



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

APPRENONS ENSEMBLE :

INCARNER LES VALEURS D'ÉQUITÉ EN SANTÉ DANS LES ORGANISMES DE SANTÉ PUBLIQUE : ANALYSE ET OUTIL DE DISCUSSION



Dans le présent document, nous analysons les données qui ressortent de la littérature et des pratiques professionnelles en ce qui concerne la définition et l'application de valeurs organisationnelles propres à soutenir la démarche d'équité en santé dans les organismes de santé publique. Nous recommandons de l'accompagner du document du CCNDS intitulé *Valeurs et équité en santé : Parlons-en*¹, car celui-ci constitue une bonne introduction au concept de valeurs et traite de façon globale des valeurs axées sur l'équité en santé.

PROJET SUR LA CAPACITÉ ORGANISATIONNELLE D'AGIR SUR L'ÉQUITÉ EN SANTÉ

Le [projet sur la capacité organisationnelle \(PCO\) d'agir sur l'équité en santé](#) vise à enseigner les cadres théoriques, stratégies et conditions organisationnelles à mettre en place par les organismes de santé publique du Canada pour développer et soutenir leur capacité organisationnelle d'agir pour améliorer l'équité en santé. Le projet repose sur un cercle d'apprentissage, la revue et la discussion des données probantes et la mise en œuvre de projets dans des sites

d'essai afin de mesurer l'atteinte de ces objectifs. Le cercle d'apprentissage se compose de chercheurs et de spécialistes du terrain qui se réunissent périodiquement afin d'intégrer les données probantes, les opinions des experts ainsi que les innovations et les apprentissages faits sur le terrain.

Le projet est décrit en détail dans le document [Projet sur la capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé : un sommaire](#)².

Rendez-vous au www.ccnds.ca pour en savoir plus sur le projet.

INTRODUCTION : QU'ENTEND-ON PAR VALEURS ET POURQUOI SONT-ELLES IMPORTANTES POUR LES ORGANISMES DE SANTÉ PUBLIQUE?

La notion de «valeurs» est très personnelle. Les valeurs sont des croyances fondamentales qui reflètent ce qui compte le plus pour une personne, un organisme, une collectivité ou une société^{1,3-5}. Dans chacun de ces contextes, les valeurs animent les désirs, les attitudes, les comportements et les actions³. Les valeurs personnelles et organisationnelles sont influencées par les valeurs sociétales. Les valeurs jouent un rôle clé dans la démarche d'équité en santé dans les organismes de santé publique. Elles doivent ainsi s'accompagner de ressources suffisantes, d'un leadership responsable et de normes et de lois applicables⁶⁻⁹. Les organismes cherchant à renforcer leur capacité d'agir sur les déterminants structurels et sociaux de la santé et faire progresser l'équité en santé auront donc avantage à définir les valeurs partagées propres à soutenir l'équité en santé. Le fait de définir de telles valeurs constitue un premier et solide pas vers la réorientation des mesures et des approches organisationnelles et l'incarnation de ces valeurs^{1,6}.

Les valeurs liées à la justice sociale et au bien-être collectif sont des valeurs fondamentales en santé publique¹⁰⁻¹⁸. Compte tenu de la relation entre l'éthique et les valeurs, les acteurs de la santé publique ont tout à gagner à soutenir les valeurs liées à l'équité en santé. Ce faisant, ils seront mieux en mesure d'honorer leurs obligations déontologiques^{1,12,13,18-20}.

Le présent mémoire a pour objet ce qui suit :

- résumer les connaissances dégagées de la littérature qui traite explicitement des valeurs organisationnelles propres à soutenir la démarche d'équité en santé, puis les intégrer aux connaissances acquises sur le terrain par les membres du cercle d'apprentissage du projet;
- déterminer et définir les valeurs facilitant la démarche d'équité en santé dans les organismes de santé publique;
- examiner les occasions et les défis liés à l'opérationnalisation des valeurs liées à l'équité en santé sur le plan organisationnel;
- présenter un outil de discussion sur la concrétisation des valeurs conçu pour aider les membres de la direction et du personnel à mieux faire concorder les valeurs organisationnelles énoncées et la démarche d'équité en santé.

VALEURS ORGANISATIONNELLES PROPRES À SOUTENIR LA DÉMARCHE D'ÉQUITÉ EN SANTÉ

Les valeurs organisationnelles influent sur la dynamique du pouvoir, les priorités, l'affectation des ressources et les interventions. Elles influencent la mesure dans laquelle l'amélioration de l'équité en santé viendra s'inscrire dans tous les aspects de la culture et des pratiques organisationnelles^{1,7}. En ce sens, elles peuvent faciliter ou entraver les mesures prises relativement aux déterminants structurels et sociaux de la santé et à l'équité en santé.

Il n'y a pas de véritable consensus quant aux valeurs organisationnelles propres à soutenir l'équité en santé. Nous avons mené une revue de la littérature pertinente, des discussions avec des membres du cercle d'apprentissage du projet et des activités sur le terrain, ce qui nous a permis d'en dégager plusieurs^{1,9,21,22}. Nous fournissons des détails sur ces valeurs dans le tableau ci-dessous, en sachant qu'un bon nombre sont conceptuellement apparentées.

TABLEAU 1 : VALEURS ORGANISATIONNELLES PROPRES À SOUTENIR LA DÉMARCHE D'ÉQUITÉ EN SANTÉ***Valeurs instrumentales : mode de conduite (comportemental)***²³

VALEUR	DÉFINITION
ÉQUITÉ	<p>Agir en toute équité, dans le contexte d'une démarche d'équité en santé veut dire pour un organisme de se laisser guider par la volonté de répartir le pouvoir équitablement⁷. La prise de décision constitue l'une des principales voies du pouvoir.</p> <p>L'organisme de santé publique qui valorise l'équité cherche à favoriser le partage des décisions, tant dans ses propres murs que dans ses interactions avec les collectivités sous sa responsabilité²⁴. Il veille aussi à empreindre ses politiques et ses pratiques d'équité afin d'assurer aux collectivités dont il a la charge une expérience et des résultats équitables.</p>
SOLIDARITÉ	<p>Agir par solidarité renvoie à la reconnaissance de l'interdépendance de tout ce qui vit. La solidarité lie le bien-être d'une personne à celui d'une autre^{24,25} et, selon certaines conceptualisations, à celui des écosystèmes du milieu environnant^{10,26}.</p> <p>Les organismes du réseau de la santé qui valorisent la solidarité reconnaissent leur obligation morale d'encourager un sentiment de responsabilité collective, de renforcer la cohésion sociale et de réduire les différences injustes et évitables dans l'état de santé des nombreuses populations sous leur responsabilité²⁵. La solidarité incite à émettre des idées ou à poser des gestes qui ne sont pas motivés par des intérêts personnels.</p>
RESPONSABILITÉ	<p>La responsabilité a trait à la responsabilité de reconnaître et de faire tomber les barrières à l'équité en santé²⁷. Elle peut englober des dimensions juridiques et morales à la fois. Elle exige un processus itératif où doivent participer des acteurs de tous horizons. En matière d'équité en santé, la responsabilité présente un potentiel préventif, promotionnel et transformationnel.</p> <p>Les organismes de santé publique qui s'attachent à l'équité en santé agissent de manière responsable envers le public et les communautés qui vivent de plus près les inéquités de santé.</p>
CONFiance	<p>La confiance exprime la foi profonde envers la fiabilité, l'exactitude et la force. En extrapolant, on peut dire que la confiance à l'égard d'un organisme de santé publique signifie que les gens croient que cet organisme évaluera de manière fiable et exacte les données probantes les plus solides et agira de manière à promouvoir le bien-être collectif¹⁰. La confiance est aussi la pierre angulaire de la collaboration entre les organismes de santé publique, les collectivités et les partenaires intersectoriels²⁸⁻³¹. Chez les populations qui vivent le plus étroitement les inéquités, le lien de confiance avec les organismes et les gouvernements s'est brisé. La situation mène à un engagement restreint ou superficiel entre les populations marginalisées et les responsables de la conception et de la mise en place des politiques et des programmes pertinents^{30,32}.</p> <p>Les organismes de santé publique peuvent se montrer dignes de confiance en accordant une réelle valeur aux connaissances et aux aspirations des collectivités et en tenant compte dans les prises de décision et les interventions.</p>
RÉCIPROCITÉ	<p>La réciprocité fait référence à une relation mutuelle impliquant des obligations qui s'entrecroisent entre les individus, les organismes, les pays ou les groupes^{24,33}.</p> <p>Un organisme de santé publique attaché à la valeur de réciprocité reconnaît les personnes susceptibles de porter un fardeau disproportionné par rapport à une intervention proposée et en tient en compte dans ses plans, tout en reconnaissant l'importance d'agir pour le bien commun³⁴. Par exemple, si on demande à un groupe de faire une quarantaine dans l'intérêt de tout le monde, on lui verse une indemnité pour compenser la perte de revenu³⁵.</p>

COMPASSION	<p>La compassion est principalement ce qui motive les gestes de bienveillance. Elle est donc à la base de nombreux domaines, y compris la santé publique, les soins de santé et le travail social³⁶. Bien qu'il n'y ait aucune mention explicite de la compassion parmi les valeurs énoncées dans la Charte d'Ottawa, on peut y lire que « [l']intérêt pour autrui, l'approche holistique et l'écologie sont des éléments indispensables à la conceptualisation et à l'élaboration des stratégies de promotion de la santé^{37(p.4)} ».</p> <p>Une personne compatissante reconnaît la souffrance des autres et intervient pour soulager cette douleur. Un organisme de santé publique compatissant défend les politiques, les programmes et les pratiques propres à apaiser la douleur causée par des systèmes oppressifs interreliés (p. ex. racisme, colonisation)³⁸⁻⁴¹.</p>
HUMILITÉ	<p>L'humilité est décrite comme étant une compétence primordiale tant en termes de leadership organisationnel que d'apprentissage organisationnel. Être humble veut dire agir avec conscience et introspection, ouverture aux perspectives et aux connaissances des autres et en se considérant comme étant une infime partie d'un système complexe plus large⁴²⁻⁴⁴. L'humilité culturelle, un concept connexe, se caractérise aussi par l'introspection et la volonté d'apprendre et d'honorer les croyances et les coutumes des autres⁴⁵. Ces caractéristiques sous-tendent le leadership organisationnel en matière d'équité en santé.</p> <p>Un acteur ou un organisme de santé publique humble reconnaît son pouvoir social ou institutionnel, tient compte des sources de préjugés et montre de l'ouverture aux commentaires et aux apprentissages générés par des perspectives diverses. Qui plus est, cet acteur ou cet organisme a conscience de la nature complexe des iniquités de santé et s'efforce activement de répartir différemment le pouvoir et les ressources.</p>
HONNÉTETÉ	<p>Valoriser l'honnêteté signifie accorder de la valeur à l'authenticité dans de multiples contextes. Les relations authentiques – au sein des organismes de santé publique et avec la collectivité et les partenaires intersectoriels – sont des éléments clés pour bâtir la confiance et faire progresser l'équité en santé¹⁰. L'honnêteté (parfois appelée « transparence ») joue un rôle essentiel dans la collecte des données, la conduite des travaux de recherche et la communication des résultats de manière éthique⁴⁶.</p> <p>Les cadres de direction honnêtes font preuve de transparence par rapport à leur processus décisionnel et valorisent les idées, les expériences et les perspectives des autres. Au sein des organismes, une direction honnête contribue à établir un cadre de travail où le personnel se sent psychologiquement en sécurité et capable ainsi de se concentrer sur l'équité en santé⁴⁷.</p>
RESPECT	<p>L'expression du respect peut indiquer une admiration envers une personne, l'observance d'une décision ou d'une politique ou la confiance en quelque chose ou en quelqu'un⁴⁸. En termes d'équité en santé, le respect renvoie à la croyance que toute personne – et toute collectivité – a de la valeur et a le droit de se réaliser pleinement⁴⁸.</p> <p>Les organismes respectueux valorisent les populations marginalisées en comprenant et en reconnaissant l'oppression systémique vécue, en faisant la promotion du bien-être et en s'efforçant de ne plus nuire.</p>

TABLEAU 1 : SUITE

Valeurs terminales : but de l'existence²³

VALEUR	DÉFINITION
ÉQUITÉ EN SANTÉ ET VIE DIGNE	<p>L'équité en santé renvoie à une situation où tout le monde (c.-à-d. individus, groupes et collectivités) peut réaliser tout son potentiel sans être désavantagé⁴⁹ par un système oppressif quelconque (p. ex. social, économique, politique) ou par des situations d'oppression.</p> <p>Les organismes en quête d'équité en santé cherchent à faire tomber les obstacles à la santé, par exemple la pauvreté, la discrimination et les conséquences de celles-ci, y compris le sentiment d'impuissance, le manque d'accès à un emploi décent à un salaire juste, à une éducation et à un logement de qualité, à un cadre de vie sûr et à des soins de santé^{50(p.2)}.</p>
JUSTICE SOCIALE	<p>On entend par justice sociale la répartition équitable des avantages de la société, des responsabilités et des conséquences de ceux-ci^{17(p.1)}. On décrit souvent la justice sociale comme étant une valeur fondamentale en santé publique^{10,14,17}.</p> <p>Les organismes qui aspirent à la justice sociale reconnaissent les nombreux facteurs influençant la santé, appuient le travail fait par leur personnel pour démanteler les systèmes d'oppression et s'attaquent aux causes profondes des iniquités en matière de santé^{7,11,24}.</p>
AUTODÉTERMINATION	<p>L'autodétermination, c'est l'exercice du contrôle et de la gouvernance sur les décisions et les ressources ayant des répercussions sur la vie et l'avenir d'une personne. On s'entend aussi pour dire qu'elle joue un rôle essentiel dans la santé et le bien-être⁵¹⁻⁵⁶. Tout le monde a le droit à l'autodétermination. Ce droit n'est toutefois pas accordé à tout le monde de manière égale.</p> <p>Les organismes de santé publique cherchant à soutenir l'autodétermination travaillent de manière à ce que les individus et les collectivités aient le droit d'intervenir et d'avoir voix au chapitre dans les décisions ayant des répercussions sur leur vie.</p>
SAGESSE	<p>Comme elle fait référence aussi bien aux connaissances qu'à l'action, la sagesse donne matière à de nombreuses conceptualisations. La sagesse concerne à la fois le théorique et le pratique. Un professionnel ou un organisme de santé publique qui fait preuve de sagesse en est un qui s'appuie sur de l'information solide et pertinente au sujet des facteurs favorisant la santé et le mieux-être de la population et qui prend ce qui, selon lui, à la lumière des divers objectifs, est une décision justifiée. La sagesse exige une compréhension inhérente aux situations floues et complexes⁵⁷⁻⁵⁹.</p> <p>La voix de la sagesse en est donc une par laquelle les décisions sont prises en soupesant les diverses connaissances et perspectives, les considérations éthiques et les objectifs. Qui plus est, la manière dont les connaissances sont acquises, intégrées et utilisées pour agir a lieu dans l'humilité intellectuelle, ou la reconnaissance de ses propres limites intellectuelles.</p>
AMOUR	<p>Martin Luther King junior a déclaré que « le pouvoir à son meilleur, c'est l'amour mettant à exécution les exigences de la justice, et la justice à son meilleur, c'est le pouvoir corrigeant tout ce qui fait obstacle à l'amour^{60(p.37-38)} » (traduction libre). De son côté, bell hooks décrit l'amour comme étant à la fois une intention et une action⁶¹. Ces deux descriptions font écho à la poursuite de l'équité en santé et à l'idée que, dans un climat d'amour, tout le monde mérite la compassion et de vivre en bonne santé^{37,62}.</p> <p>Les organismes de santé publique qui agissent par amour veillent à ce que tout le monde reçoive l'attention requise en investissant dans le tissu social⁶². De plus, ils reconnaissent les systèmes d'oppression qui font obstacle à la sollicitude, à la santé et au mieux-être^{37,62}.</p>

ACCROÎTRE LA COHÉRENCE ENTRE LES VALEURS ORGANISATIONNELLES ET LA DÉMARCHE D'ÉQUITÉ EN SANTÉ

L'établissement de valeurs organisationnelles partagées passe par des processus complexes, concomitants et interreléés. Les valeurs organisationnelles se reflètent dans la culture organisationnelle. Elles sont façonnées par ce que les individus tiennent pour acquis et qui structure leur pensée et leur comportement^{20,63}. Chaque personne entre au service d'un organisme en amenant avec elle son propre système de valeurs. Les valeurs de l'ensemble du personnel contribuent ainsi à la culture et au système de valeurs de l'organisme. Cependant, les cadres de direction, de par leurs fonctions, exercent une grande influence sur les valeurs et la culture de l'organisme⁶⁴. Tout organisme évolue dans un contexte sociétal qui lui est propre. Ses valeurs peuvent refléter ou remettre en cause les valeurs sociétales dominantes.

On s'entend pour dire que les valeurs associées à la justice sociale et à l'équité en santé sont des valeurs fondamentales en santé publique. Les organismes de santé publique n'énoncent pourtant pas systématiquement ni explicitement des valeurs axées sur l'équité en santé⁶. Advenant le cas, les valeurs énoncées (défendues) ne se traduisent pas en pratiques, en politiques ou en programmes organisationnels et ne concordent pas toujours avec les valeurs organisationnelles ou sociétales dominantes dans le contexte en question. Les valeurs doivent s'harmoniser avec les attitudes et les interventions de l'organisme pour qu'elles aient un sens^{6,7}. Une meilleure cohérence et une plus grande constance encouragent le personnel à adopter les comportements et les pratiques qui faciliteront la démarche d'équité en santé.

Pour changer la culture organisationnelle afin d'y inscrire certaines valeurs, il faut :

1. transformer la culture et les artéfacts organisationnels (des artéfacts organisationnels officiels fondés sur l'équité que sont les valeurs et les énoncés de mission et de vision et les plans stratégiques);
2. tenir un dialogue intentionnel sur les valeurs organisationnelles et la démarche d'équité en santé (formation des valeurs suivant un processus dialogique afin de définir les valeurs d'équité en santé et les politiques, les pratiques et les comportements requis)^{20,44}.

1 TRANSFORMER LA CULTURE ET LES ARTÉFACTS ORGANISATIONNELS

Le renforcement des valeurs d'équité en santé passe par leur intégration dans les processus et les structures organisationnelles⁶⁴⁻⁶⁶. Les artéfacts organisationnels jouent un rôle prépondérant dans la culture organisationnelle et indiquent le degré d'intégration et d'engagement. Ils s'avèrent les manifestations physiques et comportementales de la culture organisationnelle. Pensons par exemple aux normes, aux politiques, aux procédures et à l'évaluation du rendement. Il importe que les valeurs d'équité en santé soient explicites dans les valeurs et les énoncés de vision et de mission de l'organisme⁶⁷⁻⁶⁹. L'inconnu est la mesure dans laquelle la transformation des artéfacts de la culture organisationnelle puisse avoir un effet transformateur sur les valeurs profondément ancrées²⁰.

L'intégration des valeurs d'équité en santé dans les activités organisationnelles quotidiennes a pour effet de normaliser les mesures afférentes prises au sein des organismes de santé publique. Les membres du personnel qui agissent de manière à incarner les valeurs d'équité en santé servent de modèles à leurs collègues. De toute évidence, les organismes reflètent les valeurs de leur personnel. En établissant des processus d'embauche, d'orientation et de formation du personnel qui sont axés sur les valeurs, les organismes favorisent la cohérence entre les valeurs et la démarche d'équité en santé⁶⁷.

Voici quelques stratégies que peuvent employer les organismes de santé publique cherchant à transformer leur culture organisationnelle afin de la rendre plus favorable à la démarche d'équité en santé :

- valoriser les relations de travail à long terme entre les collectivités et les partenaires;
- incorporer les perspectives des partenaires et des collectivités dans les processus de planification et d'évaluation;
- établir un juste milieu entre les exigences budgétaires et les besoins sociaux et émotifs;
- demander aux cadres de direction et intermédiaires de servir de modèles de comportement;
- entretenir des communications ouvertes et transparentes sur tous les plans et avec tout le monde;
- fournir un soutien social et instrumental;
- intervenir activement dans la dynamique du pouvoir au sein de l'organisme;
- assurer la responsabilisation, l'autonomie et la participation du personnel à la prise de décisions⁶³.

EXEMPLES :

Office régional de la santé de Winnipeg

En 2015, l'Office régional de la santé de Winnipeg (ORSW) a publié son plan stratégique quinquennal⁷¹. L'équité en santé y était explicitement mentionnée comme étant une valeur fondamentale devant orienter tous les aspects de la prestation des services. L'équipe responsable a consulté le réseau de sensibilisation aux soins de santé et, à l'interne, leur comité de coordination sur la santé pour tous afin d'établir le vocabulaire à utiliser pour parler d'équité en santé dans le plan stratégique. La tactique employée pour énoncer de manière explicite l'équité en santé en tant que valeur dans les plans stratégiques et autres documents administratifs est de plus en plus courante.

Minimisation des conséquences intégrée aux programmes hospitaliers

Bernie Pauly discute de l'élargissement des stratégies de minimisation des conséquences aux programmes et services hospitaliers et des effets positifs de cette démarche sur la décision des fournisseurs de soins de service à orienter leurs valeurs un peu plus vers l'équité⁷². En extrapolant, on pourrait en conclure que les services et programmes peuvent susciter des changements dans les valeurs des individus travaillant au sein des organismes concernés. Il serait aussi logique de penser que de mettre en œuvre des programmes et des services axés sur l'équité en santé aurait pour effet de favoriser l'adhésion aux valeurs d'équité en santé. Le remaniement de politiques, de programmes et de services pourrait

provoquer des bouleversements par rapport aux valeurs, ce qui pourrait simultanément donner l'occasion d'énoncer des valeurs communes.

Programme de recherche sur les interventions en soins de santé de première ligne axées sur l'équité pour les populations marginalisées (EQUIP)

Menés dans quatre cliniques de soins de santé primaires au Canada, les travaux du groupe d'intervention EQUIP avaient pour objet de fournir au milieu des soins primaires de meilleurs outils pour assurer des interventions axées sur l'équité en santé⁷³. L'intervention comportait deux volets : 1) la formation du personnel et 2) l'intégration et l'adaptation sur le plan organisationnel. Le deuxième volet se voulait la continuité du premier. Il visait à encourager les participants à déterminer les répercussions de leurs apprentissages sur le plan personnel mais aussi sur les politiques et les pratiques organisationnelles. Un expert-conseil a ensuite travaillé avec la direction et le personnel à l'établissement de priorités organisationnelles et à l'élaboration d'un plan d'action. L'intervention EQUIP a notamment fait surgir des tiraillements entre les valeurs d'équité en santé énoncées par les organismes d'attache des participants et les valeurs généralement véhiculées dans le système de santé. La situation s'est révélée propice à l'énonciation de valeurs et de croyances partagées et à l'engagement organisationnel relativement à l'équité en santé⁷⁴.

2 DIALOGUE INTENTIONNEL SUR LES VALEURS ORGANISATIONNELLES ET LA DÉMARCHE D'ÉQUITÉ EN SANTÉ

Les tentatives de transformation organisationnelle peuvent mener à un changement superficiel dans les artefacts. Il s'avère toutefois difficile de modifier des valeurs et des croyances profondément ancrées⁷⁵. L'une des principales raisons des échecs est le manque de cohérence entre les valeurs liées à la démarche de changement et les valeurs des membres du personnel de l'organisme⁷⁶. Les valeurs peuvent néanmoins évoluer avec le temps en réponse à des changements à l'interne ou à l'externe⁶⁵. Il se révèle donc impératif d'intervenir afin de promouvoir la cohérence et les valeurs partagées. Par exemple, en 2017, dans un rapport

d'analyse du contexte entourant les déterminants sociaux de la santé et la démarche d'équité en santé au Canada, on recommandait que les membres de la direction et du personnel se livrent à un exercice de réflexion sur les valeurs⁹.

Le point de vue adopté pour le présent projet est celui selon lequel la culture organisationnelle appartient aux organismes, ce qui la prête à la création, au changement et à la transformation²⁰. Les organismes sont donc appelés à s'engager dans des conversations délibérées au sujet des valeurs mais aussi des pratiques et des comportements afférents.

L'outil ci-dessous est conçu pour aider à animer une discussion intentionnelle au sujet des valeurs organisationnelles et de la démarche d'équité en santé.

OUTIL DE DISCUSSION SUR LES VALEURS LIÉES À L'ÉQUITÉ EN SANTÉ ET LEUR CONCRÉTISATION

L'objet du présent outil est d'aider les organismes à énoncer clairement leurs valeurs relativement à l'équité en santé et de déterminer les possibilités de transformer les valeurs ainsi énoncées en pratiques et en comportements organisationnels. Entamer une conversation intentionnelle permettra aux organismes de prendre conscience du rôle de certaines valeurs dans les activités quotidiennes en santé publique.

DURÉE : allouer au moins deux heures à la discussion

AUDITOIRE : membres de la haute direction, gestionnaires et membres du personnel responsables des politiques, des programmes et des services visant l'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé

MATÉRIEL : tableau à feuilles et marqueurs ou outils de travail collaboratif afin d'animer une conversation virtuelle

MATÉRIEL D'INFORMATION : tableau des valeurs liées à l'équité en santé (tableau 1 du présent document) et la liste des valeurs et des énoncés de vision et de mission de votre organisme

ÉTAPE 1 : DÉTERMINEZ QUI PARTICIPE

Cette étape consiste à faire la sélection des personnes qui prendront part à la discussion. Nous recommandons que les cadres de la haute direction, les gestionnaires et les responsables de l'équité en santé et des déterminants sociaux de la santé s'occupent de cette étape. Convoquez ensuite les personnes choisies une semaine ou deux avant la rencontre en annexant à l'invitation le matériel d'information nécessaire.

ÉTAPE 2 : RÉEXAMINEZ LES VALEURS

Lors de l'atelier, passez en revue la liste des valeurs organisationnelles associées à la démarche d'équité en santé dont il est question plus haut dans le présent document. Lesquelles de ces valeurs reflètent les valeurs de votre propre organisme? Écrivez chacune de ces valeurs sur le tableau à feuilles, à la vue de tout le monde. Est-ce que d'autres valeurs organisationnelles devraient aussi figurer sur cette liste parce qu'elles encouragent la démarche d'équité en santé? Ajoutez-les aux autres sur le tableau à feuilles.

ÉTAPE 3 : DÉTERMINEZ LES TROIS VALEURS LES PLUS IMPORTANTES

Votre liste de valeurs est peut-être longue. Avec le groupe, utilisez un processus de consensus afin de réduire la liste aux trois valeurs fondamentales. Concentrez-vous sur les valeurs organisationnelles les plus importantes et les plus irréfutables. Écrivez chacune de ces trois valeurs sur une nouvelle feuille du tableau à feuilles.

ÉTAPE 4 : DÉCIDEZ DES MESURES À PRENDRE

Pour chacune des valeurs, posez au groupe les questions suivantes :

- » Si nous avons comme valeur de _____, comment devrions-nous agir (p. ex., dans nos pratiques, nos programmes et nos politiques) en tant qu'organisme?
Par exemple : Si nous valorisons l'importance de vivre une vie digne, notre organisme offrira à l'ensemble de son personnel un revenu suffisant.
- » Comment agissons-nous en ce moment? Est-ce logique? Peut-on voir des discordances (le cas échéant, lesquelles)?
- » Serait-il possible d'incarner encore mieux les trois valeurs les plus importantes en matière d'équité en santé? Envisagez les possibilités sur les plans individuel, organisationnel et sociétal.

Des exemples de pratiques, de politiques et de programmes organisationnels possibles sont présentés dans le tableau ci-dessous et répartis en fonction des diverses dimensions de la capacité organisationnelle⁶⁸. Suivant les priorités de votre organisme, vous pourriez décider de vous concentrer sur l'une de ces dimensions plus qu'une autre. Vos réponses devraient se rapporter spécifiquement à votre organisme et à la valeur en question.

ÉTAPE 5 : PLANIFIEZ LE CHANGEMENT

À cette étape-ci, vous avez déjà réussi à :

- » déterminer les trois grandes valeurs favorables à la démarche d'équité en santé;
 - » dresser la liste des mesures et des comportements qui permettront d'opérationnaliser ces valeurs.
- Vous disposez maintenant d'une liste de mesures et de comportements qui faciliteront la démarche d'équité en santé au sein de votre organisme.

Afin de poursuivre sur votre lancée, envisagez la manière d'intégrer à vos activités en cours les occasions qui sont ressorties de votre exercice. Déterminez ce que vous pourriez faire pour appliquer chacune des mesures énoncées à court, à moyen et à long terme.

TABLEAU 2 : EXEMPLES D'ATTITUDES ET DE MESURES ORGANISATIONNELLES PROPRES À SOUTENIR LA DÉMARCHE D'ÉQUITÉ EN SANTÉ⁶⁸

DIMENSION DE LA CAPACITÉ ORGANISATIONNELLE	ATTITUDES ET MESURES ORGANISATIONNELLES
Diriger et gouverner avec équité	<ul style="list-style-type: none"> • L'équité en santé et les valeurs afférentes sont établies comme étant une priorité et des valeurs organisationnelles fondamentales. • La structure de gouvernance tient compte de l'équité en santé. • L'équité en santé figure au nombre des rôles et des responsabilités des membres de la direction.
Développer une culture d'équité	<ul style="list-style-type: none"> • La culture organisationnelle encourage l'apprentissage et la progression au sujet de l'équité en santé, y compris en termes de ressources allouées à la formation et au perfectionnement professionnel. • L'organisme accorde le temps et les ressources nécessaires pour envisager les moyens d'améliorer la démarche d'équité en santé et de changer les pratiques en conséquence. • L'ensemble du personnel reçoit l'encouragement et le soutien requis pour déterminer les pratiques et les politiques entraînant des iniquités et pour les démanteler.
Financer et élaborer des programmes et des politiques axées sur l'équité en santé	<ul style="list-style-type: none"> • Du soutien et des ressources dédiées à long terme vont aux activités axées sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé. • Des programmes et des politiques visant à agir sur les déterminants structurels et sociaux de la santé et à progresser vers l'équité en santé voient le jour. • La planification et la gestion financières incluent dans leur processus l'analyse de l'équité.
Mettre en place une équipe solide et compétente	<ul style="list-style-type: none"> • Du personnel de toutes les branches de l'organisme est recruté et récompensé pour ses connaissances, ses compétences et son attitude en matière d'équité en santé. • Les membres du personnel reçoivent l'appui voulu pour continuer à renforcer leur capacité individuelle en matière d'équité en santé. • Les compétences en matière d'équité en santé sont intégrées à la gestion du rendement. • Les comportements individuels qui vont dans le sens de l'équité en santé et des déterminants sociaux de la santé sont définis, cultivés, salués et récompensés. • L'organisme fournit à l'ensemble du personnel un salaire suffisant.
Générer et utiliser des connaissances et de l'information afin de favoriser l'équité	<ul style="list-style-type: none"> • Une équipe a la responsabilité de travailler à la collecte, à l'analyse et à l'application des connaissances voulues pour soutenir la démarche d'équité en santé. • Les communautés touchées participent activement à la génération, à l'analyse et à l'application des connaissances et des données permettant de tendre plus facilement vers l'équité en santé. • L'organisme puise dans un large éventail de sources d'information, y compris en matière de plaidoyer et de communications, pour intensifier les efforts consacrés aux déterminants sociaux de la santé.
Tisser des liens avec la collectivité et des partenaires multisectoriels afin d'améliorer les mesures prises en matière de déterminants sociaux de la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Les partenariats stratégiques avec les populations structurellement marginalisées et d'autres secteurs sont en place et axés sur les politiques et le changement structurel requis pour influer de manière positive sur les déterminants structurels et sociaux de la santé. • L'engagement, le processus décisionnel et les partenariats en concertation avec la collectivité font naturellement partie intégrante des processus de conceptualisation, de mise en œuvre et d'évaluation des programmes, des politiques et des services. • Les plans organisationnels font état des ressources et du temps requis pour établir des partenariats locaux et intersectoriels efficaces.
Concevoir des infrastructures et des espaces équitables	<ul style="list-style-type: none"> • Des lieux physiques et des espaces virtuels sont disponibles et exempts de discrimination et favorisent le développement du sentiment d'appartenance. • L'apprentissage interorganisationnel lié à la démarche d'équité en santé est encouragé en facilitant l'accès à la technologie voulue.
Comprendre et influencer les systèmes externes	<ul style="list-style-type: none"> • L'organisme s'engage dans des processus pour inciter les systèmes externes à agir pour l'équité en santé. • L'organisme investit dans le perfectionnement professionnel voulu pour aider son personnel à comprendre et à influencer les contextes sociopolitiques qui ont une incidence sur la santé. • Le personnel a les compétences requises pour comprendre les changements dans les systèmes externes et s'y adapter.

CONCLUSION

Les valeurs sont des forces qui agissent de manière fondamentale sur les décisions et les activités organisationnelles. Énoncées explicitement ou non, les valeurs influencent ce à quoi on accorde la priorité et ce qui est mis à exécution. Dans le présent mémoire, nous avons passé en revue 14 valeurs que peuvent adopter les organismes cherchant à améliorer l'équité en santé en agissant délibérément sur les déterminants structurels et sociaux

de la santé. Le fait de connaître les valeurs qui facilitent la démarche d'équité en santé et d'intégrer ces valeurs dans la documentation organisationnelle constitue une étape cruciale. Après avoir intégré les valeurs dans les artefacts, il faut assurer la cohérence entre le comportement organisationnel et les valeurs. À cet effet, la direction et le personnel peuvent aider en s'engageant activement dans un processus d'introspection, de discussion, de planification et d'action.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2020). *Valeurs et équité en santé : parlons-en* [Internet]. CCNDS, Université St. Francis Xavier [cité le 30 mars 2021], 8 p. https://nccdh.ca/images/uploads/comments/Lets-talk-values-and-health-equity_2020_FR.pdf
2. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2019). *Projet sur la capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé : un sommaire* [Internet]. CCNDS, Université St. Francis Xavier [cité le 30 mars 2021], 4 p. <https://nccdh.ca/images/uploads/comments/OCI-Knowledge-Product-0-Summary-FR.pdf>
3. Schwartz, S.H. (2012). *An overview of the Schwartz theory of basic values*. *Online Readings in Psychology and Culture*, 2(1), article 11 [20 p.]. Doi : 10.9707/2307-0919.1116
4. Brown B. (2018). *Dare to lead: brave work. Tough conversations. Whole hearts*. Random House, 320 p.
5. Shams, L., Sari, A.A. et Yazdani, S. (2016, novembre). Values in health policy – a concept analysis. *International Journal of Health Policy and Management*, 5(11), 623-630. Doi : 10.15171/ijhpm.2016.102
6. van Roode, T., Pauly, B.M., Marcellus, L., Wilson Strosher, H., Shahram, S.,..., Dang, P. (2020). Values are not enough: qualitative study identifying critical elements for prioritization of health equity in health systems. *International Journal for Equity in Health*, 19, article 162 [13 p.]. Doi : 10.1186/s12939-020-01276-3
7. Cohen, B.E., Schultz, A., McGibbon, E., VanderPlaat, M., Bassett, R.,..., GermAnn, K. (2013, mars). A conceptual framework of organizational capacity for public health equity action (OC-PHEA). *Revue canadienne de santé publique*, 104(3), e262-e266. Doi : 10.17269/cjph.104.3735
8. McPherson, C., Ndumbe-Eyoh, S., Betker, C., Oickle, D. et Peroff-Johnston, N. (2016). Swimming against the tide: a Canadian qualitative study examining the implementation of a province-wide public health initiative to address health equity. *International Journal for Equity in Health*, 15, article 129 [18 p.]. Doi : 10.1186/s12939-016-0419-4
9. 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* [Internet]. CCNDS, Université St. Francis Xavier [cité le 30 mars 2021], 67 p. https://nccdh.ca/images/uploads/comments/Building_a_culture_of_equity_in_Canadian_public_health_-_An_environmental_scan_FR_Final.pdf
10. American Public Health Association. (2019). *Public health code of ethics: issue brief* [Internet]. APHA [cité le 30 mars 2021], 31 p. https://www.apha.org/-/media/files/pdf/membergroups/ethics/code_of_ethics.ashx
11. Gostin, L.O. et Powers, M. (2006, juillet-août). What does social justice require for the public's health? Public health ethics and policy imperatives. *Health Affairs* (Millwood), 5(4), 1053-1060. Doi : 10.1377/hlthaff.25.4.1053
12. MacDonald, M. (2014, janvier). *Introduction à l'éthique en santé publique 1 : contexte* [Internet]. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé [cité le 30 mars 2021], 12 p. http://www.ccnpps.ca/docs/2014_Ethique_Intro1_Fr.pdf
13. MacDonald, M. (2015, mars). *Introduction à l'éthique en santé publique 3 : cadres d'éthique en santé publique* [Internet]. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé [cité le 30 mars 2021], 31 p. http://www.ccnpps.ca/docs/2015_Ethique_Intro3_Final_Fr.pdf
14. Lee, L.M. et Zarowsky, C. (2015). Foundational values for public health. *Public Health Reviews*, 36, article 2 [9 p.]. Doi : 10.1186/s40985-015-0004-1
15. Promotion de la santé Canada. (2015, novembre). *Compétences pancanadiennes des promoteurs de la santé et glossaire* [Internet]. HPC [cité le 30 mars 2021], 20 p. <https://www.healthpromotioncanada.ca/wp-content/uploads/2016/07/2015-FR-HPComp-Package-new-logo.pdf>

16. Agence de la santé publique du Canada. (2008). *Compétences essentielles en santé publique au Canada : version 1.0* [Internet]. [Cité le 30 mars 2021], 27 p. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/public-health-practice/skills-online/core-competencies-public-health-canada/cc-manual-fra090407.pdf>
17. Edwards, N.C. et MacLean Davison, C. (2008, mars-avril) Social justice and core competencies for public health: improving the fit. *Revue canadienne de santé publique*, 99(2), 130-132. Doi : 10.1007/BF03405460
18. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2020). *Fondements éthiques de l'équité en santé : Parlons-en* [Internet]. CCNDS, Université St. Francis Xavier [cité le 30 mars 2021], 6 p. https://nccdh.ca/images/uploads/comments/Lets-Talk-Ethical-foundations-of-health-equity_FR.pdf
19. MacDonald, M. (2015, mars). *Introduction à l'éthique en santé publique 2 : fondements philosophiques et théoriques* [Internet]. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé [cité le 30 mars 2021], 8 p. http://www.ccnpps.ca/docs/2015_Ethique_Intro2_Fr_Final.pdf
20. Davies, H.T., Nutley, S.M. et Mannion, R. (2000, juin). Organisational culture and quality of health care. *Quality in Health Care*, 9(2), 111-119. Doi : 10.1136/qhc.9.2.111
21. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2018). *Document d'information : valeurs organisationnelles en matière d'équité en santé* [Internet]. CCNDS, Université St. Francis Xavier, document interne.
22. Ndumbe-Eyoh, S. et Betker C. (2019, 17 juillet). *Living health equity values within public health organizations* [vidéo dans Internet]. CCNDS, Université St. Francis Xavier [cité le 30 mars 2021], 59 min. <https://nccdh.ca/fr/workshops-events/entry/webinar-living-health-equity-values-within-public-health-organizations> (enregistrement en anglais, avec sommaire en français)
23. Rokeach, M. (1968, hiver). The role of values in public opinion research. *Public Opinion Quarterly*, 32(4), 547-559. Doi : 10.1086/267645
24. Filiatrault, F., Désy, M. et Leclerc, B. (2017). *Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique* [Internet]. Institut national de santé publique du Québec [cité le 30 mars 2021], 20 p. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2010_referentiel_valeurs_analyse_ethique.pdf
25. Bellefleur, O. et Keeling, M. (2015, juillet). *La solidarité dans l'éthique et la pratique de la santé publique : conceptions, usages et implications* [Internet]. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé [cité le 30 mars 2021], 24 p. http://www.ccnpps.ca/docs/2015_Ethique_Solidarite_Fr.pdf
26. Rock, M.J. et Degeling, C. (2015, mars). Public health ethics and more-than-human solidarity. *Social Science & Medicine*, 129, 61-67. Doi : 10.1016/j.socscimed.2014.05.050
27. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. (2019). *Accountability as a driver of health equity* [Internet]. Organisation mondiale de la Santé [cité le 30 mars 2021], 28 p. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312282/9789289054096-eng.pdf> (en anglais)
28. Weaver, L. (2017). *Réalité, confiance, cocréation et impact collectif* [Internet]. Tamarack Institute [cité le 30 mars 2021], 16 p. https://agirtot.org/media/489076/tamarack_article_rivaliteconfiance_traductionfr_dec2017.pdf
29. Cheuy, S. (2018, 12 février). Trust: an essential ingredient in authentic community engagement [Internet]. Dans : *The Latest* [blogue dans Internet], [créé le 23 août 2011]. Tamarack Institute [cité le 30 mars 2021], [environ 3 écrans]. <https://www.tamarackcommunity.ca/latest/trust-an-essential-ingredient-in-authentic-community-engagement> (en anglais)
30. Wilkins, C.H. (2018, octobre). Effective engagement requires trust and being trustworthy. *Medical Care*, 56(10, suppl. 1), S6-S8. Doi : 10.1097/MLR.0000000000000953
31. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2021). *L'engagement communautaire axé sur l'équité en santé : Parlons-en* [Internet]. CCNDS, Université St. Francis Xavier [cité le 30 mars 2021], 13 p. <https://nccdh.ca/images/uploads/comments/Lets-Talk-Community-Engagement-FR.pdf>
32. Wesson, D.E., Lucey, C.R. et Cooper, L.A. (2019, 9 juillet). Building trust in health systems to eliminate health disparities. *JAMA*, 322(2), 111-112. Doi : 10.1001/jama.2019.1924
33. Keeling, M. et Bellefleur, O. (2014, octobre). *Le principe de réciprocité : comment peut-il éclairer la santé publique et les politiques publiques favorables à la santé?* [Internet]. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé [cité le 30 mars 2021], 17 p. http://www.ccnpps.ca/docs/2014_Ethique_Reciprocite_Fr.pdf
34. Nikoo, N., Nikoo, M., Kehler, C., Jang, K. et Krausz, M. (2015, juin). Ethical framework of healthcare delivery to stigmatized populations, implications for care in pregnant women with substance related-related disorders. *Mental Health in Family Medicine* [Internet], [cité le 30 mars 2021], 11(1), 8-12. <http://www.mhfmjournal.com/pdf/ethical-framework-of-healthcare-delivery-to-stigmatized-populations-implications-for-care-in-pregnant-women-with-substance-related.pdf> (en anglais)
35. Association des Infirmières et Infirmiers du Canada. (2006, février). *Les défis éthiques de la pratique infirmière en santé publique* [Internet]. AIIC [cité le 30 mars 2021], 14 p. https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/ethics_in_practice_jan_06_f.pdf?la=fr
36. Deleary, M. (2021, 2 mars). *Sken:nen, Mino-Bimaadziwin: understanding wellness in Indigenous wisdom traditions for caregivers webinar* [vidéo dans Internet]. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [cité le 30 mars 2021]. 62 min. <https://rnao.ca/covid19/covid-19-webinars> (en anglais)

37. Organisation mondiale de la Santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* [Internet]. OMS 1986 [cité le 30 mars 2021], 5 p. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/health-promotion/population-health/ottawa-charter-health-promotion-international-conference-on-health-promotion/chartre.pdf> (en anglais)
38. Greater Good Magazine. *Compassion: defined* [Internet]. University of California, Berkeley, Greater Good Science Center [cité le 30 mars 2021], [environ 2 écrans]. <https://greatergood.berkeley.edu/topic/compassion/definition> (en anglais)
39. Fotaki, M. (2015, avril). Why and how is compassion necessary to provide good quality healthcare? *International Journal of Health Policy and Management*, 4(4), 199-201. Doi : 10.15171/ijhpm.2015.66
40. Collins, M.E. et Garlington, S.B. (2020, 26 juin). *3 moral virtues necessary for an ethical pandemic response and reopening* [Internet]. La Conversation Canada [cité le 30 mars 2021], [environ 9 écrans]. <https://theconversation.com/3-moral-virtues-necessary-for-an-ethical-pandemic-response-and-reopening-140688> (en anglais)
41. Perez-Bret, E., Altisent, R. et Rocafort, J. (2016, décembre). Definition of compassion in healthcare: a systematic literature review. *International Journal of Palliative Nursing*, 22(12), 599-606. Doi : 10.12968/ijpn.2016.22.12.599
42. Morris, J.A., Brotheridge, C.M. et Urbanski, J.C. (2005, octobre). Bringing humility to leadership: antecedents and consequences of leader humility. *Human Relations*, 58(10), 1323-1350. Doi : 10.1177/0018726705059929
43. Vera, D. et Rodriguez-Lopez, A. (2004, décembre). Strategic virtues: humility as a source of competitive advantage. *Organizational Dynamics*, 33(4), 393-408. Doi : 10.1016/j.orgdyn.2004.09.006
44. Betker, R.C. et Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2018). *Leadership de la santé publique pour favoriser l'équité en santé : sommaire de la revue de la littérature* [Internet]. CCNDS, Université St. Francis Xavier [cité le 30 mars 2021], 14 p. https://nccdh.ca/images/uploads/comments/Public_health-leadership_to_advance_health_equity_-_A_review_summary_-_FR.pdf
45. Stubbe, D.E. (2020, hiver). Practicing cultural competence and cultural humility in the care of diverse patients. *Focus (Psychiatry Online)*, 18(1), 49-51. Doi : 10.1176/appi.focus.20190041
46. Schroeder, D., Chatfield, K., Singh, M., Chennells, R. et Herissone-Kelly, P. (2019). *Equitable research partnerships: a global code of conduct to counter ethics dumping* [Internet]. Springer. Chapitre 3, The four values framework: fairness, respect, care and honesty, [cité le 30 mars 2021], p. 13-26. https://doi.org/10.1007/978-3-030-15745-6_3 (en anglais)
47. Turner, S. et Harder, N. (2018, mai). Psychological safe environment: a concept analysis. *Clinical Stimulation in Nursing*, 18, 47-55. Doi : 10.1016/j.ecns.2018.02.004
48. Beach, M.C., Duggan, P.S., Cassel, C.K. et Geller G. (2007, mai). What does 'respect' mean? Exploring the moral obligation of health professionals to respect patients. *Journal of General Internal Medicine*, 22(5), 692-5. Doi : 10.1007/s11606-006-0054-7
49. Whitehead, M. et Dahlgren, G. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up part 1* [Internet]. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe [cité le 30 mars 2021], 34 p. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf (en anglais)
50. Braveman, P., Arkin, E., Orleans, T., Proctor, D. et Plough, A. (2017, mai). *What is health equity? And what difference does a definition make?* [Internet]. Robert Wood Johnson Foundation [cité le 30 mars 2021], 20 p. https://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/issue_briefs/2017/rwjf437393 (en anglais)
51. Halseth, R. et Murdock, L. (2020). *Appuyer l'autodétermination des peuples autochtones en matière de santé : leçons tirées d'un examen des pratiques exemplaires en matière de gouvernance de la santé au Canada et dans le monde* [Internet]. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone [cité le 30 mars 2021], 79 p. https://www.cncsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/317/Ind-Self-Determine-Halseth-Murdock-FR_NIVA_Web_2021-02-16.pdf
52. Powers, L.E., Ward, N., Ferris, L., Nelis, T., Ward, M.,..., Wieck, C. (2002, automne). Leadership by people with disabilities in self-determination systems change. *Journal of Disability Policy Studies*, 13(2), 126-134. Doi : 10.1177/10442073020130020901
53. Karuka, M. Black and Native visions of self-determination. (2017, automne). *Critical Ethnic Studies*, 3(2), 77-98. Doi : 10.5749/jcritethnstud.3.2.0077
54. Nations Unies. (2007). *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones* [Internet]. ONU [cité le 30 mars 2021], 29 p. Doi : https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_F_web.pdf
55. Barker, J. (2015, printemps). *Self-determination*. *Critical Ethnic Studies*, 1(1), 11-26. Doi : 10.5749/jcritethnstud.1.1.0011
56. TAIBU Community Health Centre. (2017). *TAIBU strategic plan 2017-2022: rise – excellence in Black community based health* [Internet]. TAIBU [cité le 30 mars 2021], 19 p. http://taibuchc.ca/wp-content/uploads/2019/02/TAIBU_CHC-2017-2022-Strategic-Plan-RISE.pdf (en anglais)
57. Marcum, J.A. (2013, 24 septembre). The role of empathy and wisdom in medical practice and pedagogy: confronting the hidden curriculum. *Journal of Biomedical Education*, article 923810 [8 p.]. Doi : 10.1155/2013/923810
58. Grossmann I. (2017, mars). Wisdom in context. *Perspectives on Psychological Science*, 12(2), p. 233-257. Doi : 10.1177/1745691616672066
59. Edmondson, R. et Pearce, J. (2007, septembre). The practice of health care: wisdom as a model. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10, article 233, 233-244. Doi : 10.1007/s11019-006-9033-3

60. King, M.L. jr. (1967). *Where do we go from here: chaos or community?* Harper & Row, 209 p.
61. Hooks, B. (2001). *All about love: new visions*. Harper Perennial, 239 p.
62. Levine, M.J. et Cooney, M.A. (2018, janvier-février). Love as a public health intervention. *Journal of Public Health Management and Practice*, 24(1), 87-89. Doi : 10.1097/PHH.0000000000000736
63. Schein, E.H. (1990). Organizational culture. *American Psychologist Journal*, 45(2), 109-119. Doi : 10.1037/0003-066X.45.2.109
64. Zander, L., Jonsen, K., et Mockaitis, A.I. (2016, avril). Leveraging values in global organizations: premises, paradoxes and progress. *Management International Review*, 56(2), 149-169. Doi : 10.1007/s11575-015-0277-0
65. Bourne, H., Jenkins, M. et Parry, E. (2019, septembre). Mapping espoused organizational values. *Journal of Business Ethics*, 159(1), 133-148. Doi : 10.1007/s10551-017-3734-9
66. Buenger, V., Daft, R.L., Conlon, E.J. et Austin, J. (1996, septembre-octobre). Competing values in organizations: contextual influences and structural consequences. *Organization Science*, 7(5), 557-576. Doi : 10.1287/orsc.7.5.557
67. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2019). *Sommaire de la réunion du 5 octobre 2018 du cercle d'apprentissage du Projet sur la capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé* [Internet]. CCNDS, Université St. Francis Xavier, document interne.
68. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2020). *Cadre d'exercice pour renforcer la capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé* [Internet]. CCNDS, Université St. Francis Xavier [cité le 30 mars 2021], 16 p. <https://nccdh.ca/images/uploads/comments/OCI-Knowledge-Product-1-Practice-Framework-FR.pdf>
69. Betker, C. et Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2018). *Leadership de la santé publique pour favoriser l'équité en santé : une revue de la littérature* [Internet]. CCNDS, Université St. Francis Xavier [cité le 30 mars 2021], 12 p. https://nccdh.ca/images/uploads/comments/Public_health_leadership_for_action_on_health_equity_-_A_literature_review_FR_Final.pdf
70. Burns, B. et Jackson, P. (2011). Success and failure in organizational change: an exploration of the role of values. *Journal of Change Management*, 11(2), 133-162. Doi : 10.1080/14697017.2010.524655
71. Office régional de la santé de Winnipeg. (2015, 1 juin). *2016-2021 strategic plan* [Internet]. [Cité le 30 mars 2021], 23 p. <https://wrha.mb.ca/files/2019/10/Strategic-Plan-Submission.pdf> (en anglais)
72. Pauly, B.B. (2008, juin). Shifting moral values to enhance access to health care: harm reduction as a context for ethical nursing practice. *International Journal of Drug Policy*, 19(3), 195-204. Doi : 10.1016/j.drugpo.2008.02.009
73. Browne, A.J., Varcoe, C., Ford-Gilboe, M., Wathen, C.N., Smye, V.,... Jackson, B.E. (2018). Disruption as opportunity: impacts of an organizational health equity intervention in primary care clinics. *International Journal for Equity in Health*, 17, article 154 [16 p.]. Doi : 10.1186/s12939-018-0820-2

Coordonnées

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé
Université St. Francis Xavier
Antigonish (N.-É.) B2G 2W5
Téléphone : 902-867-6133
Télécopieur : 902-867-6130
ccnnds@stfx.ca
www.ccnnds.ca
Twitter : @NCCDH_CCNDS

Remerciements

Sume Ndumbe-Eyoh, Pemma Muzumdar et Bernice Yanful ont rédigé le présent document. Des remerciements particuliers sont adressés à Claire Betker et à Sana Shahram pour leurs commentaires sur les premières versions.

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé est situé à l'Université St. Francis Xavier. Nous reconnaissons 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. (2021). *Incarner les valeurs d'équité en santé dans les organismes de santé publique : analyse et outil de discussion*. CCNDS, Université St. Francis Xavier.

Le financement du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) provient de l'Agence de la santé publique du Canada. Les points de vue exprimés dans le présent document ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

ISBN : 978-1-989241-56-1

Une version électronique (en format PDF) du présent document est disponible au www.ccnnds.ca.

A PDF format of this publication is also available in English at www.nccdh.ca under the title *Living health equity values in public health organizations: A review and dialogue-based tool*.