



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

LA SANTÉ PUBLIQUE A LA PAROLE :
LES NORMES ORGANISATIONNELLES, UNE PRATIQUE
PROMETTEUSE POUR FAIRE AVANCER L'ÉQUITÉ EN SANTÉ



Coordonnées :

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé [CCNDS]

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.

Citer l'information contenue dans le présent document comme suit :

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. [2013]. *La santé publique a la parole : les normes organisationnelles, une pratique prometteuse pour faire avancer l'équité en santé*. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.

ISBN : 978-1-926823-43-0

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 *Public Health Speaks: Organizational Standards as a Promising Practice to Advance Health Equity*.

REMERCIEMENTS

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé remercie chaleureusement les personnes suivantes qui ont généreusement contribué à l'élaboration du présent document par leur temps et leurs connaissances spécialisées : Bernie Pauly, Université de Victoria; Janet Braunstein Moody, ministère de la Santé et du Mieux-Être, gouvernement de la Nouvelle-Écosse; Rosana Pellizzari, Bureau de santé de Peterborough County-City et Benita Cohen, Université du Manitoba.

Caitlyn Timmings est l'auteure du présent document. Hannah Moffatt, Connie Clement et Claire Betker, du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, ont orienté la rédaction et fourni le soutien nécessaire.

Le CCNDS remercie également chaleureusement Erika Haney, Bureau de santé du district de Simcoe Muskoka, qui a effectué l'évaluation externe à titre de pair.

À PROPOS DU CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

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. Créés en 2005 et 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 et des blessures chroniques, des maladies infectieuses et de l'iniquité en santé.

Le CCNDS s'intéresse de près aux facteurs sociaux et économiques qui agissent sur la santé de la population canadienne. Son personnel interprète et transmet des données probantes et de l'information aux organismes de santé publique et aux professionnels de ce secteur en vue d'influer sur les déterminants corrélatifs et de promouvoir l'équité en santé.

TABLE DES MATIÈRES

À PROPOS DU DOCUMENT	3
Contexte.....	3
Qu'entend-on par normes organisationnelles?.....	3
Objectifs.....	3
À qui s'adresse ce document?.....	3
Comment ce document est-il structuré?.....	3
ENTRETIENS AVEC QUATRE SPÉCIALISTES EN SANTÉ PUBLIQUE	4
Déroulement des entretiens	4
LA SANTÉ PUBLIQUE A LA PAROLE : COMPARAISON ENTRE LE RENOUVELLEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'ONTARIO ET CELUI DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE.....	5
LA SANTÉ PUBLIQUE A LA PAROLE : ÉLABORATION DES NORMES DE SANTÉ PUBLIQUE EN NOUVELLE-ÉCOSSE	11
LA SANTÉ PUBLIQUE A LA PAROLE : INSTAURATION DES NORMES DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'ONTARIO AU BUREAU DE SANTÉ DE PETERBOROUGH COUNTY-CITY.....	17
LA SANTÉ PUBLIQUE A LA PAROLE : ÉLABORATION D'UN CADRE CONCEPTUEL CENTRÉ SUR LA CAPACITÉ ORGANISATIONNELLE DE LA SANTÉ PUBLIQUE D'AGIR SUR L'ÉQUITÉ EN SANTÉ.....	23
DISCUSSION	28
Principaux thèmes	28
Limites.....	31
Voies d'avenir	31
Conclusion.....	31
LISTE DES RESSOURCES	32
RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE	32

À PROPOS DU DOCUMENT

Contexte

Après une revue documentaire poussée, le Service de santé publique de Sudbury et du district (SSPSD) en est venu à la conclusion que l'élaboration et l'instauration de normes organisationnelles constituent l'une des dix pratiques prometteuses pour atténuer les iniquités sociales en matière de santé¹.

Le personnel du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) a élaboré le présent document en collaboration avec quatre spécialistes canadiens de la santé publique, afin d'étudier de plus près le rôle que jouent les normes organisationnelles comme stratégie pour faire avancer l'action en faveur de l'équité en santé dans la pratique de santé publique.

Qu'entend-on par normes organisationnelles?

Dans le contexte du présent document, on entend par **normes organisationnelles** les lignes directrices internes en usage dans les organismes pour préciser les divers niveaux de service et établir des indicateurs de rendement et de responsabilité. En ce qui concerne les organismes de santé publique, les normes organisationnelles se comparent à des règles fondamentales qui assurent l'efficacité de la pratique de santé publique et qui sont susceptibles d'agir positivement sur les déterminants de la santé et de faire avancer l'équité en santé dans nos collectivités¹.

Objectifs

Voici les objectifs du présent document :

1. **Diffuser les connaissances** au sujet des normes organisationnelles en tant que pratique prometteuse favorable à l'équité en santé.
2. **Renforcer la capacité** des leaders, des professionnels et des chercheurs du domaine de la santé publique en ce qui concerne l'élaboration et l'instauration de normes organisationnelles.
3. **Éclairer le changement** à tous les échelons du système de santé publique afin de promouvoir la valeur des normes organisationnelles comme moyen de faire avancer l'équité en santé.

À qui s'adresse ce document?

Ce document s'adresse aux leaders et aux décideurs de la santé publique qui souhaitent renforcer la capacité, à l'échelle organisationnelle, de prendre des mesures allant dans le sens de l'équité en santé. Les chercheurs et les professionnels s'intéressant à la relation entre le changement organisationnel et l'équité en santé en constateront également l'utilité.

Comment ce document est-il structuré?

Il contient quatre comptes rendus d'entretiens avec des spécialistes de la santé publique. L'ordre établi est intentionnel en raison de la particularité du sujet de chacun des entretiens.

Le premier compte rendu d'entretien porte sur les travaux de recherche menés actuellement sur le renouvellement du secteur de la santé publique dans deux provinces canadiennes. Le deuxième se veut un exemple de démarche suivie dans une province pour élaborer des normes organisationnelles. Le troisième donne un exemple du processus utilisé à l'échelle locale pour mettre en œuvre des normes organisationnelles provinciales. Le quatrième compte rendu d'entretien porte sur un cadre conceptuel conçu pour aider les organismes à perfectionner leur capacité de favoriser l'équité en santé.

Au format de questions et réponses, on a ajouté des liens vers des ressources et des outils clés fournis par le personnel du CCNDS et des spécialistes bien placés pour donner les renseignements. La section sur les matières à réflexion comprend un sommaire des thèmes, des limites, des voies d'avenir et des conclusions d'intérêt.

ENTRETIENS AVEC QUATRE SPÉCIALISTES EN SANTÉ PUBLIQUE

Les comptes rendus ci-après relatent les entretiens individuels avec quatre leaders de la pratique et de la recherche en santé publique. On a demandé à ces spécialistes des quatre coins du Canada de parler de leur expérience et de donner leur point de vue sur la conceptualisation, l'élaboration et l'instauration de normes organisationnelles dans divers contextes. Le contenu du présent document reflète les mots utilisés par ces spécialistes pour décrire leurs perspectives et leurs expériences.



BERNIE PAULY, PH. D.,
professeure agrégée, École des sciences infirmières, Université de Victoria, et scientifique, Centre for Addictions Research

of British Columbia, Victoria (Colombie-Britannique), parle de **la comparaison entre le renouvellement du système de santé publique de l'Ontario et celui de la Colombie-Britannique.**



JANET BRAUNSTEIN MOODY
directrice principale, Renouvellement de la santé publique, ministère de la Santé et du Bien-être,

gouvernement de la Nouvelle-Écosse, Halifax (Nouvelle-Écosse), parle de **l'élaboration des normes de santé publique en Nouvelle-Écosse.**



La **D^{RE} ROSANA PELLIZZARI,** médecin-hygiéniste, Bureau de santé de Peterborough County-City, Peterborough (Ontario), parle de **l'instauration des**

Normes de santé publique de l'Ontario au Bureau de santé de Peterborough County-City.



BENITA COHEN, PH. D., professeure agrégée, École des sciences infirmières, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba), parle

de **l'élaboration d'un cadre conceptuel centré sur la capacité organisationnelle de la santé publique d'agir sur l'équité en santé.**

Déroulement des entretiens



Connie Clement



Hannah Moffatt

Deux membres de l'équipe du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, nommément Connie Clement, directrice scientifique, et Hannah Moffatt, spécialiste du transfert des connaissances, ont mené les entretiens semi-directifs. Elles ont utilisé un guide uniforme pour toutes les participantes, en l'adaptant au besoin pour approfondir certaines questions et bien saisir le rôle et les expériences de chacune.

Ces témoignages directs concernent l'élaboration et la mise en œuvre de normes organisationnelles dans le secteur de la santé publique. Le lecteur y trouvera des réflexions sur le paysage actuel des normes organisationnelles en général et sur l'orientation anticipée. Au final, il aura gagné un aperçu de ce qui suit : la perspective et le cadre théorique permettant de considérer les normes organisationnelles comme une stratégie propice à faire avancer l'équité en santé; les facteurs facilitant ou entravant l'élaboration et l'instauration de normes organisationnelles; les leçons tirées de l'expérience et des idées pour aller de l'avant.

Les spécialistes ayant accepté de répondre aux questions ont passé en revue le contenu du présent document avant sa publication afin d'éviter toute lacune et d'assurer l'exactitude de l'information fournie.



La santé publique a la parole : comparaison entre le renouvellement du système de santé publique de l'Ontario et celui de la Colombie-Britannique

Entretien avec Bernie Pauly, IA, Ph. D., professeure agrégée, École des sciences infirmières, Université de Victoria, et scientifique, Centre for Addictions Research of British Columbia

Connie Clement, directrice scientifique du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS), s'est entretenue le 5 décembre 2012 avec Bernie Pauly, Ph. D., de l'École des sciences infirmières de l'Université de Victoria, et cochercheuse principale pour le projet de recherche sur le renouvellement des systèmes de santé publique [Renewal of Public Health Systems (RePHS)]. Au cours de ce tête-à-tête, elles ont discuté des normes organisationnelles en tant que pratique prometteuse pour atténuer les iniquités sociales en matière de santé et de l'expérience de madame Pauly au sein de l'équipe du projet RePHS.

Le projet RePHS a pour objectif d'acquérir davantage de connaissances sur le renouvellement des systèmes de santé publique. Marjorie MacDonald, Ph. D., et Trevor Hancock, Ph. D., dirigent conjointement le projet. Celui-ci consiste à examiner les processus de renouvellement de la santé publique dans lesquels on a investi en Ontario et en Colombie-Britannique pour renforcer le secteur de la santé publique au sein du système de santé.

Connie Clement : Pourriez-vous nous donner un aperçu du projet de recherche sur le renouvellement des systèmes de santé publique (RePHS)?

Bernie Pauly, Ph. D. : Le projet sur le renouvellement des systèmes de santé publique est en fait un programme de recherche destiné à comparer les processus d'instauration du renouvellement de la santé publique de la Colombie-Britannique et de l'Ontario. Dans cette dernière province plus particulièrement, le processus a mené à l'élaboration et à la bonification des normes de santé publique. En Colombie-Britannique, l'idée consistait d'abord à mettre en place le cadre des fonctions de base de la Colombie-Britannique. Le projet de recherche a vu le jour en raison des pressions exercées pour une refonte de la santé publique à la suite d'une série de crises, dont celle du SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère), et pour un renforcement du système de santé publique au pays. Une partie de la recherche consiste à examiner comment est intégrée l'équité en santé dans les normes de santé publique des organismes de santé publique en Colombie-Britannique et en Ontario. La revue documentaire a nécessité l'analyse des normes de l'Ontario et des documents se rattachant aux fonctions de base en Colombie-Britannique, afin d'essayer de comprendre comment la notion de l'équité est abordée et quels genres de stratégies sont proposés ou mis en œuvre.

L'équipe de recherche sur le renouvellement des systèmes de santé publique a publié un texte sur la manière dont est prise en compte l'équité en santé dans les documents traitant du renouvellement de la santé publique. Les membres de l'équipe ont comparé les normes et les cadres théoriques des organismes de santé publique dans ces deux provinces. Le texte publié en 2012 par Pinto et collab. s'intitule « **Equity in public health standards: A qualitative document analysis of policies from two Canadian provinces** ». Il se trouve dans la collection de ressources du CCNDS. (sommaire en français; texte intégral en anglais).

POUR EN SAVOIR PLUS, CONSULTEZ LES SITES WEB SUIVANTS :

Projet de renouvellement des services de santé publique en Colombie-Britannique et en Ontario (en anglais).

Fonctions de base en santé publique du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique (en anglais).

Normes de santé publique de l'Ontario du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Santé publique Ontario.

Connie Clement : Quelles principales conclusions avez-vous tirées de vos recherches quant à la conceptualisation et à l'intégration de l'équité en santé dans ces deux séries de documents provinciaux?

Bernie Pauly, Ph. D. : *Relativement au cadre des fonctions de base de la Colombie-Britannique, nous avons noté une sincère volonté d'incorporer la perspective de l'équité en santé dans le mode d'exécution des programmes de santé publique. Le principal objectif était d'améliorer l'état de santé des populations et de veiller à tenir expressément compte de l'équité en santé afin d'éviter toute conséquence non voulue. Cela a suscité la création de nombreuses activités et incité les gens à se poser la question : « Comment intégrer ou appliquer la perspective de l'équité en santé dans notre travail? ». Chacune des régions régionales de la santé de la Colombie-Britannique a interprété ou pris en compte le principe à sa manière. Nous en apprenons encore davantage à mesure qu'avance le projet sur le renouvellement des systèmes de santé publique.*

Dans les documents de la Colombie-Britannique, nous avons constaté un ferme engagement par rapport à l'importance de réduire les iniquités en santé. Nous avons défini ces iniquités en santé en nous inspirant de Whitehead et Dahlgren (2006), c'est-à-dire en termes de différences injustes et évitables. Ces documents mettent l'accent sur les « populations vulnérables » et sur certaines tranches de population en fonction de leur statut socioculturel, de leur manque de ressources financières, de leur âge ou de leur sexe. Les mesures prises pour atténuer les iniquités en santé tournaient plus particulièrement autour de ce qui suit : mesurer ou quantifier le degré d'iniquités en santé; donner la priorité aux déterminants sociaux de la santé et établir le besoin d'exercer une action précise, surtout des revendications, pour atténuer les iniquités en santé. En outre, l'accent a souvent été placé sur l'importance de l'engagement politique envers l'équité en santé et du travail direct et intersectoriel avec les collectivités. Dans un autre projet sur la perspective de l'équité en santé dans le domaine de la santé publique (Equity Lens in Public Health – ELPH), les chercheurs répondent plus précisément à des questions, telles que : « Comment faire de l'équité en santé une priorité? », « Comment arriver à travailler de manière intersectorielle? », « Quels sont les outils susceptibles de faciliter la démarche? » et « Quelles sont certaines des questions d'éthique dont doivent tenir compte les professionnels de la santé publique pour promouvoir l'équité en santé? ».

Dans les Normes de santé publique de l'Ontario, au contraire, on a mis l'accent sur les différences entre les inégalités de santé et les iniquités en santé, mais pas explicitement sur la perspective de l'équité. Dans cette province, tout comme en Colombie-Britannique, on a noté une volonté de s'attarder non simplement aux différences, mais aux différences de nature injuste, préjudiciable et évitable. Par conséquent, la manière de définir les iniquités en santé était assez semblable dans les deux provinces et l'expression « iniquités en santé » revient souvent dans tous les documents. Cela dit, l'équité en santé utilisée comme pilier pour améliorer la santé des populations ressort sans doute un peu plus en Colombie-Britannique, parce que la perspective de l'équité est incluse dans la version originale du cadre théorique des fonctions de base de la Colombie-Britannique.

La grande différence entre les deux provinces réside dans le choix du langage employé pour traiter de l'équité. En Ontario, on a utilisé l'expression « populations prioritaires » pour parler de celles à risque, par opposition à l'expression « populations vulnérables » en Colombie-Britannique. Dans cette dernière province, on a mis davantage l'accent sur les peuples autochtones qu'en Ontario. Une autre différence est qu'en Colombie-Britannique, le cadre théorique des fonctions de base a servi à éclairer le processus de planification en santé publique parce qu'il n'y avait pas de normes provinciales. En Ontario, au contraire, les normes sont imposées par la loi. Il était donc plus ardu d'intégrer la notion de l'équité dans le même esprit. Il est toutefois plus facile d'instaurer les normes en Ontario justement parce qu'elles sont prescrites. Les activités visant à réduire les iniquités en santé en Ontario portaient principalement sur ce qui suit : assurer le suivi et l'évaluation; améliorer l'accès aux programmes de santé publique et multiplier les partenariats et la collaboration. On s'intéresse davantage à l'action et à la revendication en faveur de l'équité en santé dans les documents de la Colombie-Britannique. Les deux séries de documents font certainement ressortir que la responsabilité de réduire les iniquités en santé revient à plus d'un secteur, pas seulement à celui de la santé.

Le texte publié en 2006 par Whitehead et Dahlgren s'intitule « **Concepts and principles for tackling social inequities in health** ». Il se trouve dans la collection de ressources du CCNDS (sommaire en français; text integral en anglais).

Connie Clement : Selon vous, quelle est l'incidence sur la pratique entre une démarche fondée sur la vulnérabilité et une démarche fondée sur la priorité pour définir des populations? Je me mets à la place des professionnels qui constatent un changement de terminologie suivant un cycle d'à peu près cinq ans.

Bernie Pauly, Ph. D. : Voilà une excellente question. À mon avis, nous commençons à comprendre qu'une terminologie axée sur la vulnérabilité ou sur la priorité pour parler des populations mène les gens à se poser des questions comme : « Quels sont ces groupes? » ou « Qui au juste subit des iniquités en santé? ». On tend à mettre l'accent sur les groupes plutôt que sur les conditions plus générales qui entraînent les iniquités. Par exemple, certains pourraient définir les « sans-abris » comme un groupe de personnes sans logement requérant une intervention individualisée, tandis que d'autres pourraient s'intéresser à l'effet des conditions structurelles sur les sans-abris, comme la pénurie de logements abordables ou l'histoire de la colonisation. Il faut tenir compte des « conditions structurelles qui créent les vulnérabilités » au lieu de simplement s'attacher aux groupes touchés ou à risque. Je pense qu'il peut être hasardeux d'étiqueter les gens.

Connie Clement : Avez-vous pu dégager des éléments clés qui facilitent l'incorporation de l'équité en santé dans les normes ou les fonctions dans chacune des provinces?

Bernie Pauly, Ph. D. : La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé a publié en 2008 un rapport intitulé Comblent le fossé en une génération. D'après moi, ce rapport a contribué à la prise en compte de l'équité en santé. Dans les documents examinés, nous avons bien vu que le rapport avait grandement influencé les documents des deux provinces et qu'il avait amené les gens à se demander : « Cela nous tient à cœur, comment allons-nous opérationnaliser tout ça? ». En Colombie-Britannique, nous avons

obtenu beaucoup de réactions en ce qui concerne la perspective de l'équité. Je pense que les gens du domaine de la santé publique se sont posés des questions comme : « Qu'est-ce que la perspective de l'équité? » et « Comment faire pour analyser les données sous la perspective de l'équité? ». Qui plus est, la régie des services de santé publique a commencé dans notre province à élaborer toute une série d'indicateurs de l'équité en santé, et elle la mettra à la disposition de tous les bureaux de santé. Je pense que certains des documents émanant de l'Ontario autour de la question de l'équité en santé se sont révélés tout aussi mobilisateurs. Pensons par exemple au document de réflexion *First Steps to Health Equity* (en anglais). J'ajouterais que la revue documentaire effectuée par le Service de santé publique de Sudbury et du district sur les pratiques prometteuses et la multiplication des ressources pertinentes sur le sujet, comme la vidéo produite par ce même service au sujet des déterminants sociaux de la santé, nous ont permis d'accroître notre compréhension.

Connie Clement : Selon vous, quelles étaient les barrières à une pleine intégration de l'équité en santé dans le domaine de la santé publique? Comment pourrions-nous faire tomber ces barrières?

Bernie Pauly, Ph. D. : À mon avis, l'une des barrières vient du fait que la santé publique constitue une branche relativement petite de tout système de soins de santé. Faire de l'équité en santé une priorité à l'échelle de ce plus grand système s'est révélé tout un défi. C'est un exercice de titan. Le secteur de la santé publique a une force modeste, mais puissante, particulièrement pour que les gens qui y travaillent déclarent : « nous dépasserons l'intention d'appliquer l'équité en santé dans le domaine de la santé publique » pour « faire avancer le concept plus loin au sein même de l'ensemble du système de soins de santé ». Je donnerai comme exemple la Vancouver Coastal Health Authority et la façon dont les responsables ont incorporé les indicateurs de l'équité en santé dans leur rapport sur l'état de santé dans cette région. Je pense que les gens y ont vu une réussite déterminante. Je suis également d'avis que les gens de la santé publique ont fait preuve de leadership et ont porté le flambeau de l'équité en posant des gestes concrets, comme conscientiser l'ensemble du personnel du système de santé aux déterminants sociaux de la santé. Il faut d'abord faire comprendre l'importance de la question, puis arriver à poser des gestes, par exemple en incorporant des indicateurs de l'équité en santé dans les rapports.

Ce qui facilite aussi les choses est que la santé publique joue un rôle clé dans l'analyse des données sur l'état de santé des populations. Je pense au fait de pouvoir poser des questions pointues sur les iniquités en santé, par exemple : « Et si nous abordions ces données en fonction du sexe ou du logement ou de l'identité ethnique? » et « Quelles différences noterions-nous dans les données si nous posions des questions de fond comme celles-là? ».

POUR EN SAVOIR PLUS, CONSULTEZ LES DOCUMENTS SUIVANTS :

Rapport publié en 2008 par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé, intitulé **Comblé le fossé en une génération**, disponible dans la collection de ressources du CCNDS.

Rapport publié en 2008 par Patychuk et Seskar-Hercic, intitulé « **First Steps to Health Equity** » (en anglais).

Sommaire de la recherche documentaire exhaustive réalisée par le Service de santé publique de Sudbury et du district afin de dégager les **10 pratiques de santé publique les plus prometteuses pour atténuer les iniquités sociales en santé**, disponible dans la collection de ressources du CCNDS.

Connie Clement : À la lumière de vos études et de vos recherches, pensez-vous que les normes organisationnelles constituent une bonne stratégie pour faire avancer l'équité en santé dans la pratique et les organismes de santé publique?

Bernie Pauly, Ph. D. : *Elles constituent à mon avis une très bonne stratégie parce qu'elles donnent la priorité à l'équité en santé. Cependant, la question va au-delà des normes de santé publique prescrites par la loi comme celles de l'Ontario. Il faut penser à la mesure dans laquelle les missions, les visions et les valeurs organisationnelles, de même que les politiques et les programmes du système dans son ensemble traitent explicitement de l'équité en santé. Ce qui importe, d'après moi, est la manière dont les normes de l'Ontario ou les fonctions de base de la Colombie-Britannique sont acceptées et mises en pratique dans l'organisation et sur le terrain. Ces documents pourraient en bout de piste susciter la réflexion et l'action, en plus de soutenir au quotidien les professionnels déjà préoccupés par les iniquités en santé et qui agissent déjà pour les atténuer.*

Le CCNDS encourage l'intégration de l'équité en santé dans les rapports sur l'état de santé des populations. Pour en savoir plus, allez à <http://nccdh.ca/fr/learn/reporting/>.

Connie Clement : D'après vous, quelles sont les leçons à tirer de la Colombie-Britannique et de l'Ontario avant de penser à d'autres provinces et à l'orientation que celles-ci pourraient prendre avec des projets semblables?

Bernie Pauly, Ph. D. : *L'équité en santé est un problème délicat qui exige une action intersectorielle. Voilà d'après moi l'une des principales leçons à tirer. Les gens œuvrant en santé publique sont courageux, mais ils se sentent parfois dépassés par l'idée de penser, par exemple, « à la manière de discuter avec les responsables de l'élaboration de politiques sur le logement ou sur le revenu ». Je pense que nous devons nous pousser à réfléchir aux mécanismes de collaboration à mettre en place.*

J'aimerais mentionner une autre leçon importante. J'y ai fait allusion assez clairement dans mes commentaires. Il s'agit de notre compréhension des déterminants sociaux de la santé. Nous nous occupons de certains volets comme le logement, l'aide sociale ou alimentaire ou l'autonomisation. C'est très bien. Mais d'après moi, l'un des volets qui exigera sans doute un plus grand virage concerne les processus et les structures qui entraînent la marginalisation, comme le racisme ou la discrimination, et notre place à titre d'intervenants en santé publique au sein du système. C'est l'un des défis que nous devons relever sur le plan systémique.

Connie Clement : Avez-vous observé une incidence différente parce que le document de la Colombie-Britannique servait davantage d'orientation et que celui de l'Ontario avait force de loi? En Colombie-Britannique, on a affecté certaines ressources au projet pendant un laps de temps, tandis qu'en Ontario, on a cherché à exécuter le projet sans toucher aux ressources. Avez-vous fait certains constats, en termes de leçons apprises ou d'éléments à garder en tête à l'avenir?

Bernie Pauly, Ph. D. : *Deux facteurs sont interreliés selon moi : (1) responsabilisation et (2) financement. Souvent, dans les documents d'orientation, la question de responsabilisation n'est pas aussi claire. Pour les normes de l'Ontario, on n'avait prévu aucune ressource additionnelle, donc pas de fonds additionnels, mais il y avait une structure de responsabilisation en place. Ces deux facteurs influencent la réaction des gens (par rapport aux documents).*

Connie Clement : Avez-vous des conseils à donner aux professionnels, aux gestionnaires et aux décideurs qui songent à adopter des normes organisationnelles, que ce soit au sein de leur propre organisme ou dans un contexte gouvernemental ou régional plus large?

Bernie Pauly, Ph. D. : *Quand je pense aux normes, je me dis que ce sont des impératifs. Ensuite, je me demande comment faire pour instaurer ces impératifs. J'aborde toujours avec prudence la question de savoir si tout doit être clairement défini dans les normes. Je suis plutôt d'avis que les normes doivent donner l'orientation générale, puis que les politiques et les pratiques doivent servir de mécanismes d'application des normes. Elles (les normes organisationnelles) sont pour moi essentielles. Elles jouent un rôle précis dans l'établissement du cadre général qui sera complété ensuite par une série de politiques, de pratiques, voire de programmes assortis.*

Connie Clement : Madame Pauly, j'ai trouvé la conversation très intéressante. Je vous remercie d'avoir donné votre point de vue et parlé de votre expérience. Je vous souhaite une bonne continuité dans vos travaux. J'ai hâte de voir les résultats.



La santé publique a la parole : élaboration des normes de santé publique en Nouvelle-Écosse

Entretien avec Janet Braunstein Moody, M. Sc. (santé publique), ICP, B. Sc. inf., directrice principale, Renouveau de la santé publique, ministère de la Santé et du Bien-être, gouvernement de la Nouvelle-Écosse

Connie Clement, directrice scientifique du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) s'est entretenue le 27 décembre 2012 avec Janet Braunstein Moody, directrice principale, Renouveau de la santé publique, ministère de la Santé et du Bien-être, gouvernement de la Nouvelle-Écosse. Cette dernière a parlé de son expérience de travail concernant le projet de collaboration visant à élaborer les normes de santé publique de la Nouvelle-Écosse et, de manière plus générale, de l'état d'avancement du renouvellement de la santé publique en Nouvelle-Écosse. Madame Braunstein Moody est également membre auxiliaire du corps professoral de l'École des sciences infirmières et du Département de santé communautaire et d'épidémiologie de l'Université Dalhousie.

Connie Clement : Pourriez-vous nous expliquer le processus de renouvellement de la santé publique en Nouvelle-Écosse?

Janet Braunstein Moody : Nous avons décidé d'examiner notre système de santé publique dans la foulée de la publication en 2003 du rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique qui s'intitule *Leçons de la crise du SRAS*, et des nombreuses commissions d'enquête royales tenues dans ce contexte. En Nouvelle-Écosse, nous voulions un examen externe afin de savoir si notre système de santé publique était à la fois efficace, efficient, complet et adapté aux besoins. En 2005, nous avons ainsi chargé un consultant en santé publique de réaliser cette évaluation externe. Il s'en est suivi un document intitulé *Le renouvellement de la santé publique en Nouvelle-Écosse : Bâtir un système de santé publique pour répondre aux besoins des gens de la Nouvelle-Écosse*. Ce rapport contenait 21 recommandations ou mesures proposées pour renouveler le système. Ce qui ressortait du rapport était que la province se trouvait dans la partie peu profonde de la piscine au chapitre de la fonctionnalité du système et de l'efficacité de sa capacité de réaction et d'adaptation.

Nous avons réparti les 21 recommandations dans cinq grandes catégories, c'est-à-dire : 1) améliorer la structure et les fonctions du système à l'échelon provincial; 2) améliorer la structure et les fonctions du système à l'échelon local (c.-à-d. régions régionales de la santé); 3) renforcer les efforts de collaboration entre ces deux échelons; 4) améliorer les interventions de la santé publique tout au long du continuum de soins au sein du système de santé et 5) améliorer l'infrastructure du système (c.-à-d. la main-d'œuvre, la structure et l'information). La première grande recommandation portait sur l'établissement d'une vision commune pour le secteur de la santé publique. Nous avons donc entrepris une démarche de planification stratégique qui a fourni les assises des normes et des protocoles connexes.

POUR EN SAVOIR PLUS SUR LE RENOUELEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE EN NOUVELLE-ÉCOSSE, CONSULTEZ LES DOCUMENTS SUIVANTS :

Le renouvellement de la santé publique en Nouvelle-Écosse : Bâtir un système de santé publique pour répondre aux besoins des gens de la Nouvelle-Écosse (2006)

Les six enjeux : La voie de l'avenir – un engagement pour le futur de la santé publique (2010)

Santé publique en Nouvelle-Écosse : Parcours du renouvellement (2010)

Normes de santé publique de la Nouvelle-Écosse 2011-2016

Le rapport intitulé **Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada (2003)** est disponible en ligne.

Connie Clement : Quel usage faites-vous de ces normes et de ces priorités à l'heure actuelle en Nouvelle-Écosse?

Janet Braunstein Moody : La onzième recommandation énoncée dans notre document sur le renouvellement du système se rapporte à l'établissement de normes fondées sur des données probantes applicables aux échelons provincial et local. Bien que nous ayons toujours eu cette vision, nous devons la préciser. Pendant le processus de planification stratégique, il est devenu très évident que la santé publique joue un rôle déterminant dans la compréhension des données d'évaluation et de surveillance de l'état de santé des populations et des aspects qualitatifs de nos collectivités. Cette démarche et cette compréhension ont permis de préciser notre vision et notre rôle.

Le processus de planification stratégique s'est échelonné sur deux ans. Nous avons embauché une soixantaine de personnes, mené des consultations et organisé de cinq à sept activités auxquelles ont participé plus de 500 intervenants. Nous avons demandé aux gens de préciser leurs perceptions et leurs attentes à l'égard de la santé publique. Ces gens nous ont largement parlé de la complexité du système de santé publique. Ils ont abordé des questions délicates, difficiles à entendre; mais ils ont aussi soulevé des questions très éclairantes. La démarche nous a permis d'entendre ce que nous devons entendre, soit que la santé publique occupe une position vraiment unique au sein du système de santé.

La santé publique est essentiellement la seule branche où les gens sont bien placés pour comprendre la santé communautaire et les iniquités en santé. Par conséquent, elle devrait jouer un rôle de premier plan pour faire la lumière sur les enjeux liés à l'équité en santé et pour inciter les autres à faire de même. À la suite du processus de planification stratégique, nous avons pris certains engagements relativement à six enjeux, dont l'un porte sur l'importance de comprendre la notion de « justice sociale » énoncée dans le document. Cela dit, nous tendons à opter pour un langage axé sur l'équité en santé comme fondement de base de l'ensemble de notre travail.

Connie Clement : Excellent. Dans le cadre du processus de planification stratégique, dans quelle mesure avez-vous fait appel à des secteurs autres que celui de la santé publique?

Janet Braunstein Moody : Je dirais que la plupart des gens consultés provenaient d'autres sphères que la santé publique. Nous avons discuté avec des personnes que nous n'avions pas interrogées précédemment ou que nous n'avions pas jugé utile de consulter dans le cadre du processus de planification stratégique. Nous avons ainsi parlé avec des gens de municipalités (dont des maires); du système carcéral; du secteur du logement; du secteur du développement de l'enfance; de centres de ressources; d'ONG et de ministères du gouvernement, y compris ceux de l'environnement et de l'agriculture, du développement économique et des finances. Nous avons également parlé avec des sans-abri, des bibliothécaires et des enseignants.

Connie Clement : Pourriez-vous nous expliquer comment a été conceptualisée la justice sociale, ou l'équité en santé, dans les normes provinciales? Que signifie le fait que l'une de ces six priorités tourne autour de la justice sociale?

Janet Braunstein Moody : *Je pense que l'équité en santé ou la justice sociale font partie des six enjeux afin de nous rappeler que notre travail repose sur ce fondement. Il s'agit en effet du fondement de nos normes. Dans les discussions sur les éléments de programmation ou les éléments à cibler, nous avons posé la question suivante : « La justice sociale devrait-elle être l'un de nos programmes ou des éléments à cibler? ». La réponse à cette question a suscité des débats bien animés au sein de notre équipe de direction. En fin de compte, nous avons conclu qu'il était impossible d'isoler l'équité en santé dans un programme distinct. Si nous n'incorporons pas la notion dans tous les volets de nos programmes, nous allons nous égarer de notre voie au chapitre de la santé publique. À cette réunion, nous avons vu couler des larmes, s'exprimer la passion et s'échauffer les esprits. Nous avons ultimement décidé de garder nos quatre domaines de programmation tels quels, mais de faire de l'équité en santé le fondement de ces domaines et le fil conducteur entre ceux-ci.*

Connie Clement : Comment arrivez-vous à déterminer si vous avez réussi l'application des normes? Plus précisément, quels indicateurs ont été prévus pour les normes de base comparativement aux normes des programmes?

Janet Braunstein Moody : *oilà une excellente question à laquelle nous n'avons pas encore été en mesure de répondre. Pour le moment, nous n'avons pas encore établi d'indicateurs pour nos normes. Nous en sommes à la prochaine étape, soit celle de terminer la première version de nos protocoles. Nous avons toutefois des discussions animées au sujet de l'endroit où il faut intégrer les indicateurs. Devrait-on les inclure dans les protocoles ou dans un cadre de responsabilité? Nous voulons veiller à ce que les indicateurs retenus s'harmonisent avec ce que fait le gouvernement dans le reste du système de santé. Toutefois, nous savons très bien que les indicateurs servant dans le reste du système de santé et les indicateurs nécessaires en santé publique ne sont pas les mêmes. Nous avons également un protocole particulier pour l'équité en santé dans notre première version. Ensuite, dans chacun des protocoles subséquents, nous réfléchissons à la manière de prendre en compte la norme de base en matière d'équité en santé dans chacun des domaines de programmation. L'une des questions fondamentales énoncées dans le processus d'examen du protocole demeure : « Notre compréhension et notre engagement envers l'équité en santé ressortent-ils explicitement dans les protocoles? ». Je pense que oui. Je suis très satisfaite du résultat.*

Connie Clement : D'après vous, quels facteurs ou éléments clés ont favorisé l'insertion de l'équité en santé au cœur même de ces nouvelles normes pour la Nouvelle-Écosse?

Janet Braunstein Moody : *La planification stratégique a certainement joué un rôle déterminant sur ce point. Je dois dire que tout le processus a constitué pour moi l'une des expériences les plus importantes de ma carrière en santé publique. J'ai pu m'arrêter, m'asseoir, écouter, absorber sans essayer de corriger les propos, tout simplement en laissant le processus prendre corps à travers ces propos. Nous avons questionné les suspects habituels et non habituels. Il devenait de plus en plus évident qu'aucune branche du système de santé ne portait le flambeau de l'équité en santé. Il est également devenu évident qu'il s'agissait là d'un rôle de premier plan pour la santé publique. Nous ne pouvions pas tourner le dos à cette responsabilité.*

Connie Clement : Comment a-t-on réagi dans les bureaux de santé de district et locaux aux Normes de santé publique de la Nouvelle-Écosse? Même si les protocoles ne sont pas encore en place, quel usage fera-t-on des normes d'après vous?

Janet Braunstein Moody : *L'équipe de direction a géré la démarche, mais les régies régionales de la santé ont toutes fait partie du processus. Il ne s'agit pas de normes provinciales, mais bien de normes systémiques. En mobilisant les régies régionales de la santé dès les premières étapes, nous pensons avoir partagé l'appropriation du processus. D'après moi, la difficulté réside maintenant dans les détails. Aussi, nous devons nous pencher sur ce que représentent les normes pour les infirmières de santé publique travaillant sur le terrain ou pour les nutritionnistes ou les éducateurs en santé. L'une des mesures prises à cet égard est de poursuivre un dialogue avec le personnel de première ligne sur la gestion du changement et l'entrée en vigueur des nouveaux protocoles. L'un des thèmes récurrents tourne autour de la complexité du domaine de la santé publique et de toute l'étendue de notre travail. Par exemple, pendant que des personnes se penchent sur des questions de politiques, d'autres donnent des services individuels à la clientèle. L'instauration des normes aura un effet différent sur les personnes en fonction de leurs rôles et de leurs besoins précis.*

Connie Clement : Quels obstacles prévoyez-vous devoir surmonter au moment de l'instauration? Quelles stratégies prévoyez-vous mettre en place ou avez-vous déjà mises en place afin d'atténuer ces obstacles?

Janet Braunstein Moody : *Nous nous penchons en ce moment sur ces mêmes questions dans nos entretiens avec le personnel de première ligne. Il y a d'abord la compréhension de la complexité de la santé publique et l'adaptation à cette réalité. Il y a aussi le peu de formation ou de connaissances de base que détiennent parfois les professionnels au moment de faire leur entrée dans le système de santé publique. La connaissance et la reconnaissance des principes fondamentaux sont essentielles si on veut comprendre le but et la teneur des normes. C'est pourquoi les connaissances de base du personnel influent sur le processus d'instauration.*

La résistance au changement constitue une autre pierre d'achoppement. Il est difficile de changer les pratiques et les habitudes lorsque des gens se disent : « Nous travaillons de cette manière depuis 25 ans, alors pourquoi nous obliger à changer maintenant? ». Je pense que la croyance de plus en plus répandue que les cadres et la haute direction doivent posséder des compétences en gestion et en direction, par opposition à une bonne formation en santé publique, nous pose aussi des difficultés. C'est là une tension entre les spécialistes du contenu et ceux du processus. En réalité, ils doivent posséder les deux qualités. L'un des problèmes auquel nous nous sommes heurtés, et auquel nous continuerons de nous heurter, est de devoir répondre aux besoins de gestionnaires provenant d'horizons très variés et possédant des connaissances et des compétences très diverses. Nous devons donc introduire les normes en gardant cette réalité à l'esprit, puis adapter la formation des gestionnaires en les éclairant sur leur rôle de mentorat et sur la façon d'introduire les normes au personnel sous leur gouverne en tenant compte de leur propre contexte.

Quand nous abordons la question d'orienter les interventions en amont, nous avons l'intime impression de donner à d'autres encore plus de pain sur la planche. À l'échelle locale, les gens se demandent qui reprendra le flambeau si la santé publique cesse ce genre d'activités. L'exemple habituellement donné en réponse à cette préoccupation touche l'allaitement, à savoir que le rôle joué par la santé publique en la matière passera d'un soutien individualisé à des mesures pour agir sur les facteurs environnementaux influant sur l'allaitement. Par exemple, nous pouvons transformer le milieu en faisant la promotion de collectivités et d'hôpitaux amis des bébés et en inversant la perception associée aux désavantages de l'allaitement. Si nous [la santé publique] ne transformons pas le milieu, la mère ne pourra pas aussi facilement poursuivre l'allaitement maternel.

Connie Clement : *Quels leçons avez-vous tirées jusqu'à présent de l'instauration des Normes de santé publique de la Nouvelle-Écosse? Quels conseils offririez-vous à d'autres personnes songeant à élaborer et à instaurer des normes organisationnelles ou gouvernementales?*

Janet Braunstein Moody : *Ce n'est pas un travail pour les petites natures. Cela entraîne une transformation tant personnelle que systémique. Une transformation personnelle doit absolument avoir lieu. En ce qui me concerne, j'avais besoin de comprendre les avantages d'élaborer des normes de santé publique en plus d'y croire. Je devais acquérir cette certitude en mon for intérieur si je voulais avoir une influence quelconque sur l'ensemble du système. L'ampleur de cette transformation se compare à l'effort nécessaire pour faire changer de cap un paquebot. On parle de changement à long terme. Il y aura de la houle en cours de route. Mais chaque degré compte pour arriver à bon port.*

Les avantages découlant des activités multiples ou de la participation à divers comités, particulièrement quand cela nous fait sortir de notre domaine ou des sentiers battus, constituent une autre de mes leçons de vie. Quand les demandes se font plus nombreuses, cela devient plus difficile. Mais vous ne savez jamais l'effet que vous pourriez avoir en représentant les intérêts de la santé publique et de l'équité en santé en acceptant. Par exemple, j'ai représenté la santé publique au sein du groupe de travail sur la Loi sur les services de santé et l'assurance (assurance-maladie). Toutes les semaines, j'arrivais à la réunion du comité avec deux ou trois questions que nous devons [en tant que groupe de travail] nous poser, par exemple : « Cela aura-t-il plus d'effets sur certains groupes que d'autres? Si oui, pourquoi? ». J'ai eu le privilège de pouvoir continuer à poser ce genre de questions durant un an et demi. Aujourd'hui, l'équité en santé figure dans le préambule du nouveau texte de loi. Alors, il s'agit d'être là, d'établir des liens avec des gens d'autres secteurs d'activité et des gens du système de santé, puis de faire du mieux que nous le pouvons pour influencer la prise de décisions dans les gros systèmes. Si vous n'adhérez pas à ce principe de tout cœur, vous ne gagnerez pas votre pari. Enfin, vous devez faire preuve de patience. Il faut des décennies pour changer la santé publique. Nous sommes des gens patients.

Connie Clement : D'après votre expérience, dans quelle mesure les normes organisationnelles constituent-elles une stratégie propice à faire avancer l'équité en santé si elles passent par la santé publique?

Janet Braunstein Moody : *Je suis convaincue qu'il s'agit d'une stratégie vitale. En outre, si l'expression « équité en santé » ne revient pas souvent dans les normes, elle ne produira pas l'effet escompté. Je pense qu'elle doit être très bien comprise et articulée à tous les échelons du système, impérativement.*

Connie Clement : Avez-vous d'autres commentaires au sujet de l'élaboration des normes en Nouvelle-Écosse ou des normes organisationnelles en général?

Janet Braunstein Moody : *À mon avis, nous apprenons qu'il s'agit d'un processus. Ce n'est pas un lancement progressif ni un projet de mise en œuvre. Nous devons comprendre et intégrer l'équité en santé dans notre schème de pensée et dans la culture de notre système. Il faudra du temps. Nous devons être très patients et reconnaître que les gens n'ont pas tous les mêmes compétences. Certains devront recevoir de la formation. Cette diversité est une richesse pour la santé publique.*

Connie Clement : Je vous remercie, madame Braunstein Moddy, de nous avoir donné vos commentaires et parlé de votre expérience en ce qui concerne les *Normes de santé publique de la Nouvelle-Écosse*. Je vous souhaite bonne chance dans les prochaines étapes de votre processus d'apprentissage et d'instauration. J'ai trouvé vos propos très enrichissants.



La santé publique a la parole : instauration des Normes de santé publique de l'Ontario au Bureau de santé de Peterborough County-City

Entretien avec Rosana Pellizzari, M.D., M.Sc., CCMF, FRCPC, médecin-hygiéniste, Bureau de santé de Peterborough County-City

Connie Clement, directrice scientifique du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) s'est entretenue le 21 décembre 2012 avec la D^{re} Rosana Pellizzari, médecin-hygiéniste du Bureau de santé de Peterborough County-City. Cette dernière a parlé de son expérience de l'opérationnalisation et de l'instauration, à l'échelon local, des Normes de santé publique de l'Ontario. La D^{re} Pellizzari est également coprésidente du Groupe de travail sur la gestion de la performance (GTGP), Division de la santé publique, ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le Groupe de travail s'occupe des ententes de responsabilité en matière de santé publique et se penche actuellement sur l'élaboration de mécanismes d'évaluation des normes.

Connie Clement : Pourriez-vous nous donner un aperçu de l'historique, du processus d'élaboration et du but des Normes de santé publique de l'Ontario?

D^{re} Rosana Pellizzari : La Loi sur la protection et la promotion de la santé de l'Ontario prévoit que le ministre peut publier des lignes directrices concernant l'exécution des programmes et la prestation des services de santé obligatoires et que les conseils de santé doivent respecter lesdites lignes directrices. Avant les Normes, il y avait en Ontario des programmes de santé obligatoires, mais archaïques. Il était donc temps d'élaborer les Normes de santé publique de l'Ontario. Celles-ci sont davantage prescriptives et précisent les exigences minimales auxquelles doivent satisfaire les conseils de santé. En outre, elles peuvent servir à tenir les conseils responsables des modalités d'exécution des programmes et de prestation des services. Les Normes font état des attentes par rapport aux conseils, de même que des objectifs sociétaux que nous devrions tous chercher à atteindre en favorisant les partenariats et la collaboration.

Connie Clement : Comment s'insère la notion de l'équité en santé dans les Normes de santé publique de l'Ontario?

D^{re} Rosana Pellizzari : La définition de l'équité en santé apparaît dans la section « Présentation des normes ». Dans le rapport, on reconnaît que les déterminants socioéconomiques influent considérablement sur la santé des personnes et des collectivités. On y souligne en outre que l'atténuation des iniquités en santé constitue un élément fondamental des interventions en santé publique. La première section et celle sur la norme fondamentale traitent explicitement de l'équité en santé. Cependant, les ensembles de normes ne portent pas explicitement sur l'équité en santé ou les déterminants sociaux de la santé, ce qui a été pour moi une véritable déception à l'époque.

POUR EN SAVOIR PLUS, CONSULTEZ LES SITES ET LE DOCUMENT SUIVANTS :

[Site Web du Bureau de santé de Peterborough County-City](#) (en anglais).

[Site Web sur les Normes de santé publique de l'Ontario du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario](#)

[Rapport initial sur la santé publique \(2009\) publié par la Division de la santé publique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario](#)

Connie Clement : Comment avez-vous abordé la question de l'instauration des Normes de santé publique de l'Ontario au Bureau de santé de Peterborough County-City?

D^{re} Rosana Pellizzari : À la publication des Normes, le personnel du Bureau de santé de Peterborough a tout de suite organisé des rencontres avec tous les intervenants et partenaires. Nous tenions à informer nos intervenants que nous modifierions nos activités pour les cibler davantage et que cela pouvait entraîner des conséquences. Par exemple, nous pourrions mettre un terme à certaines de nos activités (du Bureau de santé) pour pouvoir nous concentrer sur les exigences minimales énoncées dans les Normes. À l'interne, nous avons ainsi pris certaines mesures importantes. L'une des premières a consisté à déterminer les populations prioritaires au sein de notre collectivité et à intégrer l'équité en santé dans notre processus de planification. Nous avons modifié notre processus de planification des activités en mettant au point de nouveaux outils nous permettant de déterminer les populations prioritaires. Nous avons par ailleurs créé et mis en place un mécanisme de communication avec le conseil de santé qui nous amène à faire trimestriellement un rapport de situation sur les exigences énoncées dans les Normes. À la fin de l'exercice, nous remettons au conseil un aperçu des domaines de conformité et de non-conformité; de certaines des difficultés survenues et des options pour l'avenir. Nous avons opté pour de tels rapports exhaustifs en partie parce que nous voulions nous assurer que les membres de notre conseil de santé se familiarisent parfaitement avec les Normes et les exigences en découlant. Comme Groupe de travail sur les déterminants sociaux de la santé, nous utilisons la perspective de l'équité en santé pour évaluer nos programmes et nos activités dans le cadre de nos fonctions avec le personnel interne.

Connie Clement : Quelle influence ont eue les Normes de santé publique de l'Ontario sur votre pratique, particulièrement dans le domaine de l'équité en santé?

D^{re} Rosana Pellizzari : Les gens du Bureau de santé de Peterborough County-City et du conseil de santé avaient déjà à cœur l'équité en santé, et ce, bien avant mon arrivée en 2008 et bien avant la publication des Normes. Le personnel du Bureau de santé a l'habitude de travailler en partenariat en ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé. On reconnaît aussi depuis longtemps ses grandes compétences en matière d'insécurité alimentaire. Dans notre cas, les Normes ont servi à confirmer les actions déjà déployées à l'égard des déterminants de la santé.

Nous avons également pu nous servir des Normes comme cri de ralliement pour aller chercher de nouveaux partenaires. Nous avons su tirer parti des exigences et des résultats sociétaux escomptés pour engager la conversation en disant : « Nous devons travailler ensemble sur cette question ». Cela s'est révélé utile. Les Normes de santé publique de l'Ontario nous ont également permis de « délaissier » certaines activités non prescrites et de nous concentrer sur les exigences qui y sont énoncées. Par exemple, notre conseil de santé offrait depuis longtemps des services en génétique par l'entremise d'un centre local. Nous avons réussi à transférer ces activités à l'hôpital local en nous appuyant sur les Normes pour faire valoir le changement.

Connie Clement : À quels obstacles vous êtes-vous heurtés au moment d’instaurer les Normes à l’échelle locale? Comment avez-vous surmonté ces obstacles?

D^{re} Rosana Pellizzari : La difficulté avec les nouvelles Normes provenait du fait qu’elles devaient n’avoir aucune incidence sur les revenus. Nous devons redéfinir la portée de nos programmes et de nos activités en gardant la même enveloppe budgétaire. Le secteur de la santé publique de l’Ontario souffre depuis un certain temps de négligence. Il a fallu la flambée de l’infection à *E. coli* à Walkerton et le SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) pour reconnaître que le système de santé publique était devenu à la fois archaïque et sous-financé. C’est ainsi qu’on a réinjecté des fonds et réanimé l’engagement à l’égard du système de santé publique de l’Ontario. Cela dit, nous nous trouvons toujours déchirés devant certains obstacles comme l’insuffisance des ressources nécessaires au travail qui devrait s’effectuer dans le domaine de la prévention primaire. Je pense que les Normes accentuent notre déchirement parce que nous savons très bien que nous aurions pu aller plus loin par rapport à certaines normes, mais pas sans des fonds additionnels. Nous nous trouvons constamment déchirés entre ce que nous devrions faire, ce que nous pouvons faire, et ce que nous avons l’obligation de faire.

Connie Clement : De quelle manière les Normes vous permettent-elles d’opter plus souvent pour des interventions en amont ou pour des interventions susceptibles de combler l’écart entre les personnes les plus et les moins en santé?

D^{re} Rosana Pellizzari : La Loi sur la protection et la promotion de la santé fait en sorte que le secteur de la santé publique a la responsabilité tant de protéger que de promouvoir la santé des personnes dans nos collectivités, ce qui peut se traduire de diverses manières. On s’adresse souvent à la santé publique quand des besoins insatisfaits se font sentir dans la collectivité. Nous faisons souvent l’objet de lobby pour que nous déterminions et comblions des lacunes. C’était certainement le cas dans les années 1990 quand les conseils de santé comblaient l’insuffisance des soins primaires en recourant à des infirmières praticiennes pour accomplir des tâches essentielles comme le bilan de santé des enfants, la vaccination et autres. Les Normes nous ont aidés à cibler nos efforts. Nous y avons recours pour orienter notre processus et décider si des activités relèvent de la « santé publique » ou d’autres domaines. Elles nous aident à clarifier notre rôle et notre apport relativement aux grands enjeux, que ce soit la consommation abusive de drogues, l’éducation des enfants, ou même la lutte contre les infections.

Connie Clement : Compte tenu de votre expérience comme coprésidente du Groupe de travail sur la gestion de la performance, comment évalueriez-vous la mesure dans laquelle les Normes incitent les bureaux de santé de l'Ontario à multiplier les efforts en faveur de l'équité en santé?

D^{re} Rosana Pellizzari : *Je note dans les conseils de santé une prise de position plus ferme en faveur de l'équité en santé. À mon avis, ce qui a largement contribué à cet effet, c'est l'injection de fonds par le gouvernement provincial afin d'accroître la capacité de satisfaire aux normes en affectant deux infirmières spécialisées en déterminants sociaux de la santé dans chacun des bureaux de santé. Le fait que le gouvernement provincial a offert à ses frais l'aide de ces infirmières aux conseils de santé a fourni à ces derniers les incitatifs et les outils nécessaires pour rendre possible le travail associé à l'équité en santé. Nous avons dorénavant ce qui nous manquait : des gens sur le terrain.*

Des normes organisationnelles directement associées aux plans stratégiques des conseils de santé, d'une part, et l'attente voulant que l'obligation d'agir en matière d'équité en santé fasse partie intégrante du processus de planification stratégique des conseils, d'autre part, inciteront les conseils de santé à faire de l'équité en santé un point explicite à prendre en compte dans ces plans. D'ailleurs, un grand nombre de conseils planchent actuellement sur la mise à jour de leur plan. Je sais d'ailleurs que notre conseil est à pied d'œuvre. Les normes agiront comme catalyseur dans un cheminement qui, je l'espère, se révélera instructif pour tout le monde.

Connie Clement : Le Groupe de travail sur la gestion de la performance étudie à l'heure actuelle un mécanisme d'évaluation des normes. Pouvez-vous nous expliquer les étapes d'élaboration de cette stratégie et comment y intervient la notion de l'équité en santé?

D^{re} Rosana Pellizzari : *C'est en effet tout un défi. Les activités du groupe de travail ont commencé avec la publication en 2009 du Rapport initial sur la santé publique. Dans ce rapport, nous avons dressé un profil des circonscriptions sanitaires pour chacun des 36 conseils de santé. Nous avons ensuite déterminé des groupes analogues afin de faciliter la comparaison entre les conseils semblables. Nous avons inclus des indicateurs de santé de la population qui pouvaient servir à mesurer l'équité en santé. Le lecteur pouvait facilement connaître les taux de grossesses chez les adolescentes, par exemple, et constater que c'est dans la circonscription sanitaire où l'on enregistre le revenu le plus élevé par personne qu'on note le taux de grossesses le plus bas chez les adolescentes et, en revanche, que c'est dans la circonscription sanitaire où l'on enregistre le revenu le plus bas par personne qu'on note le taux le plus élevé. Un texte explicatif atténue de plus l'aridité des indicateurs. Nous tenions à parler des mesures prises par les conseils de santé en ce qui concerne l'équité en santé. Le texte explicatif se révèle tout aussi important que les indicateurs.*

Depuis lors, nous sommes passés à une ère empreinte d'ententes de responsabilité pour les conseils. Nous déployons bien des efforts pour créer des indicateurs de rendement centrés sur l'équité en santé que nous pourrions incorporer dans les ententes de responsabilité. Nous verrons peut-être un jour d'explicités indicateurs de l'équité en santé dans les ententes de responsabilité conclues entre les conseils de santé et le ministère de la Santé.

Connie Clement : Quels enseignements avez-vous puisés dans votre expérience d'instauration des Normes de santé publique de l'Ontario pour le Bureau de santé de Peterborough County-City qui pourraient servir à d'autres bureaux de santé ou à des régies régionales de la santé au Canada?

D^{re} Rosana Pellizzari : *L'importance d'articuler dans le mandat de la santé publique la nécessité d'intervenir au titre des iniquités en santé et des déterminants sociaux de la santé est l'un de mes grands constats. Nous devons faire de l'équité en santé notre pierre angulaire. Si nous ne nous en chargeons pas, qui s'en occupera? Dans le reste du système de soins de santé, la priorité va aux soins cliniques et aux soins aux malades. Nos collègues peuvent certainement nous appuyer, mais je pense que les interventions en matière d'équité en santé doivent relever de la santé publique, surtout parce que nous collaborons très étroitement avec d'autres secteurs. L'équité en santé doit devenir une question de principe. Personnellement, j'espère qu'on en fera une norme explicite pour laquelle on formulera des exigences et des résultats clairs. En outre, pour le travail s'y rattachant, j'estime qu'il faut une aide scientifique et technique qui vienne de notre agence provinciale, Santé publique Ontario.*

J'ai aussi appris que nous devons avoir la capacité d'agir. Comme je l'ai mentionné précédemment, l'affectation de deux infirmières spécialisées en déterminants sociaux de la santé a grandement facilité le travail des conseils de santé dans le domaine de l'équité en santé. J'ai également compris les possibilités d'échange d'information et de mentorat quand nous passons par les communautés de pratique. Un grand nombre de conseils de santé, dont le Bureau de santé de Peterborough County-City, sont à adapter la vidéo produite par le Service de santé publique de Sudbury et du district et intitulée Engageons une conversation sur la santé... sans jamais parler de soins de santé. Nous voulons nous en servir dans nos collectivités. C'est intéressant de constater les possibilités d'échange à ce chapitre.

Connie Clement : À la lumière de votre expérience au sein du Bureau de santé de Peterborough County-City et comme coprésidente du Groupe de travail sur la gestion de la performance, considérez-vous les normes organisationnelles comme une stratégie efficace pour faire avancer l'équité en santé dans les milieux de la santé publique?

D^{re} Rosana Pellizzari : *Absolument. Comme les normes organisationnelles peuvent être prescrites, le bailleur de fonds, en l'occurrence les gouvernements provinciaux et municipaux dans le cas de l'Ontario, peut tenir les conseils de santé responsables de ces normes. Il est possible de les mesurer. Vous pouvez favoriser un meilleur rendement en choisissant des indicateurs et en fixant des cibles et des vecteurs de rendement. Alors oui, je pense que les normes organisationnelles peuvent faciliter notre travail par rapport à l'équité en santé. Nous pourrions aller encore plus loin si les normes organisationnelles incorporaient des exigences explicites accompagnées d'indicateurs et de cibles en matière d'équité en santé.*

La vidéo **Engageons une conversation sur la santé... sans jamais parler de soins de santé** est disponible dans la collection de ressources du CCNDS.

Connie Clement : Excellent. Avez-vous d'autres commentaires ou points à ajouter à propos de votre expérience des normes organisationnelles?

D^{re} Rosana Pellizzari : *Je préside actuellement le groupe de travail conjoint de l'Association pour la santé publique de l'Ontario et de l'Association of Local Public Health Agencies (ASPO-aLPHA) sur l'équité en santé. Dans nos travaux, nous avons dressé une liste d'éventuels indicateurs d'équité en santé. Notre prochaine étape consiste à faire circuler cette liste à titre consultatif aux gens du milieu. En créant cette liste, nous avons découvert qu'il est difficile de mesurer le travail rattaché à l'équité en santé. Les membres du groupe de travail en sont arrivés à un consensus : étant donné ces difficultés, les indicateurs devraient pour le moment favoriser l'apprentissage mutuel plutôt que la responsabilité. Avant de donner aux conseils de santé la responsabilité de ces indicateurs, nous devons les aider à mieux comprendre le travail s'y rattachant.*

Il n'est pas aisé de comprendre l'équité en santé et les interventions de la santé publique susceptibles d'influer sur l'équité en santé. Ce n'est pas aussi facile, par exemple, que d'augmenter l'activité physique ou que d'offrir un programme de vaccination universel. Par conséquent, nous devons pour le moment user de renforcement positif, non pas de reproches. Il faut l'encouragement, l'aide et les lumières de nos pairs, en plus de créer de nouvelles connaissances à mesure que nous avançons. Nous ouvrons la voie. Pour notre part, nous en sommes encore aux balbutiements. Nous devons donc reconnaître que nous sommes tous en processus d'apprentissage et nous montrer positifs au lieu de punitifs. Nous devons nous entraider tout le long du chemin vers l'équité en santé dans nos collectivités.

Connie Clement : Merci. Voilà qui termine sur une bonne note. Je vous remercie Dre Pellizzari de nous avoir fait part de vos réflexions et de votre expérience, et aussi du leadership dont vous faites preuve dans l'avancement de l'équité en santé dans la pratique de santé publique. C'est toujours un plaisir de travailler avec vous.



La santé publique a la parole : élaboration d'un cadre conceptuel centré sur la capacité organisationnelle de la santé publique d'agir sur l'équité en santé

Entretien avec Benita Cohen, IA, Ph. D., professeure agrégée,
Faculté des sciences infirmières, Université du Manitoba

Hannah Moffatt, spécialiste du transfert des connaissances au Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS), s'est entretenue le 29 septembre 2012 avec Benita Cohen, Ph. D., professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université du Manitoba. Cette dernière a parlé du projet de recherche interdisciplinaire visant à élaborer un cadre conceptuel relatif à la capacité organisationnelle de la santé publique d'agir en matière d'équité en santé [Organizational Capacity for Public Health Equity Action (OC-PHEA)]. Si le projet de recherche ne portait pas explicitement sur des normes organisationnelles, il revêtait un intérêt certain comme un modèle d'outil favorisant le renforcement de la capacité de la santé publique. En fait, l'outil peut servir à animer des discussions et à faciliter des activités de planification, tant dans des organismes de santé publique que de d'autres secteurs, en vue de soutenir les stratégies d'intervention favorables à l'équité en santé.

Le projet s'inscrit dans le cadre du programme de recherche général de madame Cohen. Ce programme porte sur le renforcement de la capacité de la santé publique de prendre des mesures à l'égard des iniquités et d'atténuer ces iniquités, à l'aide d'une perspective fondée sur la justice sociale.

Hannah Moffatt : Pourriez-vous nous expliquer la conceptualisation du projet de recherche sur la capacité organisationnelle de la santé publique d'agir sur l'équité en santé (Organizational Capacity for Public Health Equity Action)?

Benita Cohen : *C'est mon expérience comme infirmière en santé publique qui m'a menée à effectuer cette recherche, sans compter que toute l'équipe de recherche partage une passion pour l'atténuation de l'injustice sociale et des iniquités en santé. Le rapport final publié en 2008 par la Commission des déterminants de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé et intitulé Comblent le fossé en une génération m'a également influencée dans ma démarche. Dans l'une des principales conclusions du rapport, on expliquait que l'interruption de la prolifération des iniquités en santé – entre pays et au sein même des pays – se révélait à la fois un impératif éthique et une question de justice sociale. Ces mots ont touché mes cordes sensibles. La parution du rapport a entraîné une prise de conscience générale de l'importance d'atténuer l'accroissement des iniquités et, par le fait même, du rôle éventuel que peut jouer la santé publique pour poser des gestes propices à faire avancer l'équité en santé. On a également déployé beaucoup d'efforts en santé publique pour mettre en œuvre des interventions efficaces afin de soutenir le travail des professionnels à cet effet. Cependant, les données probantes, comme celles recueillies dans le cadre de l'analyse du contexte réalisée par le CCNDS en 2010, laissent entendre que la capacité des organismes de santé publique d'agir favorablement sur l'équité en santé varie considérablement d'un océan à l'autre au Canada.*

Le cadre conceptuel centré sur la capacité organisationnelle de la santé publique d'agir sur l'équité en santé [Organizational Capacity for Public Health Equity Action (OC-PHEA)] fait l'objet d'un article dans la Revue canadienne de santé publique.

Il a quelques années, j'ai formé une équipe interdisciplinaire de chercheurs universitaires partageant le même intérêt pour la revendication de la justice sociale et de l'équité. Ce sont ces chercheurs qui composent l'équipe du projet de recherche sur la capacité organisationnelle de la santé publique d'agir sur l'équité en santé [Organizational Capacity for Public Health Equity Action (OC-PHEA)]. Pour compléter notre équipe, nous avons aussi fait appel à des collaborateurs qui œuvrent en dehors du milieu universitaire, mais qui ont les mêmes intérêts. Nous avons pu obtenir une « subvention catalyseur : équité en matière de santé » des Instituts de recherche en santé du Canada. Notre premier objectif consistait à élaborer un cadre conceptuel afin de bien asseoir nos travaux autour du projet OC-PHEA, ce qui pouvait ultimement éclairer les projets de recherche sur le renforcement des capacités. Une revue documentaire a fait ressortir un certain nombre de cadres conceptuels centrés sur la capacité organisationnelle. Cependant, aucun ne se rattachait directement à une action exercée sur l'équité, et encore moins au contexte canadien. C'est pourquoi, à la lumière de notre revue documentaire et de notre connaissance du système de santé publique, nous avons décidé d'élaborer un cadre fondé sur l'expérience de champions de l'équité en santé au sein du secteur de la santé publique au Canada.

Hannah Moffatt : Comment avez-vous identifié ces champions de l'équité en santé et quel rôle ont-ils joué dans le projet?

Benita Cohen : *Nous avons identifié et interrogé dix personnes très réputées pour porter haut le flambeau de l'équité dans le milieu de la santé publique. Nous avons également demandé à ces personnes si elles en connaissaient d'autres dans leurs réseaux qui agissaient comme champions de l'équité en santé. En tout, nous avons mené des entretiens avec 16 champions (dont des membres de la haute direction de la santé publique, de même que des professionnels et des gestionnaires de programmes de santé publique) de partout au Canada. Nous nous sommes appuyés sur l'information recueillie, ainsi que sur les principaux thèmes ressortis lors de notre revue documentaire, pour élaborer une première version du cadre conceptuel. Nous avons ensuite invité les champions à commenter cette première version afin de nous assurer que celle-ci tenait bien compte des observations formulées lors des entretiens. Nous leur avons ensuite demandé de formuler des suggestions pour améliorer le cadre.*

Hannah Moffatt : Quels grands constats avez-vous faits à la suite du processus d'entrevue et quelles ont été les surprises?

Benita Cohen : *Nous avons demandé aux champions de l'équité en santé de décrire leur cadre de travail. Ils ont défini les facteurs freinant et facilitant leur travail dans le domaine de l'équité en santé. Les freins et les moteurs se sont révélés particulièrement pertinents pour l'élaboration du cadre conceptuel et sont inclus dans les principales conclusions de notre recherche qualitative. Par exemple, bon nombre des participants ont parlé des multiples dimensions de la capacité organisationnelle requise pour travailler dans le sens de l'équité en*

POUR EN SAVOIR PLUS, CONSULTEZ LES DOCUMENTS SUIVANTS :

Le rapport publié en 2008 par la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé : **Comblé le fossé en une génération** est disponible dans la collection de ressources du CCNDS.

La rapport produit à la suite de l'analyse du contexte réalisée en 2010 par le CCNDS : **L'intégration des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé dans les pratiques de santé publique au Canada.**

santé. La documentation confirme cette observation. Les facteurs qui influencent la capacité organisationnelle sont d'après eux la motivation et l'engagement par rapport à l'action, l'exercice d'un leadership, l'accès aux connaissances et à la formation afin de renforcer les compétences, ainsi que l'attitude des professionnels. Nous avons également retenu l'importance d'avoir en place une infrastructure adéquate, y compris un accès aux ressources et des politiques et des processus favorables. De nombreux participants ont également parlé du rôle vital que jouent les partenariats, les liens de collaboration et les réseaux entre des organismes de santé et entre des organismes de santé et des organismes d'autres secteurs gouvernementaux qui ont tous pour but d'exercer une influence positive sur les déterminants sociaux et même structureaux de la santé et les iniquités en santé.

Ce qui m'a frappée le plus dans les propos des champions est la complexité de ces facteurs, qu'ils soient internes ou externes à leur organisation. Les complexités créent un cadre organisationnel particulier qui, du coup, détermine comment se développeront la capacité et les dimensions de cette capacité. Par exemple, le tiraillement entre les priorités organisationnelles, la surcharge des rôles, la place dominante des soins de courte durée dans les programmes gouvernementaux et le manque d'outils de mesure facilement accessibles peuvent limiter la capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé. Par contre, l'élément favorable ressorti de notre analyse se rattache à la grande influence des champions de l'équité, surtout ceux occupant un poste de haute direction ou de gouvernance. Les champions de l'équité, soit ceux qui ont de la crédibilité, du respect et un dévouement inspirant pour les autres et qui font constamment valoir l'importance de faire de l'équité en santé une priorité, sont très bien placés pour influencer la manière dont seront déterminés et comblés les besoins en matière de capacité organisationnelle. Voilà quelques-uns des principaux constats ayant orienté l'élaboration du cadre conceptuel.

Hannah Moffatt : À la lumière de ce processus, pourriez-vous expliquer à quoi ressemble le cadre conceptuel et comment il s'inscrit dans le contexte des organismes?

Benita Cohen : Nous avons en fait un diagramme qui montre les diverses composantes du cadre conceptuel et le lien entre chacune d'elles. Essentiellement, la capacité organisationnelle de la santé publique d'agir sur l'équité en santé se divise en deux grands domaines dans le cadre conceptuel : 1) le contexte interne (c.-à-d. les dimensions organisationnelles qui déterminent la capacité de prendre des mesures en matière d'équité en santé) et 2) l'environnement externe favorable (c.-à-d. les dimensions de la collectivité locale et des systèmes dans leur ensemble qui déterminent la capacité d'agir du secteur de la santé publique). Des dimensions semblables caractérisent tant les domaines internes qu'externes. Elles sont au nombre de trois, soit 1) les croyances et valeurs communes; 2) un dévouement et une volonté d'agir manifestes et 3) une infrastructure favorable. Pour chacun des deux grands domaines, c'est-à-dire le contexte interne et l'environnement externe, nous avons défini une première série d'éléments clés qui pourraient ultimement servir d'indicateurs de la capacité.

Pour préciser, le cadre conceptuel OC-PHEA permet d'entrevoir qu'une action associée à l'équité exige une capacité interne qui se déploie en trois volets : 1) l'expression au palier organisationnel d'une conviction manifeste que la promotion de l'équité en santé est une priorité; 2) un engagement envers une action centrée sur l'équité inscrit dans les plans stratégiques et 3) la dotation en structures et en ressources nécessaires pour faciliter l'action en matière d'équité, comme la présence de champions à tous les échelons de l'organisation. Les éléments se rapportant à l'infrastructure organisationnelle sont les facteurs comme l'accès et l'habileté à interpréter les données locales concernant les iniquités, les qualités revendicatrices de la main-d'œuvre et les processus faisant en sorte que l'engagement collectif influence le processus décisionnel organisationnel. L'action en matière d'équité exige en outre une capacité semblable dans l'environnement externe. Par exemple, si vous songiez au domaine lié à l'infrastructure externe ou collective, vous y incluriez des personnes œuvrant en dehors de la santé publique et qui ont accès aux décideurs et aux ressources nécessaires pour agir sur l'équité dans tous les champs de compétence.

Le cadre repose sur une importante hypothèse fondamentale selon laquelle il faut une harmonisation et des liens étroits (p. ex. des coalitions) entre les domaines interne et externe pour pouvoir travailler dans le sens de l'équité en santé. Autrement dit, la capacité optimale apparaîtra si les deux domaines – interne et externe – sont solides et adéquatement soutenus. Dans la réalité cependant, nous savons qu'il y a divers degrés de capacité au sein des organisations à divers moments dans le temps. Aussi, même en l'absence d'une capacité optimale, une organisation a quand même le pouvoir d'agir efficacement pour atténuer les iniquités en santé. Nous pensons que c'est très important – tout le monde peut apporter sa contribution.

Hannah Moffatt : À votre avis, comment serait-il possible d'appliquer ce cadre conceptuel dans le quotidien des organismes de santé publique pour aider à bâtir la capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé?

Benita Cohen : De manière très générale, nous espérons que le cadre conceptuel servira de ressource aux professionnels et aux organismes de santé publique. Le cadre peut servir d'outil de réflexion et permettre d'amorcer un dialogue sur les facteurs freinant ou facilitant l'action en matière d'équité en santé. Les organismes de santé publique pourraient s'appuyer sur les concepts présentés pour créer leurs propres indicateurs de capacité ou pour définir les indicateurs susceptibles de servir à mesurer ou à surveiller la capacité dans le temps. Le cadre peut certainement servir d'outil de discussion et de planification.

Le cadre peut également être utile comme plateforme pour inciter des chefs de file de la santé publique ou d'autres secteurs qui cherchent à institutionnaliser leurs pratiques en matière d'équité en santé. Cela pourrait faire avancer le discours sur la question de l'équité en santé et l'intégration (ou l'incorporation) de la justice sociale dans la pratique de santé publique.

Nous nous attendons, à mesure que le cadre sera appliqué à des activités concrètes, que les commentaires des utilisateurs contribueront à le peaufiner de manière à faciliter son application pratique. Nous espérons que le processus d'élaboration restera itératif. Nous ne présentons pas le cadre comme une panacée, mais simplement comme un point de départ. Nous voudrions ultimement obtenir d'autres fonds qui nous permettraient de définir une série d'indicateurs précis, puis d'utiliser ces indicateurs pour surveiller dans le temps les changements dans la capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé. Comme équipe, nous espérons inciter les bureaux de santé publique aux échelons local et régional à collaborer avec nous à partir de maintenant.

Hannah Moffatt : Quels conseils donneriez-vous aux professionnels ou aux responsables des organismes intéressés à renforcer leur capacité d'agir sur les questions d'équité en santé?

Benita Cohen : *Le principal conseil que j'aurais à donner se rapporte à l'importance de considérer les iniquités en santé comme une question de rendement des systèmes pris dans leur ensemble. Il ne peut s'agir d'une responsabilité relevant d'un seul groupe ou simplement d'un facteur de plus dans une longue liste de priorités en santé publique. L'équité en santé exige sa propre stratégie, son propre plan d'évaluation, notamment pour l'évaluation de la capacité d'agir en ce moment, et un plan durable afin d'assurer une action continue et des effets à long terme.*

Dans la documentation scientifique, on décrit l'évaluation de la capacité organisationnelle comme étant la première étape à franchir quand on veut intervenir positivement. Le cadre conceptuel centré sur la capacité organisationnelle de la santé publique d'agir sur l'équité en santé se veut un outil pour aider les organisations à réaliser ce type d'évaluation. Tous, dans l'équipe de recherche, nous encourageons les professionnels à utiliser ce cadre et à l'adapter à leurs propres besoins. Nous nous attendons à ce qu'il se révèle un outil efficace pour les professionnels qui poursuivent leurs efforts pour faire progresser l'équité en santé.

Hannah Moffatt : Je vous remercie beaucoup, madame Cohen, d'avoir bien voulu nous faire part aujourd'hui de vos réflexions et de vos travaux de recherche. Je vous souhaite une bonne continuité dans cette excellente initiative visant à renforcer la capacité d'action de la santé publique en matière d'équité en santé.

DISCUSSION

Principaux thèmes

L'INFLUENCE DES CRISES SURVENUES EN SANTÉ PUBLIQUE SUR LES EFFORTS DE RENOUVELLEMENT DU SYSTÈME.

Plusieurs spécialistes ont fait allusion aux crises survenues en santé publique, dont l'épidémie du SRAS qui a pris une ampleur mondiale en 2003 et l'éclosion d'une maladie d'origine hydrique à Walkerton en 2000, comme à des agents catalyseurs du renouvellement du système de santé publique au Canada. Ces activités de renouvellement ont contribué à faire reconnaître la santé publique comme un secteur appréciable et hors du commun au sein du système de santé dans son ensemble, de même qu'à faire injecter des fonds additionnels.

« Le projet de recherche a vu le jour en raison des pressions exercées pour une refonte de la santé publique à la suite d'une série de crises, dont celle du SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère), et pour un renforcement du système de santé publique au pays. »

– Bernie Pauly, Ph. D.

LE RÔLE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DU PARTENARIAT DANS LE TRAVAIL EFFECTUÉ EN FAVEUR DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ.

Toutes les personnes ayant accepté de répondre à nos questions ont mentionné la nécessité d'intervenir de manière soutenue et plus permanente. Elles ont également fait remarquer le créneau que constitue le travail en matière d'équité en santé pour le secteur de la santé publique. D'ailleurs, le mandat et le lien étroit avec les collectivités facilitent, pour la santé publique, les possibilités d'intervenir sur les déterminants sociaux de la santé et d'atténuer les iniquités en santé. Cela dit, elles ont également souligné que le travail ne relève pas uniquement de la santé publique et qu'il faut entre les secteurs une action concertée sous forme de coalitions, de réseaux et de partenariats.

« Nous avons également pu nous servir des Normes comme cri de ralliement pour aller chercher de nouveaux partenaires. Nous avons su tirer parti des exigences et des résultats sociétaux escomptés pour engager la conversation en disant : Nous devons travailler ensemble sur cette question. »

– D^{re} Rosana Pellizzari

LE LEADERSHIP EN SANTÉ PUBLIQUE.

Les participantes ont en outre mentionné l'importance de la présence de leaders et d'un leadership dynamiques et positifs pour faciliter l'élaboration et l'instauration de normes organisationnelles et de la capacité organisationnelle appropriée pour agir sur l'équité en santé. Elles ont insisté sur le rôle vital des leaders comme champions de l'équité en santé tant au sein qu'en dehors du secteur de la santé. Elles sont également d'avis que le leadership constitue un facteur clé pour aller de l'avant. Elles appuient leur argumentation en faveur du leadership en signalant les liens étroits et influents qu'entretiennent les leaders en santé publique avec les décideurs, les leaders d'autres secteurs d'activité et la collectivité, ce qui leur donne un pouvoir d'influence dans de multiples sphères en même temps. Ces qualités se révèlent un atout particulier dans des domaines délicats comme le travail en faveur de l'équité en santé, qui exige à la fois un leadership fort et une collaboration étroite.

« Nous avons questionné les suspects habituels et non habituels. Il devenait de plus en plus évident qu'aucune branche du système de santé ne portait le flambeau de l'équité en santé. Il est également devenu évident qu'il s'agissait là d'un rôle de premier plan pour la santé publique. Nous ne pouvions pas tourner le dos à cette responsabilité. »

– Janet Braunstein Moody

LA NÉCESSITÉ D'AFFECTER DES RESSOURCES À L'INSTAURATION. Il faut des ressources adéquates pour doter les professionnels des connaissances, des compétences et des façons de faire nécessaires pour fournir le niveau de service souhaité et atteindre les résultats visés. Le manque de ressources complique l'instauration de normes. Du coup, les responsables des organismes se sentent fautifs et incapables de satisfaire aux exigences.

« C'est ainsi qu'on a réinjecté des fonds et réanimé l'engagement à l'égard du système de santé publique de l'Ontario. Cela dit, nous nous trouvons toujours déchirés devant certains obstacles comme l'insuffisance des ressources nécessaires au travail qui devrait s'effectuer dans le domaine de la prévention primaire. »

– D^e Rosana Pellizzari

L'IMPORTANCE DE DISPOSER DE STRUCTURES FAVORABLES. Les normes organisationnelles ne peuvent pas prendre forme isolément. Elles constituent une composante importante du plus vaste système requis pour réduire les iniquités en santé. Pour leur permettre d'accroître la responsabilité, d'orienter les visions stratégiques et de soutenir explicitement les professionnels de la santé publique dans leur travail pour atteindre les objectifs en matière d'équité en santé, les normes doivent être soutenues au chapitre des politiques, des programmes et des priorités dans leur ensemble.

« Le principal conseil que j'aurais à donner se rapporte à l'importance de considérer les iniquités en santé comme une question de rendement des systèmes pris dans leur ensemble. Il ne peut s'agir d'une responsabilité relevant d'un seul groupe ou simplement d'un facteur de plus dans une longue liste de priorités en santé publique. »

– Benita Cohen, Ph. D.

L'ADAPTATION À LA DIVERSITÉ EN SANTÉ PUBLIQUE : UNE NÉCESSITÉ. On sait très bien que la diversité du secteur de la santé publique, que ce soit par sa main-d'œuvre ou ses travaux de nature interdisciplinaire, constitue l'un de ses plus précieux atouts. Cependant, la particularité et la variété de tels contextes (p. ex. les différences géopolitiques, la multitude des professions, la diversité des collectivités aux besoins de toutes sortes) exigent d'adapter les normes organisationnelles aux contextes locaux. Les spécialistes locaux doivent apprendre d'autres personnes tout en adaptant et en ajustant les normes organisationnelles à leurs propres besoins.

« Cette diversité est une richesse pour la santé publique. »

– Janet Braunstein Moody

LA NATURE COMPLEXE DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ. Chacune des spécialistes de la santé publique a mentionné la complexité de l'équité en santé en parlant de la multitude des influences et des effets observés. Cette complexité peut se révéler un véritable obstacle, car elle requiert une grande capacité et une multitude de points d'intervention. Cela dit, elle fait aussi ressortir l'importance d'une action concertée et bien planifiée dans le temps. Les normes organisationnelles peuvent servir de structure pour faciliter le travail en matière d'équité en santé.

« Nous devons faire de l'équité en santé notre pierre angulaire. Si nous ne nous en chargeons pas, qui s'en occupera? Dans le reste du système de soins de santé, la priorité va aux soins cliniques et aux soins aux malades. Nos collègues peuvent certainement nous appuyer, mais je pense que les interventions en matière d'équité en santé doivent relever de la santé publique, surtout parce que nous collaborons très étroitement avec d'autres secteurs. »

– D^{re} Rosana Pellizzari

UNE MEILLEURE COMPRÉHENSION DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ. Les interventions mises en place au Canada en matière d'équité en santé reposent sur la compréhension des déterminants de la santé. Les spécialistes du domaine de la santé publique savent l'influence qu'exercent sur les iniquités en santé des forces structurelles comme la marginalisation socioéconomique. Il importe donc de bien comprendre comment une mauvaise répartition du pouvoir et des ressources influe sur les iniquités en santé pour orienter les interventions réalisées en santé publique et déplacer les activités plus loin en amont.

« Il faut tenir compte des conditions structurelles qui créent les vulnérabilités, au lieu de simplement s'attacher aux groupes touchés ou à risque. »

– Bernie Pauly, Ph. D.

LES NORMES ORGANISATIONNELLES EN GUISE DE STRATÉGIE POUR FAIRE PROGRESSER L'ÉQUITÉ EN SANTÉ DANS LA PRATIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE. Les quatre spécialistes sont d'avis que les normes organisationnelles constituent une stratégie propice à l'avancée de l'équité en santé dans la pratique de santé publique. Cette observation, qui s'appuie sur l'expérience, les travaux de recherche et les évaluations de chacune, donne confiance que l'on continuera de s'appuyer sur l'élaboration et l'instauration de normes organisationnelles comme stratégie pour explorer, mettre en place et réfléchir aux interventions en matière d'équité en santé dans le milieu de la santé publique.

« Je suis convaincue qu'il s'agit d'une stratégie vitale. En outre, si l'expression équité en santé ne revient pas souvent dans les normes, elle ne produira pas l'effet escompté. »

– Janet Braunstein Moody

Limites

Le présent document s'appuie sur les opinions et les expériences de quatre spécialistes de la santé publique. Il n'a donc pas pour objectif de dresser un tableau complet des types de normes organisationnelles et des processus d'instauration dans divers contextes. Les personnes ayant répondu aux questions représentent leur domaine de recherche, la pratique et le leadership en santé publique. Elles jettent un regard intéressant sur l'élaboration et l'instauration de normes organisationnelles dans le secteur de la santé publique au Canada.

Comme pour toute méthode de collecte des données, l'analyse peut cacher des biais et des interprétations. Il importe toutefois de noter que les mesures suivantes ont été prises dès le début du processus afin d'atténuer le degré de biais :

- (1) une analyse contextuelle sommaire afin de mieux comprendre les tenants et les aboutissants des normes organisationnelles en place dans les provinces et territoires du Canada;
- (2) le recours à des professionnels internes et externes du CCNDS qui ne prennent pas part à la collecte des données ni au projet dans son ensemble afin d'assurer l'objectivité du consensus relativement aux thèmes mis en lumière.

Voies d'avenir

Le document fait ressortir des possibilités d'études intéressantes et pertinentes dans le domaine. Par exemple, il pourrait se révéler intéressant de mener une revue documentaire plus approfondie sur les normes organisationnelles ou les exigences formulées dans d'autres provinces et territoires. Le but serait de déterminer les principales différences et similitudes en termes de conceptualisation, d'instauration et d'évaluation. Un processus de consultation plus important pourrait également être prévu afin de faire participer les leaders et les professionnels de la santé publique de chacune des instances pour en savoir plus sur la façon dont ces lignes directrices sont perçues et utilisées au quotidien.

Conclusion

Le compte rendu des quatre entretiens contient de précieux modèles de la manière dont on peut concevoir, élaborer et instaurer des normes organisationnelles. Chacun contient des exemples de changements survenus à divers échelons du système de santé publique. Les changements se sont opérés sur le plan personnel (professionnel, chercheur et décideur) et organisationnel (local et provincial). Le leadership joue un rôle essentiel pour faciliter l'élaboration et l'application des normes organisationnelles comme stratégie pour faire avancer l'équité en santé.

Les connaissances spécialisées véhiculées dans le présent document confirment l'utilité des normes organisationnelles comme pratique prometteuse pour atténuer les iniquités en santé, ce qu'avait d'abord souligné le Service de santé publique de Sudbury et du district¹. Les expériences, les connaissances et les opinions des spécialistes ayant répondu aux questions laissent supposer que les normes organisationnelles ont un rôle de premier plan à jouer pour accroître la responsabilité des organismes de santé publique; déterminer des cibles; orienter les visions stratégiques et soutenir les professionnels et les conseils de santé dans leur travail par rapport à l'équité en santé.

LISTE DES RESSOURCES

Connecting to the community. Bureau de santé de Peterborough County-City. À récupérer à l'adresse www.pcchu.ca (en anglais)

Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux. Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé. (2008). Récupéré à l'adresse <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/closing-the-gap-in-a-generation-health-equity-through-action-on-the-social>

Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up part 1. Whitehead, M. et Dahlgren, G. (2006). Récupéré à l'adresse <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/concepts-and-principles-for-tackling-social-inequities-in-health> (sommaire en français; document intégral en anglais)

A conceptual framework of organizational capacity for public health equity action (OC-PHEA) /Un cadre conceptuel de la capacité organisationnelle de la santé publique d'agir sur l'équité en santé Cohen, B., A. Schultz, E. McGibbon, M. VanderPlaat, R. Bassett, K. GermAnn, H. Beanlands et L. Fuga. *Revue canadienne de santé publique*. [Mai-juin 2013]. Hypertien à venir Heidi, will this article be translated? Not all articles in the Journal are translated in French.

Fonctions de base en santé publique. Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. (2005). Récupéré à l'adresse www.health.gov.bc.ca/public-health/ (en anglais)

Equity in public health standards: a qualitative document analysis of policies from two Canadian provinces. Pinto, A., H. Manson, B. Pauly, J. Thanos, A. Parks, A. et A. Cox. (2012). *International Journal of Equity in Health*, vol. 11, n° 1, p. 28. Récupéré à l'adresse <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/equity-in-public-health-standards> (sommaire en français; texte intégral en anglais)

First steps to health equity. Ideas and strategies for health equity in Ontario 2008-2010. Patychuk, D. et D. Seskar-Hernic. (2008).

Récupéré à l'adresse http://dev.healthnexus.net/sites/default/files/resources/first_steps_to_equity.pdf (en anglais)

Rapport initial sur la santé publique. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Division de la santé publique. (2009). Récupéré à l'adresse www.health.gov.on.ca/fr/public/publications/pubhealth/init_report/pdfs/initial_rep_on_public_health_f.pdf

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. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2011). Récupéré à l'adresse : <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/scan>

Rapport final sur le projet d'intervention – Appliquer les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé. Sutcliffe, P., S. Snelling et S. Laclé. (2010). Service de santé publique de Sudbury et du district. Récupéré à l'adresse <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/10-promising-practices-guide>

Leçons de la crise du SRAS : Renouveau de la santé publique au Canada. Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique. (2003). Récupéré à l'adresse www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/naylor/index-fra.php

Engageons une conversation sur la santé... sans jamais parler de soins de santé. Service de santé publique de Sudbury et du district. (2011). Récupéré à l'adresse <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/lets-start-a-conversation-about-health-and-not-talk-about-health-care-at-al>

Normes de santé publique de la Nouvelle-Écosse 2011- 2016. Santé publique de la Nouvelle-Écosse. (2010). Récupéré à l'adresse www.gov.ns.ca/DHW/publications/Public_Health_Standards_FR.pdf

Santé publique en Nouvelle-Écosse : Parcours du renouvellement. Santé publique de la Nouvelle-Écosse. (2010). Récupéré à l'adresse www.gov.ns.ca/DHW/publications/Journey-Towards-Renewal_FR.pdf

Normes de santé publique de l'Ontario 2008. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2008). Récupéré à l'adresse http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/default.aspx

Initiative concernant les rapports sur l'état de santé des populations. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2012). Récupéré à l'adresse <http://nccdh.ca/fr/learn/reporting/>

Le renouvellement de la santé publique en Nouvelle-Écosse : Bâtir un système de santé publique pour répondre aux besoins des gens de la Nouvelle-Écosse. Santé Nouvelle-Écosse, Promotion et Protection de la santé. (2006). Récupéré à l'adresse http://www.gov.ns.ca/DHW/publications/07148_therenewalofphinnsreport_apr06_FR.pdf

Renouvellement des services de santé publique en Colombie-Britannique et en Ontario. Université de Victoria. (2009). Récupéré à l'adresse <http://www.uvic.ca/research/groups/cphfri/projects/currentprojects/rephs/index.php#section0-0> (en anglais)

Les six enjeux – La voie de l'avenir : Un engagement pour le futur de la santé publique. Santé publique en Nouvelle-Écosse. (2010). Récupéré à l'adresse http://www.gov.ns.ca/DHW/publications/YourMove-MovingForward_FR.pdf

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

1. Sutcliffe, P., S. Snelling et S. Lacté. Deuxième rapport d'avancement du projet d'intervention : Prise de décision axée sur la recherche pour orienter les pratiques locales de santé publique afin de réduire les iniquités sociales en matière de santé [Internet]. Sudbury (Ontario) : Service de santé publique de Sudbury et du district (Canada), 2009 [Cité le 14 mars 2013]. Récupéré à l'adresse www.sdh.com/uploads/content/listings/SD-Mar31_InterventionProjectProgressReport2-FRJuly132012.pdf.



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, N-É B2G 2W5
ccnds@stfx.ca www.ccnds.ca