



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé



ATELIER DES CHERCHEURS-PRACTIENS SUR L'ÉQUITÉ EN SANTÉ: COMBLER L'ÉCART



Coordonnées

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS)
Université St. Francis Xavier
Antigonish, NÉ B2G 2W5
ccnds@stfx.ca
tél: (902) 867-5406
télééc.: (902) 867-6130
www.ccnds.ca
Twitter: @NCCDH_CCNDS

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

Veillez citer les informations contenues dans le document comme suit:

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé & Instituts de recherche en santé du Canada.
(2012). *Atelier des chercheurs-praticiens sur l'équité en santé : combler l'écart - comptes rendus*. Auteur

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière de l'Agence de la Santé Publique du Canada par le biais d'un financement accordé au Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé.

Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement les points de vue de l'Agence de la Santé Publique du Canada. Ce document est disponible en intégralité au format électronique (PDF) sur le site Web du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé à l'adresse: www.ccnds.ca.

The English version of this report is available at www.nccdh.ca under the title *Researcher-practitioner health equity workshop: Bridging the gap - proceedings*.

PRÉSENTÉ EN PARTENARIAT AVEC :



Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et santé
National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy



REMERCIEMENTS

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) et l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada (ISSP-IRSC) ont coprésidé l'activité intitulée *Comblant l'écart entre chercheurs et praticiens – atelier sur l'équité en santé*. La tenue de cet atelier a été rendue possible grâce au soutien de l'Institut de la santé des Autochtones des Instituts de recherche en santé du Canada, du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé et de l'Initiative sur la santé de la population canadienne de l'Institut canadien d'information sur la santé.

L'atelier a réuni des chercheurs, des responsables des politiques et des praticiens du domaine de la santé publique qui s'intéressent de près aux déterminants sociaux de la santé et à l'équité en santé, que ce soit au Canada ou ailleurs dans le monde. Nous désirons remercier de leur précieuse participation et contribution toutes les personnes présentes à l'atelier, qui avait pour but d'intensifier les liens entre les données probantes et l'action en matière d'équité en santé. Nous souhaitons remercier plus particulièrement tous les conférenciers et toutes les personnes qui ont alimenté les discussions et qui ont fourni des exemples, à l'échelon local et régional, où l'on a intégré les données probantes à l'action pour faire avancer l'équité en santé.

Nous désirons par ailleurs remercier l'équipe organisatrice pour les efforts déployés à élaborer un programme visant à combler l'écart entre la recherche et la pratique dans ce domaine vital. Les membres de cette équipe étaient Claire Betker et Sume Ndumbe-Eyoh, du Centre de collaboration nationale des déterminants sociaux de la santé, de même qu'Emma Cohen et Sarah Viehbeck, de l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada.

Les études de cas sont le fruit du travail de recherche de l'auteure Diana Daghofer, de Wellspring Strategies Inc., qui a aussi rédigé le recueil des comptes rendus de l'atelier. Raymonde D'Amour, du Groupe Intersol Group, était l'animatrice de l'atelier.

À PROPOS D'HÔTES DE L'ATELIER

Centre de collaboration nationale des déterminants sociaux de la santé

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé est une de six Centres nationaux de collaboration (CCNs) en santé publique. Fondée en 2005 et financée par l'Agence de santé publique du Canada, les CCNs produisent de l'information pour aider les professionnels de la santé publique à améliorer leur réponse aux menaces de santé publique, les maladies chroniques et des blessures, maladies infectieuses, et les inégalités de santé.

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé est centré sur les facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé des Canadiens. Le Centre applique et partage des connaissances et des données probantes avec les organisations et les praticiens en santé publique pour influencer les déterminants qui sont interdépendants et faire progresser l'équité en santé.

L'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada.

Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) est le principal organisme fédéral responsable du financement de la recherche en santé au Canada. L'organisme a pour mission d'exceller, selon les normes internationales reconnues de l'excellence scientifique, dans la création de nouvelles connaissances et leur application en vue d'améliorer la santé de la population canadienne, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé au Canada. Les Instituts viennent en aide aux plus de 14,000 chercheurs et aux groupes de chercheurs en vue de réaliser, dans le cadre de leur mandat respectif, la mission des IRSC. L'Institut de la santé publique et des populations (ISPP) vise à améliorer la santé des populations et de promouvoir l'équité en santé au Canada et dans le monde par la recherche et son application aux politiques, programmes et pratiques en santé publique et d'autres secteurs.

L'Institut de la santé des Autochtones des Instituts de recherche en santé du Canada

L'Institut de la santé des Autochtones (L'ISA) favorise l'avancement d'un programme national de recherche en santé pour améliorer et promouvoir la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis du Canada, par la recherche, l'application des connaissances et le renforcement des capacités. L'Institut poursuit l'excellence en recherche en respectant les priorités de recherche communautaire et les connaissances, valeurs et cultures autochtones.

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) vise à accroître l'expertise des acteurs de la santé publique en matière de politiques publiques favorables à la santé, à travers le développement, le partage et l'utilisation des connaissances.

Canadian Institute for Health Information- Canadian Population Health Initiative

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est un organisme indépendant, sans but lucratif qui fournit des informations sur le système de santé canadien et la santé des Canadiens. Dans le cadre de l'ICIS, l'Initiative de la population canadienne (ISPC) examine les modes de la santé au sein et entre les groupes de la population pour aider à mieux comprendre les facteurs qui influent sur la santé des individus et des collectivités. Nous recherchons et résumons les données sur «ce qui fonctionne» au niveau politique et programmatique pour contribuer à l'élaboration de politiques qui réduisent les inégalités et à améliorer la santé et le bien-être des Canadiens.

TABLE DES MATIÈRES

1.	Introduction – l'équité en santé : la situation actuelle et l'avenir	5
2.	Discours d'ouverture	6
3.	Pont entre la pratique et la recherche	8
4.	À la croisée des chemins entre la recherche et de l'action en matière d'équité en santé : études de cas	9
	a. Développer des compétences en leadership pour la pratique en santé	9
	b. Argumentation à l'interne pour l'équité en santé : l'expérience de Winnipeg	9
	c. Améliorer l'équité en santé à Saskatoon : de l'information à l'action	10
	d. Une collectivité forte : l'approche du Nouveau-Brunswick pour vaincre la pauvreté	10
	e. Séance plénière – Y a-t-il eu un rapprochement entre la recherche et la pratique?	10
5.	Discours principal – données probantes et action en matière d'équité en santé : le site d'injection supervisé Insite	13
6.	Panel de chercheurs	15
	a. Réduire les iniquités en santé : intégration des principes d'équité dans le secteur de la santé publique	15
	b. Utiliser des outils de cartographie pour comprendre l'équité en santé et soutenir l'action locale : l'étude de quartiers d'Ottawa	16
	c. Recherche participative axée sur la collectivité menée auprès des Autochtones : établir une corrélation entre les données probantes à l'action pour des initiatives en faveur de l'équité en santé	17
	d. Réaction au panel de chercheurs	18
7.	Séance de collecte des commentaires	20
	a. Corrélation entre les données probantes et l'action	20
	b. Outils, méthodes et approches	21
	c. Transformation des initiatives régionales en mesures à prendre en priorité à l'échelle provinciale, territoriale ou nationale	23
	d. Modes de génération de questions de recherche	24
	e. Possibilités d'intensifier l'apport entre les chercheurs, les praticiens et les responsables des politiques	24
	f. Renforcement des structures en place afin de soutenir les relations	25
8.	Passage à l'action – engagement des participants	27
	a. Possibilités sur lesquelles les participants s'engagent à agir	27
	b. Possibilités sur lesquelles d'autres personnes devraient agir	28
9.	Mot de la fin et prochaines étapes	29
	a. Thèmes de l'atelier	30

... opportunity
(EMM)

... develop a
database of
...
... programs/interventions
(policies)
...
... others will

... researchers &
... dialogue
... questions

Individual opp
to act on
Explore possibilities for
collaboration \bar{c} PPI.
met at meeting.

2) Opportunity we hope others
will act on
NCCDH/CIHR-IPPH/
CPH etc
develop
discussion area
related to
way
bring forward
to CRE a proposal

1.

INTRODUCTION – L'ÉQUITÉ EN SANTÉ: SITUATION ACTUELLE ET NOUVELLES ORIENTATIONS

Les professionnels en santé publique consacrent beaucoup d'efforts afin que les gens puissent jouir de la meilleure santé possible. Ils s'entendent pour dire que les données probantes viennent éclairer et faire progresser la pratique de santé publique. Dans ce contexte, il importe d'agir sur les déterminants sociaux de la santé par le biais d'approches éprouvées afin d'améliorer l'équité en santé, au Canada et ailleurs dans le monde.

L'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada (ISPP IRSC) et le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) ont organisé avec l'appui d'autres partenaires, un atelier où étaient invités les praticiens, les décideurs politiques et les chercheurs du domaine de la santé publique qui s'intéressent de près aux déterminants sociaux de la santé et à l'équité en santé. L'atelier qui s'est tenu à Toronto, les 14 et 15 février 2012, avait pour objectif d'intensifier les relations entre les chercheurs et les praticiens dans le but de s'attaquer aux iniquités en matière de santé, un défi complexe et intergouvernemental. Trois thèmes ont servi de fil conducteur: faire progresser l'équité en santé, intégrer la recherche et la pratique, appliquer les connaissances à la pratique. Un certain nombre de méthodes, d'outils et d'approches ont été présentées, dont quelques exemples de cas et

travaux de recherche en cours, afin d'établir un lien entre les données probantes et les mesures prises.

Par le biais de présentations et de périodes de participation et d'interaction, l'atelier visait à :

- examiner les approches permettant de reconnaître les iniquités en santé et à renforcer la capacité à utiliser les outils nécessaires pour se pencher sur la question de l'équité en santé dans les activités de recherche, de planification des programmes, de mise en œuvre et/ou d'évaluation, en s'inspirant de l'analyse contextuelle intitulée *L'intégration des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé dans les pratiques de santé publique au Canada* réalisée par le CCNDS (CCNDS, 2011).
- renforcer la capacité à intégrer les données probantes issues de la recherche érudite ou de la pratique aux activités de planification, de mise en œuvre et d'évaluation des interventions réalisées en santé publique, ainsi qu'à en faire le suivi et à créer des situations permettant d'effectuer des ajustements nécessaires en fonction de nouvelles données probantes.
- déterminer les possibilités d'application des connaissances soutenues et créer des liens plus solides entre les chercheurs et les praticiens en santé publique qui vouent leurs efforts à l'équité en santé.

2.

DISCOURS D'OUVERTURE - Nancy Edwards, Ph. D., directrice scientifique, ISPP IRSC, et Connie Clement, directrice scientifique, CCNDS

Passer de la recherche...

Nancy Edwards a ouvert l'atelier en faisant observer qu'il est difficile de cerner la question des iniquités en santé sans tenir compte du contexte politique et législatif, des structures sociales et des modes de répartition des ressources. Il existe un lien clairement établi entre la situation économique et l'équité en santé. Cela dit, les efforts déployés doivent s'appuyer sur des facteurs distaux plus complexes entrant en jeu dans l'iniquité en santé, y compris les influences au niveau macro, historiques et dynamiques

Les travaux de recherche demeurent centrés sur la compréhension des iniquités. Plusieurs études récentes ont constaté que la majorité des recherches publiées et financées dans la population et la santé publique est de nature descriptive, avec beaucoup moins axé sur les interventions (Milward, Kelly et Nutbeam, 2001; Sanson-Fisher, Campbell, Htun, Bailey et Millar, 2008; McNamara, Sanson-Fisher, D'Esteet Eades, 2011; Di Ruggiero, Rose et Gaudreau, 2009). Un changement en recherche doit

...à l'action

Connie Clement a pour sa part constaté le grand nombre de pratiques prometteuses appliquées au travail en santé publique, dont l'innovation et le leadership efficace. Malheureusement, il s'agit de cas isolés, parce que les praticiens n'ont pas les moyens d'évaluer et de partager leurs expériences. L'application des connaissances et le financement accru accordé à la recherche appliquée ou interventionnelle vise à combler cette

être opéré pour qu'y soient intégrés les théories correspondantes aux approches systémiques, les démarches mixtes facilitant l'examen des influences contextuelles, de même que les travaux de recherche comparative sur les politiques et les expériences réalisées dans un cadre naturel.

Les méthodes de recherche sur les populations et la santé publique doivent s'adapter, en les faisant passer :

- de la compréhension des déterminants à l'examen des effets des interventions et des politiques cohérentes mises en place à divers échelons;
- de la description des situations socioéconomiques à la réflexion sur les iniquités en santé et leur atténuation;
- du contrôle du contexte à la compréhension de l'influence du contexte sur les interventions;
- de l'étude des composantes de l'intervention à l'examen de la complexité des interventions au sein de systèmes adaptatifs complexes.

lacune. Il faudra trouver d'autres façons de partager les nouvelles connaissances et de soutenir les partenariats si on veut assurer une adoption plus rapide des méthodes fondées sur les pratiques fructueuses.

La santé publique, avec ses méthodes inter- et multidisciplinaires pour aborder les dossiers de nature complexe, est bien placée pour agir comme

«leader» en matière d'équité en santé. Cependant, bien des praticiens ont encore du mal à aller au-delà de la compréhension des déterminants sociaux de la santé et à passer à l'action. Soulignons que, lors des consultations de 2010 (CCDNS, 2011), les praticiens en santé publique ont approuvé les quatre rôles suivants, établis par le Bureau de santé de la région de Waterloo (en Ontario), soit:

- **évaluer** la santé des populations **et en faire un rapport**, en décrivant l'existence et les répercussions des iniquités en santé de même que les stratégies efficaces visant à mettre en lumière ces différences;
- **modifier et orienter les interventions en santé publique afin de** réduire les iniquités, notamment la prise en compte des besoins et des capacités uniques propres aux populations prioritaires;
- **s'engager** dans la collaboration communautaire et multisectorielle afin de viser à répondre aux besoins sanitaires des populations par l'entremise de services et de programmes;
- **diriger, participer et soutenir** d'autres parties prenantes dans leur processus d'analyse, d'élaboration et de proposition d'améliorations des déterminants et iniquités en matière de santé.

À la lumière des données probantes, le Service de santé publique de Sudbury et du district (SSPSD) a déterminé dix pratiques scientifiques prometteuses en matière d'action en santé publique (Sutcliffe, Snelling et Laclé, 2009; SSPSD, 2011):

- ciblage dans un cadre d'universalité
- divulgation déterminée
- marketing social
- établissement de cibles pour l'équité en matière de santé

- évaluation des effets sur la santé axée sur l'équité
- compétences et normes organisationnelles;
- apport à la base de données probantes
- développement de la petite enfance
- engagement communautaire
- action intersectorielle

Soulignons que ces rôles et les dix pratiques se reflètent dans une grande partie du travail accompli en ce moment par les praticiens en santé publique. Le défi consiste maintenant à enrichir et à adopter les données probantes associées à l'intervention tout en maintenant une rigueur sans faille. Les méthodes « idéales », qui prennent en compte la complexité du cadre d'intervention spécifique au contexte – auxquelles une méthodologie d'analyse documentaire systématique ne satisfait pas – n'ont pas encore vu le jour. Il faut un changement de paradigme dans la façon de comprendre les problèmes, les besoins et les atouts, la conceptualisation des solutions viables et les partenariats entre les chercheurs et les praticiens.

3.

PONT ENTRE LA PRATIQUE ET LA RECHERCHE

Difficultés

Les participants – chercheurs, praticiens, décideurs ou étudiants s’employant activement à faire avancer l’équité en santé – se sont réunis en petits groupes pour discuter de leurs réussites et des difficultés auxquels ils ont fait face en tentant d’établir un pont entre la pratique et la recherche.

Ils ont noté un ensemble de difficultés, dont la résistance généralisée au changement, les obstacles réglementaires et politiques, le manque de temps et de ressources et le peu d’occasions de partager des connaissances. Ils ont d’ailleurs souligné comment la nature complexe des difficultés contribuait au manque de compréhension au chapitre des déterminants de la santé et des mécanismes nécessaires pour influencer sur les iniquités en santé. Ils ont ensuite fait observer que les priorités conflictuelles et un climat politique peu propice empêchaient considérablement de faire progresser l’équité en santé.

La plupart des obstacles mentionnés portaient toutefois sur des questions de mise en œuvre ainsi que sur celles liées à la recherche. Les participants ont souligné le manque de formation sur les déterminants de la santé, leurs préoccupations quant à leur rôle d’intervenants, les difficultés à transposer les réussites locales à plus grande échelle, étant donné l’importance du contexte, et les difficultés à trouver et à appliquer les données probantes appropriées. Encore une fois,

...et réussites

Un certain nombre de participants ont souligné l’engagement de leur organisme envers l’équité en santé en plaçant la question comme priorité politique ou stratégique. D’autres ont fait remarquer la passion et le mouvement grandissant en faveur des déterminants de la santé reflétés par les mesures entreprises. Parmi les réussites maintes fois mentionnées, signalons la collaboration entre les chercheurs, les praticiens, la population et autres intervenants, y compris les personnes vivant dans des conditions de vulnérabilité.

ils ont attiré l’attention sur la complexité du problème, comme le laisse entendre la citation suivante:

« Il y a tant d’information et tant de projets possibles. Il est difficile de savoir comment cibler les efforts sur un projet particulier et réalisable. »

(Traduction libre)

PERSONNE PARTICIPANTE À L’ATELIER

La difficulté de trouver des données qui sont à la fois locales et comparables entre les diverses instances canadiennes ou qui se rapportent à des groupes précis, y compris les populations autochtones est une situation préoccupante, tout comme le décalage entre la production et l’utilisation des données probantes issues de la recherche. Les participants ont également souligné le défi que posent les contraintes liées au financement et à l’identification de chercheurs et de méthodes de synthèse des connaissances appropriées pour aborder la question de l’équité en santé. Enfin, les obstacles qui nuisent à la collaboration entre les divers secteurs et les diverses disciplines et instances ont été mis en lumière.

Dans certains cas, des relations officielles entre les praticiens et les établissements d’enseignement ont été établies, dans d’autres, des liens directs avec de très hauts fonctionnaires ont été forgés. La qualité des nouvelles sources d’information et des nouveaux outils disponibles en matière de déterminants de la santé a été appréciée. Les intervenants ont fait preuve d’une plus grande compréhension en ce qui a trait aux initiatives en matière d’équité en santé et au financement.

4.

À LA CROISÉE DES CHEMINS ENTRE LA RECHERCHE ET L'ACTION EN MATIÈRE D'ÉQUITÉ EN SANTÉ: ÉTUDES DE CAS

Lors de l'atelier, quatre études de cas à l'aide de la méthode de la divulgation progressive ont été abordés.¹ Ces études de cas illustrent un ou plusieurs principes des pratiques prometteuses mises en place à certains endroits au Canada au chapitre des déterminants sociaux de la santé (voir le discours d'ouverture de Connie Clement). Elles ont été choisies de manière à refléter des organismes de diverses régions au pays qui en étaient à des étapes différentes dans leur application des principes associés aux déterminants sociaux de la santé. La préférence est allée aux organismes de santé publique. On a tout de même choisi un cas en dehors du domaine de la santé publique en raison de l'importance des interventions pour améliorer l'équité en santé qui se font ailleurs que dans le secteur de la santé. Les études de cas sont annexées au présent document.²

A. DÉVELOPPER DES COMPÉTENCES EN LEADERSHIP POUR LA PRATIQUE EN SANTÉ PUBLIQUE

D^{re} Jocelyne Sauvé, directrice de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de La Montérégie

L'adoption des modifications à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* en novembre 2005 a mené à de profondes transformations dans la prestation des services de santé publique au Québec. On a fusionné les services de première ligne, historiquement responsables de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, aux hôpitaux et aux établissements de soins de longue durée. Ce sont des gestionnaires qui n'avaient généralement pas ou que peu d'expérience en santé publique qui

devaient dorénavant offrir les services de santé publique. La D^{re} Sauvé a discerné dans cette situation une occasion d'intégrer la perspective de la santé des populations dans les nouvelles structures de prestation des services, grâce à la formation en santé publique des nouveaux gestionnaires. Dans cet atelier, les participants se sont penchés sur la possibilité d'utiliser une démarche semblable pour promouvoir l'équité en santé au sein du leadership de la santé publique.

B. ARGUMENTATION À L'INTERNE POUR L'ÉQUITÉ EN SANTÉ: L'EXPÉRIENCE DE WINNIPEG

D^{re} Sande Harlos, médecin hygiéniste en chef, Office régional de la santé de Winnipeg

Selon un rapport sur la santé en milieu urbain, publié en 2008, les personnes vivant dans les quartiers les plus défavorisés de Winnipeg se présentaient dans les établissements hospitaliers de la ville deux ou trois fois – parfois même cinq fois – plus souvent que les résidents les plus riches. C'est à Winnipeg qu'on notait les plus importants écarts dans les taux d'hospitalisation entre les groupes de statut socioéconomique faible et ceux de statut socioéconomique élevé au Canada. Le rapport contenait des données de santé pertinentes, comparatives et spécifiques à Winnipeg – qui se sont révélées un véritable déclencheur de l'action

contre les iniquités en santé dans cette ville. Les dirigeants en santé publique ont profité de l'occasion pour renforcer leurs liens avec des organismes de lutte contre la pauvreté et d'autres organismes communautaires et pour attirer l'attention de la haute direction de leur région sanitaire sur le dossier de l'iniquité en santé. L'étude de cas fait état des efforts déployés par le personnel de santé publique pour inscrire la perspective de l'équité en santé dans toutes les activités de l'Office régional de la santé de Winnipeg, depuis la prestation des services de santé jusqu'aux soins de longue durée.

¹ La méthode de la divulgation progressive vise à dévoiler par étapes les renseignements concernant une étude de cas. À certains moments de la discussion, on demande aux participants d'envisager leurs décisions et les étapes à suivre à partir de leurs connaissances et leurs expériences. Par la suite, une personne qui a travaillé sur le cas donné présente les décisions, les circonstances et les apprentissages découlant de la situation réelle. La méthode a été conçue de manière à renforcer la participation et à optimiser la réflexion. (Adaptation de : *Curriculum for Culturally Responsive Health Care*. J.M. Ring, J.G. Nyquist et S. Mitchell, Radcliffe Publishing, 2008.)

² On a remis les documents de travail lors de l'atelier puis on les a bonifiés à la lumière des suggestions des participants. La version révisée est annexée au présent document.

C. AMÉLIORER L'ÉQUITÉ EN SANTÉ À SASKATOON : DE L'INFORMATION À L'ACTION

Dr Cory Neudorf, médecin hygiéniste en chef, Saskatoon Health Region

La présente étude de cas porte sur le processus suivi par le Saskatoon Health Region pour documenter et corriger les iniquités en santé observées dans la ville. Dans le rapport intitulé *Health Disparity in Saskatoon: Analysis to Intervention* (Lemstra et Neudorf, 2008), les auteurs ont présenté les données sur la santé selon le quartier, puis ont exploré diverses options de nature politique susceptibles d'agir favorablement sur les déterminants sociaux de la santé sous-jacents. L'équipe de santé s'est

appuyée sur les données locales pour obtenir la participation d'une multitude de partenaires et de résidents de Saskatoon dans la planification et la mise en place d'un programme visant à commencer à pallier l'écart considérable entre l'état de santé des résidents des quartiers les plus pauvres et celui des plus riches de la ville. L'équipe s'est heurtée à certaines difficultés, mais a réussi à les surmonter comme le démontre l'étude de cas.

D. UNE COLLECTIVITÉ FORTE : L'APPROCHE DU NOUVEAU-BRUNSWICK POUR VAINCRE LA PAUVRETÉ

Stéphane Leclair, directeur exécutif, Société de l'inclusion économique et sociale

En avril 2010, le Nouveau-Brunswick a adopté une loi se dotant ainsi de la stratégie *Ensemble pour vaincre la pauvreté: le plan d'inclusion économique et sociale du Nouveau-Brunswick*. Ce plan résulte d'un processus de consultations publiques menées auprès de plus de 2 500 personnes. Conçus pour renforcer la capacité des collectivités à élaborer et à mener à bien leur propre plan de réduction de la pauvreté, douze réseaux d'inclusion communautaire sont maintenant en place dans diverses régions de

la province. Il s'agit d'une nouvelle approche qui demande une bonne compréhension des problèmes locaux et un changement de culture auprès des organismes locaux, qui ne sont pas habitués à collaborer à l'atteinte d'objectifs communs. Comment surmonter ces défis? Comment les collectivités peuvent-elles générer et utiliser un bassin de connaissances en l'absence d'un soutien de recherche universitaire? L'étude de cas répond à ces questions.

E. SÉANCE PLÉNIÈRE – Y A-T-IL EU UN RAPPROCHEMENT ENTRE LA RECHERCHE ET LA PRATIQUE?

Deux chercheurs, soit la D^{re} Marie-France Raynault et Jeff Masuda, Ph. D., ont agi comme répondants. À la suite de leur participation à deux discussions sur les études de cas, ils ont formulé leurs observations relativement au lien entre la recherche et la pratique, aux structures et outils rendant ces liens possibles

et à l'influence exercée par le contexte local. Ils ont également donné leur avis quant à la faisabilité d'étendre positivement ce genre d'intervention à l'échelle provinciale ou nationale, ce qui permettrait de resserrer le lien entre les données probantes et l'action en matière d'équité en santé.

Marie-France Raynault, Département de médecine sociale et préventive, Université De Montreal et Centre de recherche Léa-Roback,

L'intervention dirigée par le *Saskatoon Health Region* permet de tirer un certain nombre de conclusions pouvant être mises en application dans un contexte plus global. Les données recueillies de manière rigoureuse, de préférence celles provenant de publications évaluées par des pairs, sont essentielles pour une intervention efficace. Présenter les informations favorisant un changement de politiques de manière rigoureuse et comparative est gage de succès. Les politiciens ne veulent pas se retrouver «dernier de la classe».

Il est essentiel de comprendre clairement les publics cibles et leurs réactions possibles face aux résultats de recherche. Investir suffisamment de temps et d'effort dans les échanges avec les intervenants bien avant la divulgation publique constitue une bonne stratégie. Il importe de bien comprendre les valeurs de la population dans son ensemble, si on veut pouvoir anticiper les réactions du public face aux changements proposés.

L'engagement du milieu des affaires dans certaines initiatives présente des avantages incontestables. Il faut néanmoins faire preuve de prudence, car les gens d'affaires ne devraient, ni imposer les motivations qui les poussent à s'engager, ni leur façon de travailler à d'autres groupes. Insistons également sur l'importance d'inviter les économistes

à participer au dialogue, même s'il arrive que ces derniers dirigent l'action publique en se basant sur des principes idéologiques qu'il y aurait parfois lieu de remettre en question.

L'initiative du *Nouveau-Brunswick* qui est celle d'avoir impliqué les participants tant à un très haut niveau qu'au niveau de la mise en œuvre locale s'est démarquée comme une approche innovante.. À l'échelon provincial, quatre ministres du gouvernement font partie d'un comité consultatif provincial. À l'échelon local, les réseaux d'inclusion communautaire rassemblent le gouvernement local, le milieu des affaires, les organismes à but non lucratif et des représentants de la population. En outre, lors de l'examen des problématiques locales, il est essentiel que les plans des Réseaux puissent porter sur l'établissement de l'équité et s'appuyer sur les données probantes

La collaboration avec les chercheurs présente un défi, parce qu'ils ne sont pas habitués à adopter une vision plus large. Les chercheurs ont plutôt tendance à se pencher sur des questions précises et ciblées. Afin de stimuler la prise de mesures communes, une compétition interprovinciale pourrait être organisée, de manière à évaluer la progression de chacune dans l'atteinte des objectifs en matière d'équité. L'Union européenne a recours à une telle approche pour lutter contre la pauvreté qui s'appelle la « méthode ouverte de coordination ».

Jeff Masuda, Université du Manitoba

Le contexte actuel favorise la collaboration avec les chercheurs afin d'influencer les politiques. Des changements majeurs dans la façon de promouvoir certaines politiques ont été observés, y compris ceux portant sur l'équité en santé. Les connaissances sont beaucoup plus facilement accessibles, et le leadership ne repose plus sur une structure organisationnelle.

Les politiques sont élaborées et évoluent selon un processus de diffusion rapide. Les chercheurs, surtout ceux en sciences sociales, exercent souvent leur métier sans tirer profit des politiques. D'ailleurs, il appert que le transfert de politiques repose aujourd'hui davantage sur la collaboration que sur la prise en charge par des organismes indépendants. Les études de cas reflètent cette démarche puisque l'on n'a pas hésité à tirer profit du processus de diffusion pour faire avancer l'équité en santé.

Les facteurs de réussite contribuant à la promotion de l'équité en santé sont les suivants:

- un leadership ne reposant pas sur une structure organisationnelle;

- des pratiques exemplaires communes;
- des communautés de pratique, regroupant des personnes de différents secteurs afin d'échanger sur des solutions;
- l'expression d'émotions susceptibles d'interpeller tout le monde, quels que soient leurs status, pour promouvoir l'équité en santé;
- la possibilité de s'éloigner d'une «solution fondée sur les programmes» en faveur d'une qui tient compte des changements au niveau des politiques;
- la mise en oeuvre de démarches éprouvées au contexte local.

Les réseaux de connaissances offrent aux communautés de la pratique la possibilité d'échanger leurs connaissances et leurs expériences. Le Réseau de recherche en santé des populations du Québec, le Réseau canadien pour la santé urbaine et d'autres organes similaires sont disponibles pour aider à faire des initiatives locales un mouvement plus généralisé.

« Le rôle de la santé publique consiste à trouver tous les gens qui comprennent la question de l'équité en santé et à leur offrir nos services. » (Traduction libre)

PARTICIPANT À UNE DISCUSSION SUR LA RECHERCHE

5.

DISCOURS PRINCIPAL – DONNÉES PROBANTES ET ACTION EN MATIÈRE D'ÉQUITÉ EN SANTÉ: SITE D'INJECTION SUPERVISÉ INSITE

Kora DeBeck, Ph. D., boursière de recherches postdoctorales et associée de recherche, BC Centre for Excellence in HIV/AIDS

Kora DeBeck, Ph. D., a participé à l'évaluation scientifique d'Insite, un site d'injection supervisé. Elle a également joué un rôle primordial dans les activités d'application des connaissances de l'organisme, dont l'existence dépend en majeure partie d'une communication à grande échelle sur les réussites et de l'engagement d'une multitude de supporteurs.

Notons qu' Insite a été mis sur pied en 2003 en même temps que le Vancouver Coastal Health. Une exemption de conformité à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* lui a été accordée, afin qu'il puisse fournir des services de santé à une population particulièrement mal desservie et de s'attaquer aux problèmes de sécurité publique engendrés par l'utilisation à grande échelle de drogues injectables dans le quartier. L'évaluation rigoureuse du projet constitue une des conditions du projet.

L'une des priorités de l'équipe de recherche était d'intégrer le transfert des connaissances acquises dans le processus d'évaluation. C'est ainsi qu'une vingtaine d'articles révisés par des pairs basés sur les résultats de l'évaluation ont été publiés, qui confirmaient qu'Insite avait atteint ses objectifs. Parmi les autres outils de communication utilisés, mentionnons les sommaires et les rapports de vulgarisation, les observations et les éditoriaux publiés, un site Internet, la mobilisation médiatique, les présentations devant les décideurs politiques, la

population et autres intervenants de même qu'une stratégie visant à rallier la communauté scientifique autour de la défense des politiques fondées sur les données probantes. Les activités de transfert des connaissances ont permis de divulguer les données probantes issues de la recherche à la population et aux milieux scientifique et de la santé. Elles ont également permis d'obtenir du soutien, tous horizons confondus, notamment du gouvernement de la Colombie-Britannique, de la Ville de Vancouver, de l'Association médicale canadienne, de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et de la population en général.

Malgré la réussite remarquable d'Insite dans l'atteinte de ses objectifs, le ministre de la Santé du Canada s'est dit « non convaincu par les données probantes ». Il a décidé de prendre ultérieurement la décision d'étendre l'exemption nécessaire à la survie de l'organisme et interrompu l'ouverture d'autres sites du même genre.

Des groupes communautaires et un groupe de personnes ont porté la cause devant la Cour suprême de la Colombie-Britannique. Grâce, en grande partie, à la solide stratégie de transfert des connaissances, la cause a reçu l'appui de divers milieux, dont les organismes de santé et de défense des libertés civiques. Après la victoire remportée en Colombie-Britannique relativement à l'exemption souhaitée, le Ministre de la santé a fait

appel de la décision concernant Insite auprès de la Cour suprême du Canada. Celle-ci a statué que la fermeture d'Insite, en tant que service de soins de santé, contreviendrait aux garanties du droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne proclamées dans la Charte canadienne des droits et libertés. Elle a donc ordonné au Ministre de la santé d'accorder l'exemption indispensable à la poursuite des opérations d'Insite.

L'excellence des données probantes issues de la recherche combinée à l'exhaustive stratégie de transfert des connaissances ont rendu la victoire possible dans ce dossier. Les articles révisés par

les pairs ont permis de résister avec efficacité à l'examen des politiciens et du public. Un climat favorable a pu être créé grâce à l'utilisation de multiples stratégies et supports médiatiques, mais aussi grâce à la mobilisation médiatique et l'effort concerté pour établir tôt un lien de confiance avec les décideurs politiques et les intervenants dans le processus. En fin de compte, c'est l'action des intervenants, surtout celle des groupes communautaires et des fournisseurs de services, qui ont contribué à la survie de ce programme axé sur les données probantes.

6. PANEL DE CHERCHEURS

Un panel de chercheurs financés par les IRSC a fait la démonstration de divers moyens de relier les données probantes à l'action en matière d'équité en santé. Les chercheurs ont discuté des approches susceptibles de générer des questions de recherche et des stratégies d'application des connaissances. Ils ont par ailleurs exploré les possibilités d'accroître l'engagement des praticiens et des décideurs dans les dossiers portant sur l'équité en santé sur divers fronts, notamment à l'échelle locale.

A. RÉDUIRE LES INIQUITÉS EN SANTÉ : INTÉGRATION DES PRINCIPES D'ÉQUITÉ DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Marjorie MacDonald, Ph. D., Chaire en santé publique appliquée des IRSC-ASPC et professeure à l'École des sciences infirmières de l'Université de Victoria

La Core Public Health Functions Research Initiative (CPHFRI) – projet de recherche sur les fonctions de base de la santé publique – a pour mandat de suivre l'instauration et l'incidence du cadre des fonctions de base de la santé publique en Colombie-Britannique. Le programme de recherche Perspective de l'équité sanitaire en santé publique, que dirige Bernie Pauly, Ph. D., et que codirige Marjorie MacDonald, Ph.D., à l'Université de Victoria, est un programme de la CPHFRI qui vise à contribuer au tronc de connaissances sur la réduction des iniquités en santé par l'entremise de quatre études corrélatives réalisées en cinq ans. Dans ces quatre études, on explore divers volets du cadre des fonctions de base de la province sous les dimensions du transfert et de l'échange des connaissances (TEC), de l'équité, des partenariats et du développement méthodologique. L'équipe s'intéresse plus particulièrement aux méthodes de recherche spécifiques à l'étude des systèmes adaptatifs complexes.

Dans le cadre de cette recherche, on examine la question de l'intégration des principes d'équité dans deux programmes de base en santé publique : la promotion de la santé mentale et la prévention des effets dommageables de l'abus d'alcool ou d'autres drogues. L'étude en cours porte sur l'utilité théorique et pratique des outils existants en matière d'équité.

Il est intéressant de noter que le TEC est incorporé dans tous les aspects du processus afin de «renforcer et d'améliorer les actions novatrices déployées dans le secteur de la santé pour réduire les iniquités en

santé». Tous les membres de l'équipe sont à différents moments des utilisateurs et des producteurs de connaissances. Les utilisateurs des connaissances participent à la détermination des questions de recherche puis à l'interprétation des données et à la mise en œuvre des stratégies. Leur participation au processus continu et itératif a permis à l'équipe de faire des ajustements de mi-parcours, au besoin.

Même si les données ne sont pas encore disponibles pour l'étude en cours, celles d'une étude similaire ont fait ressortir certains problèmes dans la mise en œuvre dès la première étape de la collecte et de l'analyse des données. Il s'agissait de lacunes dans le processus reliant les données probantes à la pratique et de l'absence de stratégies de mise en œuvre qui soient ciblées et fondées sur des données probantes. Grâce aux commentaires recueillis à mi-chemin, l'équipe a pu procéder à des améliorations pour la seconde phase de la mise en œuvre.

Pour le moment, un répertoire de 163 documents sur les outils d'évaluation de l'équité sanitaire a été créé. Leur utilité pratique sera analysée en s'appuyant sur une approche axée sur la schématisation conceptuelle qui sollicite la participation des praticiens de la santé publique œuvrant à l'élaboration et à l'exécution de plans d'équité sanitaire ou de programmes de promotion de la santé mentale et de prévention de l'abus d'alcool et d'autres drogues. L'exercice mènera à l'établissement d'une série de critères permettant de déterminer les outils efficaces.

B. UTILISER DES OUTILS DE CARTOGRAPHIE POUR COMPRENDRE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ ET SOUTENIR L'ACTION LOCALE: L'ÉTUDE DE QUARTIERS D'OTTAWA

Elizabeth Kristjansson, Ph. D., professeure agrégée, École de psychologie de l'Université d'Ottawa

Fondé sur la perception selon laquelle le milieu de vie influe sur la santé et les iniquités en santé, le projet d'étude de quartiers d'Ottawa a vu le jour en 2005. Les chercheurs tenaient à travailler avec les gens de la collectivité afin d'assurer la pertinence et l'utilité des données. Les expériences du Brooking Institute de Philadelphie, de même que les précédents établis à Toronto, Vancouver et Montréal ont démontré à quel point de telles données appuyaient favorablement les activités de promotion de l'équité en santé.

Il importait afin de mener à bien ce projet d'obtenir le soutien des décideurs et d'autres intervenants de la collectivité par rapport au processus et à l'utilisation des données recueillies. Ainsi, un groupe de pilotage constitué essentiellement de représentants des quartiers, du service de santé publique et d'entreprises locales, puis de seulement quatre universitaires a été constitué.

Les objectifs du projet consistaient à recueillir des données sur les déterminants de la santé, l'état de santé et les iniquités en santé selon des quartiers bien spécifiques et à comprendre quels facteurs observés dans les quartiers contribuaient à maintenir la population en santé et ceux qui accentuaient les iniquités en santé. On a ensuite établi un profil de chacun des quartiers avant de transmettre ces données aux décideurs et aux citoyens.

Après avoir choisi les quartiers, avec l'appui des populations locales, les données ont été recueillies en consultant une multitude de sources, dont l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, le Rapid Risk Factor Surveillance System (*système rapide de surveillance des facteurs de risque (un sondage téléphonique toujours en cours)*), le Système national d'information sur les soins ambulatoires et l'Instrument de mesure du

développement de la petite enfance par lequel on mesure l'état de préparation de l'enfant à son apprentissage scolaire. L'information ainsi recueillie, c'est-à-dire les données socioéconomiques et démographiques et celles sur le logement, l'engagement communautaire, l'environnement bâti et les indicateurs de santé, constitue aujourd'hui une des séries de données les plus complètes au monde.

À l'aide de graphiques, de cartes et de profils de quartiers, les grandes iniquités observées dans les déterminants de la santé et les résultats sur la santé entre les quartiers et au sein même de certains quartiers ont pu être mis en évidence. La cartographie interactive et les profils des quartiers sont disponibles en ligne à l'adresse <http://staging.neighbourhoodstudy.ca>. L'utilisateur peut filtrer l'information selon divers sujets (p. ex., le statut socioéconomique des restaurants à service rapide) et obtenir des données comparatives entre leurs quartiers par rapport à d'autres. Les données de surveillance établissent certes une corrélation entre les facteurs, mais ne créent pas de lien de causalité entre eux.

Santé publique Ottawa s'est révélé un important partenaire dans la diffusion des données probantes, et l'Étude de quartiers d'Ottawa, un outil de prise de décision de premier choix dont se servent notamment les urbanistes et les responsables des conseils scolaires et des programmes communautaires de la ville. On a qualifié le site Internet de meilleure source d'information sur la ville et sa population. Certains utilisateurs ont même mentionné qu'ils en faisaient usage quotidiennement. Il est prévu dans un avenir proche de continuer à enrichir les données et de travailler de concert avec les utilisateurs afin de faire en sorte que le site demeure autant que possible informatif. Les chercheurs espèrent également étendre à l'ensemble de l'Est de l'Ontario ce projet de recherche primé.

La cartographie semble devenir un outil par excellence en santé publique pour schématiser et interpréter les données portant sur l'inégalité en santé. Elle est, en effet, utilisée dans un certain nombre de villes canadiennes et sert même à appuyer certains récits basés sur des données probantes. Il est même possible de recourir

aux photographies ou à la vidéo pour ajouter de l'information qualitative personnelle très utile. D'autres applications possibles de cet outil, comme la schématisation conceptuelle ou l'analyse des réseaux sociaux, permet de franchir une nouvelle étape dans la compréhension des problèmes.

C. RECHERCHE PARTICIPATIVE AXÉE SUR LA COLLECTIVITÉ MENÉE AUPRÈS DES AUTOCHTONES: ÉTABLIR UNE CORRÉLATION ENTRE LES DONNÉES PROBANTES ET L'ACTION POUR DES INITIATIVES EN FAVEUR DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ

Colleen Dell, Ph. D., professeure agrégée, Université de la Saskatchewan

Des talons aiguilles aux mocassins est un projet de recherche axé sur la collectivité qui a mené à la production d'une vidéo musicale et d'un atelier portant sur les interventions en santé. Le projet a débuté en 2005 avec une équipe diversifiée composée d'Aînés, de femmes ayant été en proie à des problèmes de consommation de drogues, de chercheurs, de décideurs politiques et de fournisseurs de produits de traitement. Des gens de milieux différents et d'origines ethniques diverses ont fait profiter l'équipe de leur expérience de vie.

La réussite du projet repose en grande partie sur le respect, la compréhension et l'espoir, des valeurs qui ont sous-tendu les travaux. Colleen Dell, Ph. D., s'est rendu compte qu'elle devait faire fi des stéréotypes et mettre son rôle de professeure en veillesse et y participer comme personne, dans toute son authenticité, voire toute sa vulnérabilité. En ne perdant jamais de vue les résultats, l'équipe a pu désamorcer les sentiments négatifs qui émergeaient parfois chez les participants, souvent en raison de l'expérience vécue dans les pensionnats.

Un profond sentiment de réciprocité s'est fait ressentir tout au long du processus. En effet, les chercheurs ont beaucoup appris de la centaine de femmes interrogées dans les prisons des quatre coins du pays. Pour souligner leur apport enrichissant au processus, une rémunération a été

octroyée aux femmes ayant vécu les expériences elles-mêmes pour le temps accordé. Elles ont aussi reçu un cadeau significatif: une perle dans sa coquille glissée sur un collier.

Pour redonner à la collectivité un peu de ce qu'elles avaient reçues, l'équipe de recherche et les femmes interrogées ont créé ensemble une chanson et un vidéoclip intitulé *From Stilettos to Moccassins* (des talons aiguilles aux mocassins, disponible à l'adresse : www.youtube.com/watch?v=1QRb8wA2iHs). Même s'il est impossible d'évaluer cet aspect du projet, son issue s'est avérée comme étant extrêmement importante. En plaçant les chercheurs dans un cadre qui ne leur était pas familier, un cadre propice favorisant la vulnérabilité et l'ouverture a été créé, ce qui a joué un rôle considérable dans l'établissement des relations avec les participants au projet de recherche.

La recherche a mené à la création d'un atelier d'une demi-journée. L'objectif était d'offrir de l'espoir et de l'inspiration aux femmes autochtones ayant eu des démêlés avec la justice en raison de leur consommation de drogues illicites. On a traité des problèmes d'identité et de stigmatisation, en s'intéressant plus particulièrement à la nécessité de s'approprier ou de se réapproprier son identité comme femme autochtone, afin de guérir un passé de consommation de drogues. La trousse produite à cet effet contient une vidéo dans laquelle on

explique comment présenter l'atelier, sans recours à une formation supplémentaire. Les femmes ayant elles-mêmes vécu cette expérience agissent comme ambassadrices. La trousse est remise gratuitement aux personnes intéressées à présenter l'atelier. Les frais de 200 \$ par trousse sont couverts par des subventions. On encourage les groupes ayant les moyens de déboursier le montant de le faire, afin de permettre de distribuer gratuitement des troussees additionnelles.

Les sujets abordés dans le cadre de ce forum ouvert sont les suivants:

- Les travaux de recherche sur l'équité en santé font souvent ressortir des **problèmes d'éthique**. Dans une étude qui sera réalisée dans le cadre du programme de recherche Perspective de l'équité sanitaire en santé publique, les problèmes d'éthique auxquels se heurtent les praticiens seront examinés.
- La possibilité de faire participer les étudiants aux travaux de recherche sur l'équité en santé afin

d'élargir leur compréhension et leur expérience à cet égard – la plupart des universités offrent des possibilités en recherche axée sur la collectivité, de stages en service communautaire et de mentorat afin de faciliter cette participation.

- À la **croisée des chemins entre la recherche et la défense des intérêts** – la critique souvent formulée envers les chercheurs menant des travaux de recherche participative est celle de perdre leur impartialité. Si un bon nombre de chercheurs en recherche appliquée se portent en faux parce qu'ils croient aux problématiques qu'ils défendent, ils peuvent rendre leurs collègues mal à l'aise. Un bon moyen d'éviter la critique consiste à se montrer très ouvert et publier largement les travaux et les résultats qui en découlent. Il est certain que le soutien du corps professoral et la reconnaissance exprimée par les principaux organismes subventionnaires, tels les IRSC, s'avèrent particulièrement utiles.

D. RÉACTION AU PANEL DE CHERCHEURS

Dre Gaynor Watson-Creed, *médecin hygiéniste, région de la capitale, Halifax, Nouvelle-Écosse*

La Dre Watson-Creed a exprimé ses commentaires en tant que praticienne dans une région, c'est-à-dire Halifax, qui s'est engagée récemment à rédiger un rapport sur l'équité en santé. Elle s'est demandée si la question de recherche est abordée différemment si la personne dirigeante est un praticien ou un chercheur. Dans un même esprit, elle s'est demandée si les propos étaient le sujet change si d'autres secteurs d'activités prennent en charge le projet? La médecin hygiéniste a déclaré vouloir continuer de participer au dialogue, pourvu que les parties prenantes restent centrées sur les mêmes résultats. Par exemple, la « réduction des méfaits » peut se traduire par le « maintien de l'ordre axé sur le

problème » pour certains auditoires, ce qui élargit le terrain d'entente. Du point de vue des politiques et de la prise de décisions, une démarche stratégique consiste à faire participer les voix dissidentes au processus dès le départ.

La Dre Watson-Creed s'est dite enchantée de voir l'application des connaissances de plus en plus souvent apparaître comme thème de recherche. Les exemples **d'action translocale** démontrent la capacité du leadership local à faire adopter des initiatives à l'échelle nationale, sans que celles-ci aient été dirigées au niveau national. Les recherches futures, dit-elle plein d'espoir, pourraient montrer la voie, des déterminants jusqu'aux résultats de santé, de manière à ce que les décideurs politiques y portent une véritable attention.

Lynn Vivian-Book, ancienne sous-ministre adjointe, direction des services d'aide au revenu, à l'emploi et à la jeunesse, et leader pangouvernementale de la stratégie de réduction de la pauvreté et de l'Office des personnes handicapées, Terre-Neuve-et-Labrador

En tant qu'infirmière et défenderesse de la santé publique, M^{me} Vivian-Book a eu le privilège de diriger une stratégie de réduction de la pauvreté de nature pangouvernementale puisque celle-ci engageait plusieurs ministères. Elle a très vite compris l'importance du langage après avoir été prise à partie pour avoir prononcé des termes associés au domaine de la santé, comme « déterminants sociaux de la santé » et « collaboration intersectorielle ». On y préférerait plus souvent des expressions comme « les conditions de vie des gens » ou « partenariat ».

On voit un changement dans le rôle joué par les chercheurs en raison de la présence de comités directeurs et de l'apport des personnes participantes. À l'avenir, la majeure partie de la documentation issue de la recherche se retrouvera dans les médias et la conversation publique plutôt que dans des revues scientifiques à comité de lecture. On doit s'appuyer sur des façons novatrices de trouver et de disséminer l'information. Pensons notamment à l'expérience vécue, aux vidéoclips et à la participation de la population à la cartographie des quartiers.

Les démarches structurées suivies pour incorporer la notion d'équité en santé ont connu une réussite mitigée. Une perspective inclusive permettrait sans doute mieux d'enrichir la notion de la santé dans l'examen des politiques. Pensons par exemple à la perspective « de la pauvreté et de l'inclusion sociale » et à celle « du sexe, du statut d'autochtone et du handicap ».

Il importe par ailleurs de discerner les « ouvertures » politiques à l'équité en santé et de se préparer à en profiter par le biais de la recherche appropriée. À l'heure actuelle, les problèmes de santé mentale, de toxicomanie et de maladie chronique semblent avoir la cote en matière d'intervention.

Les commentaires des personnes participantes à l'atelier tournaient principalement autour des points suivants:

- Les difficultés auxquelles sont confrontés les chercheurs qui **n'ont pas les mêmes droits d'accès** aux données des individus que le secteur privé. En effet, les sociétés privées sont en mesure de recueillir des renseignements en vue de faire de l'argent. Les chercheurs par contre ne peuvent en faire autant pour le bien de la société. Le cadre actuel place les droits de la personne avant ceux de la société.
- La capacité de convaincre les personnes œuvrant dans **les secteurs des soins de la santé ou autres de mettre en place des mesures spécifiques pour la santé des populations** – Les personnes sur lesquelles on fait pression pour fournir des services de santé ont parfois de la difficulté à voir au-delà de leur contexte. L'élaboration des politiques horizontales constitue une façon de fournir des services ayant une incidence sur la santé par l'entremise de secteurs autres que la santé, par exemple, le secteur de l'éducation qui finance les programmes alimentaires en milieu scolaire.

7.

SÉANCE DE COLLECTE DES COMMENTAIRES

A. CORRÉLATION ENTRE LES DONNÉES PROBANTES ET L'ACTION

Sous forme écrite, les participants ont dressé la liste des facteurs qui rendent plus ou moins difficile la tâche d'établir une corrélation entre les données probantes et l'action en matière d'équité en santé, en comparaison aux autres dossiers de santé publique. Certains ont remis en question la distinction faite entre l'équité en santé des autres préoccupations en santé publique, en insistant sur le fait que l'équité en santé est une perspective traitera travers laquelle envisager toutes les questions de santé publique.

Moteurs

Les trois points suivants sont ressortis comme des thèmes facilitant le lien entre les données probantes et l'action à tous les échelons – local, provincial et national:

- **L'équité en santé comme concept** compris et adopté par une multiplicité de personnes, surtout lorsqu'on le présente en termes de «justice». En fait, les participants ont mentionné la justice comme une valeur canadienne fondamentale et humaine.
- **Les données probantes convaincantes**, en particulier les données locales. On a signalé que celles-ci se voulaient davantage pertinentes et applicables, puisqu'on trouve souvent des groupes de défense des intérêts prêts à tirer pleinement avantage des données probantes qui soutiennent leurs efforts d'atténuation des iniquités.
- On a souligné comment **la collaboration et l'action multisectorielles** se révèlent une excellente voie d'action, encore une fois, plus particulièrement à l'échelon local, où les partenaires potentiels se connaissent mieux entre eux.

Le cadre favorable et le leadership qu'offre la santé publique se révèlent deux autres thèmes signalés, quoique moins souvent que les trois autres mentionnés précédemment.

De manière générale, les participants considèrent le milieu local comme étant le cadre le plus propice au travail menant au changement. Ils ont d'ailleurs mentionné l'action menée localement deux fois plus souvent que celle dirigée aux échelons provincial ou régional et cinq fois plus souvent que celle menée à l'échelle nationale. Ils ont constaté que les problèmes interpellent la population locale et que les résultats sont plus facilement démontrables localement.

On a en outre mentionné certains leviers d'action en place à l'échelle provinciale, en particulier les stratégies de réduction de la pauvreté et les outils centrés sur l'équité. Au palier fédéral, le leadership dont font preuve les agences et organismes subventionnaires pour faciliter l'action en matière d'équité en santé a été souligné, notamment les Centres de collaboration nationale, les Instituts de recherche en santé du Canada et l'Association canadienne de santé publique. On a fait remarquer que ce palier est le dépositaire central de l'information et des données concernant la santé.

Obstacles

Les participants étaient d'avis que les problèmes suivants se présentent comme des obstacles :

- **Les valeurs ou l'idéologie**, c'est-à-dire lorsque la culture individualiste ou la mentalité conservatrice constituent des freins à l'action. On a mentionné cet obstacle le plus fréquemment à tous les échelons. Lorsqu'on le rattachait à un échelon particulier, c'était plus souvent à l'échelle nationale.
- Les autres aspects ayant le même poids en termes d'obstacles, tous échelons confondus, se rapportaient au **jargon ou à la compréhension** de l'équité en santé; un **manque de données probantes ou de données** et les difficultés à

faire connaître les réussites; de même que les **problèmes de mise en œuvre**, comme le manque de ressources, de formation, de compétences ou de pouvoir pour initier un changement.

Les participants ont en outre fait mention des difficultés à établir un soutien et une collaboration soutenue avec les autres secteurs de même que les problèmes de compétence territoriale, quoique moins souvent que les quatre obstacles rapportés ci-dessus. Les obstacles associés à « l'arène politique » (p. ex., la volonté politique ou le cycle électoral) étaient plus souvent observés au niveau national que provincial.

B. OUTILS, MÉTHODES ET APPROCHES

On peut avoir recours à un certain nombre d'outils, de méthodes et d'approches pour rehausser ou étendre les initiatives locales afin d'obtenir l'appui des paliers provincial et national pour ce qui est de relier les données probantes à l'action en matière d'équité en santé. Cela dit, certains participants ont remis en question l'utilité d'étendre les initiatives en faisant valoir le fait que les meilleurs résultats se font généralement sentir à l'échelle locale. On a appliqué à l'échelle locale bien des idées novatrices en santé publique pour les voir reprises ensuite sur la scène provinciale. C'est pourquoi plusieurs personnes se sont dites plus favorables aux initiatives translocales que provinciales ou nationales. Les politiques semblent mieux se prêter à la hiérarchisation que les programmes. Il sera donc peut-être plus facile de modifier les structures politiques de manière à prendre en compte l'équité en santé.

Parmi les outils particuliers notés, mentionnons les outils d'évaluation de l'incidence sur la santé et de l'incidence de l'équité en santé, couramment utilisés dans les milieux de la santé mais ailleurs aussi. Il importe de souligner qu'on a attiré l'attention sur l'importance d'un outil universel qui

remplacerait la multitude d'outils actuels. Un outil intersectoriel incorporant la totalité des perspectives et des déterminants pertinents, y compris la notion d'interagir avec le pouvoir dans un contexte politique, est l'outil d'analyse des politiques dans leurs aspects multidimensionnels (Institute for Intersectionality Research and Policy, Université Simon Fraser).

On peut réserver à d'autres utilités les outils utilisés avec efficacité en santé publique, pourvu qu'on les adapte au contexte local. Les plans d'action de compétence peuvent couvrir divers secteurs, comme le font les stratégies de réduction de la pauvreté en place dans certaines provinces. Ils permettent aussi d'encourager les relations et la collaboration soutenues avec les responsables des politiques.

Il faut également des moyens de faire connaître la question de l'équité à la population. Il serait important d'élaborer des messages qui « collent ». Par exemple, on pourrait produire des récits créatifs fondés sur des données probantes à l'aide de la vidéo, de la musique et de la communication virale. La cartographie des quartiers fait appel à la participation des résidents pour recueillir des données locales facilement

compréhensibles dans le contexte de tels récits. Cela dit, il peut se révéler difficile d'avoir recours à la cartographie à grande échelle.

Pour obtenir un large appui par rapport à l'action en matière d'équité, on doit faire participer les groupes politiques et la population au dialogue. Les sondages publics, les présentations-éclairés et les débats communautaires sont nécessaires pour influencer le courant de pensée ou pour montrer aux dirigeants politiques le sentiment déjà omniprésent qui règne au sein de la population. Les données probantes se révèlent essentielles afin de mettre en lumière les effets de l'action menée en matière d'équité en santé. Comme l'illustre l'exemple d'Insite toutefois, il est essentiel de pouvoir également profiter de l'appui de sources multiples si le virage nécessaire à l'action veut être atteint.

Il importe d'avoir dans les paliers provinciaux et nationaux des champions (leaders) qui comprennent le fonctionnement de l'appareil politique et qui possèdent des données appropriées. On doit soutenir à cet effet les nouveaux leaders.

En général, les meilleures approches pour susciter l'action en matière d'équité en santé touchent divers volets et portent sur une multitude de plans. Des recommandations doivent être soumises à tous les paliers de gouvernement. Il importe aussi de compter sur l'engagement des organismes et ministères gouvernementaux pour ce qui est de l'intervention à l'échelon des populations. Les efforts doivent aller au-delà de la pauvreté et porter sur les effets des iniquités selon les tranches de revenu, en gardant à l'esprit que les problèmes de santé, comme ceux reliés à l'obésité et à la consommation d'alcool et de produits du tabac, ne touchent pas seulement les pauvres de la société.

Pour colliger le genre de données nécessaires à la progression du dossier, de nouvelles méthodologies de recherche prenant en compte les perspectives systémique et développementale qui sous-tendent l'interaction des multiples facteurs influençant l'équité en santé dans le temps devront être mises en place. À l'échelle locale, une combinaison d'approches qualitative et quantitative pourrait permettre de recueillir des données très intéressantes. Dans tous les cas, il est nécessaire d'évaluer les interventions complexes.

« Ce n'est pas parce que nous sommes enthousiastes que tout se déroule bien. Comment pourrions-nous utiliser les outils épidémiologiques pour déterminer avec précision ce qui fonctionne bien? »

PARTICIPANT À L'ATELIER

Si une foule de petites réussites peut être enregistrée, d'outils efficaces et d'idées novatrices, on note aussi une forte volonté d'échanger l'information, tant dans le secteur de la santé publique qu'ailleurs. Il faut créer des produits d'équité en santé rapidement, puis les faire connaître de tous si on veut générer un bloc de connaissances cohérent et facilement interrogeable. Les participants se sont entendus pour dire que le CCNDS se révèle l'organisme idéal pour servir de pôle relativement aux connaissances en matière d'équité, à la recherche et aux outils se rapportant à l'équité en santé, c'est-à-dire de lien translocal entre les communautés.

C. TRANSFORMATION DES INITIATIVES RÉGIONALES EN MESURES À PRENDRE EN PRIORITÉ À L'ÉCHELLE PROVINCIALE, TERRITORIALE OU NATIONALE

Les processus intersectoriels et intergouvernementaux s'avèrent essentiels si on veut inscrire la notion d'équité en santé dans les plans d'action provinciaux, territoriaux et nationaux. Les mécanismes officiels à cet effet sont les comités intersectoriels et l'enchâssement de la « perspective de l'équité » dans toutes les politiques, par l'entremise d'une loi ou d'un cadre sur les déterminants de la santé. Les démarches informelles prennent notamment la forme de communautés de la pratique, de soutien aux réseaux encourageant une profusion d'idées et d'établissement de relations plus étroites entre les personnes œuvrant dans divers secteurs. Les champions (leaders), les organisations non gouvernementales (ONG), de même que les réseaux de santé publique pourraient tout aussi bien contribuer à ce processus. Les praticiens et les chercheurs doivent bien connaître le processus d'élaboration des politiques et être au fait des opportunités intéressantes qui pourraient se présenter. Les chercheurs doivent maîtriser l'appareil politique et se montrer capables de faire valoir le bien-fondé de leurs travaux de recherche auprès des décideurs politiques.

Les gouvernements locaux, provinciaux et territoriaux semblent être les plus aptes à influencer les efforts en matière d'équité en santé, puisque ce sont eux qui ont la responsabilité de fournir les services sociaux et de santé.

L'établissement de l'équité en santé comme priorité demeure un défi, mais les mécanismes officiels et informels de communication et marketing peuvent se révéler utiles à cet égard. L'image de marque permet la reconnaissance des hauts fonctionnaires, mais aussi de la population en général. La définition d'un problème peut permettre à un public plus large de mieux comprendre les tenants et aboutissants. Il peut se révéler important d'initier un dialogue auprès de plusieurs intervenants, tels que les ONG, les chercheurs et la population. C'est par une approche créative impliquant les médias ordinaires et sociaux que pourra s'opérer un changement de mentalité.

Insistons par ailleurs sur l'utilité des fonds nécessaires pour mettre en œuvre les mesures associées à l'équité en santé. Il faut présenter des arguments de nature économique, en évaluant l'incidence financière des programmes d'équité ou, encore, en effectuant une analyse comparative des dépenses faites à l'échelle internationale au titre des interventions pour renforcer l'équité et celles faites pour les soins de santé. Il pourrait aussi se révéler intéressant de redistribuer une partie des fonds des budgets de la santé à d'autres ministères aptes à agir sur les déterminants de la santé. N'oublions pas non plus l'importance des budgets à l'échelle communautaire pour financer les garderies, les centres pour femmes, les programmes de loisirs et d'autres projets initiés en faveur des populations défavorisées.

« Il importe d'humaniser les problèmes. Les appels des électeurs font réagir les politiciens. En s'engageant, la population peut créer une vague de changements dont l'écho remontera jusqu'aux décideurs politiques. Les données probantes ne suffisent pas. Il faut initier des changements profonds au sein de l'opinion publique. »

PARTICIPANT À L'ATELIER

D. MODES DE GÉNÉRATION DE QUESTIONS DE RECHERCHE

Les discussions sur les modes de génération de questions de recherche et d'incorporation de plans d'application des connaissances ont fait apparaître trois thèmes, soit: (1) la **discussion interdisciplinaire**, (2) en matière de recherche, le recours à **des démarches axées sur la collectivité ou d'autres formules de nature locale**, et (3) la création de mécanismes de financement en vue de soutenir la **recherche centrée sur un problème**. On a également souligné l'importance de développer chez les chercheurs la capacité d'incorporer l'application des connaissances dans leurs activités.

Il faut offrir aux chercheurs, praticiens, décideurs politiques et membres de la collectivité des espaces

de discussion. On pourra ainsi générer des travaux de recherche qui répondent aux problèmes d'équité en santé et à la population concernée. La recherche axée sur la collectivité et la cartographie des quartiers constituent deux démarches potentielles à cet égard. Il faut donc fournir les fonds nécessaires à ce type de recherche sans oublier d'inscrire l'application des connaissances dans le processus. Il va sans dire que l'application des connaissances devrait faire partie intégrante du processus et qu'il faudrait tirer profit des compétences de toutes les parties afin de créer un plan intégré, plutôt que de se fier à un spécialiste en la matière pour diffuser l'information dans la collectivité.

E. POSSIBILITÉS D'INTENSIFIER L'APPORT ENTRE LES CHERCHEURS, LES PRATICIENS ET LES DÉCIDEURS POLITIQUES

Après avoir insisté sur l'importance de voir se créer une interaction accrue entre les disciplines, les participants ont évoqué les points suivants comme étant des façons d'accroître l'apport entre les chercheurs, les praticiens et les décideurs politiques et la population dans son ensemble : (1) **mécanismes de financement** et (2) **développement des compétences et du leadership**.

Les fonds qui exigeront la mise en place et la collaboration d'équipes interdisciplinaires et des utilisateurs des connaissances, contribueront à susciter un engagement accru entre les communautés. Il est possible d'élargir le bassin de chercheurs capables de contribuer à la santé publique, tels que les spécialistes en sciences sociales, les géographes médicaux (suivant le modèle du Sax Institute, qui agit comme intermédiaire entre le monde de la recherche et celui des politiques). Il est également possible d'obtenir des fonds de sources non traditionnelles, comme les municipalités, de même que des fonds ciblés sur

une question précise, comme ceux octroyés par la Société canadienne d'hypothèques et de logement ou dans le cadre du projet COALITION (*connaissances et action liées pour une meilleure prévention*) du Partenariat canadien contre le cancer.

Les écoles de santé publique peuvent jouer un grand rôle dans le développement des compétences nécessaires pour mettre en relation les données probantes et l'action. Une formation en leadership offerte en début de carrière aux chercheurs, praticiens et décideurs politiques pourrait soutenir ce potentiel chez les nouveaux praticiens. Les activités de formation continue, par l'entremise de délibérations et de discussions transversales, peuvent illustrer au domaine de la santé les bons coups réalisés dans d'autres secteurs. Les webinaires et autres mécanismes de dissémination se prêtent bien à ces façons de développer les compétences.

F. RENFORCEMENT DES STRUCTURES EN PLACE AFIN DE SOUTENIR LES RELATIONS

Les participants ont attiré l'attention sur un certain nombre de structures facilitant les liens entre les chercheurs, praticiens et décideurs politiques. Des exemples en sont les organismes de financement et les possibilités de formation. Si on était d'avis pour dire que les Centres de collaboration nationale peuvent bien réussir à créer un pont entre la recherche et la pratique, on a signalé l'absence d'une structure apte à soutenir une pratique intersectorielle. Les établissements universitaires et l'appareil gouvernemental peuvent intervenir pour souligner les efforts à cet égard, en offrant par exemple une postes permanents ou des promotions. Les participants ont insisté sur l'importance d'obtenir un avis indépendant sur le sujet et d'éviter la redondance d'efforts.

À l'échelle locale, les fondations et les ONG tel Centraide ont été reconnus comme des organismes facilitant le regroupement afin de fournir du financement et de soutenir la recherche participative. On a également constaté certaines possibilités parmi les initiatives non centrées sur la santé mises de l'avant par l'appareil municipal. Les politiciens organisent parfois des événements locaux afin de faire connaître leurs opinions sur des sujets précis. Des affectations conjointes de praticiens et d'universitaires créent par ailleurs un lien direct entre ces deux secteurs d'activité. Les chambres de commerce pourraient servir de point de départ au dialogue sur l'incidence des iniquités en santé au sein de la population active, mais il faut faire attention d'utiliser un langage « d'affaires » et non un langage prônant la « santé ».

« On doit parfois mettre de côté nos «chapeaux» de spécialiste en santé et adopter une perspective globale. Il faut laisser les autres s'approprier cet enjeu. »

PARTICIPANT À L'ATELIER

Au niveau provincial, les parties prenantes mentionnées étaient identiques (fondations, gens du milieu des affaires, etc.). On a aussi nommé des groupes comme le Réseau de recherche interventionnelle en santé des populations. Les médecins hygiénistes en chef peuvent en outre porter le flambeau en matière d'équité en santé. Au Manitoba par exemple, les médecins hygiénistes sont automatiquement associés aux écoles de santé publique, et l'on s'attend à ce qu'ils y consacrent du temps.

Sur le plan national, les participants ont mentionné un certain nombre d'organismes agissant comme pont entre la recherche et la pratique, dont des organismes de santé, comme les Centres de collaboration nationale, les IRSC, le Réseau canadien pour la santé urbaine et le Conseil des médecins hygiénistes, et certains groupes d'autres secteurs s'intéressant aux déterminants de la santé, comme le Conseil de recherches en sciences humaines du

Canada, la Fédération canadienne des municipalités, l'Institut canadien des urbanistes et autres organes professionnels. Parmi les groupes défendant vigoureusement les intérêts communautaires, citons la Banques alimentaires Canada et Canada sans pauvreté.

Les organismes du gouvernement fédéral jouent indubitablement un rôle important. L'Agence de la

santé publique du Canada (ASPC), Environnement Canada et Santé Canada (comprenant la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits) sont de ce nombre. Les comités du Sénat du Canada et le Bureau du vérificateur général du Canada s'avèrent deux autres administrations en mesure de mettre au premier plan les questions intersectorielles.

8.

PASSAGE À L'ACTION – ENGAGEMENT DES PARTICIPANTS

A. POSSIBILITÉS SUR LESQUELLES LES PARTICIPANTS S'ENGAGENT À AGIR

À la lumière des informations présentées au cours de l'atelier, les participants ont noté les points sur lesquels ils s'engageaient à agir. Le thème de l'interaction sous-jacent à l'atelier est ressorti dans cet exercice. En effet, la majorité des suggestions concernaient l'entrée en jeu des autres participants, soit les étudiants ou les groupes avec lesquels les professionnels de la santé publique n'ont pas l'habitude de travailler. Les participants ont par ailleurs souligné l'importance de passer par leurs réseaux pour poursuivre le dialogue et forger des liens avec des gens en dehors du domaine de la santé qui exercent une influence majeure sur l'équité en santé.

Certaines des suggestions se sont rapportées à l'application quotidienne des leçons apprises dans le cadre de l'atelier, par exemple :

- participer à une initiative collective comprenant impliquant les chercheurs, les politiques et les décideurs politiques;
- en fonction des données locales, déterminer un nombre d'initiatives politiques d'intérêt et sonder les collectivités concernées pour établir un degré de soutien connexe;
- s'adjoindre quelques partenaires stratégiques d'envergure comme utilisateurs des connaissances pour rédiger les rapports sur l'état de santé;
- peaufiner les capacités de la cartographie en vue d'une cartographie de l'environnement bâti pertinent à l'échelle locale et faire participer les parties prenantes à des discussions sur les principaux enjeux et sur les mesures à prendre, en harmonisant les indicateurs descriptifs, les meilleures pratiques et l'expérience vécue, à d'autres secteurs;

- encourager un dialogue politique dirigé sur un sujet pertinent pour la collectivité et portant sur les iniquités sur les déterminants de la santé.

Certains participants ont signalé qu'ils allaient incorporer les notions acquises dans le cadre de l'atelier à leurs activités de planification et d'élaboration de rapports, tels ceux sur l'état de santé. D'autres envisagent de formuler et de faire connaître leurs histoires de réussite, de petits messages à partir des données probantes et des statistiques accrocheuses. Une personne s'est même engagée à « dresser la liste et à créer une base de données ou un archivage des politiques, des interventions et des programmes locaux et régionaux adoptés au Canada par rapport à l'équité ».

Bien des suggestions se rattachaient aux possibilités de recherche et de financement. Les participants se sont d'ailleurs engagés à inclure la perspective de l'équité en santé dans leurs prochains travaux. Certains se sont proposés de faire participer des étudiants à leurs travaux de recherche ou de développer les méthodologies complexes requises pour fournir des données probantes aux décideurs. D'autres ont accepté de formuler des commentaires utiles concernant le processus de financement des IRSC, actuellement passé en revue.

« Tenez vos promesses. »

PARTICIPANT À L'ATELIER

B. POSSIBILITÉS SUR LESQUELLES D'AUTRES PERSONNES DEVRAIENT AGIR

Les participants ont dit surtout espérer voir d'autres se concentrer sur la nécessité de créer des occasions pour les chercheurs, praticiens et décideurs politiques de forger des partenariats et d'entamer des discussions visant à faire avancer l'équité en santé.

Les suggestions quant aux partenariats entre les chercheurs, les praticiens et les décideurs politiques portaient plus précisément sur les points suivants:

- que les chercheurs et les bailleurs de fonds continuent d'encourager les partenariats entre les sphères politiques et de la recherche;
- que l'on assure l'octroi de fonds pour les partenaires de la collectivité (p. ex., par l'entremise d'alliances entre les populations et la recherche universitaire);
- que les chercheurs et les décideurs politiques coordonnent leurs efforts de manière à pouvoir profiter des ouvertures politiques au moment opportun;
- par l'entremise du CCNDS, qu'une tribune pour favoriser le dialogue entre les chercheurs et les praticiens soit créée afin de générer des questions de recherche sur l'équité en santé;
- qu'une plateforme unique soit créée – CCNDS et autres parties prenantes;
- que le CCNDS, l'ISPP-IRSC, l'ICIS et autres parties intéressées soumettent au Groupe de référence canadien, un comité intersectoriel sur les déterminants sociaux de la santé mis sur pied par l'ASPC, une proposition pour organiser et tenir une discussion dirigée sur l'intérêt d'élaborer un programme de recherche plus systématique voué sur l'équité en santé;
- que le Réseau canadien de la santé urbaine mette sur pied un sous-groupe chargé d'examiner la question de l'équité en santé.

Les suggestions se rattachant aux communications et à l'engagement communautaire portaient principalement sur ce qui suit :

- que l'on entame et que l'on poursuive les

conversations au sujet de l'équité en santé (p. ex., de quoi s'agit-il? pourquoi est-ce pertinent ou important?);

- comme professionnel ou bénévole, que l'application des connaissances pour responsabiliser la collectivité soit utilisée (rôle clé à jouer par le CCNDS);
- que l'on examine les principes liés à la participation du secteur privé (favoriser la culture philanthropique au Canada);
- que des personnes s'attachent à la promotion de la santé publique et de l'équité en santé, que d'autres rendent ces questions plus attrayantes – à l'aide de méthodes créatives – théâtre, art, chanson, vidéo, inspiration des arts créatifs, photographie, art de la médecine, gagner le cœur des gens, écriture créative et autres;
- que l'on communique avec la population en général au sujet de l'équité en santé dans le cadre de tribunes publiques et qu'on la fasse participer au processus.

Parmi les autres idées par rapport aux possibilités de financement, les participants ont mentionné que les IRSC accordent des fonds aux travaux de recherche incorporant la question de l'équité en santé. Ils ont par ailleurs insisté sur l'importance d'offrir des possibilités de formation sur l'équité en santé. Enfin, l'une des personnes participantes a insisté sur la nécessité d'une « responsabilisation en matière d'action ».

On a souvent mentionné le CCNDS comme plateforme potentielle où pourraient se retrouver une base de données, des répertoires, des exemples, des histoires de réussite et autres renseignements liés aux données probantes, afin de permettre aux gens de défendre la question de l'équité en santé de manière éclairée. On l'a également cité comme portail possible en termes d'occasions de financement sur la question de l'équité en santé, où l'on pourrait mettre en lien les chercheurs et les partenaires potentiels.

9. MOT DE LA FIN ET PROCHAINES ÉTAPES

Nancy Edwards a mis fin à l'atelier en se disant reconnaissante de l'apprentissage tiré de l'expérience des participants. Malheureusement, malgré tous les outils, méthodes et modèles d'interaction entre les chercheurs et les décideurs en matière d'équité en santé, les iniquités demeurent omniprésentes. Heureusement par contre, il est possible d'agir en s'appuyant sur les acquis, et la recherche facilite ce processus itératif.

Une bonne part des idées novatrices en santé publique ont été lancées à l'échelon local. Il importe de documenter rapidement ces « bons coups » et de les faire connaître pour que chacun puisse s'inspirer des réussites et éviter la redondance d'efforts. L'expérience vécue a un pouvoir d'influence, pourvu que le jargon et les acronymes propres au domaine de la santé soit mis de côté. L'action translocale, c'est-à-dire quand on étend l'action à l'échelon national sans qu'elle soit dirigée de là, se révèle très prometteuse.

Malgré la complexité du cadre politique, on sait qu'il s'y présente parfois des ouvertures intéressantes. Advenant le cas, on doit pouvoir compter sur des résultats de recherche pertinents. Il importe de concevoir de nouvelles méthodes qui tiendront compte des « multiples vecteurs de force entrant en jeu sur plusieurs plans dans le temps ». Il faut rendre plus explicites et mieux faire comprendre les mécanismes reliant les déterminants, les interventions et les contextes sociaux et structuraux. On doit en outre mieux définir les coûts et les avantages pour la société, dans leurs aspects multidimensionnels (c.-à-d., secteurs et systèmes).

Le Programme ouvert de subventions de fonctionnement des IRSC, qui finance 70 % de sa recherche, était sous évaluation au moment de l'atelier. Les participants ont été invités à formuler

leurs commentaires, afin d'assurer l'accessibilité et l'impartialité du programme au chapitre des quatre thèmes de recherche. Mme Edwards a encouragé fortement tout le monde à soumettre une demande de financement. Elle a également proposé d'encourager les chercheurs en sciences sociales à soumettre une demande pour le type de recherche requis afin de soutenir l'action en matière d'équité en santé.

On peut faire avancer les choses en examinant les interventions en santé populationnelle de nature complexe réalisées au sein de systèmes adaptatifs complexes, appuyées par des stratégies et des modèles de synthèse des connaissances pour financer les interventions en matière de santé des populations. Si on veut étendre plus loin les efforts, on devra par ailleurs compter sur des méthodes et des mécanismes de mise en œuvre appropriés et sur des liens plus étroits entre les données probantes et la pratique. Il reste encore beaucoup de lacunes à combler au chapitre des données probantes avant de bien comprendre quelles actions entreprendre.

Connie Clement a confirmé qu'elle voit le CCNDS agir comme principale source d'information, de connaissances et de données probantes en matière d'équité en santé et comme principale structure de soutien. L'organisme peut servir de plateforme et d'accélérateur d'idées et de pratiques exemplaires et prometteuses. L'essence même du travail d'application des connaissances du CCNDS reflète ses rôles de conduit, de courtier, de facilitateur de relations et de pont entre les gens et l'information.

Au terme de l'atelier, le CCNDS s'engage à ce qui suit:

- favoriser le dialogue et l'échange entre les chercheurs et les praticiens, anglophones et francophones, de toutes les provinces et de tous

- les territoires, par l'entremise de la communauté virtuelle qui sera mise en ligne par l'organisme prochainement;
- veiller à ce que le nouveau site Internet du CCNDS et la communauté virtuelle servent de plateforme tel que souhaité par les participants;
 - traiter des barrières identifiées et des facteurs favorables et promouvoir les interventions fructueuses et les modèles de concertation entre la recherche et la pratique par l'entremise de publications (p. ex., études, études de cas, synthèse des données probantes) et d'activités éducatives et d'échange;
 - reconnaître et susciter la réponse des milieux de la recherche et de la politique aux lacunes dans les données probantes;
 - inscrire les données probantes dans le développement du leadership en santé publique afin de faire avancer l'équité en santé;
 - plus précisément, rédiger et diffuser les comptes rendus, publier les études de cas, rendre publics les transparents des présentations, réaliser des produits vidéos mettant en lumière les principales idées véhiculées durant l'atelier et utiliser les cas pour proposer des webinaires par l'entremise de CHNetworks.

A. THÈMES DE L'ATELIER

Au départ, l'atelier visait à « intensifier les relations entre les chercheurs et les praticiens dans le but d'atténuer les iniquités en santé ». Il va sans dire que l'interaction observée entre les participants permet d'atteindre cet objectif. Les promesses formulées par les organisateurs de l'atelier et l'engagement pris par un grand nombre de personnes au terme des deux jours ont porté principalement sur la mobilisation et la participation aux dialogues à divers échelons pour encourager les chercheurs à prendre part au travail des praticiens, les praticiens pour leur part à prendre part aux travaux de recherche et enfin aux étudiants et à la population à contribuer à l'ensemble des activités.

Les présentations et les discussions entre les participants ont généré une panoplie d'idées permettant de mettre au point les objectifs et les thèmes de l'atelier.

Pour **faire avancer l'équité en santé**, l'action translocale pourrait se révéler un modèle propice pour étendre les expériences locales fructueuses à d'autres endroits, sans structures nationales, territoriales ou provinciales requises. La collaboration multisectorielle constitue une voie d'action efficace, surtout à l'échelon local. Les participants étaient d'ailleurs d'avis qu'il s'agissait là

de la sphère d'action la plus propice au changement. Ils devraient garder l'œil ouvert sur les ouvertures de nature politique, en se laissant inspirer par l'expérience de Winnipeg à cet égard. La progression de l'équité en santé nécessite l'identification de champions ou de leaders, voire leur création, comme cela s'est fait en Montérégie.

Il faut déterminer quelles sont les lacunes en matière de recherche et créer des avenues financières pour les combler. On doit mettre au point un argument économique convaincant et de nouvelles méthodologies de recherche traduisant une vision systémique de manière à prendre en compte l'interaction complexe de la multitude de facteurs influant sur l'équité en santé au fil du temps.

On peut faire avancer l'équité en santé en s'appuyant sur le fait qu'il s'agit d'un concept largement compris et accepté, particulièrement quand on la présente en terme de « justice ». Il faut des messages qui « collent », sans vocabulaire du domaine de la santé, et des moyens de communication créatifs, comme les récits, la vidéo, la musique et la communication virale illustrant les données probantes. Les sondages publics, les présentations-éclairés et les débats communautaires peuvent influencer le courant de pensée ou les perspectives politiques. On doit

défendre les intérêts avec délicatesse, mais les professionnels de la santé publique ne devraient pas hésiter à y avoir recours.

L'intégration de la recherche et de la pratique peut progresser en faisant participer les praticiens à la recherche par l'entremise des comités consultatifs, en effectuant des travaux de recherche participative axée sur la collectivité et en faisant participer les étudiants aux projets de recherche. Soulignons en outre la valeur incontestée d'incorporer l'expérience vécue dans les initiatives liées à l'équité en santé.

Il existe une foule d'outils en matière d'équité en santé – au moins 163 selon les conclusions de la recherche présentée à l'atelier par Marjorie MacDonald. La cartographie de quartiers et les outils d'évaluation de l'incidence de l'équité en santé sont efficacement utilisés, mais il n'en demeure pas moins qu'une perspective de l'équité en santé intégrée reste attendue.

Les données à l'échelle locale se révèlent particulièrement utiles et applicables. Elles sont habituellement plus pertinentes pour les politiciens et les décideurs locaux, et permettent d'appuyer les efforts des groupes de défense des intérêts qui sont prêts à tirer avantage des données probantes liées à l'équité en santé. Il existe une foule de ressources pour soutenir la recherche dans les collectivités, comme l'a démontré le cas du Nouveau-Brunswick. Il faut de solides données probantes et gagner l'intérêt de l'opinion publique locale si on veut mobiliser les gens autour de la question de l'équité en santé, comme l'a illustré le cas de Saskatoon.

Durant l'atelier, on a mis en lumière un certain nombre de réussites montrant **l'application des connaissances dans l'action**. L'application des connaissances constitue une technique utile si on veut obtenir un soutien pour certaines initiatives. Les expériences d'Insite et de Saskatoon en sont des exemples palpables.

L'ISPP-IRSC travaillera à faire valoir l'importance de l'équité en santé auprès des partenaires de la recherche et à inscrire la question dans les projets de recherche et les possibilités de financement. Il cherchera également à mieux énoncer les grandes lacunes que présente la recherche sur l'équité en santé des populations et à renforcer de diverses manières la valeur du travail communautaire effectué par les chercheurs.

S'il est aujourd'hui plus facile d'avoir accès aux connaissances et aux outils de qualité et si l'action novatrice en matière d'équité se multiplie par rapport aux années antérieures, les participants ont souligné la nécessité d'une plateforme unique qui leur permettrait d'avoir accès aux travaux et aux pratiques exemplaires de pointe et de les utiliser. Le CCNDS s'engage à prendre les rôles à cet égard et à servir de répertoire central et de lien de connexion pour ce qui est des connaissances, de la recherche et des outils en matière d'équité en santé.

REFERENCES

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2011). *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*. Antigonish : NÉ., Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis-Xavier.

Di Ruggiero, E., Rose, A., & Gaudreau, K. (2009). Canadian Institutes of Health Research support for population health intervention research in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, (1), 115-119.

Lemstra, M., & Neudorf, C. (2008). *Health disparity in Saskatoon: analysis to intervention. Saskatoon: Saskatoon Health Region*. Consultez le 22 mars 2012 dans la site web http://www.saskatoonhealthregion.ca/your_health/documents/PHO/HealthDisparityRept-complete.pdf

McNamara, B., Sanson-Fisher, R., D'Este, C., Eades, S. (2011). Type 2 diabetes in Indigenous populations: Quality of intervention research over 20 years. *Preventative Medicine*, (52), 3-9.

Milward, L., Kelly, M., & Nutbeam, D. (2001). *Public health intervention research: the evidence*. London: Health Development Agency.

Sanson-Fisher, R., Campbell, E., Htun, A., Bailey, L., Millar, C. (2008). We are what we do: Research outputs for public health. *American Journal of Preventative Medicine*, (3), 280-5.

Service de santé publique de Sudbury et du district. (2011). *10 pratiques les plus prometteuses pour guider la santé public locale*. Sudbury, ON: Auteur.

Sutcliffe, P., Snelling, S., & Laclé, S. [juillet, 2009]. *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 [juillet 2009]. Rapport d'étape no. 2 sur la formation des cadres pour le projet d'intervention dans l'application de la recherche. Un programme de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé*. Sudbury, ON: Service de santé publique de Sudbury et du district.



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Université St. Francis Xavier Antigonish, NÉ B2G 2W5

tél. : (902) 867-5406 téléc. : (902) 867-6130

ccnds@stfx.ca www.ccnds.ca



CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH

1, rue Stewart, pièce 124, Ottawa, ON K1N 6N5

tél. : (613) 941-2672 téléc. : (613) 954-1800

info@cihr-irsc.gc.ca www.cihr-irsc.gc.ca