'équité en santé impliquent à la fois un processus de *prestation de services* visant à garantir un accès équitable aux soins de santé et un processus de *changement social* fondé sur une action en amont, par exemple l'élaboration et l'instauration de politiques publiques favorables à la santé. Dans ce contexte, le leadership suppose de comprendre que les leaders se situent à un point ou à un autre d'un système complexe et adaptatif, non pas nécessairement dans des postes de direction officiels. Cette forme de leadership peut se manifester à n'importe quel échelon du système¹⁰.

Par conséquent, des ressources ont été mises à contribution pour échanger avec des informateurs clés de divers échelons, de divers postes et de divers milieux de travail (y compris des chercheurs de la santé publique) dans le cadre d'entrevues, d'une table ronde et d'un groupe de réflexion. L'étape suivante a servi à effectuer une revue documentaire afin de recenser les principaux rapports et travaux de recherche publiés en anglais et en français depuis la dernière analyse du contexte.

Groupe consultatif, membres du personnel et experts-conseils

Un groupe consultatif a encadré l'équipe de projet formée de membres du personnel du CCNDS et de deux experts-conseils externes.

Le groupe consultatif^c se composait de champions de l'équité en santé, c'est-à-dire de décideurs, de chercheurs et d'alliés du secteur de la santé publique de partout au Canada. Le groupe consultatif avait pour mandat d'encadrer le processus d'analyse du contexte et d'articulation des constatations. Il avait la responsabilité d'élaborer et de préciser les questions de recherche, de sélectionner les experts-conseils, de nommer les informateurs clés, de recommander des textes pertinents et de passer en revue les versions préliminaires du rapport.

Les membres du personnel du CCNDS ont coordonné l'appel d'offres lancé afin de recevoir des candidatures et de sélectionner un expert-conseil qui serait chargé de la collecte et de l'analyse des données et de l'élaboration du rapport préliminaire. Le personnel du CCNDS avait en outre la responsabilité d'identifier et de sélectionner des informateurs clés, et aussi de procéder à la revue documentaire en anglais et de sous-traiter la revue documentaire en français.

^c Voir la liste des membres du groupe consultatif à l'**annexe 3**.

En bout de piste, deux experts-conseils ont été mandatés de rédiger le rapport. Le premier, Ken Hoffman, a contribué à réviser les questions de recherche et a entrepris la première collecte de données à l'aide d'une table ronde, d'entretiens et d'un groupe de réflexion. Il a défini des thèmes en se fondant sur son analyse des données, puis il a rédigé une première version du rapport. La deuxième experte-conseil, Lesley Dyck, une ancienne employée du CCNDS, a repris le rapport en y intégrant les résultats de la revue documentaire, en reformulant les conclusions et en créant une nouvelle version. Cette nouvelle version a été transmise à un réviseur externe aux fins de validation, et ses commentaires ont été incorporés dans la version définitive.

Première collecte de données

Les données ont été recueillies auprès de leaders de la santé publique qui exercent à des échelons, dans des postes et dans des milieux différents, y compris le milieu de la recherche en santé publique. Les membres du personnel du CCNDS et du groupe consultatif ont choisi un certain nombre de leaders qui répondaient aux critères suivants :

- une représentation de toutes les régions géographiques du Canada, de manière à obtenir un juste échantillonnage des perspectives des régions urbaines, rurales et éloignées de même que des perspectives linguistiques et culturelles (francophones, anglophones);
- une représentation du leadership officiel (cadres de direction) dans le secteur de la santé publique ou de la santé en général ou de chercheurs universitaires ou autres. Il s'agissait de trouver expressément des personnes d'expérience en santé publique et d'autres n'ayant pas cette expérience; des personnes détenant un poste d'autorité sur l'ensemble du système et d'autres ayant un pouvoir d'influence plus limité; des personnes se qualifiant de champions de l'équité en santé et d'autres qui ne se qualifient pas de cette manière.

Le processus de sélection des participants ne s'est pas effectué dans l'idée de mener une enquête exhaustive sur les pratiques ou les conditions de travail d'un bout à l'autre du Canada, mais plutôt dans l'idée d'obtenir un échantillonnage d'opinions des leaders. Le personnel du CCNDS a fait parvenir aux informateurs clés une invitation à participer à une table ronde, à des entretiens et à un groupe de réflexion. C'est le premier expert-conseil qui s'est chargé ensuite d'animer les discussions. Le personnel du CCNDS a très bien réussi à atteindre son objectif en ce qui a trait au nombre de leaders visés. En effet, 95 % des personnes ayant reçu une invitation ont soit pris part au processus, soit proposé une personne pour les remplacer.

Trois méthodes différentes ont servi à la première collecte de données qui s'est déroulée entre les mois de juin et d'août 2017. Au total, 46 personnes y ont pris part conformément à la répartition ci-dessous :

1. **TABLE RONDE^d**

- Nombre de participants : 15 (9 membres du personnel du CCNDS et 6 praticiens du Canada ou d'ailleurs dans le monde qui se décrivent comme des « champions de l'équité en santé »)
- Objectifs : Tirer profit de la conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique (Halifax, juin 2017) en invitant le personnel du CCNDS et des champions de l'équité en santé sur les scènes canadienne et internationale à participer à une table ronde. Animer une conversation stratégique de haut niveau au sujet de l'état actuel de l'équité en santé dans le secteur de la santé publique au Canada et du rôle stratégique que pourrait jouer le CCNDS dans l'avancement du dossier compte tenu du contexte actuel.

2. **ENTRETIENS AVEC LES INFORMATEURS CLÉS^e**

- Nombre de participants : 21 (13 leaders de la santé publique, 4 leaders du système de santé et 4 chercheurs)
- Objectifs : Avoir une idée de la perception et des démarches des personnes occupant des postes de direction dans des organismes de la santé publique ou des entités du système de santé (p. ex., autorités de la santé, ministères de la Santé) relativement à l'équité en santé. Interroger les chercheurs dont les travaux de recherche portent sur le système de santé publique et le leadership exercé pour améliorer l'équité en santé afin de connaître leur point de vue quant à l'état des travaux de recherche dans ce domaine.

3. **GROUPE DE RÉFLEXION^f**

- Nombre de participants : 7 du Réseau collaboratif pour l'équité en santé du CCNDS (5 de l'Ontario, 1 de l'Alberta et 1 du Manitoba)
- Objectif : Obtenir le point de vue des praticiens de la santé publique qui jouent un rôle actif en matière d'équité en santé.

Tous les participants ont reçu l'assurance que leur nom n'apparaîtrait pas dans les constatations, à moins d'avoir donné leur permission de citer certains de leurs commentaires.

^d Voir une description détaillée du processus de collecte de données à l'**annexe 4**.

^e Voir une description détaillée du processus de collecte de données à l'**annexe 5**.

^f Voir une description détaillée du processus de collecte de données à l'**annexe 6**.

Revue documentaire

La revue documentaire s'est effectuée en anglais et en français⁹. Le personnel du CCNDS a effectué une recherche générale parmi la littérature publiée et grise de langue anglaise afin de recenser les textes publiés depuis la revue documentaire réalisée dans le cadre de l'analyse du contexte en 2014². Les critères de recherche comportaient des variations du critère *santé publique* auquel on avait ajouté les critères suivants (et certaines variations de ces critères) :

- iniquité
- inégalité
- disparité
- équité
- égalité
- déterminant

Seuls 20 documents se sont révélés pertinents en anglais, et les membres du personnel du CCNDS les connaissaient tous. Cinq de ces textes sont disponibles aussi en français. La recherche a été répétée en français, et seuls 7 documents ont été retenus comme pertinents, dont 2 sont aussi disponibles en anglais.

Analyse et validation

L'expert-conseil responsable de la première collecte de données a défini les thèmes en fonction des résultats de la table ronde, des entretiens et du groupe de réflexion avec les informateurs clés. Des membres du personnel du CCNDS ont exploré ces thèmes, puis en ont discuté dans le cadre du processus de révision du rapport préliminaire. Les informateurs clés n'ont pas été invités à valider les thèmes.

La deuxième experte-conseil a incorporé les résultats de la revue de la littérature dans le rapport, puis a reformulé les constatations et les thèmes. Le rapport en découlant a été transmis au groupe consultatif aux fins de commentaires et de deuxième révision. La version subséquente a été transmise à un cadre supérieur de la santé publique aux fins de validation externe. Les commentaires reçus au terme du processus de validation ont été incorporés dans la version définitive.

⁹ Voir les détails de la méthode de recherche ainsi que la liste des textes pertinents recensés à l'**annexe 7**.

4. CONSTATATIONS

La présente section fait état des réponses aux questions débattues lors de la table ronde, des entretiens avec les leaders de la santé publique et du système de santé, et du groupe de réflexion. On y rapporte en outre les résultats de la revue de la littérature publiée sur l'équité en santé et le système de santé entre 2013 et 2017. Nous tenons à souligner qu'il ne faut pas interpréter les données primaires comme des résultats d'enquête définitifs sur ce qui se passe dans les diverses instances administratives du Canada.

Les constatations se divisent en trois sous-sections, et chacune de celles-ci correspond à l'une des trois questions de recherche mentionnées à la page 8. Dans chaque sous-section, nous abordons certains thèmes en précisant les possibilités et les défis s'y rattachant par rapport à l'action à mener par la santé publique pour améliorer l'équité en santé.

4.1 Érosion des ressources et de l'autonomie de la santé publique

La première question de recherche visait à explorer en quoi le contexte dans lequel évolue la santé publique au Canada influence son action sur les déterminants sociaux de la santé et ses efforts pour atténuer les iniquités de santé. Il s'agissait de décortiquer le sujet suivant :

Q1. En quoi l'érosion des ressources et de l'autonomie de la santé publique quant à ses structures et à son leadership au sein du système de santé canadien influe-t-elle sur l'action menée pour faire avancer l'équité en santé?

Les propos des leaders de la santé publique et du système de santé sur cette question nous ont amenés à comprendre que le travail de la santé publique au Canada – de manière générale et aussi plus particulièrement en ce qui a trait à l'équité en santé – a été profondément bouleversé par quatre grandes tendances qui ont contribué à l'érosion des ressources et de l'autonomie de la santé publique, c'est-à-dire l'intégration, la consolidation, les coupes budgétaires et la normalisation.

Intégration

Les informateurs clés ont mentionné avoir constaté partout au pays une tendance à l'intégration des structures de la santé publique au sein du reste du système de santé. Ils ont en outre observé dans la plupart des instances administratives une intégration organisationnelle des fonctions de la santé publique au sein des autorités de santé responsables de toute la gamme des services de santé qui s'étend habituellement des soins à domicile et de proximité (y compris parfois les soins de santé primaires) jusqu'aux soins de courte et de longue durée. Les autorités de santé ont une seule structure de gouvernance qui est responsable de la prestation des services dans son ensemble et qui est dirigée par un directeur général et une équipe de cadres supérieurs. Un médecin de santé publique assume normalement le leadership officiel de la santé publique, et il fait partie ou non de la haute direction.

L'exception à la règle digne de mention est l'Ontario, où des conseils de santé formés en partie de représentants élus membres des conseils municipaux et de représentants autres dirigent les bureaux de santé publique. Dans chaque bureau de santé publique, un médecin hygiéniste assure la direction générale à l'aide d'une équipe de cadres supérieurs composée de praticiens de la santé publique occupant des postes de

direction. On constate toutefois même en Ontario une tendance à l'harmonisation et à l'intégration entre les services de santé publique et ceux du reste du système de santé depuis la création des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Dans un rapport¹¹ publié en 2017, on propose de faire correspondre les limites géographiques des bureaux de santé publique à celles des RLISS.

Bien qu'il y ait différentes façons de structurer et de définir les fonctions, les programmes et les services de santé publique, on les articule généralement autour de six principaux rôles¹² de la santé publique :

1. Protection de la santé
2. Surveillance de la santé
3. Prévention des maladies et des blessures
4. Évaluation de la santé de la population
5. Promotion de la santé
6. Mesures et interventions d'urgence^h

Ces rôles s'appliquent à toutes les instances administratives – régionales (en grande partie par les autorités de santé), provinciales et territoriales (par les ministères de la Santé) et fédérale (par l'Agence de la santé publique du Canada). Dans chacune de ces instances administratives, une législation énonce les rôles en des termes qui sont propres au processus décisionnel de la santé publique, contrairement aux autres branches du système de santé. Par exemple, le poste de médecin hygiéniste et, dans une certaine mesure, les postes de médecins de santé publique exigent des titulaires de déterminer et de faire connaître publiquement les risques et les menaces pour la santé des populations. L'autorité conférée au poste est protégée en vertu de la loi afin de garantir que le médecin hygiéniste puisse fournir un avis indépendant.

Le modèle décentralisé du système de santé au Canada veut toutefois dire que les rôles et la législation de la santé publique ne coïncident pas d'une instance administrative à une autre^{4,5}. Les informateurs clés ont confirmé cette analyse, en soulignant que les diverses interprétations et intégrations des rôles de la santé publique d'un endroit à un autre au Canada ont entraîné la fragmentation de la prestation des services de santé publique. D'une part, les rôles de surveillance et de protection (surtout en ce qui a trait au contrôle des maladies transmissibles et à la santé environnementale) de la santé publique restent dans la plupart des cas indépendants des autres programmes du secteur de la santé. Ce sont encore aujourd'hui les praticiens, les médecins en soins primaires et les épidémiologistes de la santé publique qui assument ces rôles. D'autre part, les programmes de santé publique relatifs à la prévention des maladies et des blessures et ceux relatifs à la promotion de la santé (y compris les programmes axés sur la petite enfance) ont en général été intégrés aux programmes communautaires tels les soins primaires, la santé mentale, les soins à domicile et la prise en charge des maladies chroniques. Il en est résulté une fracturation des services de santé publique traditionnels (p. ex., la séparation des programmes de lutte contre les maladies transmissibles des programmes axés sur les maladies chroniques) et une augmentation du partage des pouvoirs (intégration) dans la structure administrative des services de promotion de la santé et des soins de santé primaires (p. ex., les programmes axés sur la petite enfance).

^h Voir une description plus détaillée de chacun de ces rôles à l'**annexe 7**.

Selon les informateurs clés, la répercussion sur les services de santé publique – et sur les mesures prises pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et notamment sur l'équité en santé – s'est révélée mitigée. Dans certaines provinces (Colombie-Britannique et Alberta), le personnel de la santé publique (principalement le personnel infirmier de la santé publique) s'est vu en partie amalgamé à l'effectif de l'autorité de santé et assume aujourd'hui des fonctions suivant un modèle généraliste en soins infirmiers. Certains informateurs clés se sont dit inquiets de voir que ce genre de structure ne permet pas d'étendre ni de soutenir adéquatement l'utilisation et le maintien des compétences essentielles en santé publique¹³ et en soins infirmiers de santé publique¹⁴.

Bien que l'intégration de la santé publique suppose que celle-ci soit théoriquement apte à influencer le système de santé, le fait est... qu'il s'agit d'un très petit service qui représente trois ou quatre pour cent de l'enveloppe budgétaire de [l'organisme].

INFORMATEUR CLÉ, SANTÉ PUBLIQUE

Consolidation

Comme il a été mentionné précédemment, les structures du système de santé au Canada diffèrent d'une province et d'un territoire à un autre. La tendance à l'échelle nationale est toutefois à une plus grande consolidation des services de santé publique^{2,4,5}. Le nombre d'organismes responsables de la prestation des services de santé a chuté de manière constante au cours des deux dernières décennies. Dans bien des provinces et dans un territoire (Alberta, Saskatchewan, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse et Territoires du Nord-Ouest), on a consolidé des structures autrefois multiples et plus modestes en des autorités de santé d'envergure provinciale ou territoriale.

La consolidation a donné des résultats différents selon le volet du service de santé publique touché. On a souvent centralisé les fonctions essentielles comme l'épidémiologie et la surveillance. Selon certaines personnes interrogées, cette décision s'est révélée judicieuse parce que les autorités de santé plus petites ou plus éloignées avaient jusqu'alors une capacité limitée, ce qui rendait l'embauche difficile. En revanche, la centralisation a compliqué l'exécution de programmes et la prestation de services adaptés et répondant aux contextes locaux. Des informateurs clés ont fait observer que, dans certaines autorités de santé, on a réagi à la centralisation en créant des zones ou des territoires de prestation de services suivant une approche décentralisée. De telles mesures soulèvent la question de savoir ce qu'implique la création d'une séparation artificielle entre les praticiens de la santé publique qui exécutent les programmes à l'intention de la clientèle d'une zone donnée et ceux qui s'occupent des politiques et des interventions relatives aux populations ainsi que de la prise de décision à l'échelle provinciale et territoriale. Cela fait en sorte qu'on utilise les leviers stratégiques aux échelles locale et régionale en utilisant une approche inégale et fragmentée qui se révèle particulièrement problématique dans une démarche de changement systémique positif au chapitre des déterminants sociaux de la santé.

Comme il a été souligné précédemment, l'intégration et la consolidation ont eu des effets importants, à la fois positifs et négatifs, sur le contexte de prestation des services de santé publique au cours des

deux dernières décennies. Les leaders de la santé publique et du système de santé ont toutefois fait remarquer que c'est sans doute la combinaison de ces changements structurels – conjugués aux compressions budgétaires et à la normalisation accrue des programmes et des services – qui ont eu les effets les plus marquants sur l'action menée par la santé publique pour améliorer l'équité en santé.

Coupes budgétaires

Les informateurs clés ont mentionné que deux provinces (Québec et Nouveau-Brunswick) ont vu récemment les services de santé publique subir des compressions drastiques et qu'on songe à sabrer dans les dépenses dans au moins une autre province (Manitoba). Cela amène à se poser des questions sur les priorités qui ont mené aux réductions budgétaires tant dans la santé publique que dans le système de santé en général. Malheureusement, il n'existe que peu de textes revus par les pairs pour aider à comprendre et à analyser l'incidence d'une telle observation.

Normalisation

Parallèlement aux compressions budgétaires, plusieurs informateurs clés ont signalé la tendance à normaliser les services de santé publique, peut-être comme moyen de composer avec moins de ressources. Leur inquiétude réside dans le fait que, si les programmes et les services doivent se ressembler et s'offrir de la même manière d'une instance administrative à une autre, il ne sera plus tellement possible d'innover et de les adapter aux besoins des populations locales. La situation vient tout de suite remettre en question le principe de ciblage dans un cadre d'universalité (aussi connu sous le nom de démarche *universelle proportionnée*) qui est propre à la santé publique et où on cherche à adapter les interventions de manière à garantir que les effets sur les groupes marginalisés ne sont pas disproportionnés ou négatifs.

Bref, les informateurs clés ont confirmé que l'attention portée à l'heure actuelle sur l'efficience en milieu organisationnel a vraisemblablement des effets dévastateurs sur l'efficacité des rôles et des actions de base de la santé publique, notamment dans le dossier de l'équité en santé. Pour mieux comprendre l'impact d'un tel modèle sur l'équité en santé, il faudrait que les tenants du système de santé étudient de plus près les changements structurels et programmatiques ayant une incidence sur les services de santé publique. Comme il a été souligné précédemment, il n'existe pas suffisamment de textes revus par les pairs des sciences de la mise en œuvre pour aider à comprendre et à évaluer les conséquences de l'intégration, de la consolidation, des coupes budgétaires et de la normalisation.

4.2 Leadership de la santé publique et du secteur de santé

La deuxième question de recherche portait sur les effets de l'érosion des ressources et de l'autonomie de la santé publique sur le leadership exercé pour catalyser une action afin d'améliorer l'équité en santé :

Q2. Quelle incidence a ce contexte organisationnel sur la manière dont les leaders de la santé publique et du système de santé perçoivent et soutiennent l'action menée dans le dossier de l'équité en santé?

Les réponses des informateurs clés ont tourné autour des trois idées suivantes :

- les répercussions de la manière dont sont gérés les programmes et les services de santé publique
- les types de programmes et de services auxquels est accordée la priorité comme moyens d'améliorer l'équité en matière de résultats de santé
- les qualités de leadership les plus susceptibles de favoriser la prise de mesures concrètes pour améliorer l'équité en santé

Gestion des programmes et des services de santé publique

Nous avons demandé aux personnes interrogées de décrire les rôles des cadres supérieurs dans leur milieu de travail en santé publique. Elles ont répondu que, dans les autorités de santé, les médecins hygiénistes ont habituellement la responsabilité des dossiers d'épidémiologie, de surveillance des maladies et de lutte contre les maladies transmissibles. Les médecins hygiénistes font partie de l'équipe de la haute direction au sein de leur autorité de santé. Outre ce qui concerne la surveillance et la lutte contre les maladies transmissibles, l'étendue des pouvoirs et la responsabilité en matière de gestion varient d'un milieu à un autre. Certains médecins hygiénistes ont un mandat de gestion ministériel, tandis que d'autres agissent comme spécialistes ou experts-conseils. Certaines autorités de santé utilisent des modèles de gestion en dyade, où les médecins de santé publique agissent comme spécialistes ou experts-conseils aux côtés d'un gestionnaire administratif.

Les informateurs clés ont fourni des exemples positifs et négatifs de ces différents modèles de gestion. Ils en ont décrit les effets sur l'élaboration et l'exécution d'interventions pour remédier aux iniquités de santé. Ils ont dit estimer par ailleurs que l'absence d'un leadership officiel pour encadrer l'ensemble des fonctions de santé publique au sein d'un organisme de santé publique présentait le risque qu'on ne donne aucune priorité aux interventions non cliniques destinées à améliorer la santé de la population, y compris celles axées sur l'équité en santé. Une telle orientation pourrait avoir pour conséquence, selon les avis, de voir les interventions non cliniques rayées implicitement du mandat de l'organisme.

Notre personnel infirmier de santé publique intervenait beaucoup plus directement auprès des collectivités. Aujourd'hui, en raison des compressions, on se concentre beaucoup plus sur les programmes de base comme la vaccination et on donne beaucoup moins de marge de manœuvre pour intervenir directement dans les collectivités dans des dossiers d'ordre plus général.

INFORMATEUR CLÉ, SANTÉ PUBLIQUE

Programmes et services auxquels est accordée la priorité pour améliorer l'équité des résultats de santé

Nous avons demandé aux informateurs clés de donner des exemples de la façon dont on s'y était pris dans leur organisme pour traiter de la question d'équité en santé. Il s'agissait pour nous d'avoir une idée de ce qu'ils entendaient par une action appropriée de la part du système de santé à ce chapitre. Tous ont signalé que leur travail s'appuie sur une approche axée sur la santé de la population et que l'équité en santé en constitue un volet important. Les moyens pris pour cibler les iniquités de santé et arriver à améliorer l'équité en santé varient toutefois considérablement.

Les informateurs clés ont abordé l'action pour l'équité sous deux angles : les efforts individuels axés sur l'équité de l'accès aux services et à de l'aide et les efforts systémiques axés sur l'équité des résultats de santé dans les populations. Les données recueillies lors des entretiens montrent que les personnes interrogées ont été en mesure de donner des exemples de décisions prises par leur organisme d'attache pour améliorer l'équité de l'accès aux services, y compris en ce qui a trait à l'intégration de l'équité dans les indicateurs utilisés pour les rapports sur l'état de santé des populations qui servent à orienter les processus de planification et d'évaluation des services.

Voici des exemples d'éléments intégrés aux rapports sur l'état de santé des populations qui servent de stratégie pour passer à l'action et remédier aux iniquités de santé :

- la surveillance et la cartographie afin de déterminer les groupes désavantagés (p. ex., la ventilation des données selon le sexe, l'ethnicité, l'autochtonicité et la racialisation);
- l'intégration des thèmes d'équité en santé dans les rapports sur l'état de santé des populations (p. ex., déterminer les causes structurelles et systémiques des différences dans l'état de santé de certains groupes de population);
- une meilleure communication et diffusion des données (p. ex., les cartes interactives montrant les populations marginalisées);
- la collaboration avec d'autres parties concernées par les problèmes d'équité dans la collecte, la diffusion et l'analyse des données (p. ex., l'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé).

EXEMPLES D'INTERVENTIONS DESTINÉES À FACILITER L'ACCÈS DES PERSONNES AUX SERVICES :

Un bon nombre des personnes interrogées ont mentionné des initiatives ou des stratégies mises sur pied dans leur organisme pour assurer que chaque client reçoive personnellement l'aide et les services dont il a besoin, y compris :

- » une évaluation, puis un aiguillage vers les services appropriés (souvent faits par le personnel infirmier de santé publique dans le cadre de fonctions élargies);
- » une assistance à l'accès à des prestations (prestations pour les familles, crédits d'impôt, etc.);
- » les initiatives destinées, selon les participants, à : « éliminer les cloisonnements en matière de prestation de services », assurer « qu'on frappe toujours à la bonne porte, quelle que soit la porte » pour obtenir les services (souvent entre les programmes comme la santé publique, les soins de santé primaires et les services sociaux) et « s'assurer que les gens ne se perdent pas dans les méandres du système »;
- » les initiatives destinées à renforcer la capacité des membres des groupes marginalisés (p. ex., comment avoir accès aux banques alimentaires, comment s'assurer de mettre dans son panier d'épicerie des aliments sains malgré un budget limité);
- » les rapports sur l'état de santé des populations (ventilation des données selon, entre autres, le sexe, l'ethnicité, l'autochtonicité, la racialisation).

Certains informateurs clés ont indiqué avoir utilisé les rapports sur l'état de santé des populations afin d'étudier et de signaler les causes systémiques des iniquités de santé. Moins de la moitié (7 sur 18) des leaders de la santé publique et du système de santé que nous avons interrogés dans le cadre de la présente analyse contextuelle ont été en mesure de nommer d'autres démarches faites par leur organisme pour faire tomber les barrières structurelles à l'équité en santé. Seules quelques personnes ont pu, par exemple, mentionner des cas précis où leur organisme s'organise pour soutenir des actions, telles que le renforcement des systèmes alimentaires locaux, l'amélioration de l'accès à un logement ou à des services de garde abordables et les initiatives de lutte contre la pauvreté (p. ex., les campagnes pour un salaire-subsistance).

EXEMPLES D'INTERVENTIONS DESTINÉES À FAVORISER UN CHANGEMENT STRUCTUREL :

Quelques personnes interrogées ont donné des exemples de cas où leur organisme a eu recours à une approche systémique pour améliorer l'équité en santé, y compris :

- » la prise en compte de la perspective d'équité en santé dans le processus de réflexion critique et de remaniement des programmes (p. ex., repenser les programmes de lutte contre le tabagisme destinés aux collectivités autochtones);
- » l'élargissement du champ d'exercice du personnel infirmier de la santé publique afin de lui donner une plus grande marge de manœuvre dans sa manière d'exécuter les programmes, l'étendue du soutien offert à la clientèle et le genre de soutien offert (adopter le principe de l'universalisme proportionné pour l'exécution des programmes);
- » les structures et les modèles systémiques propres à améliorer l'efficacité de la collaboration intersectorielle (p. ex., santé, services sociaux, éducation, gouvernement, à but non lucratif) de manière à soutenir les groupes de clientèle (p. ex., les jeunes) ou à traiter de dossiers précis (p. ex., le développement de la petite enfance)
- » un concept d'équipe multidisciplinaire mieux adapté (particulièrement entre la santé publique, la santé mentale et les soins de santé primaires);
- » une participation et un leadership soutenus dans les projets de changement structurel et systémique telles la sécurité alimentaire et la réduction de la pauvreté.

Les informateurs clés ont indiqué que l'insuffisance des données probantes représente un obstacle non négligeable à la capacité des praticiens de santé publique de donner la priorité à l'action pour l'équité en santé. Certains ont affirmé n'avoir tout simplement aucun accès à une base de données probantes sur de telles interventions ou que la base de données se révélait trop maigre pour leur permettre d'agir. Ils ont formulé ces commentaires par comparaison avec les données probantes sur les démarches relatives aux maladies transmissibles.

La santé publique réussit généralement mieux à poser le « diagnostic » des iniquités de santé qu'à trouver le « traitement » pour y remédier.

INFORMATEUR CLÉ, SANTÉ PUBLIQUE

Dans le cas des maladies transmissibles, le diagnostic est l'étape la plus difficile, puis le traitement est assez simple. C'est tout à fait le contraire pour l'équité en santé. C'est assez facile de pointer du doigt où se situent les iniquités, mais les solutions posent tout un défi.

INFORMATEUR CLÉ, SANTÉ PUBLIQUE

La constance avec laquelle on s'assure d'intégrer l'équité dans les rapports sur l'état de santé des populations et l'accent mis sur l'équité de l'accès aux programmes et aux services donnent des raisons d'être optimistes. Les répondants ont tout de même souligné le manque d'engagement dans le dossier de l'équité structurelle. Ils se sont dit inquiets de savoir si l'amélioration de l'équité en santé à l'échelle populationnelle fait vraiment partie du mandat de la santé publique et si les efforts déployés à cet effet sont suffisants, surtout considérant le fait qu'on accorde la priorité à l'accès individuel aux services plutôt qu'aux interventions axées sur les causes profondes, tant dans les pratiques que dans les travaux de recherche.

Qualités du leadership individuel et organisationnel

Certains informateurs clés voient les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé comme étant au cœur même du mandat de la santé publique. Quelques-uns d'entre eux ont d'ailleurs fait observer qu'ils investissaient une énergie, des compétences et un engagement sans borne afin d'établir les partenariats et d'obtenir les ressources nécessaires pour agir à l'échelle systémique. D'autres ont déclaré ne pas voir l'équité en santé comme « fondamental » ni comme leur mandat, et avoir des doutes quant au rôle que pourrait jouer la santé publique relativement aux déterminants sociaux. Dans leurs activités professionnelles, ces praticiens ont dit accorder beaucoup plus d'attention à l'individu en cherchant à supprimer les obstacles à l'accès aux services.

Les informateurs clés ayant mentionné travailler sur le plan systémique possèdent des qualités de leadership individuelles communes :

- ils s'investissent personnellement dans le dossier (se décrivant parfois comme issus du milieu « de la justice sociale »);
- ils pensent hors de tout doute que l'équité en santé est un dossier de santé publique « légitime »;
- ils détiennent de solides compétences en communications, ce qui leur permet de bien expliquer les problèmes d'équité en termes choisis pour les autres et de gagner ainsi leur appui.

Ces mêmes informateurs clés ont également mentionné être capables de négocier et de réussir à obtenir les ressources voulues de leur organisme.

OUTILS FACILITANT LE DÉVELOPPEMENT DU LEADERSHIP EN SANTÉ PUBLIQUE

Dans sa dissertation sur le leadership de la santé publique pour favoriser l'équité en santé, Claire Betker^{10(p.160)} rapporte dégager de la littérature les sept catégories d'outils, de stratégies et de mécanismes propres à soutenir ou à développer le leadership en santé publique qui suivent :

- » Processus, structures et modèles facilitateurs
- » Accès aux données probantes pertinentes et utilisables
- » Élaboration, instauration et évaluation de programmes et de politiques fondés sur l'équité qui soient institutionnalisés
- » Perfectionnement de la main-d'œuvre et des pratiques de la santé publique
- » Discours énergique et animé au sujet des valeurs, de l'éthique et de l'activité politique
- » Amélioration, évaluation et reconnaissance de la qualité fondée sur l'équité
- » Cadres conceptuels et théoriques pertinents

Ce que l'on entend par leadership dans une perspective organisationnelle ne ressort pas aussi nettement des données. Il en ressort toutefois que l'action de la santé publique peut collectivement catalyser un changement sur divers plans :

Les acteurs de la santé publique peuvent agir sur l'équité en santé sur trois plans : stratégique, tactique et fonctionnel. Sur le plan stratégique, ils peuvent plaider pour des changements d'orientation. Sur le plan tactique, ils peuvent aider à mobiliser leurs partenaires. Enfin, sur le plan fonctionnel, ils peuvent adapter leurs propres services de manière à réduire les barrières pour leur clientèle.

INFORMATEUR CLÉ, SANTÉ PUBLIQUE

Cependant, les informateurs clés n'ont pu jeter aucune lumière sur la relation entre le rôle de soutien que joue le leadership individuel pour favoriser le leadership organisationnel (et vice versa) exercé par la santé publique (et le système de santé en général). La littérature présente les mêmes lacunes en ce que les propos sur le leadership exercé par la santé publique pour améliorer l'équité en santé portent habituellement sur les caractéristiques des leaders en tant qu'individus, et non pas sur les organismes et les systèmes au sein desquels travaillent ces leaders. Mais, comme le souligne Claire Betker :

Le leadership exercé par la santé publique pour améliorer l'équité en santé s'exprime simultanément sur de multiples plans systémiques. En d'autres mots, le leadership de la santé publique s'exerce sur le plan de la collectivité locale, le plan organisationnel et le plan sociétal de façon concomitante^{10(p.173)}.

[TRADUCTION LIBRE]

Il semble que le leadership individuel mène à une action en amont pour améliorer l'équité en santé dans les milieux de travail où les cadres supérieurs voient pour la santé publique et le système de santé en général un rôle de leadership organisationnel à jouer. Cela vient ouvrir le champ d'action et englober l'élargissement de l'accès équitable aux services de santé et le déploiement d'efforts pour faire tomber les barrières structurelles à l'équité en santé.

4.3 Stratégies et possibilités émergentes sur le plan organisationnel

Nous avons demandé aux personnes interrogées dans le cadre de la présente analyse du contexte de nommer des démarches prometteuses pour ce qui est d'améliorer l'équité en santé dans l'actuel contexte d'érosion des ressources et du leadership de la santé publique. Nous cherchions une réponse à la question suivante :

Q3. Dans ce contexte organisationnel, où se situent les stratégies et les possibilités propres à soutenir l'équité en santé comme valeur fondamentale et philosophie de travail?

Une meilleure santé pour la population est un objectif généralement accepté pour le système de santé dans à peu près toutes les instances administratives – fédérales, provinciales et territoriales. Comme il a été mentionné précédemment, on a adopté dans la plupart des instances la notion de meilleure santé de la population comme faisant partie du triple objectif et des résultats escomptés de la régionalisation⁴. Bergevin et coll. font toutefois remarquer que le système de soins de santé a très peu d'incidence sur les résultats de santé à l'échelle populationnelle⁴. Ils estiment que, par conséquent, les efforts en matière d'équité portent davantage sur l'accès aux soins. Les informateurs clés partagent ce point de vue et disent avoir constaté que l'équité fait parfois partie de l'énoncé de mission et du plan stratégique, mais que la notion est souvent interprétée dans le sens de l'équité d'accès aux services. Le mandat des programmes et des services de santé publique tend à viser l'équité dans les résultats sur les plans populationnels et sous-populationnels. Les informateurs clés ont toutefois souligné qu'il y avait une certaine résistance à définir de telles fonctions comme obligatoires, à établir des normes pour cesdites fonctions ou d'y accorder les ressources nécessaires. Ils ont mentionné que seul l'Ontario avait intégré l'équité en santé dans ses normes de santé publique provinciales¹⁵. Dans les

autres provinces et territoires, l'équité en santé est passée sous silence dans les résultats à atteindre dans le mandat ou fait partie de lignes directrices, mais non pas de normes (voir à titre d'exemple le document *Promote, protect, prevent: Our health begins here: BC's guiding framework for public health*¹⁶). La situation fait en sorte qu'il y a très peu de mesures ou d'indicateurs de rendement par rapport à l'action pour l'équité en santé.

Qu'attend-on de la santé publique en termes d'amélioration de l'équité en santé? Les attentes résident là où se trouvent les fonds. Nous devons rendre des comptes dans les dossiers de la protection de la santé et de la prévention des maladies transmissibles, mais pas dans celui de l'équité en santé. On ne s'attend pas à ce que nous plaidions pour l'équité en santé ou pour des politiques publiques favorables à la santé.

INFORMATEUR CLÉ, SANTÉ PUBLIQUE

Les informateurs clés ont mentionné la capacité comme étant un défi de taille au chapitre de l'action pour l'équité en santé. Ils ont soulevé à cet égard deux points :

- **L'insuffisance des ressources nécessaires pour accomplir le travail :** La plupart des personnes interrogées ont interprété l'équité en santé comme une responsabilité « supplémentaire » qui s'ajoute aux programmes de santé publique ordinaires; selon elles, le dossier fait concurrence à d'autres pour l'obtention des ressources de la santé publique (ou de l'autorité de santé), et constitue une moins grande priorité qu'il serait possible de retarder pour une période indéterminée.
- **La pénurie de main-d'œuvre spécialisée compétente et le manque de soutien au perfectionnement :** Il s'agit des commentaires les plus souvent mentionnés comme obstacles à l'embauche et au maintien en poste de médecins ou d'épidémiologistes de santé publique, notamment en milieu rural et éloigné.

Les chercheurs interrogés dans le cadre de la présente analyse du contexte ont fait observer que l'approche employée en santé publique pour soutenir les efforts en matière d'équité en santé tend à tourner autour du perfectionnement de compétences et de connaissances individuelles précises. Ils ont souligné cependant qu'un tel perfectionnement doit s'ancrer dans une culture et des valeurs organisationnelles favorables. Si les activités de la santé publique sont uniquement axées sur la prestation des services, elles pourront sans doute assurer l'efficacité des programmes, mais pas nécessairement permettre d'étudier d'un œil critique si les programmes agissent dans les faits sur les problèmes d'équité en santé. Les informateurs clés ont insisté pour dire qu'il faut pour ce faire mobiliser la collectivité et travailler en concertation avec elle dans un exercice de réflexion et d'analyse.

Il importe de souligner, cependant, qu'il y a des raisons d'être optimistes. Les personnes interrogées ont mentionné que l'orientation prise récemment autour « de la diversité et de l'inclusion » dans au moins deux provinces (Ontario et Manitoba) a contribué à faciliter le travail pour l'équité en santé. Parallèlement, les travaux et les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation¹⁷ suscitent l'attention et la prise de mesures pour remédier aux iniquités propres à la réalité autochtone.

Possibilités et défis par rapport à l'instauration

Sur ce point, les informateurs clés ont mentionné un certain nombre de possibilités et de défis sur trois plans différents pour ce qui est de faire de l'équité en santé une valeur fondamentale :

- au sein des organismes de santé publique;
- dans l'ensemble du système de santé en général;
- avec des partenaires à l'extérieur du système de santé.

I. INSTAURER L'ÉQUITÉ EN SANTÉ DANS LES ORGANISMES DE SANTÉ PUBLIQUE

Dans un certain nombre d'organismes de santé publique, on donne déjà une priorité à l'équité en santé à l'échelle organisationnelle. Ce travail implique de tenir compte de la perspective d'équité en santé lors de l'évaluation des programmes, de même que de réfléchir aux causes des inégalités de santé et à la manière dont les programmes et les rôles de la santé publique pourraient remédier efficacement et globalement aux problèmes de santé sur le plan individuel, mais aussi systémique. Les informateurs clés ont fait observer que, dans de tels organismes, on ne perçoit pas l'équité en santé comme un programme ni une activité supplémentaire, mais plutôt comme une « philosophie de travail ». On y constate une orientation et un engagement organisationnels clairs en ce sens, et on nomme des membres du personnel responsables de ces fonctions en les chargeant d'aider l'équipe des programmes dans le processus d'examen et d'évaluation des programmes.

Nous avons au départ réorganisé les activités de promotion de la santé afin de faire de l'équité en santé le principal axe de travail. Aujourd'hui, nous nous attendons à ce que tous les services de santé publique utilisent cet axe dans l'exécution de leurs fonctions.
– Informateur clé, Santé publique

Toutefois, les informateurs clés ont également noté que l'approche dominante au sein des organismes de santé publique consiste à restreindre le travail pour l'équité à certains volets des programmes, en général ceux rattachés à la promotion de la santé. On réexamine parfois ces programmes afin de déterminer comment il serait possible d'y incorporer une approche d'équité en santé. Il faut alors modifier les programmes et parfois réviser les descriptions de travail. Dans les milieux où une partie du travail de certains membres du personnel consiste à s'occuper du dossier de l'équité en santé, les postes sont habituellement rattachés aux volets des programmes dont il a été question précédemment.

Les activités entourant les rapports sur l'état de santé des populations constituent l'un des domaines où les organismes de santé publique semblent intégrer l'équité en tous points. Les informateurs clés ont souligné qu'ils jugent ces rapports comme essentiels au travail d'équité parce que leur contenu offre une base sur laquelle peuvent reposer les décisions et les stratégies fondées sur des données probantes. Ultimement, il semble que l'orientation prise par les organismes de santé publique dépend largement de la manière dont les cadres supérieurs perçoivent et abordent la question de l'équité en santé ou des iniquités de santé.

Un certain nombre des possibilités mentionnées ci-dessous au chapitre du leadership que peut exercer la santé publique par rapport à l'équité sont tirées des entretiens avec les leaders de la santé publique et du système de santé :

- **Créer des occasions d'apprendre les uns des autres.** Explorer les modèles suivis dans l'ensemble du système de santé publique et les avantages et les problèmes associés à chacun.
- **Tirer avantage de la consolidation des ressources,** qui a mené à la formation d'autorités de la santé de plus grande envergure, pour enrichir les données sur l'équité à l'échelle régionale et mettre au point des stratégies provinciales et territoriales sur le logement, la lutte contre la pauvreté et la lutte contre le racisme.
- **Chercher des moyens d'intégrer le principe d'équité en santé dans les nouvelles structures de gouvernance** à l'avenir.
- **Trouver des façons d'inclure les personnes ayant l'expérience vécue** dans les conseils et les comités consultatifs locaux et régionaux mis sur pied. Ces personnes peuvent fournir des conseils sur des enjeux locaux et s'assurer que l'équité en santé soit prise en compte dans le rôle que ces structures sont censées jouer.

Les personnes interrogées ont également mentionné la série de défis ci-dessous que présente le travail d'équité en santé et que devraient considérer les leaders de la santé publique au moment de mettre en œuvre des stratégies à ce chapitre :

- **La normalisation des programmes et l'amélioration de l'efficience :** leitmotiv de la réforme du système de santé. Selon les personnes interrogées, ce virage est venu limiter les possibilités de personnaliser et d'adapter les programmes afin de répondre à des besoins ou à des contextes particuliers sur le plan collectif ou individuel. L'octroi de fonds dépend dans certains cas des cibles de rendement (prestation des services). Du point de vue politique, le virage a aussi rendu difficile l'obtention du soutien pour pouvoir mettre en œuvre une approche ciblée et exécuter en priorité les programmes de santé publique destinés aux populations marginalisées.
- **Le manque de compréhension et d'engagement par rapport aux valeurs essentielles sous-jacentes au changement systémique et structurel nécessaire pour obtenir des résultats de santé équitables.** Parce que les déterminants sociaux ne s'inscrivent pas directement dans le mandat du système de santé, on ne s'entend toujours pas sur le(s) rôle(s) à jouer par la santé publique. Dans l'ensemble du système de santé, la question donne à penser qu'il n'est pas nécessaire d'exercer une influence sur les déterminants sociaux dans la prestation de services. Les personnes interrogées ont expliqué que le peu de pouvoir et de ressources dont dispose la santé publique au sein du système de santé rend difficile de plaider pour que l'équité en santé et le changement systémique fassent partie du mandat de la santé publique. La situation a aussi des répercussions sur les ressources et le temps accordés aux praticiens de la santé publique pour s'occuper de l'équité en santé étant donné que le dossier est perçu comme une charge de travail « supplémentaire » qui dépasse le cadre des programmes de base en santé publique.
- **La séparation de plus en plus évidente de l'engagement communautaire des fonctions fondamentales en santé publique.** Les personnes interrogées ont indiqué que l'intensification du processus de centralisation des fonctions de la santé publique a fait en sorte que les praticiens de la santé publique se voient de plus en plus éloignés des collectivités sous leur responsabilité. C'est la réalité sur le plan de la gouvernance et du personnel, et la situation peut diluer la motivation à se montrer responsable et à l'écoute des collectivités locales sur des questions comme l'équité en santé. L'augmentation des fonctions « spécialisées » renforce le phénomène, ce qui a pour effet de diminuer les tâches où les praticiens de la santé publique doivent s'engager auprès de la collectivité ou établir des relations avec elle.

- **L'insuffisance des données relatives à l'équité.** Les personnes interrogées ont souligné qu'il fallait de meilleurs indicateurs pour pouvoir mesurer les programmes en matière d'équité en santé et faire rapport sur les progrès réalisés. De tels indicateurs pourraient contribuer à en dépolitiser les activités et à encourager une conversation non partisane sur le sujet. Ils pourraient également aider à produire des données probantes sur l'incidence des coupes budgétaires en santé publique, un virage qui est passé pratiquement inaperçu pour le grand public et qui expose la santé publique à d'autres réductions de nature politique.

II. INSTAURER L'ÉQUITÉ EN SANTÉ DANS L'ENSEMBLE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Comme il a été mentionné précédemment, l'un des objectifs de la régionalisation du système de santé canadien consiste en l'amélioration de la santé de la population. Par définition, cet objectif vise à mettre un terme aux iniquités de santé entre les différents groupes de population. Bien que la responsabilité de la santé des populations relève presque entièrement du mandat de la santé publique, les fournisseurs de soins de santé primaires, à domicile et communautaires ont reconnu l'importance d'améliorer l'accès aux services pour les populations marginalisées. Les personnes interrogées ont donné des exemples de cas où une plus forte intégration des activités de la santé publique à d'autres branches du système de santé a permis de mieux remédier aux problèmes d'équité. Elles ont mentionné par exemple certaines initiatives mises sur pied pour atténuer les obstacles à l'accès aux services de santé pour les groupes de population marginalisés et pour faire en sorte que les fournisseurs de soins de courte durée collectent des données sociodémographiques afin de déceler les problèmes associés aux déterminants sociaux dès l'admission du patient (p. ex., le projet We Ask Because We Care en cours dans le RLISS de Toronto). Selon les informateurs clés, le fait de constater l'incidence des déterminants sociaux sur les résultats cliniques de leurs patients éveille l'intérêt des médecins cliniciens pour l'équité en santé.

Le fait d'attirer l'attention sur l'étroite relation entre les déterminants sociaux et les résultats cliniques soulève l'idée que la santé publique pourrait agir comme catalyseur pour aider le système de santé dans son ensemble à adopter des mesures qui prennent en compte et qui font tomber les obstacles à l'équité en santé. Si bon nombre de personnes interrogées ont dit percevoir la régionalisation et l'intégration de la santé publique comme une occasion pour la santé publique d'exercer une plus grande influence, d'autres se sont montrées plus sceptiques. Pour ces dernières, l'amalgamation a pour effet de diluer les services de santé publique. De nombreuses personnes ont insisté sur le fait que la santé publique ne représente qu'une très petite branche des autorités de santé fusionnées et qu'elle n'a dès lors pas beaucoup de poids ni d'influence. D'aucuns ont fait valoir que les membres de la direction des autorités de santé ne connaissent pas vraiment en quoi consiste une approche de santé des populations. En outre, au lieu de prendre des décisions par eux-mêmes sur les dossiers à traiter en priorité et sur l'affectation des ressources, les cadres de direction de la santé publique se voient maintenant appelés à négocier les décisions avec leurs homologues de l'autorité de santé. C'est particulièrement le cas pour les services non obligatoires comme les mesures à prendre pour régler les problèmes structurels qui nuisent à l'équité en santé.

Nous avons créé un outil d'audit de l'équité en santé afin d'étudier comment ventiler les données, puis comment aborder la littérature et échanger avec les patients sur les barrières qui les empêchent d'avoir accès au système... nous avons incorporé cette fonction dans les processus d'amélioration de la qualité. Nous avons également repéré dans d'autres services du système des champions qui songeaient déjà à l'équité en santé, puis nous avons travaillé avec eux et nous leur avons offert notre soutien.

INFORMATEUR CLÉ, SANTÉ PUBLIQUE

Même si les opinions ont divergé sur la question, il a été possible de mettre en lumière un certain nombre d'idées sur la manière dont on pourrait s'y prendre en santé publique pour transposer l'action en faveur de l'équité en santé à l'ensemble du système de santé, notamment les suivantes :

- **Veiller à ce qu'un cadre supérieur de la santé publique** fasse partie de l'équipe de la haute direction de l'autorité de santé. Qu'il s'agisse d'un médecin hygiéniste ou d'un cadre de direction ayant les responsabilités et les compétences voulues en santé publique, il faut veiller à ce qu'ils disposent du soutien nécessaire pour participer aux discussions et aux processus décisionnels d'importance et pour fournir des conseils quant au leadership à exercer sur les questions et les mesures d'équité.
- **Collaborer avec l'équipe d'amélioration de la qualité** afin de faire en sorte que l'équité fasse partie des mesures de la qualité. Plusieurs personnes interrogées ont indiqué que l'amélioration de la qualité est un point sur lequel la direction du système de santé en général se montre réceptive aux discussions sur l'équité en santé, une fois qu'on a pu démontrer l'incidence des déterminants sociaux sur les résultats des interventions en santé.
- **Soutenir les mesures pour améliorer l'accès aux soins.** Bien que chercher à remédier aux problèmes de soins sur une base individuelle peut sembler très éloignée d'une démarche pour remédier aux iniquités structurelles, les personnes interrogées ont affirmé que, dans certains organismes, les praticiens ont l'impression que la seule manière d'agir pour l'équité en santé est d'y aller une personne à la fois. Aider les médecins cliniciens à reconnaître les barrières systémiques et à élaborer des stratégies à l'aide de ressources à l'intérieur et à l'extérieur du système de santé peut se révéler une bonne amorce à la conversation au sujet des problèmes structurels.

Dans le même ordre d'idées, les personnes interrogées se sont généralement montrées d'avis qu'il valait mieux définir les activités de la santé publique en matière d'équité en santé et considérer la mesure dans laquelle l'équité s'intègre bien ou non aux rôles fondamentaux de la santé publique dans leur ensemble avant de présenter le principe à d'autres branches du système de santé.

Nous ne pouvons pas nous attendre à ce que nos collègues des autres branches du système agissent pour l'équité en santé si nous ne faisons pas notre part.

INFORMATEUR CLÉ, SANTÉ PUBLIQUE

III. TRAVAILLER AVEC DES PARTENAIRES DANS LE DOSSIER DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ

Même si les personnes interrogées se sont entendues pour dire qu'il fallait que d'autres secteurs s'engagent à agir sur les déterminants sociaux pour améliorer l'équité en santé, les points de vue n'étaient pas toujours les mêmes quant au rôle catalyseur et de leader que devait jouer la santé publique à cet effet. Quelques-unes des personnes interrogées ont affirmé qu'il s'agissait là d'un rôle d'une très grande importance pour la santé publique.

La révolution en matière d'équité en santé ne découlera pas d'une action menée en vase clos par la santé publique, mais de la mobilisation des partenaires à s'engager dans le processus.

INFORMATEUR CLÉ, SANTÉ PUBLIQUE

[Nous devons nous poser la question]... comment pourrions-nous ajouter de la valeur aux démarches entreprises par d'autres secteurs?

INFORMATEUR CLÉ, SANTÉ PUBLIQUE

D'autres ont dit ne pas voir l'équité en santé comme une responsabilité première de la santé publique et estimer que la mobilisation de partenaires de l'extérieur à cet effet ne devait pas s'inscrire dans l'un ou l'autre des volets des programmes obligatoires.

Les personnes interrogées qui ont parlé du leadership de la santé publique dans ce dossier comme étant une responsabilité fondamentale ont donné plusieurs exemples où des acteurs de la santé publique jouent divers rôles par rapport à l'équité en santé tout en collaborant avec d'autres secteurs ou partenaires :

- Le Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé amène les acteurs d'organismes gouvernementaux et non gouvernementaux à collaborer afin de trouver à l'échelle nationale des solutions aux dossiers à traiter en priorité en matière d'équité en santé, par exemple le sain développement de l'enfant et le savoir-faire culturel et le mieux-être autochtones.
- Au Québec, des acteurs de la santé publique collaborent avec divers réseaux liés à des structures préétablies (p. ex., soins de santé, municipalités, ONG ou organismes communautaires, établissements d'enseignement, services de garde ou éducation préscolaire, et santé au travail)
- Les dossiers prioritaires en matière d'équité à l'échelle locale, par exemple la sécurité alimentaire et la réduction de la pauvreté, dictent le type de collaboration qu'aura la santé publique dans certaines instances administratives. En sont des exemples les activités de lutte contre la pauvreté menées par Santé publique Peterborough (Ontario) et le travail sur l'urbanisme et la santé effectué par Santé publique Peel (Ontario) en partenariat avec son conseil municipal.

- Les projets novateurs émergent dans les régions rurales et du Nord. On encourage en effet la collaboration entre les ministères du gouvernement et les collectivités afin de briser le cloisonnement et d'adopter des modèles de prestation de services et de résolution des problèmes plus cohérents. Mentionnons à ce titre l'exemple des Territoires du Nord-Ouest où on a réuni les enveloppes sociales de la santé, de l'éducation, du logement, du développement social, du développement économique et de la justice et celui de la collaboration entre les conseils de bande, la santé publique, les services de soins de santé primaires et de santé mentale dans les latitudes septentrionales du Manitoba.

Nous pouvons dégager de ces exemples des éléments clés et des possibilités de collaboration entre la santé publique et d'autres secteurs de la collectivité dans le dossier de l'équité en santé, par exemple :

- Établir des partenariats avec des organismes non gouvernementaux dans le but de mener des activités de plaidoyer. Les praticiens de la santé publique qui travaillent au sein d'un système subventionné par le gouvernement peuvent être politiquement vulnérables s'ils critiquent ouvertement les politiques gouvernementales. Les personnes interrogées ont souligné que certains gouvernements offrent plus de latitude que d'autres pour ce qui est de se prononcer sur des enjeux de changement social. En concluant un partenariat avec d'autres organismes, la santé publique peut fournir de l'information et de l'aide, sans avoir à se poser en porte-parole du message du plaidoyer.
- Créer des outils de communication afin d'habiliter les partenaires à livrer les messages clés au sujet des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé. Il faut absolument savoir comment faire comprendre et communiquer un message si on veut gagner l'appui général à ce titre. Les informateurs clés issus du milieu de la recherche ont mentionné que des travaux sont en cours sur les outils de communication et de formulation, comme l'utilisation de métaphores pour aider à rendre le sens de l'équité en santé plus efficacement.

Si les possibilités dont il est question ci-dessus sont tirées d'exemples de démarches intersectorielles réalisées par la santé publique dans la collectivité, cette dernière a tout de même des défis précis à relever :

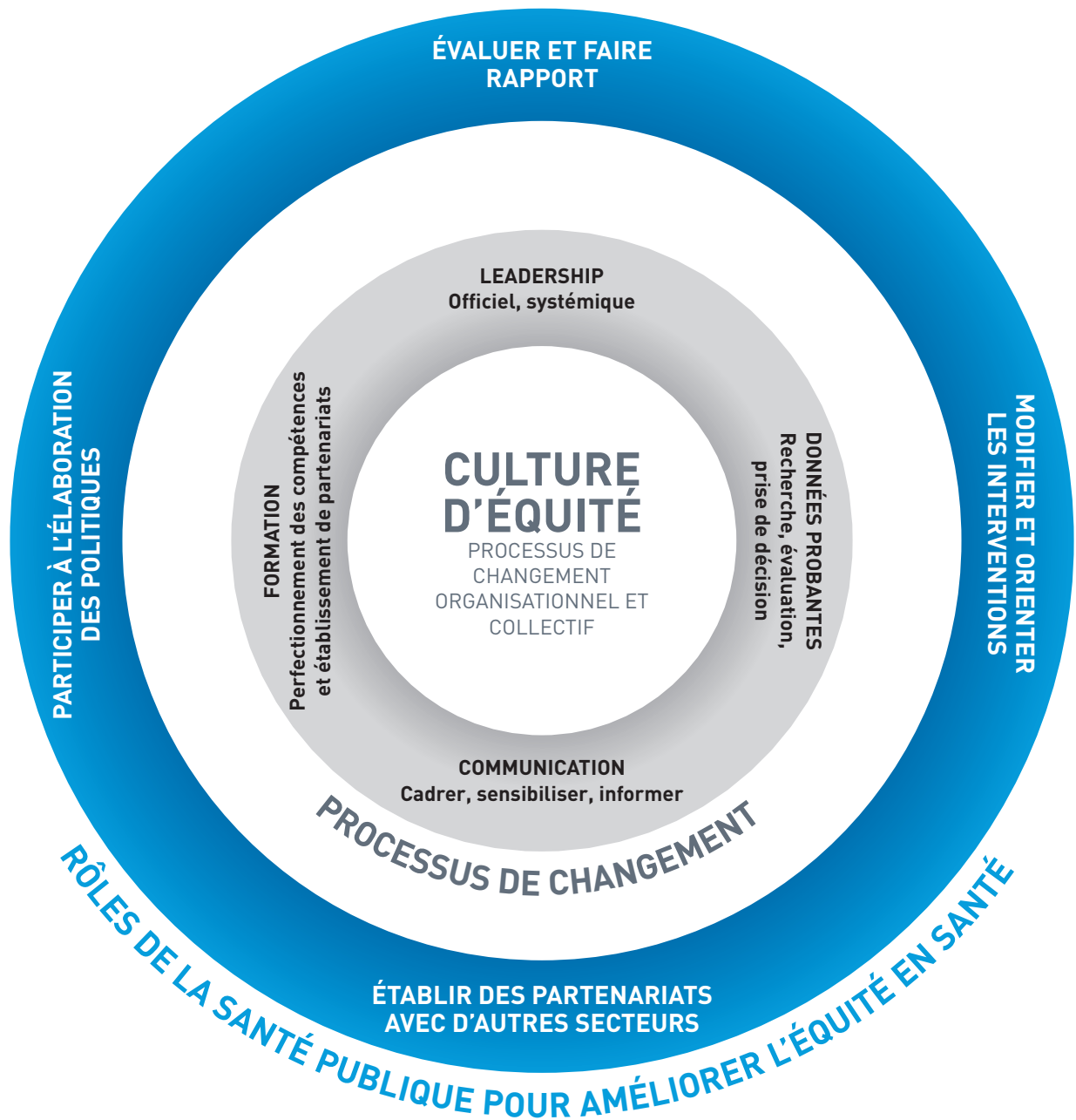
- **L'insuffisance des compétences et des ressources nécessaires pour établir des partenariats efficaces** avec d'autres membres de la collectivité. Les informateurs clés ont souligné que les compétences nécessaires au travail collectif, à la formation de coalitions, à l'établissement de partenariats, à la négociation et à l'impact collectif se révèlent d'une importance capitale dans une démarche pour améliorer l'équité en santé. Un bon nombre ont toutefois signalé que souvent les leaders et les praticiens de la santé publique n'ont ni la formation ni le soutien nécessaires. Investir du temps pour forger des liens avec des partenaires en vue d'un travail collectif n'est pas perçu comme une priorité par les bailleurs de fonds en ce qui concerne « les activités entourant la mission et le fonctionnement de la santé publique ». Comme la tendance actuelle est de faire jouer aux praticiens de la santé publique un rôle de spécialiste, ceux-ci n'ont plus tendance à établir des relations générales avec la collectivité. Comme l'a mentionné l'une des personnes interrogées : « Les membres du personnel de la santé publique sont plus souvent perçus comme des 'spécialistes quasi inaccessibles' plutôt que comme des partenaires de la collectivité ».

- **Le passage du diagnostic à l'action.** L'une des personnes interrogées a indiqué que les acteurs de la santé publique ont tendance à avoir plus de facilité à diagnostiquer les problèmes d'équité en santé qu'à prescrire le traitement. Cela est dû en partie au manque de clarté par rapport au rôle que devrait jouer la santé publique pour intervenir lors de problèmes complexes liés aux déterminants sociaux. D'aucuns ont attribué la situation à l'insuffisance des travaux de recherche interventionnelle, tandis que d'autres ont argumenté que le changement a un horizon à long terme et qu'il est donc plus difficile de mesurer les résultats et de savoir si des progrès ont été réalisés.
- **Abandon des structures municipales et adoption des structures du système de santé.** Voilà grande caractéristique de la régionalisation dans toutes les régions du pays. L'influence s'est vue diminuée à l'échelon municipal, souvent en ce qui a trait aux services d'urbanisme.

Le discours sur les déterminants sociaux de la santé est des plus abstrait. La santé publique occupe ainsi une « place savante » que personne ne saisit vraiment. Nous devons changer notre vocabulaire pour qu'il trouve écho auprès des gens.

INFORMATEUR CLÉ, SANTÉ PUBLIQUE

DIAGRAMME 1 : MODÈLE D'INSTAURATION D'UNE CULTURE D'ÉQUITÉ



5. PORTÉE ET PISTES D'ACTION

La présente analyse du contexte a pour objet de décrire l'incidence que les changements dans la capacité organisationnelle et de leadership de la santé publique canadienne peut avoir sur la capacité de mener une action concrète et remédier aux iniquités de santé. Elle vise également à faire état des stratégies que peuvent employer les acteurs de la santé publique pour pouvoir avancer dans ce contexte.

Rôles de la santé publique pour favoriser l'équité en santé

Lors de l'analyse du contexte réalisée en 2010¹, les praticiens de la santé publique avaient confirmé au CCNDS que les quatre rôles de la santé publique pour faire avancer l'équité en santé qui s'étaient dégagés de l'exercice à ce moment se révèlent en effet essentiels pour orienter l'action de la santé publique (voir l'**annexe 8**). « L'unité d'adoption » dont il était question dans le rapport d'analyse du contexte de 2010 correspondait à l'organisme de santé publique comme tel. Depuis ce temps, le CCNDS a produit une publication distincte sur les quatre rôles³ ainsi qu'un programme commun¹⁸ afin d'aider à orienter le travail des praticiens. Dans un certain nombre d'organismes de santé publique, on s'est ainsi appuyé sur ces rôles dans les processus de planification et de prestation des services.

Dans le cadre de la présente analyse du contexte, les informateurs clés ont affirmé que les quatre rôles avaient toujours leur utilité, mais qu'il est plus difficile de les appliquer en raison du vent de restructuration du système de santé dans toutes les instances administratives du Canada. Si les organismes de santé publique s'avèrent les « unités d'adoption » de ces rôles, ils sont aux prises avec les aléas des remaniements de la structure organisationnelle du système de santé dans son ensemble. Autrement dit, rien n'est fait pour maintenir l'équité (en supposant qu'elle occupait déjà une place) comme valeur fondamentale dans l'approche pour améliorer la santé des populations, la qualité des soins et la valeur de l'investissement dans le système de soins de santé (conformément au triple objectif).

Renforcer les compétences en matière de leadership et de communication en santé publique

Lors de l'analyse du contexte de 2014², on nous avait mentionné l'importance de renforcer la capacité de la santé publique en matière de leadership et de communication pour soutenir les quatre rôles de manière à donner de l'élan au travail entrepris. L'une des principales recommandations formulées dans le rapport portait sur la nécessité de faciliter les conversations difficiles en « [utilisant] les forums en place et les réseaux émergents afin de susciter une réflexion critique sur une multitude de questions et de problèmes souvent complexes et souvent posés²(p.vi) ». L'équipe du CCNDS s'est acquittée de cette tâche en mettant sur pied des projets axés sur les compétences en matière de leadership et de communication dans divers domaines, y compris le plaidoyer, l'affectation de ressources en amont, l'intersectionnalité, l'équité environnementale et la lutte contre certains problèmes systémiques comme le racisme.

Dans le cadre de la présente analyse du contexte, les informateurs clés ont fait observer que la conversation – qui porte essentiellement sur les valeurs – doit s'étendre au-delà du milieu de la santé publique et mobiliser l'ensemble du système de santé à soutenir une culture d'équité. Le même message ressortait sous le thème « Établir des bases solides pour pouvoir passer à l'action » dans le *Programme commun pour soutenir l'action de la santé publique en matière d'équité en santé*¹⁸. En fait, selon les constatations faites à l'issue de l'analyse du contexte en 2017, nous devrions nous inquiéter de

voir que les bases pour passer à l'action menacent de s'écrouler. Les informateurs clés ont précisé que les trois conditions à remplir pour passer à l'action^{18(p.17)} risquent de tomber dans l'oubli dans le contexte entourant le système de santé canadien à l'heure actuelle :

- renforcer le leadership de la santé publique
- accroître le soutien social et politique (la volonté politique) et l'action
- renforcer la capacité organisationnelle et systémique

Instaurer une culture d'équité

Même si les quatre rôles à jouer par la santé publique pour faire avancer l'équité en santé tombent sous la responsabilité de la santé publique, la capacité organisationnelle de soutenir ces rôles exigent qu'une culture d'équité soit véhiculée à tous les échelons décisionnels du système, y compris dans les administrations fédérale, provinciales, territoriales, les autorités de santé et les bureaux de santé.

Les informateurs clés ont indiqué que la santé publique avait un rôle de premier plan à jouer :

Les acteurs de la santé publique doivent adopter un modèle de culture du changement quand ils travaillent avec l'autorité de santé régionale. Ils devraient se voir comme : (1) des prestataires de services de santé publique et (2) un service d'aide qui communique la perspective de la santé des populations aux autres branches du système et qui contribue à convaincre les autres d'adopter cette perspective.

INFORMATEUR CLÉ, SANTÉ PUBLIQUE

Le modèle présenté ci-dessous s'inspire des travaux menés lors de la première analyse du contexte, non seulement pour montrer les quatre rôles à jouer par la santé publique, mais aussi pour expliquer comment les acteurs de la santé publique peuvent s'y prendre pour assumer et renforcer ces mêmes quatre rôles¹. Les composantes fondamentales sont groupées en quatre catégories de moyens d'action, c'est-à-dire le leadership, la communication, les données probantes et la formation. Les éléments du développement organisationnel et systémique se trouvent au centre, et reflètent les propos des informateurs clés de 2017 sur l'importance d'instaurer une culture d'équité à l'échelle organisationnelle. Ceci vient placer l'importance sur les processus de changement organisationnel et collectif au cœur de toute action destinée à améliorer l'équité en santé.

La prise en compte des valeurs sous-jacentes à ce travail se révèlent particulièrement importante. Elle influence la forme que prendront les services de santé publique et les autres services de soins de santé dans la collectivité. Si on met l'accent sur la qualité des services dans leur ensemble (comme c'est le cas à l'heure actuelle dans le secteur de la santé en général conformément au triple objectif), on doit savoir qu'en améliorant la qualité, on ne réduit pas automatiquement les iniquités. En fait, si les efforts déployés pour améliorer la qualité touchent la population en général, ils risquent d'accroître les iniquités parce que ce sont les personnes déjà en mesure d'améliorer leurs comportements liés à la santé qui sauront en profiter le plus¹⁹. En revanche, si on met l'accent sur le partenariat et la solidarité avec la collectivité, on peut améliorer la qualité des soins et vraisemblablement prioriser l'équité en santé.

À ce propos, prenons l'exemple d'une évaluation des besoins fondée sur les points faibles pour déterminer les populations les plus susceptibles de présenter un risque élevé de développer certains problèmes de santé. Dans un tel scénario, les résultats de l'évaluation des besoins appelleraient sans doute à recommander d'offrir plus de services de soins de santé. Une approche d'équité en santé amènerait toutefois les responsables de la santé publique à se demander pourquoi certains groupes de population sont plus à risque et quel rôle la santé publique pourrait jouer pour remédier à la situation. Les recommandations formulées dans ce dernier cas incluraient sans doute des moyens de s'attaquer au problème à la racine, non pas uniquement les soins à apporter.

L'une des personnes interrogées a donné l'exemple du taux de tabagisme élevé dans un bon nombre de collectivités autochtones. En sachant que ce taux élevé reflète la réalité, un grand nombre d'organismes de santé publique ont abordé la question en ciblant les programmes au lieu de travailler avec les membres des collectivités afin de chercher à connaître les raisons pour lesquelles le taux de tabagisme est plus élevé et à déterminer s'il fallait intervenir différemment. Certains des outils mentionnés par les informateurs clés issus du milieu de la recherche sont ressortis de la revue documentaire comme étant utiles à une approche d'équité en santé dans le domaine de la santé publique. Il s'agit notamment d'outils d'établissement des priorités, d'analyse des leviers, de schématisation conceptuelle, des modèles de planification (aux fins d'élaboration des programmes), des ententes de partenariat (contrats sociaux), des évaluations d'impact sur la santé, des rapports sur l'état de santé, des mécanismes d'affectation des ressources et des « analyses coût-efficacité ».

Moyens d'action

La section sur les constatations fait état d'un certain nombre de défis et de possibilités liés à l'instauration d'approches d'équité en santé qui correspondent aux démarches en place dans le système de santé publique, le système de santé en général et avec les partenaires externes. Ces possibilités et défis coïncident invariablement avec les quatre moyens d'action nécessaires pour exercer les quatre rôles de la santé publique afin de remédier aux iniquités de santé et appuyer les processus de changement qui favoriseront l'instauration d'une culture d'équité.

MOYENS D'ACTION	DÉFIS	POSSIBILITÉS
Leadership (officiel, systémique)	» La normalisation des programmes et l'amélioration de l'efficacité : leitmotiv de la réforme du système de santé, au détriment des résultats en matière d'équité en santé. » Le manque de compréhension et d'engagement par rapport aux valeurs essentielles sous-jacentes au changement systémique et structurel nécessaire pour obtenir des résultats de santé équitables. » Sur les questions d'équité, la santé publique montre beaucoup de lenteur à passer du diagnostic à l'action. » L'abandon des structures municipales et l'adoption des structures du système de santé rendent plus difficiles l'action sur les déterminants sociaux de la santé.	» Chercher des moyens d'intégrer le principe d'équité en santé dans les nouvelles structures de gouvernance. » Soutenir les mesures prises dans toutes les branches du système de santé pour améliorer l'accès aux soins. » Veiller à ce qu'un cadre supérieur de la santé publique fasse partie de l'équipe de la haute direction de l'autorité de santé et de celle du système de santé en général.
Données probantes (recherche, évaluation, prise de décisions)	» Les données relatives à l'équité ne sont pas suffisantes, y compris celles nécessaires pour mettre sur pied des interventions efficaces.	» Tirer avantage de la consolidation des ressources du système de santé pour enrichir les données sur l'équité en santé à l'échelle régionale.
Communication (cadrer, sensibiliser, informer)	» Il faut établir plus clairement le lien entre les activités et l'équité en santé dans les programmes et services de santé publique.	» Trouver des façons d'inclure les personnes ayant l'expérience vécue. » Créer des outils de communication afin d'habiller les partenaires à livrer les messages clés au sujet des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé.
Formation (perfectionnement des compétences et établissement de partenariats)	» Il y a une séparation de plus en plus évidente entre l'engagement communautaire et les fonctions fondamentales en santé publique. » Les compétences et les ressources sont souvent trop insuffisantes dans le secteur de la santé pour établir des partenariats efficaces avec d'autres membres de la collectivité.	» Créer des occasions d'apprendre les uns des autres. » Collaborer avec l'équipe d'amélioration de la qualité afin de faire en sorte que l'équité fasse partie des mesures de la qualité. » Établir des partenariats avec des organismes non gouvernementaux dans le but de mener des activités de plaidoyer.

Processus de changement

Les valeurs sous-jacentes aux processus de changement organisationnel et collectif jouent un rôle de premier plan dans le dénouement. Cette constatation est confirmée par les résultats des plans d'austérité mis en œuvre dans bien des instances administratives du Canada relativement aux fonds affectés à la gestion des soins de santé. Comme il a été mentionné précédemment, on a déjà entrepris dans de nombreuses régions des exercices de budgétisation dans le cadre desquels on a drastiquement sabré les dépenses en santé publique, et on s'apprête à faire de même dans d'autres. La santé publique se trouve particulièrement à risque dans un contexte de ce genre, parce qu'une bonne partie de ses accomplissements passent inaperçus dans la population et la classe politique. Les pratiques d'équité en santé sont encore plus à risque parce qu'elles ne s'inscrivent pas dans les objectifs à atteindre en matière de prestation de services.

Henry Mintzberg, un expert-conseil en gestion ayant une longue expérience en matière de réforme du système de santé, a proposé un modèle pour transformation qui repose sur un engagement permanent dans la collectivité²⁰. Ce modèle, appelé « communityship » (« axé sur la collectivité »), repose sur les grands principes suivants :

- Les organismes efficaces forment des collectivités d'êtres humains dynamiques, pas des collections de ressources humaines passives.
- Tout le monde peut avoir une bonne idée de changement.
- La communication est ouverte pour que les idées circulent librement.
- Les stratégies, en tant que vision d'ensemble ou de positionnement sur le marché, émergent graduellement d'apprentissages solidement fondés; elles ne sortent pas de nulle part.

Le « communityship » (« axé sur la collectivité ») s'appuie sur un apprentissage solidement établi — dans le cas présent : issu de la collectivité. Selon Mintzberg, ce travail devrait prendre en compte les membres des collectivités qui subissent des iniquités de santé, et avoir à sa base des relations avec les membres de la collectivité et des partenaires. Cet apprentissage solidement établi et ces relations se matérialisent avec l'aide de tous les praticiens de la santé publique. L'innovation et les nouvelles idées peuvent émerger n'importe où, mais l'organisation doit se montrer ouverte et véhiculer une telle culture.

De nombreuses personnes interrogées ont déclaré qu'il était très difficile de faire valoir la nécessité d'affecter des ressources additionnelles aux mesures d'équité en santé durant une ère d'austérité budgétaire, surtout en regard des nouvelles pressions exercées par d'autres branches de l'autorité de santé pour obtenir des ressources. Cela dit, on voit la lumière au bout du tunnel. Les informateurs clés ont précisé que certains organismes de santé publique avaient adopté l'équité en santé comme « philosophie de travail » et qu'ils avaient réussi à s'appuyer sur la perspective d'équité en santé pour orienter les prises de décision quant aux programmes à offrir, aux fonctions à remplir par le personnel et à la manière d'aborder l'équité en santé.

Ce virage a mené à des changements dans la conception des programmes et les fonctions du personnel, sans coûts supplémentaires. Une telle approche exige également de bien comprendre comment utiliser les processus de réflexion, comment mobiliser les membres de la collectivité et comment soutenir un changement culturel plus général dans une organisation.

Champs d'action et prochaines étapes potentielles

Pour soutenir les processus de changement nécessaires à l'instauration d'une culture d'équité au sein de la santé publique, les acteurs de l'ensemble du système de santé et de la collectivité, les champions de l'équité en santé au sein de la santé publique et du système de santé en général (y compris le CCNDS et les autres CCN) peuvent exploiter les possibilités qui se sont dégagées du récent exercice d'analyse contextuelle. Ces possibilités sont regroupées en cinq champs d'action sous lesquels les possibilités indiquent les prochaines étapes potentielles pour les champions de l'équité en santé au sein de la santé publique.

1. Inscrire l'équité en santé dans les valeurs fondamentales du système de santé

Pour être solide, l'action exercée par la santé publique sur l'équité en santé doit reposer tant sur une approche descendante qu'ascendante. En haut, l'équité en santé devrait s'inscrire dans le schème de pensée des membres du comité de gouvernance, notamment en veillant à ce que la structure du comité reflète la diversité et l'inclusion. En première ligne, il faudrait s'assurer d'inclure explicitement des pratiques de gestion des ressources humaines propres à accroître l'équité et la diversité, par exemple dans les pratiques d'embauche, les évaluations du rendement et le perfectionnement du personnel.

INFORMATEUR CLÉ, MILIEU DE LA RECHERCHE

Idéalement, l'équité en santé devrait figurer comme un objectif dans les lois et les normes encadrant les processus décisionnels et les pratiques dans le secteur de la santé, y compris la santé publique. L'Ontario a fait un grand pas en avant en ce sens en créant une norme d'équité en santé. En l'absence d'une loi ou d'un mandat exécutoire, les autorités de santé ou les autres organes de gouvernance peuvent grandement aider les leaders de la santé publique en enchâssant l'équité en santé dans leurs valeurs fondamentales. Ce propos peut se révéler inspirant, mais il exige également un certain engagement organisationnel.

Possibilité : Plusieurs autorités de santé ont déjà intégré l'équité en santé dans leurs valeurs, énoncé de mission et plan stratégique. Il serait possible d'aider les cadres supérieurs de la santé publique en compilant ces extraits dans un référentiel et en facilitant l'accès. Des études de cas sur les moyens qu'ont pris les leaders pour obtenir du soutien de la part de leur autorité sanitaire pour incorporer ces valeurs seraient également utiles aux autres qui s'efforcent d'atteindre cet objectif.

2. Encourager chez les leaders un exercice de réflexion fondé sur les valeurs

On ne saurait sous-estimer l'incidence des racines d'une personne sur sa manière d'aborder un sujet comme l'équité en santé. Nous avons demandé à des cadres de direction de remplir un questionnaire dont les réponses nous permettraient de mieux comprendre les valeurs et les perspectives qui entrent en ligne de compte lorsqu'ils interagissent avec d'autres ainsi que l'influence de ces facteurs sur leur façon de travailler. Nous avons également offert le témoignage de patients et de membres de la collectivité afin de comprendre la portée de cette influence sur leur vie.

INFORMATEUR CLÉ, SANTÉ PUBLIQUE

L'un des thèmes qui a nettement émergé des entretiens est que les activités d'équité en santé ne reposent pas seulement sur un éventail de compétences, mais sur une vision et une analyse du monde fondées sur le précepte de la « société juste ». Bien que cette façon de voir soit courante en santé publique, elle ne constitue pas nécessairement une valeur fondamentale pour l'ensemble des cadres de direction du domaine.

Pour régler la question de l'échelle de valeurs des cadres de direction et des praticiens, quelques-unes des personnes interrogées ont noté qu'elles avaient appliqué des processus de sécurisation culturelle dans leur organisme. La sécurisation culturelle permet d'aller un peu plus loin, même si les organismes connaissent déjà les principes de sensibilisation aux réalités culturelles (la reconnaissance de l'importance de respecter les différences) et de savoir-faire culturel (qui tourne autour des aptitudes, des connaissances et de l'attitude des praticiens). La sécurisation culturelle implique de faire une introspection et de savoir que les valeurs et les normes culturelles d'un client peuvent différer des autres en fonction des antécédents sociopolitiques propres à chaque personne²¹. Le processus d'introspection mène souvent à plus d'empathie, et à savoir que ses propres valeurs en tant que cadre supérieur peuvent influencer la manière dont on comprend diverses questions, comme l'équité en santé, et les mesures que l'on décide de prendre à ce chapitre.

Possibilité : Il serait utile de documenter le processus, les ressources et les outils utilisés dans les organismes pour encourager des exercices de réflexion et de sécurisation culturelle chez leurs cadres supérieurs. Il serait ensuite possible d'en diffuser les résultats aux leaders de la santé publique et du système de santé en général.

Un autre aspect des valeurs relatives au leadership touche les connaissances tacites et la manière de communiquer ce savoir à l'ensemble de l'organisation. Il s'agit d'une question particulièrement pertinente si on veut appliquer une perspective d'équité en santé, car une bonne partie de ce savoir n'est pas explicite mais tacite. Il ne s'agit pas seulement de transmettre une base de connaissances ou de faire acquérir un éventail de compétences, mais de savoir comment les appliquer dans des situations données. Ce type de connaissances tacites se transmet bien plus efficacement dans le cadre de conversations continues et dans des milieux où les futurs leaders peuvent recevoir du soutien dans le temps.

Possibilité : Le Réseau collaboratif pour l'équité en santé du CCNDS offre aux praticiens de la santé publique et aux champions de l'équité des occasions d'échanger sur leurs connaissances et leurs expériences de travail et de soutenir leurs travaux mutuels au sujet de l'équité en santé. Cette plateforme pourrait servir d'outil pour aider les cadres supérieurs de la santé publique qui sont appelés à relever des défis d'un type particulier pour faire avancer le dossier de l'équité en santé au sein de leur organisme. Il serait également profitable pour eux d'échanger sur leurs expériences tout en mentorant les cadres nouvellement arrivés en poste.

3. Préparer les leaders de la santé publique à plaider pour que des efforts soient faits en faveur de l'équité en santé dans l'ensemble du système de santé

L'intégration du système de santé publique aux plus vastes réseaux de santé ne s'effectue sans heurt. Le processus donne cependant aux cadres supérieurs la possibilité d'insuffler une culture d'équité à l'ensemble du système de santé. Il faut pour ce faire être capable de faire valoir auprès de collègues médecins cliniciens l'importance du travail d'équité en santé et l'intérêt pour l'autorité de santé d'affecter des ressources à cet effet. Certaines des personnes interrogées ont dit ne pas être prêtes pour relever ce défi. Il leur faut être capables non seulement d'en établir le bien-fondé au nom de la santé publique, mais aussi d'expliquer les raisons pour lesquelles le dossier revêt de l'importance pour l'autorité de santé, et de le faire en utilisant des termes qui toucheront les cordes sensibles des autres cadres supérieurs. Certains des points soulevés par les personnes interrogées concernent la pertinence d'une approche d'équité en santé dans la pratique clinique, la nécessité de savoir déterminer les interventions susceptibles de favoriser l'équité en santé et les arguments expliquant la rentabilité des activités entourant l'équité en santé.

Possibilité : Il s'effectue en ce moment dans les centres de santé communautaire des travaux de pointe fondés sur une approche axée sur l'équité en santé dans le domaine de la santé communautaire. L'équipe du CCNDS devrait songer à apprendre des expériences des champions de l'équité en santé dans ces milieux de travail. Elle pourrait par exemple collaborer à l'élaboration d'études de cas, en faisant en sorte que les centres de santé communautaire unissent leurs efforts à ceux de la santé publique pour faire connaître ce qui se passe dans leur milieu. Cela pourrait aider à orienter d'autres projets de manière à y intégrer les programmes d'équité en santé, de santé publique et de santé communautaire.

L'instauration d'une culture d'équité implique entre autres d'enchâsser un impératif d'équité dans les mesures de changement systémique en cours. Les informateurs clés ont nommé les processus d'amélioration de la qualité, d'agrément et de planification stratégiques comme étant des possibilités intéressantes à cet égard.

Le principe d'amélioration de la qualité est bien ancré dans la culture des professionnels et des établissements de soins de santé au Canada. Les informateurs clés ont souvent répété y voir une belle occasion d'amener la perspective d'équité en santé à l'ensemble du système de santé. Jusqu'à maintenant, l'expérience montre que de passer par l'amélioration de la qualité pour intégrer une approche d'équité en santé fondée sur des données probantes peut se révéler une bonne stratégie de sensibilisation aux problèmes d'équité en santé. Ce genre de démarche peut en outre aider à gagner la confiance et l'aval de diverses branches du système au moment de passer à l'action pour améliorer l'équité de l'accès et des résultats.

L'agrément est également ressorti comme présentant une occasion de tenir compte de la perspective d'équité en santé dans les pratiques et la culture organisationnelles. Il serait particulièrement pertinent de mesurer le rendement dans des domaines comme l'évaluation des besoins et l'engagement communautaire si on veut appliquer un indicateur d'équité. Il existe en fait aux États-Unis un conseil d'agrément exprès pour la santé publique et où on a intégré un indicateur d'équité à l'ensemble des instruments de mesure (voir le Public Health Accreditation Board).

Comme il a été mentionné déjà, le triple objectif est un modèle souvent employé pour effectuer des changements systémiques et organisationnels dans le système de santé au Canada et aux États-Unis, particulièrement dans le contexte de la régionalisation et de la planification stratégique⁴. L'Institute for Health Improvement aux États-Unis a créé le modèle conceptuel du triple objectif qui demande d'axer l'orientation stratégique sur les trois dimensions suivantes simultanément :

1. Amélioration de l'expérience du patient en matière de soins (y compris la qualité et la satisfaction)
2. Amélioration de la santé des populations
3. Réduction du coût des soins de santé par habitant

Possibilité : Il serait possible aux échelles nationale, provinciales et territoriales d'explorer des façons de viser l'équité en santé de manière plus explicite en accompagnant le cadre d'équité d'un modèle conceptuel commun comme le triple objectif. On pourrait tout aussi bien appliquer le modèle du triple objectif à d'autres organismes responsables de la qualité des soins de santé (p. ex., Qualité des services de santé Ontario) et d'agrément dans le domaine des soins de santé (p. ex., Agrément Canada).

4. Soutenir la prise en compte de la notion d'équité dans les processus décisionnels fondés sur les données probantes

Les leaders et les praticiens du système de santé et de la santé publique peuvent avoir recours à diverses approches pour passer à l'action en se fondant d'abord sur les données probantes dont ils disposent, puis en apprenant chemin faisant, au lieu d'attendre les données probantes supposément parfaites.

En l'absence de données probantes quant à la voie à emprunter la plus efficace, les connaissances sur les trajectoires entre les déterminants sociaux de la santé et les iniquités de santé et les autres théories du changement étayant diverses approches peuvent aussi aider le personnel des organismes à bien réfléchir à ce qui pourrait fonctionner, aux éléments à cibler pour les interventions et à qui devrait prendre part au processus²².

Cela exigerait des leaders du système de santé et de la santé publique d'élaborer des mécanismes de prise de décision qui leur permettraient d'émettre des hypothèses, de mettre à l'essai de nouvelles approches et de recueillir des données en cours de route. Ce genre d'approche favoriserait l'apprentissage et l'innovation dans le domaine de la santé publique en fonction des meilleures données possibles.

Possibilité : Il importe que la santé publique accentue son rôle d'organisme d'apprentissage, en recourant à des mécanismes d'engagement communautaire et d'évaluation évolutive fondés sur des données probantes et axés sur les priorités en matière d'équité en santé.

On mentionne le plus souvent les données d'équité en santé et les indicateurs d'équité comme étant des éléments essentiels à l'intégration de l'équité dans les processus décisionnels fondés sur les données probantes. Des indicateurs fiables peuvent aider à définir les processus et les résultats à viser pour les activités d'équité en santé et servir de base pour mesurer les progrès dans le temps. Ils peuvent également constituer le fondement de la démarche pour faire rapport aux bailleurs de fonds et, ultimement, pour démontrer la valeur du travail visant à améliorer l'équité en santé sur les plans individuel et systémique.

Les parties prenantes des instances administratives nationales et provinciales travaillent à l'élaboration d'indicateurs d'équité depuis un certain nombre d'années. Dans des provinces comme la Colombie-Britannique et l'Ontario, on a cherché à définir des indicateurs d'équité et à en améliorer l'accès, tandis que des organismes responsables des données nationales, par exemple l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Statistique Canada, ont travaillé de concert pour fournir des statistiques de base axées sur l'équité; des données sur les tendances en matière d'équité sur des périodes de temps et une plateforme donnant accès à des données en temps réel sur l'équité pour l'ensemble des régions du Canada. (Voir, par exemple, la page Inégalités en santé de l'ICIS et la page Outil de données sur les inégalités en santé de l'ASPC.) Plus récemment, l'équipe de l'Institut de la santé publique et des populations (ISPP) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) a discuté avec des parties prenantes et des chercheurs du domaine de la santé publique de la valeur et de la faisabilité de créer un observatoire des données urbaines qui aurait la capacité d'inclure des indicateurs d'équité.

Lors de l'analyse du contexte réalisé par le CCNDS en 2010¹, les rapports sur l'état de santé des populations et les indicateurs d'équité étaient ressortis parmi les priorités. Le CCNDS a réalisé un certain nombre de projets pour soutenir et faire avancer ce dossier (p. ex., le document *Rapports sur l'état de santé des populations : la série « Apprenons ensemble »*). En outre, un texte revu par les pairs est présentement sous presse. L'un des principaux défis que le CCNDS a dû relever dans cette démarche a été d'assurer la pertinence et l'utilité de l'information pour l'ensemble des partenaires intersectoriels à l'échelle locale, car ceux-ci jouent un rôle prépondérant dans la mobilisation nécessaire pour améliorer l'équité en santé.

Possibilité : Les tenants de la santé publique ont une belle occasion de faire participer les partenaires intersectoriels aux rapports sur l'état de santé des populations afin d'accroître l'utilisation des données probantes dans les processus décisionnels à l'échelle locale, de même que pour rehausser le profil des priorités et des réalisations de la santé publique tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du système de santé. Il faudrait fournir aux praticiens de la santé publique la formation et les outils nécessaires pour faire participer les membres de la collectivité aux processus d'évaluation et d'amélioration des services de santé communautaire.

5. Appuyer un engagement ancré dans la collectivité comme fondement de l'action pour l'équité en santé

Les leaders interrogés dans le cadre de la présente analyse contextuelle ont fait observer qu'une bonne partie des tendances exerçant une influence sur le travail de la santé publique au Canada à l'heure actuelle — l'amalgame aux réseaux de services de santé ayant une seule structure de gouvernance, la pression à normaliser les services, la redéfinition des postes en santé publique afin de faire jouer au personnel un rôle de spécialiste dans la collectivité et de réduire le temps consacré aux partenaires de la collectivité — ont pour effet d'éloigner de plus en plus les organismes de la santé publique des collectivités qu'ils desservent. Ces tendances influent également sur la culture des organismes de santé publique qui s'oriente inexorablement vers la « prestation des services » au détriment du principe de « partenaires communautaires ». Il est difficile dans cette conjoncture de faire des pas pour l'équité en santé.

Les systèmes de santé se concentrent sur les approches médicalisées. Ce sont les traitements et les soins qui dictent leurs actions. Il est par conséquent difficile de ramener à l'avant-plan la perspective d'équité en santé. La santé publique doit concentrer ses efforts sur le développement communautaire et l'engagement communautaire pour pouvoir connaître les priorités de la collectivité et s'en servir pour favoriser un changement de culture dans le système de santé. Notre stratégie devrait consister à mobiliser les gens ayant une expérience vécue afin qu'ils nous aident à mieux comprendre les enjeux.

INFORMATEUR CLÉ, MILIEU DE LA RECHERCHE

Le commentaire-ci-dessus montre l'importance du leadership relationnel, que l'on surnomme parfois « leadership dans un environnement complexe²³ ». Ce type de leadership favorise les conditions propices à jeter un pont entre le leadership administratif exercé habituellement dans les structures organisationnelles et le leadership adaptatif exercé habituellement dans les milieux de travail encourageant l'innovation et le changement. Dans son rapport d'interrogation appréciative sur le leadership efficace pour faire avancer l'équité en santé²⁴, l'équipe du CCNDS qualifie le leadership relationnel de stratégie capable de jeter un pont entre l'activité organisationnelle et l'action communautaire. Ce type de leadership permet aux leaders de naviguer dans les « méandres » afin d'établir un pont ou d'établir des liens utiles et authentiques entre l'organisation et le système officiels et les gens, les collectivités, les partenaires et les acteurs d'autres secteurs¹⁰.

En l'absence d'une culture organisationnelle favorable, même le leadership le plus compétent ne mènera pas à l'action. Il faut soutenir le changement organisationnel nécessaire à l'instauration d'une culture d'équité au sein du système de santé.

Possibilité : Il y aurait lieu d'encourager la santé publique à utiliser un modèle d'apprentissage réaliste comme celui du « communityship » (« axé sur la collectivité ») pour éclairer et enrichir ses propres activités, de même que pour en faire profiter et éclairer les activités du secteur de la santé dans son ensemble. Il faudra pour ce faire établir des partenariats intersectoriels entre le système de santé, d'autres prestataires de services et des organismes communautaires afin de faciliter le travail à faire en matière de déterminants sociaux de la santé pour améliorer l'équité en santé. À l'interne, le système de santé devra étudier l'apport de l'équité dans l'atteinte des objectifs « d'une meilleure santé, de meilleurs soins et d'une meilleure valeur », et peut-être recadrer le mode de prestation des services (p. ex., stratégies de logement intégrées aux initiatives de soins de santé communautaire, initiatives « Hôpital promoteur de la santé »).

6. DERNIÈRES OBSERVATIONS

La présente analyse du contexte avait pour objet de décrire l'incidence des changements dans la capacité organisationnelle et de leadership du système de santé publique canadien pour mener une action concrète et remédier aux iniquités de santé. Les informateurs clés ont confirmé ce que les leaders de la santé publique rapportent publiquement depuis un certain temps^{7,8} à l'effet que la diminution de la capacité organisationnelle et de leadership à respecter ses priorités nuit à la capacité de la santé publique et du système de santé en général à remédier aux iniquités dans les résultats de santé.

L'exercice d'analyse contextuelle a permis d'explorer les pistes d'action à suivre par les acteurs de la santé publique pour renforcer la capacité organisationnelle et de leadership nécessaire pour lutter contre les iniquités de santé. Les informateurs clés ont fait observer que les valeurs sous-jacentes aux processus de changement jouent un rôle prépondérant dans les résultats, et qu'il faut instaurer une culture d'équité si nous voulons atteindre l'équité dans les résultats de santé de la population canadienne dans son ensemble.

À cet effet, nous avons réexaminé les quatre rôles à jouer par la santé publique pour favoriser l'équité en santé qui étaient ressortis de l'analyse du contexte du CCNDS en 2010¹. Ce faisant, nous avons également examiné la question de savoir quelles ressources se révèlent essentielles à l'incarnation de ces rôles et dans quelles ressources il serait possible de puiser à des fins de développement organisationnel et systémique. Le Modèle d'instauration d'une culture d'équité (voir le **diagramme 1** mentionnées à la page 31) qui s'est dégagé de cet exercice montre explicitement le lien entre l'action de la santé publique (les quatre rôles) et les processus de changement organisationnel et collectif destinés à soutenir l'équité en santé. Les moyens d'action font le pont entre les rôles et les processus de changement en fournissant l'information et les outils dont ont besoin les praticiens de la santé publique pour remplir les quatre rôles et instaurer une culture d'équité. Ces moyens d'action sont les suivants :

- **Leadership** : leadership officiel et leadership systémique (transformationnel)
- **Données probantes** : issues de travaux de recherche et d'évaluation afin d'orienter le processus décisionnel
- **Communication** : pour cadrer, sensibiliser et informer, tant à l'interne qu'à l'externe
- **Formation** : perfectionnement des compétences et établissement de partenariats

Les propos des informateurs clés nous ont permis de faire ressortir les prochaines étapes possibles, que nous avons ensuite groupés en cinq champs d'action précis pour développer la capacité organisationnelle et la capacité de leadership nécessaires pour améliorer l'équité en santé. Les champs d'action recommandés sont les suivants :

1. Inscrire l'équité en santé dans les valeurs fondamentales du système de santé
2. Encourager chez les leaders un exercice de réflexion fondé sur les valeurs
3. Préparer les leaders de la santé publique à plaider pour que des efforts soient faits en faveur de l'équité en santé dans l'ensemble du système de santé
4. Soutenir la prise en compte de la notion d'équité dans les processus décisionnels fondés sur les données probantes
5. Appuyer un engagement ancré dans la collectivité comme fondement de l'action pour l'équité en santé

Nous avons sélectionné les stratégies possibles décrites sous chacun des champs d'action en fonction de leur concordance avec le rôle d'application des connaissances du CCNDS. Toutefois, les moyens d'action (leadership, données probantes, communication et formation) insérés dans le diagramme sont les mêmes que ceux qui sont nécessaires pour soutenir les rôles de la santé publique pour améliorer l'équité en santé dans toutes les instances administratives (locales, provinciales, territoriales et nationales). Ultimement, notre démarche pour améliorer l'équité en santé implique l'instauration d'une culture d'équité au sein de la santé publique, du système de santé en général et de la collectivité. Mieux comprendre les processus de changement liés à l'instauration d'une culture d'équité nous aiderait certainement à mieux atteindre nos objectifs d'équité en santé au Canada.

7. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2011). *L'intégration des déterminants sociaux de la santé dans les pratiques de santé publique au Canada : Analyse du contexte en 2010* [Internet]. Antigonish [N.-É.] : CCNDS, Université St. Francis Xavier [cité le 14 mars 2018]. 90 p. À récupérer de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/scan>
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2014). *Aviver l'intérêt : Appliquer les connaissances pour faire avancer l'équité en santé – Analyse du contexte 2014* [Internet]. Antigonish [N.-É.] : CCNDS, Université St. Francis Xavier [cité le 15 mars 2018]. 53 p. À récupérer de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/boosting-momentum>
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2013). *Le rôle de la santé publique dans l'amélioration de l'équité en santé : Parlons-en* [Internet]. Antigonish [N.-É.] : CCNDS, Université St. Francis Xavier [cité le 15 mars 2018]. 5 p. À récupérer de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/lets-talk-public-health-roles>
- Bergevin, Y., B. Habib, K. Elicksen, S. Samis, J. Rochon, C. Adaimé, G. Boucher, J.-L. Denis et D. Roy. (2016). *Vers le triple objectif visant une meilleure santé, de meilleurs soins et une meilleure valeur pour les Canadiens : transformer les régions en systèmes de santé à rendement élevé* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé [cité le 14 mars 2018]. À récupérer de <http://www.fcass-cfhi.ca/sf-docs/default-source/on-call/oncall-regionalization-report-f.pdf?sfvrsn=2>
- Marchildon, G.P. (2013). Canada : Examen du système de santé. *Systèmes de santé en transition*. Vol. 15, n° 1, p. 1 à 183.
- Potvin, L. (2014). La santé publique canadienne en état de siège. *Revue canadienne de santé publique*. Vol. 105, n° 6, p. e401 à e403.
- Guyon, A. et R. Perreault. (2016). Public health systems under attack in Canada: Evidence on public health system performance challenges arbitrary reform. *Revue canadienne de santé publique*. Vol. 107, n° 3, p. e326 à e329.
- Guyon, A., T. Hancock, M. Kirk, M. MacDonald, C. Neudorf, P. Sutcliffe, J. Talbot et G. Watson-Creed. (2017). L'affaiblissement de la santé publique : une menace pour la santé des populations et la viabilité du système de soins de santé. Éditorial. *Revue canadienne de santé publique*. Vol. 108, n° 1, p. e1 à e6.
- Kirk, M., L. Tonn-Bonde et R. Schreiber. (2014). Public health reform and health promotion in Canada. *Global Health Promotion*. Vol. 21, n° 2, p. 15 à 22.
- Betker, R.C. (2016). *Public health leadership to advance health equity: a scoping review and metasummary* [thèse de doctorat, Internet]. Saskatoon (Sask.) : College of Nursing, Université de la Saskatchewan [cité le 15 mars 2018]. 249 p. À récupérer de <https://ecommons.usask.ca/handle/10388/7642> (en anglais)
- Gouvernement de l'Ontario. (2017). *La santé publique au sein d'un système intégré de santé : Rapport du comité ministériel d'experts sur la santé publique* [Internet]. Toronto (Ont.) : Gouvernement de l'Ontario [cité le 14 mars 2018]. 30 p. À récupérer de http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/public-health_panel_17/expert_panel_report.pdf
- Ministre de la santé. (2008). *L'administrateur en chef de la santé publique : Rapport sur l'état de la santé publique au Canada, 2008 – S'attaquer aux inégalités en santé* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement de Canada [cité le 14 mars 2018]. 108 p. À récupérer de <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/cphorsphc-respcacsp/2008/fr-rc/pdf/CPHO-Report-f.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada. *Compétences essentielles en santé publique au Canada : Version 1.0* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada [cité le 14 mars 2018]. 27 p. À récupérer de <http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/ccph-cesp/pdfs/cc-manual-fra090407.pdf>
- Infirmières et Infirmiers en santé communautaire du Canada. (2009). *Compétences des soins infirmiers de santé publique : Version 1.0* [Internet]. St John's (T.-N.-L.) : IISCC [cité le 14 mars 2018]. 15 p. À récupérer de <https://www.chnc.ca/fr/comp-tences>
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2008). *Normes de santé publique de l'Ontario 2008* [Internet]. Ottawa (Ont.) : ministre de la Santé et des Soins de longue durée, Division de la santé de la population et de la santé publique, ministère de la Santé et des Soins de longue durée [cité le 14 mars 2018]. 195 p. À récupérer de <http://www.ontla.on.ca/library/repository/mon/23007/287370.pdf>
- Ministère de la Santé. (2013). *Promote, protect, prevent: our health begins here: BC's guiding framework for public health* [Internet]. Victoria (C.-B.) : Gouvernement de la Colombie-Britannique [cité le 14 mars 2018]. 57 p. À récupérer de <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2013/BC-guiding-framework-for-public-health.pdf> (en anglais)
- Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). *Appels à l'action* [Internet]. Winnipeg (Man.) : Commission de vérité et réconciliation du Canada [cité le 14 mars 2018]. 13 p. À récupérer de http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/2015/Findings/Calls_to_Action_French.pdf
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2016). *Programme commun pour soutenir l'action de la santé publique en matière d'équité en santé* [Internet]. Antigonish [N.-É.] : CCNDS, Université St. Francis Xavier [cité le 14 mars 2018]. 40 p. À récupérer de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/common-agenda-for-public-health-action-on-health-equity>
- Brooks, D., M. Douglas, N. Aggarwal, S. Prabhakaran, K. Holden et D. Mack. (2017). Developing a framework for integrating health equity into the learning health system. *Learning Health Systems*. Vol. 2017, n° 1, p. e10029 [9 p.].

20. Mintzberg, H. (15 septembre 2017). *Transformation from the top? How about engagement on the ground?* [Blogue] [Internet]. [Endroit inconnu] : Henry Mintzberg [cité le 15 mars 2018]. À récupérer de <http://www.mintzberg.org/blog/transformation-from-the-top-how-about-engagement-on-the-ground> [en anglais]
21. Anishnawbe Health Toronto. (c2011). *Aboriginal cultural safety initiative* [Internet]. Victoria (C.-B.) : RRSA aux soins du CAHR, Université de Victoria [cité le 15 mars 2018]. À récupérer de <http://www.aht.ca/component/content/article/91-acs/104-aboriginal-cultural-safety-initiative> [en anglais]
22. Sadana, R. et E. Blas. (2013). What can public health do to improve health equity? *Public Health Reports*. Vol. 128, suppl. 3, p. 12 à 20.
23. Uhl-Bien, M., R. Marion et B. McKelvey. (2007). Complexity leadership theory: shifting leadership from the industrial age to the knowledge era. *Leadership Quarterly*. Vol. 18, n° 4, p. 298 à 318.
24. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2013). *En santé publique, quels facteurs facilitent l'exercice d'un leadership efficace en matière d'équité en santé? Interrogation appréciative* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier [cité le 15 mars 2018]. 18 p. À récupérer de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/leadership-app-inquiry>
25. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2014). *Glossaire français des principaux termes sur l'équité en santé* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier [cité le 15 mars 2018]. 6 p. À récupérer de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/english-glossary-of-essential-health-equity-terms>
26. Organisation mondiale de la Santé. (c2018). *Health systems strengthening glossary* [Internet]. [Endroit inconnu] : OMS [cité le 15 mars 2018]. À récupérer de http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html [en anglais]
27. Santé Canada. (2012). *Qu'est-ce que l'approche axée sur la santé de la population?* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada [cité le 15 mars 2018]. À récupérer de <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/population-health-approach.html>
28. Butler-Jones, D. (2008). « Qu'est-ce que la santé publique? » dans *Rapport de l'Administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2008*. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada, p. 7 à 16. À récupérer de <https://www.canada.ca/en/public-health/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/report-on-state-public-health-canada-2008/chapter-2a.html>
29. Centres for Disease Control and Intervention. (2017). The public health system and the 10 essential public health services [Internet]. Atlanta (Ga.) : CDC [cité le 15 mars 2018]. À récupérer de <https://www.cdc.gov/stltpublichealth/publichealthservices/essentialhealthservices.html> [en anglais]
30. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2017). « The root causes of health inequity » dans *Communities in action: pathways to health equity*. Washington (D.C.) : The National Academies Press, p. 99 à 184.
31. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2014). Résumé : l'intégration des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé dans les pratiques de santé publique au Canada : analyse du contexte en 2010 [Internet]. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier [cité le 15 mars 2018]. 4 p. À récupérer de http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Executive_Summary_FR1.pdf.
32. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2014). Sommaire : Vivre l'intérêt : Appliquer les connaissances pour faire avancer l'équité en santé [Internet]. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier [cité le 15 mars 2018]. 4 p. À récupérer de http://nccdh.ca/images/uploads/SOMMAIRE_Analyse_du_contexte_2014.pdf.
33. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2017). Encourager une culture d'équité : objectifs et approches d'un programme commun pour soutenir l'action de la santé publique – résumé. Antigonish (N.-É.), Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier. À récupérer de http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Common_Agenda_Summary_FR.pdf.

ANNEXE 1

GLOSSAIRE

Les définitions ci-dessous se trouvent dans le Glossaire en ligne du CCNDS²⁵.

INÉGALITÉS DE SANTÉ

Les inégalités de santé sont des différences dans l'état de *santé* des individus qui ne relèvent pas de l'environnement ou de conditions socio-économiques.

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ OU INIQUITÉS DE SANTÉ

Les *inégalités sociales de santé* font référence à des écarts de santé associés à des avantages ou à des désavantages sociaux (p. ex. revenu, niveau de scolarité, inclusion sociale). Ces écarts sont injustes et évitables et il est possible de les atténuer.

Les *inégalités sociales de santé* se répartissent selon le gradient social.

Les expressions « *inégalités sociales de santé* » et « *iniquités de santé* » s'utilisent parfois de manière interchangeable.

ÉQUITÉ EN SANTÉ

L'*équité en santé* signifie que toutes les personnes de tous les groupes sociaux ont les mêmes possibilités d'atteindre un état de santé optimal sans être défavorisées en raison de leurs conditions sociales, économiques, environnementales et culturelles.

POPULATIONS MARGINALISÉES

Les *populations marginalisées* sont des groupes ou communautés qui vivent des expériences de discrimination ou d'exclusion.

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Les *déterminants sociaux de la santé* sont des facteurs interdépendants d'ordre social, politique, économique et culturel qui créent les conditions dans lesquelles les personnes vivent, apprennent, travaillent et se divertissent. L'interaction entre les déterminants sociaux de la santé amène ces conditions à se transformer et à changer au fil du temps et de la vie, influençant la santé des individus, des groupes et des collectivités de différentes façons.

CIBLAGE DANS UN CADRE D'UNIVERSALITÉ

Le *ciblage dans un cadre d'universalité* concerne la prestation des programmes et des services de manière à les rendre accessibles à tous (universels) mais aussi à faire en sorte que les *populations vulnérables ou marginalisées* aient accès aux services et au soutien dont elles ont besoin (ciblés).

La liste ci-dessous contient d'autres termes et définitions, ainsi qu'une source primaire (dans la mesure du possible) à consulter au besoin.

SECTEUR DE LA SANTÉ

La main-d'œuvre responsable d'exécuter les programmes et de fournir les services au sein du système de santé. [Aucune source]

SYSTÈME DE SANTÉ²⁶

Système de santé : (i) toutes les activités qui visent d'abord à promouvoir, à rétablir et à maintenir la santé; (ii) le personnel, les établissements et les ressources combinées en conformité avec les politiques établies dans le but d'améliorer l'état de santé des populations desservies, tout en répondant aux légitimes attentes des gens et en les protégeant des conséquences d'une mauvaise santé en leur proposant diverses mesures destinées avant tout à améliorer la santé. [Traduction libre]

SANTÉ DE LA POPULATION²⁷

L'approche axée sur la santé de la population vise à améliorer l'état de santé d'une population entière et à réduire les inégalités en matière de santé entre différents groupes démographiques. Pour atteindre ce double objectif, cette discipline se penche sur le vaste éventail de facteurs et de conditions exerçant le plus d'incidence sur notre santé.

SANTÉ PUBLIQUE²⁸

La santé publique est définie comme les efforts organisés de la société pour maintenir les personnes en santé et éviter les blessures, les maladies et les décès prématurés. Il s'agit d'un mélange de programmes, de services et de politiques qui protègent et favorisent la santé des Canadiens.

SECTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE

La main-d'œuvre dont la première responsabilité consiste à exécuter les programmes et à fournir les services de santé publique qui s'inscrivent dans le secteur de la santé en général. [Aucune source]

SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIQUE²⁹

Les systèmes de santé publique se définissent généralement comme regroupant « l'ensemble des établissements publics, privés et bénévoles qui participent à la prestation des services de santé publique essentiels dans une région administrative donnée ». Ce concept donne l'assurance que les contributions de tous les établissements à la santé et au mieux-être de la collectivité ou, encore, de la province ou du territoire sont pris en compte dans l'évaluation de la prestation des services de santé publique.

Le système de santé publique englobe :

- les organismes de santé publique de compétence locale, provinciale ou territoriale;
- les fournisseurs de soins de santé;
- les organismes de sécurité publique;
- les organismes de bienfaisance et d'aide humanitaire;
- les organismes pour le développement de la jeunesse et l'éducation;
- les organismes de loisirs et à vocation artistique;
- les organismes philanthropiques et de développement économique;
- les agences et organismes environnementaux. [Traduction libre]

INIQUITÉ STRUCTURELLE³⁰

On entend par iniquités structurelles les désavantages systémiques que connaît un groupe social contrairement à d'autres groupes de son milieu de vie. Le terme englobe les politiques, les lois, la gouvernance et la culture et se rapporte à la race, à l'ethnicité, au genre ou à l'identité de genre, à l'orientation sexuelle et à d'autres domaines. [Traduction libre]

ANNEXE 2

QUESTIONS DE RECHERCHE PRÉLIMINAIRES

TIRÉ DE L'APPEL D'OFFRES LANCÉ EN MARS 2017

1. Quelle est la situation actuelle de l'action exercée en santé publique au Canada pour influencer sur les déterminants sociaux de la santé et améliorer l'équité en santé?
 - a. Quelles sont les actions ou les interventions en cours (sur le plan pratique et organisationnel) en santé publique?
 - b. Quelles sont les actions ou les interventions prometteuses ou qui semblent porter des fruits?
 - c. Quels sont les principaux obstacles, besoins, lacunes?
2. Quelles sont les possibilités à saisir en santé publique pour mener une action afin d'influer sur les déterminants sociaux de la santé et améliorer l'équité en santé?
 - a. Quelles sont les occasions par rapport aux trois domaines considérés comme des priorités dans le Programme commun pour soutenir l'action de la santé publique en matière d'équité en santé¹⁸ (établir des bases solides pour passer à l'action; produire une bonne base de connaissances et l'utiliser; collaborer avec des partenaires hors du secteur de la santé)?
 - b. Qui, parmi les parties prenantes, est bien placée pour prendre le leadership et saisir les occasions qui se présentent?
3. Sur quels plans le CCNDS peut-il faire un bon travail pour mobiliser les connaissances nécessaires pour atteindre ses trois objectifs (accroître les connaissances, les compétences et le leadership; renforcer les réseaux; encourager les recherches)?
 - a. Quelle est la niche du CCNDS à l'heure actuelle? De qui se composent les auditoires primaires et secondaires (système de santé publique officiel, influenceurs et intervenants en santé publique) associés à cette niche?
 - b. Quelles sont les occasions à saisir pour peaufiner la niche et les auditoires du CCNDS? Quels facteurs pourraient aider l'organisme à se démarquer de ses partenaires et de ses compétiteurs?
 - c. Quels outils de mobilisation des connaissances pourraient se révéler les plus utiles pour communiquer avec les auditoires cibles du CCNDS et les soutenir, y compris les plateformes virtuelles, le rôle de convocation et la technologie, et l'amélioration des partenariats?

ANNEXE 3

MEMBRES DU GROUPE CONSULTATIF

GROUPE CONSULTATIF SUR L'ANALYSE CONTEXTUELLE

1. Louis Sorin, expert-conseil (pour la majeure partie du projet d'analyse contextuelle, il était président-directeur général d'End Homelessness Winnipeg)
2. Sana Shahram, boursière de recherches postdoctorales, chargée de cours à temps partiel, MSFHR et Centre for Addictions Research of BC (CAEBC), et épidémiologiste sociale, Interior Health Authority, Université de la Colombie-Britannique (campus Okanagan)
3. Padi Meighoo, doctorante, Arthur Labatt Family School of Nursing, Université Western (Ontario)
4. Louise Potvin, Chaire de recherche du Canada, Approches communautaires et inégalités de santé
5. Claire Betker, directrice de la santé de la population et de l'équité en santé, Division de la santé publique, Santé, Aînés et Vie active Manitoba

ANNEXE 4

COLLECTE DES DONNÉES — TABLE RONDE

MÉTHODE DE COLLECTE DES DONNÉES

- Table ronde d'une durée de deux heures
- Animée par Ken Hoffman (expert-conseil)

BUT ET OBJECTIFS

- Tirer profit de la conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique (Halifax, juin 2017) et inviter des champions de l'équité en santé sur les scènes canadienne et internationale et le personnel du CCNDS à participer à une table ronde
- Animer une conversation stratégique de haut niveau sur l'état actuel de l'équité en santé dans le secteur de la santé publique au Canada et sur le rôle stratégique que pourrait jouer le CCNDS pour faire avancer le dossier dans le contexte actuel

PARTICIPANTS

PERSONNEL DU CCNDS	« CHAMPIONS » DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ
» Connie Clement — directrice scientifique	» David Butler-Jones, Direction générale de la Santé des Premières Nations et des Inuits, bureau régional de l'Atlantique
» Faith Layden — gestionnaire de programmes	» Annette Elliot Rose, Direction générale de la Santé des Premières Nations et des Inuits, bureau régional de l'Atlantique
» Jacqueline MacDonald — adjointe administrative	» Louise Potvin, Chaire de recherche du Canada, Approches communautaires et inégalités de santé
» Danielle MacDonald — agente de recherche	» Sana Shahram, doctorante, Université de Victoria
» Karen Fish — spécialiste du transfert des connaissances	» Jenny Popay, University of Manchester
» Dianne Oickle — spécialiste du transfert des connaissances	» Margaret Barry, National University of Galway, Irlande
» Sume Ndumbe-Eyoh — spécialiste du transfert des connaissances	
» Lesley Dyck — spécialiste du transfert des connaissances	
» Pemma Muzumdar — coordonnatrice des communications (CCNSP)	

MÉTHODE ET PROTOCOLE D'ENTRETIENS

On a invité les participants à lire les documents d'information ci-dessous avant l'entretien :

- *Programme commun pour soutenir l'action de la santé publique en matière d'équité en santé*¹⁸
- Analyse du contexte en 2010¹ — Résumé³¹
- Analyse du contexte en 2014² — Sommaire³²

Les questions suivantes ont servi à alimenter les discussions :

- Selon vous, où en est l'équité en santé dans le secteur de la santé publique au Canada? Dans quelles régions en tient-on compte assez systématiquement? Où se situent les occasions de bien ancrer les activités pour atteindre cet objectif? Qui sont les principaux acteurs et quels sont les principaux moteurs?
- Dans le secteur de la santé publique actuel, quels sont les principaux obstacles à l'avancement du dossier de l'équité en santé? Quelles sont les conditions préalables à remplir pour tirer profit des atouts et des possibilités dans ce dossier?
- Où se situent les occasions d'agir stratégiquement pour le CCNDS? Sur quels plans le CCNDS a-t-il très bien réussi et sur quels plans a-t-il moins réussi? Comment le CCNDS pourrait-il s'y prendre pour tirer profit de ses relations et de ses ressources?

ANNEXE 5

COLLECTE DES DONNÉES – ENTRETIENS AVEC LES INFORMATEURS CLÉS

MÉTHODE DE COLLECTE DES DONNÉES

- Entretiens avec des informateurs clés, c'est-à-dire 21 cadres de direction de la santé publique, du système de santé ou du milieu de la recherche sous forme d'entretiens téléphoniques individuels d'une durée d'environ une heure
- Entretiens (19) réalisés par Ken Hoffman (expert-conseil)
- Connie Clement (directrice scientifique du CCNDS) a mené la moitié des entretiens avec des chercheurs (2)

BUT ET OBJECTIFS

- Avoir une idée de la perception et des démarches des personnes occupant des postes de direction dans des organismes de la santé publique ou des entités du système de santé (p. ex., autorités de la santé, ministères de la Santé) relativement à l'équité en santé
- Avoir une idée de l'état actuel du système de santé publique et des travaux de recherche en matière d'équité en santé

PARTICIPANTS

NOM	TITRE ET ORGANISME D'ATTACHE	SECTEUR DU POSTE DE DIRECTION
David Allison	Médecin hygiéniste en chef, ministère de la Santé et des Services communautaires, Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador (St. John's, Terre-Neuve-et-Labrador)	Santé publique
Sandra Allison	Vice-présidente et médecin hygiéniste en chef, Northern Health (Prince George, Colombie-Britannique)	Santé publique
Claire Betker	Directrice générale par intérim, Population et Santé publique, Santé, Ânés et Vie active Manitoba (Winnipeg, Manitoba)	Recherche
Luc Boileau	Président, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec, Québec)	Santé publique
Sabrina Broadhead	Directrice, Division de la santé des Autochtones et du mieux-être communautaire, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (Yellowknife, Territoires du Nord-Ouest)	Système de santé
Helga Bryant	Présidente-directrice générale, Office régional de la santé du Nord (Flin Flon, Manitoba)	Système de santé
Freda Burkholder	Gestionnaire, Unité des capacités en santé publique et de la gestion du savoir, Agence de la santé publique du Canada (région de l'Ontario) (Toronto, Ontario)	Santé publique
Marisa Creatore	Directrice scientifique adjointe, Institut de la santé publique et des populations des IRSC (Toronto, Ontario)	Santé publique
Peter Donnelly	Président-directeur général, Santé publique Ontario (Toronto, Ontario)	Santé publique
Jacques Duclos	Vice-président, Services communautaires et Santé mentale, Réseau de santé Vitalité (Campbellton, Nouveau-Brunswick)	Système de santé
Gerry Gallagher	Directrice exécutive, Centre de prévention des maladies chroniques et de l'équité en santé, Agence de la santé publique du Canada (Ottawa, Ontario)	Santé publique

NOM	TITRE ET ORGANISME D'ATTACHE	SECTEUR DU POSTE DE DIRECTION
Deb Gordon	Vice-président et administratrice en chef de la santé, Alberta Health (Edmonton, Alberta)	Système de santé
Ak'ingabe Guyon	Médecin spécialiste en santé publique et en médecine préventive, Santé publique Montréal, et professeure de clinique en santé publique, Université de Montréal (Montréal, Québec)	Santé publique
Michelle Kilborn	Analyste et chercheuse, Alberta Health Services (Calgary, Alberta)	Recherche
Carol MacKinnon	Directrice générale, Santé publique et Populations, Santé Nouvelle-Écosse (Kentville, Nouvelle-Écosse)	Santé publique
Glen Mays	Titulaire de la Chaire professorale en recherche sur les services et les systèmes de santé F. Douglas Scutchfield, University of Kentucky College of Public Health (Lexington, Kentucky, États-Unis)	Recherche
Marie DesMeules	Directrice, Division des déterminants sociaux, Agence de la santé publique du Canada (Ottawa, Ontario)	Santé publique
Cory Neudorf	Médecin hygiéniste en chef, Région sanitaire de Saskatoon (Saskatoon, Saskatchewan)	Santé publique
Bernie Pauly	Professeure agrégée, School of Nursing, scientifique, Centre for Addictions Research of BC, Université de Victoria (Victoria, BC)	Recherche
David Sabapathy	Médecin hygiéniste en chef adjoint, ministère de la Santé et du Mieux-être, Île-du-Prince-Édouard (Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard)	Santé publique
Sabrina Turgeon	Animatrice, Vie saine, Santé Sud (Southport, Manitoba)	Santé publique

MÉTHODE ET PROTOCOLE D'ENTRETIENS

Les entretiens se sont déroulés suivant un protocole d'entretiens semi-directifs comportant deux séries de questions. La première série (A) s'adressait aux informateurs clés des catégories des cadres de direction de la santé publique et des cadres de direction du système de santé, et comportait certaines adaptations pour chacune de ces deux catégories (voir ci-dessous). La deuxième série (B) s'adressait aux informateurs clés de la catégorie des chercheurs du domaine de la santé publique.

A. QUESTIONS – Spécialistes en santé publique et cadres de direction du système de santé

PRÉAMBULE

Pour son analyse du contexte, le CCNDS cherche principalement à en savoir plus sur trois facettes de la capacité de la santé publique à soutenir une action sur les déterminants sociaux pour faire avancer l'équité en santé :

- le rôle du leadership en santé publique et dans le système de santé en général;
- l'interrelation entre la santé publique et le reste du système de santé;
- le rôle des structures, des valeurs et des pratiques organisationnelles.

QUESTIONS

Structure organisationnelle et rôle et fonctions au sein de l'organisme

1. Veuillez donner une description de vos fonctions et de vos principaux champs de responsabilité. (Au besoin, demandez des précisions au sujet du rôle de la personne et du mandat de l'organisme.)

Expérience en matière de déterminants sociaux de la santé et d'équité en santé

2. De quelle façon votre organisme a-t-il exercé une influence sur les déterminants sociaux de la santé afin d'améliorer l'équité en santé? Pourriez-vous donner quelques exemples. Quel genre de soutien ou de circonstances a permis à votre organisme d'agir ainsi?

Changements dans les politiques et partenariats

3. Comment votre organisme contribue-t-il aux changements dans les politiques pour remédier aux problèmes observés sur le plan des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé?
4. Comment votre organisme s'y prend-il pour travailler en partenariat afin d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et de favoriser ainsi l'équité en santé : a) avec d'autres partenaires du secteur de la santé et b) avec des organismes d'autres secteurs?

Rôle de la santé publique

5. a) Quel rôle la santé publique joue-t-elle dans votre organisme pour faire avancer le dossier des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé? (Veuillez donner des exemples.) Voyez-vous des possibilités où la santé publique pourrait s'investir davantage? À quoi ressemblerait cette plus grande participation?
b) Quels sont les obstacles et les possibilités qui se présenteraient si la santé publique voulait jouer un rôle plus important en matière de déterminants sociaux de la santé et d'équité en santé dans le système au sein duquel vous travaillez? (Spécialistes de la santé publique seulement)

Action menée sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé : possibilités et obstacles

6. En accordant plus d'importance aux déterminants sociaux de la santé et à l'équité en santé, en quoi cela permettrait-il d'atteindre plusieurs objectifs du système de santé en même temps? À votre avis, quelles possibilités cela laisse-t-il entrevoir?
7. Y a-t-il des désavantages à accorder plus d'importance aux déterminants sociaux de la santé et à l'équité en santé?

Soutiens organisationnels et structurels en faveur d'une action sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé

8. Où se trouve la responsabilité de s'occuper des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé dans votre organisme?
9. Dans votre organisme, quels sont les principes de gouvernance, les politiques ou les structures qui orientent ou favorisent l'importance accordée aux déterminants sociaux de la santé et à l'équité en santé?
10. Quels éléments de la culture et des valeurs de votre organisme soutiennent-ils une action sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé? Comment sont-ils véhiculés dans le reste de votre organisme?

Avenir et rôle du CCNDS

11. Qu'est-ce qui aiderait votre organisme à intensifier son action sur les déterminants sociaux de la santé et en faveur de l'équité en santé? Quels sont les obstacles?
12. Sur quel plan serait-il possible d'institutionnaliser l'approche en matière de déterminants sociaux de la santé et d'équité en santé dans vos pratiques organisationnelles actuelles? (Par exemple : l'orientation stratégique? les priorités? les populations cibles? l'amélioration de la qualité?)
13. a) Vers quels groupes ou organismes vous tournez-vous pour obtenir de l'information ou de l'aide par rapport aux déterminants sociaux de la santé et à l'équité en santé? (Spécialistes de la santé publique seulement)
b) Vers quels groupes ou organismes vous tournez-vous pour obtenir de l'information ou de l'aide au moment de planifier et d'exécuter l'engagement de votre organisme relativement aux déterminants sociaux de la santé et à l'équité en santé? (Cadres de direction du système de santé seulement)
14. Quel rôle pourrait jouer le CCNDS, en tant que centre (d'application) des connaissances en santé publique, pour aider votre organisme dans ses actions sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé?
15. Avez-vous d'autres commentaires à formuler?

B. QUESTIONS – Chercheurs

PRÉAMBULE

Pour son analyse du contexte, le CCNDS cherche principalement à en savoir plus sur trois facettes de la capacité de la santé publique à soutenir une action sur les déterminants sociaux pour faire avancer l'équité en santé :

- le rôle du leadership en santé publique et dans le système de santé en général;
- l'interrelation entre la santé publique et le reste du système de santé;
- le rôle des structures, des valeurs et des pratiques organisationnelles.

QUESTIONS

Leadership en santé publique et dans le système de santé en général

1. Qu'est-ce qui se dégage des travaux de recherche les plus récents en ce qui concerne le rôle du leadership en santé publique et dans le système de santé dans la prise de mesures par rapport aux déterminants sociaux de la santé pour favoriser l'équité en santé?
2. Quelles sont les principales qualités, compétences et démarches utilisées par les leaders de la santé publique et du système de santé qui connaissent du succès au chapitre de l'instauration d'une culture organisationnelle qui invite à agir sur les déterminants sociaux pour soutenir l'équité en santé?
3. De quelle manière pourrait-on appuyer ce rôle de leadership?
4. Quelles sont les lacunes dans les travaux de recherche sur ces questions?

Interrelation entre la santé publique et le reste du système de santé

5. Qu'est-ce qui se dégage des travaux de recherche les plus récents en ce qui concerne la capacité de la santé publique de travailler avec d'autres sphères du système de santé pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et favoriser l'équité en santé?
6. En quoi les nouvelles configurations du système de santé (dans les cas où la santé publique est davantage intégrée à la structure organisationnelle du système de santé en général) ont-elles influencé la manière de traiter des questions relatives aux déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé?
7. Sur quels plans la santé publique a-t-elle réussi à faire en sorte que des acteurs d'autres sphères du système de santé prennent des mesures pour remédier à des problèmes associés aux déterminants sociaux de la santé et à l'équité en santé? Comment cela s'est-il produit?
8. Quelles sont les lacunes dans les travaux de recherche sur ces questions?

Rôle des structures, des valeurs et des pratiques

9. Qu'est-ce qui se dégage des travaux de recherche les plus récents en ce qui concerne la manière dont les structures, les valeurs et les pratiques organisationnelles soutiennent l'action en matière de déterminants sociaux de la santé et d'équité en santé?
10. Comment s'y est-on pris pour inscrire dans les systèmes de santé les approches en matière de déterminants sociaux de la santé et d'équité en santé dans les pratiques courantes (p. ex., amélioration de la qualité)?
11. Quelles sont les lacunes dans les travaux de recherche sur ces questions?

ANNEXE 6

COLLECTE DES DONNÉES – GROUPE DE RÉFLEXION

MÉTHODE DE COLLECTE DES DONNÉES

- Groupe de réflexion composé de membres du Réseau collaboratif pour l'équité en santé du CCNDS, sous la direction de Ken Hoffman (expert-conseil)
- Groupe de réflexion réuni pour une rencontre téléphonique d'une durée d'une heure et demie

BUT ET OBJECTIF

- Obtenir le point de vue des praticiens de la santé publique qui jouent un rôle actif en matière d'équité en santé

PARTICIPANTES

NOM	TITRE ET ORGANISME D'ATTACHE	CHAMP D'EXERCICE DU LEADERSHIP
Erin Cowan	Infirmière de la santé publique responsable de l'équité en santé, Bureau de santé de Témiskamingue (New Liskeard, Ontario)	Santé publique – spécialiste de l'équité en santé
Margot Fournier	Infirmière de la santé publique, Populations prioritaires, et infirmière responsable des déterminants de la santé, Bureau de santé d'Haldimand-Norfolk (Simcoe, Ontario)	Santé publique – spécialiste de l'équité en santé
Jennifer Johnson	Infirmière de la santé publique responsable des déterminants sociaux de la santé, Unité sanitaire de Windsor-Essex (Windsor, Ontario)	Santé publique – spécialiste de l'équité en santé
Patricia Martz	Alberta Health and Education (Edmonton, Alberta)	Santé publique – spécialiste de l'équité en santé
Hannah Moffatt	Responsable des initiatives d'équité en santé pour les populations, Office régional de la santé de Winnipeg (Winnipeg, Manitoba)	Santé publique – spécialiste de l'équité en santé
Christine Post	Promotrice de la santé, Bureau de santé de Peterborough (Peterborough, Ontario)	Santé publique – spécialiste de l'équité en santé
Marcela Tapia	Agente d'élaboration des programmes, Unité de l'équité en santé, Santé publique Ottawa (Ottawa, Ontario)	Santé publique – spécialiste de l'équité en santé

MÉTHODE ET PROTOCOLE D'ENTRETIENS

La rencontre du groupe de réflexion s'est déroulée suivant un protocole d'entrevues semi-directifs et visait à débattre des questions suivantes :

Structure organisationnelle et rôle et fonctions au sein de l'organisme

1. Quel rôle jouez-vous au sein de votre organisme pour faire avancer le dossier des déterminants sociaux de la santé et d'équité en santé?
2. Combien de personnes comme vous travaillent dans des régions régionales de santé plutôt que dans des bureaux de santé locaux?

Rôle de leadership de la santé publique

3. Quels sont les obstacles et les possibilités associées aux rôles de leadership suivants que pourrait jouer la santé publique :
 - a. Fournir des données pour permettre de cibler les groupes touchés par des inégalités de santé
 - b. Encourager l'adoption d'une approche d'équité en santé dans toutes les branches de la santé publique
 - c. Encourager l'adoption d'une approche d'équité en santé dans d'autres branches du système de santé
 - d. Travailler avec des organismes de l'extérieur du système de santé sur le dossier de l'équité en santé.
 - e. Plaider pour que des mesures soient prises pour remédier aux iniquités de santé
 - f. Obtenir l'appui de la population pour que des mesures soient prises pour remédier aux iniquités de santé
 - g. Autres défis de taille, le cas échéant?

Perspective d'avenir quant au rôle du CCNDS

4. Sur quel plan serait-il possible d'institutionnaliser l'approche en matière de déterminants sociaux de la santé et d'équité en santé dans vos pratiques organisationnelles actuelles? (Par exemple : l'orientation stratégique? les priorités? les populations cibles? l'amélioration de la qualité?)
5. Qu'est-ce qui aiderait votre organisme à intensifier son action par rapport aux déterminants sociaux de la santé et à l'équité en santé? (Explorez l'information et les ressources, le perfectionnement, les exemples, les rencontres, le réseautage.)
6. Quel rôle pourrait jouer le CCNDS, en tant que centre (d'application) des connaissances en santé publique d'envergure nationale, pour aider votre organisme dans ses actions sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé? (Explorez l'aide apportée à l'heure actuelle, d'autres rôles que pourrait jouer le CCNDS dans les possibilités de rencontre, le type et le format de l'information et des ressources produites par le CCNDS et d'autres.)
7. Quelles sont les sources d'influence sur lesquelles vous vous appuyez à l'heure actuelle dans vos pratiques en matière de déterminants sociaux de la santé et d'équité en santé?
8. Avez-vous d'autres commentaires à formuler?

ANNEXE 7

MÉTHODE ET RÉSULTATS DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

ÉTAPE	RECHERCHE DOCUMENTAIRE – EN ANGLAIS	RECHERCHE DOCUMENTAIRE – EN FRANÇAIS
Dates de publication	Documents publiés entre 2013 et septembre 2017	Documents publiés entre 2013 et septembre 2017
Bases de données de recherche	Cochrane Library, EBSCO CINAHL, PubMed, PubMed Central, Google Scholar et Google	Interrogées : » PubMed » Google (mais pas Google Scholar) » EBSCO CINAHL » <i>Non interrogées</i> : » Bibliothèque Cochrane — aucune recherche effectuée, car les revues sont uniquement en anglais » PubMed Central — aucune recherche effectuée, car il n'est pas possible de limiter la recherche à une langue donnée
Critères de recherche	Les premiers critères de recherche utilisés sont : (« public health »[Title]) ET (inequity[Title] OU equity[Title] OU equality[Title] OU inequality[Title] OU disparity[Title] OU determinant[Title]). Les variations de ces critères ont aussi été permises (p. ex., equity et equities).	Les recherches dans PubMed et EBSCO CINAHL ont été effectuées à l'aide des critères de recherche en anglais, en retenant les résumés et les textes en français parmi les résultats. Une recherche a aussi été effectuée en français dans PubMed à l'aide des critères de recherche suivants : (« Santé publique »[Titre]) ET (iniquité[Titre] OU équité[Titre] OU égalité[Titre] OU inégalité[Titre] OU disparité[Titre] OU déterminant[Titre]) Une recherche a été effectuée dans Google en utilisant diverses combinaisons de critères de recherche en français : « santé publique », déterminants, direction, structure, équité, système, disparité, organisation
Autres méthodes de recherche	Un appel a aussi été lancé à la communauté en ligne du CCNDS, <i>Cliquez pour l'équité en santé</i> , afin d'obtenir des textes traitant du « leadership exercé en santé publique sur les plans organisationnel, systémique et structurel pour faire avancer l'équité en santé ». La communauté en ligne compte au Canada 340 praticiens de la santé publique qui s'occupent expressément de l'équité en santé et des déterminants sociaux de la santé.	Aucun document en français n'a été soumis par la communauté en ligne du CCNDS.

ÉTAPE	RECHERCHE DOCUMENTAIRE – EN ANGLAIS	RECHERCHE DOCUMENTAIRE – EN FRANÇAIS
Méthode de sélection	<i>Première sélection :</i> Seules les ressources de langue anglaise ont été passées en revue. Dans un premier temps, les chercheurs ont filtré les textes en fonction des titres des résultats de recherche. Ils ont ensuite consulté le résumé du texte ou l'information générale afin d'établir la pertinence. Ils ont inclus seulement les quatre premières pages des résultats de recherche dans Google. <i>Deuxième sélection :</i> Pour préciser davantage la pertinence, les chercheurs ont ajouté les mots suivants aux critères de sélection : « leadership, organization, system ou structure ». Ils ont également employé des variations de ces mots (p. ex., leader et leadership; structure et structural) <i>Troisième sélection :</i> Les chercheurs ont effectué une évaluation des textes au complet afin d'en dégager les textes et les documents pertinents sur le leadership exercé pour faire avancer l'équité en santé sur les plans organisationnel, systémique et structurel en santé publique.	<i>Première et deuxième sélection :</i> Seules les ressources de langue française ont été passées en revue. Dans un premier temps, les chercheurs ont filtré les textes en fonction des titres des résultats de recherche. Ils ont ensuite consulté le résumé du texte ou l'information générale afin d'établir la pertinence. Ils ont inclus seulement les quatre premières pages des résultats de recherche dans Google. Vu le petit nombre de textes sélectionnés après ces étapes, les chercheurs ont ajouté les mots suivants aux critères de sélection : « leadership, organisme, système ou structure ». <i>Troisième sélection :</i> Les chercheurs ont effectué une évaluation des textes au complet afin d'en dégager les textes et les documents pertinents sur le leadership exercé pour faire avancer l'équité en santé sur les plans organisationnel, systémique et structurel en santé publique.
Résultats	Première sélection = 833 (y compris les doublons) Deuxième sélection = 85 Troisième sélection = 20 Voir ci-dessous la liste des 20 textes déterminés comme étant pertinents.	Première et deuxième sélections = 43 (2 d'EBSCO CINAHL et 41 de la recherche dans Google) Troisième sélection = 7 Voir ci-dessous la liste des 7 textes déterminés comme étant pertinents.

DOCUMENTS PERTINENTS – EN ANGLAIS

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES – TEXTES EN ANGLAIS	
1	Betker, R.C. (2016). <i>Public health leadership to advance health equity: a scoping review and metasummary</i> [thèse, Internet]. [Saskatoon (Sask.)] : College of Nursing, Université de la Saskatchewan [cité le 15 mars 2018], 249 p. À récupérer de http://nccdh.ca/resources/entry/public-health-leadership-to-advance-health-equity-a-scoping-review-and-meta
2	Brooks, D., M. Douglas, N. Aggarwal, S. Prabhakaran, K. Holden et D. Mack. (2017). Developing a framework for integrating health equity into the learning health system. <i>Learning Health Systems</i> . Vol. 1, no 3, p. e10029.
3	Clancy, G. (Avril 2015). Understanding deficiencies of leadership in advancing health equity: a case of pit bulls, public health, and pimps. <i>Academic Medicine</i> . Vol. 90, no 4, p. 418 à 420.
4	Cohen, B.E., A. Schultz, E. McGibbon, M. VanderPlaat, R. Bassett, K. GermAnn, H. Beanlands et L.A. Fuga. (6 mars 2013). A conceptual framework of Organizational Capacity For Public Health Equity Action (OC-PHEA). <i>Revue canadienne de santé publique</i> . Vol. 104, no 3, p. e262 à e266.
5	Region V Social Determinants of Health Team of the Infant Mortality Collaborative Improvement and Innovation Network et Health Resources and Services Administration. (2016). <i>Foundational practices for health equity: a learning and action tool for state health departments</i> [Internet]. [Endroit inconnu] : [éditeur inconnu] [cité le 15 mars 2018], 41 p. À récupérer de http://healthimpactcc.org/wp-content/uploads/2016/08/DRAFT-Health-Equity-Learning-and-Action-Tool_HRSA-COIIIN.pdf
6	Agence de la santé publique du Canada. (2015). <i>Rio political declaration on social determinants of health: a snapshot of Canadian actions 2015</i> [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada [cité le 15 mars 2018], 30 p. À récupérer de https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/science-research-data/rio-political-declaration-social-determinants-health-snapshot-canadian-actions-2015.html (en français : <i>Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé : Aperçu des mesures canadiennes de 2015</i> . À récupérer de https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/declaration-politique-rio-determinants-sociaux-sante-aperçu-mesures-canadiennes-2015.html)
7	Nexus Santé. (2017). <i>Increasing organizational capacity for health equity work: a literature review for Health Nexus</i> . Toronto (Ont.) : Nexus Santé [cité le 15 mars 2018], 38 p. À récupérer de http://en.healthnexus.ca/sites/en.healthnexus.ca/files/resources/healthequity_litreview_20170405.pdf (en français : <i>Accroître la capacité organisationnelle à assurer l'équité en santé : une revue de la littérature pour Nexus Santé</i> . À récupérer de http://www.leblocnotes.ca/node/6405)
8	Human Impact Partners. (c2017). <i>Leadership development: health equity awakened – leadership institute</i> . Oakland (Calif.) : HIP [cité le 15 mars 2018]. À récupérer de http://www.humanimpact.org/capacity-building/health-equity-awakened-a-leadership-institute/
9	Knight, E.K. (mars-avril 2014). Shifting public health practice to advance health equity: recommendations from experts and community leaders. <i>Journal of Public Health Management and Practice</i> . Vol. 20, no 2, p. 188-196.
10	McPherson, C., S. Ndumbe-Eyoh, C. Betker, D. Oickle et N. Peroff-Johnston. (2016). Swimming against the tide: a Canadian qualitative study examining the implementation of a province-wide public health initiative to address health equity. <i>International Journal for Equity in Health</i> . Vol. 15, p. 129.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES – TEXTES EN ANGLAIS

- 11 Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2013). *What contributes to successful public health leadership for health equity? An appreciative inquiry* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier [cité le 15 mars 2018], 17 p. À récupérer de http://nccdh.ca/images/uploads/Appreciative_Inquiry_Full_EN.pdf
[en français : *En santé publique, quels facteurs facilitent l'exercice d'un leadership efficace en matière d'équité en santé?* À récupérer de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/leadership-app-inquiry>]
- 12 Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2016). *Common agenda for public health action on health equity* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier [cité le 15 mars 2018], 40 p. À récupérer de http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Common_Agenda_EN.pdf
[en français : *Programme commun pour soutenir l'action de la santé publique en matière d'équité en santé.* À récupérer de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/common-agenda-for-public-health-action-on-health-equity>]
- 13 Agence de la santé publique du Canada, Réseau pancanadien de santé publique, Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé. (2017). Pan-Canadian health inequalities data tool [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada [cité le 15 mars 2018]. À récupérer de <https://infobase.phac-aspc.gc.ca/health-inequalities/>
[en français : Outil de données sur les inégalités de santé. À récupérer de <https://infobase.phac-aspc.gc.ca/health-inequalities/index-fr.aspx>]
- 14 Pauly, B., M. MacDonald, T. Hancock, W. Marin, K. Perkin. (2013). Reducing health inequities: the contribution of core public health services in BC. *BMC Public Health*. Vol. 13, p. 550.
- 15 Agence de la santé publique du Canada. (2014). *Toward health equity: Canadian approaches to the health sector role* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada [cité le 15 mars 2018], 33 p. À récupérer de http://www.who.int/social_determinants/publications/9781100235264/en/
[en anglais et en français sous le titre : *Vers l'équité en santé : Approches canadiennes relatives au rôle du secteur de la santé*]
- 16 Santé publique Ontario. (2016). *Develop and test indicators of Ontario local public health agency work to address the social determinants of health to reduce health inequities. Phase 2 report: a case study approach to pilot test indicators* [Internet]. Ontario : SPO [cité le 15 mars 2018], 65 p. À récupérer de https://www.publichealthontario.ca/en/ServicesAndTools/Documents/LDCP/LDCP_Phase2Report_Final.pdf
- 17 Sadana, R. et E. Blas. (Novembre-décembre 2013). What can public health programs do to improve health equity? *Public Health Reports*. Vol. 128, suppl. 3, p. 12 à 20.
- 18 Schafer, D. et A. Moten. (2015). A paradigm shift in public health structures: creating sustainable systems to achieve global healthcare equity. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*. Vol. 4, suppl. 1, p. P105.
- 19 Thomson, K., C. Bamba, C. McNamara, T. Huijts et A. Todd. (2016). The effects of public health policies on population health and health inequalities in European welfare states: protocol for an umbrella review. *Systematic Reviews*. Vol. 5, p. 57.
- 20 Williams, S.D., K. Hansen, M. Smithey, J. Burnley, M. Koplitz, K. Koyama, J. Young et A. Bakos. (Janvier-février 2014). Using social determinants of health to link health workforce diversity, care quality and access, and health disparities to achieve health equity in nursing. *Public Health Reports*. Vol. 129, suppl. 2, p. 32 à 36.

DOCUMENTS PERTINENTS – EN FRANÇAIS

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES – TEXTES EN FRANÇAIS	
1	Agence de la santé publique du Canada. (2014). <i>Vers l'équité en santé : Approches canadiennes relatives au rôle du secteur de la santé</i> [Internet]. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada [cité le 15 mars 2018], 38 p. À récupérer de http://www.who.int/social_determinants/publications/9781100235264/en/ (en français et en anglais sous le titre : Toward health equity: Canadian approaches to the health sector role)
2	Institut national de santé publique du Québec. (2013). Suivre les inégalités sociales de santé au Québec : Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec – Rapport de recherche [Internet]. Québec : Gouvernement du Québec [cité le 15 mars 2018], 81 p. À récupérer de https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1698_StratIndicSurvISSQc.pdf
3	Lafontaine-Messier, M. (2015). Outil de planification des actions centrées sur la réduction des inégalités sociales de santé [Internet]. Québec : CISSS de la MontérégieDEst, Gouvernement du Québec [cité le 15 mars 2018], 15 p. À récupérer de http://extranet.santemonteregie.qc.ca/userfiles/file/sante-publique/la-direction/PER/FORCES-Outil-planification-actions-centrees.pdf
4	Paquette, J., B.-S. Leclerc et S. Bourque. (2014). La santé dans tous ses états : les déterminants sociaux de la santé – Trousse pédagogique [Internet]. Montréal (Québec) : CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent-CAU [cité le 15 mars 2018], 44 p. À récupérer de https://csssbcstl.qc.ca/fileadmin/csss_bcs/Menu_du_haut/Publications/Trousse_pedagogique/Trousse_pedagogique_finale.pdf
5	Qualité des services de santé Ontario. Plan d'équité en matière de santé de Qualité des services de santé Ontario [Internet]. Toronto (Ont.) : Qualité des services de santé Ontario; [date inconnue] [cité le 15 mars 2018], 26 p. À récupérer de http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/health-quality/Health_Equity_Plan_Report_fr.pdf (en anglais : Health Quality Ontario's Health Equity Plan. À récupérer de http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/health-quality/Health_Equity_Plan_Report_En.pdf)
6	Raynault, M.-F. et S. Tessier. (2017). Une politique de développement social axée sur l'équité – Vers une réduction des inégalités sociales de santé à Montréal [Internet]. Montréal (Québec) : Gouvernement du Québec [cité le 15 mars 2018], 44 p. À récupérer de http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/PAGE/COMMISSIONS_PERM_V2_FR/MEDIA/DOCUMENTS/MEM_CIUSSS_20170113.PDF
7	Réseau français des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la Santé. (2015). Agir sur les déterminants de la santé. Les actions des Villes-Santé [Internet]. Rennes (France) : Presses de l'École des hautes études en santé publique [cité le 15 mars 2018], 95 p. À récupérer de http://www.villes-sante.com/wp-content/uploads/ouvrage_25ans.pdf

ANNEXE 8

PRINCIPAUX RÔLES DE LA SANTÉ PUBLIQUE AU CANADA^{12(P. 8 À 9)}

1. Protection de la santé – Mesures prises pour s’assurer que l’eau, l’air et les aliments sont sains; cadre réglementaire pour maîtriser les maladies infectieuses; protection contre les menaces environnementales; conseils de spécialistes aux organismes de réglementation chargés de l’innocuité des aliments et des médicaments.
2. Surveillance de la santé – Usage permanent et systématique de données sur la santé recueillies régulièrement dans le but de suivre et de prévoir les événements ou les déterminants liés à la santé. La surveillance inclut : l’acquisition et l’enregistrement de données pertinentes, l’intégration, l’analyse et l’interprétation de ces données, la conception de produits de suivi et de prévision utilisant les données interprétées, la publication/diffusion de ces produits, et l’expertise offerte pour concevoir ou participer à la conception de systèmes de surveillance, notamment pour la surveillance des risques.
3. Prévention des maladies et des blessures – Enquête, recherche des contacts, mesures préventives pour diminuer les risques d’émergence ou d’éclosion d’une maladie infectieuse et activités visant à promouvoir des modes de vie sains afin de diminuer les maladies et les blessures évitables.
4. Évaluation de la santé de la population – Connaître la santé de collectivités ou de populations particulières ainsi que les facteurs sous-jacents d’une bonne santé ou les facteurs de risques potentiels, et ce, afin d’élaborer de meilleurs services et politiques.
5. Promotion de la santé – Prévenir la maladie, favoriser les comportements sains et améliorer la santé par les politiques publiques, les interventions communautaires, la participation active du public et la défense ou l’action en matière d’environnement et des déterminants socioéconomiques de la santé.
6. Mesures et interventions d’urgence – Planification en vue de catastrophes naturelles (p. ex. inondations, tremblements de terre, incendies, maladies infectieuses dangereuses) et de catastrophes humaines (p. ex. liées à l’utilisation d’explosifs, de produits chimiques ou de substances radioactives ou menaces biologiques) afin de minimiser les maladies graves, le taux global de décès et la perturbation de l’ordre social.

ANNEXE 9

OBJECTIFS ET APPROCHES D'UN PROGRAMME COMMUN³³

ENCOURAGER UNE CULTURE D'ÉQUITÉ

Objectifs et approches d'un programme commun pour soutenir l'action de la santé publique

Ce Programme commun pour soutenir l'action de la santé publique recense huit priorités pour améliorer l'équité en santé au Canada. Ces approches sont regroupées sous trois principaux thèmes — établir des bases solides pour passer à l'action; produire une bonne base de connaissances; collaborer avec des partenaires hors du secteur de la santé¹. Elles viennent en outre compléter les quatre rôles de la santé publique pour faire avancer l'équité en santé². Elles font écho aux trois principales recommandations de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé : améliorer les conditions de vie quotidiennes; lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources; mesurer l'ampleur du problème et évaluer l'efficacité de l'action³.

La ressource s'adresse aux praticiens, aux décideurs et aux organismes de la santé publique.

Servez-vous de cette ressource pour influencer les déterminants sociaux de la santé et améliorer l'équité en santé.



ÉTABLIR DES BASES SOLIDES POUR PASSER À L'ACTION

1 Renforcer le leadership en santé publique : en matière d'engagements et d'actions connexes.

Le leadership en santé publique est l'une des pierres angulaires pour agir sur l'équité en santé. L'exercice d'un leadership soutenu favorise la mise sur pied et la continuation des initiatives.

2 Accroître le soutien social et la volonté politique : pour investir dans les politiques visant à influencer sur les déterminants sociaux de la santé et améliorer l'équité en santé.

La volonté politique est un moteur d'investissements aux fins de mise en œuvre d'une vaste gamme de politiques publiques pour améliorer l'équité, tant dans le secteur de la santé que dans d'autres secteurs.

3 Renforcer la capacité organisationnelle et systémique : pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et améliorer l'équité en santé.

La capacité des organismes et des systèmes de santé publique à agir sur les iniquités en santé est directement reliée à leurs capacités internes de cerner un problème et de mobiliser les ressources pour le résoudre.



PRODUIRE UNE BONNE BASE DE CONNAISSANCES

4 Donner suite aux données probantes et renforcer la base de connaissances : pour soutenir l'action concertée.

Donner suite aux connaissances et aux données probantes existantes en privilégiant les interventions qui s'attaquent aux causes profondes des iniquités en santé, et élaborer des systèmes d'évaluation solides qui tiennent compte des problèmes d'équité.

5 Incorporer l'équité dans les méthodes de surveillance et de suivi et dans la production de rapports.

Des données populationnelles cohérentes et de haute qualité permettent d'évaluer les tendances et les progrès réalisés en matière d'équité en santé. Cette évaluation donne de l'information sur les iniquités en santé, les déterminants de ces iniquités ainsi que les mesures et les stratégies existantes pour y remédier.



COLLABORER AVEC DES PARTENAIRES HORS DU SECTEUR DE LA SANTÉ

6 Participer à des mesures multisectorielles à long terme : pour élaborer des politiques tant pour le secteur de la santé que pour les autres.

Compte tenu de la nature interreliée et dynamique des déterminants sociaux de la santé, aucun secteur à lui seul (gouvernemental ou non) ne peut remédier de façon significative aux iniquités en santé. Les mesures qui catalysent et amplifient les actions menées par d'autres acteurs peuvent modifier la répartition des biens, de la richesse, du pouvoir et des ressources propices à la santé.

7 Allouer des ressources et du temps à l'engagement communautaire et à l'autonomisation sur le plan politique.

Les collectivités où il existe le plus d'iniquités sont celles ayant le moins d'accès au pouvoir et aux ressources. Un engagement soutenu et substantiel de leur part dans la prise de décisions et de mesures assure que l'on accorde à leur voix et à leurs expériences toute l'attention voulue dans les débats pour améliorer l'équité en santé.

8 Plaider en faveur du changement en matière de politique et de structure : pour améliorer les déterminants de la santé en amont.

La santé publique est bien placée pour cadrer les problèmes, proposer des politiques et comprendre les obstacles et les catalyseurs politiques au changement.

Recommandations générales de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS

1

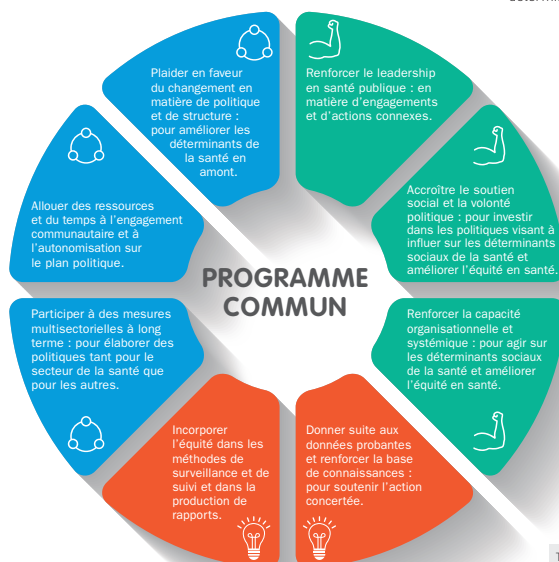
Améliorer les conditions de vie quotidiennes – c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.

2

Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources, et mesurer les vecteurs structurels de ces conditions de vie quotidiennes – sur les plans mondial, national et local.

3

Mesurer l'ampleur du problème, évaluer l'efficacité de l'action – étendre la base de connaissances, donner au personnel la formation nécessaire en matière de déterminants sociaux de la santé, et sensibiliser l'opinion publique aux déterminants sociaux de la santé.



Téléchargez le rapport intégral, Programme commun pour soutenir l'action de la santé publique en matière d'équité en santé à l'adresse www.ccnds.ca

RÔLES

ÉVALUER ET FAIRE RAPPORT

Évaluer et faire rapport sur
a) la présence et l'incidence des iniquités en santé, et
b) les stratégies efficaces pour les atténuer.

MODIFIER ET ORIENTER LES INTERVENTIONS

Modifier et orienter les interventions et les services afin d'atténuer les iniquités, tout en tenant compte des besoins particuliers des populations marginalisées.

ÉTABLIR DES PARTENARIATS AVEC D'AUTRES SECTEURS

Conclure des partenariats avec d'autres organismes gouvernementaux et communautaires afin de déterminer des moyens d'améliorer l'état de santé des populations marginalisées.

PARTICIPER À L'ÉLABORATION DES POLITIQUES

Diriger l'analyse et l'élaboration des politiques et la revendication pour des améliorations en matière de déterminants et d'iniquités en santé, et collaborer avec d'autres organismes à cet effet.



National Collaborating Centre
for Determinants of Health
Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Université St. Francis Xavier
Antigonish (N.-É.) B2G 2W5
Courriel : ccnds@stfx.ca
Téléphone : 902-867-5404
Télécopieur : 902-867-4130
Site Web : www.ccnds.ca
Twitter : @NCCDH_CCNDS

REMERCIEMENTS : Sume Ndumbe-Eyoh, Lesley Dyck et Connie Clement ont rédigé le présent document.

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé est hébergé par l'Université St. Francis Xavier.

Veillez citer l'information contenue dans le présent document comme suit : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2017). *Encourager une culture d'équité : objectifs et approches d'un programme commun pour soutenir l'action de la santé publique – résumé*. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier. ISBN : 978-1-987901-65-8

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de l'Agence de la santé publique du Canada, qui finance le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS).

Les points de vue exprimés dans le présent document ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Agence de la santé publique du Canada. Une version électronique (en format PDF) du présent document est disponible dans le site Web du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé à l'adresse www.ccnds.ca.

A PDF format of this publication is also available in English at www.nccdh.ca under the title *Nurturing a culture of equity: goals and approaches for a common agenda for public health action*.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- Agence de la santé publique du Canada. (2014). *Vers l'équité en santé : Approches canadiennes relatives au rôle du secteur de la santé*. [Internet]. Ottawa [Ont.] : ASPC [cité le 14 février 2017]. 44 p. Récupéré de www.who.int/social_determinants/publications/64-03-Towards-Health-Equity-FR-FINAL.pdf
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2013). *Le rôle de la santé publique dans l'amélioration de l'équité en santé : Parlons-en*. [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier [cité le 14 février 2017]. 6 p. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/lets-talk-public-health-roles>
- Commission des déterminants sociaux de la santé. (2008). *Combler le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. [Internet]. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé [cité le 14 février 2017]. 252 p. Récupéré de http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf?ua=1



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ (CCNDS)

Université St. Francis Xavier Antigonish, NÈ B2G 2W5
Téléphone : (902) 867-6133 Télécopieur : (902) 867-6130
ccnds@stfx.ca www.ccnds.ca