



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

ÉTUDE DE CAS Winnipeg



**COMBLER L'ÉCART ENTRE LA RECHERCHE ET LA PRATIQUE
ARGUMENTATION À L'INTERNE POUR L'ÉQUITÉ
EN SANTÉ : L'EXPÉRIENCE DE WINNIPEG**

Coordonnées

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS)

Université St. Francis Xavier

Antigonish, N-É B2G 2W5

ccnds@stfx.ca

tél. : (902) 867-5406

téléc : (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.

Veuillez citer les informations contenues dans le document comme suit :

Centre de collaboration nationale des déterminants. [2012]. Comblant l'écart entre la recherche et la pratique :

Argumentation à l'interne pour l'équité en santé - l'expérience de Winnipeg. Antigonish, N-É: Centre de collaboration nationale des déterminants, l'Université St. Francis Xavier.

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 *Bridging the gap between research and practice: Making the case for health equity internally: Winnipeg's experience*.

REMERCIEMENTS

Ce texte est le fruit du travail de recherche de l'auteure Diana Daghofer, de Wellspring Strategies Inc.

L'élaboration de la présente étude de cas n'aurait pu se faire sans la contribution du personnel de l'Office régional de la santé de Winnipeg et de ses partenaires, qui ont été interviewés en vue d'orienter la préparation du contenu.

Personnel de l'Office régional de la santé de Winnipeg :

- D^{re} Sande Harlos, médecin hygiéniste en chef
- Horst Backe, responsable des initiatives en santé des populations
- Lynda Tjaden, directrice de la santé publique

Partenaires de l'Office régional de la santé de Winnipeg :

- Benita Cohen, Ph. D., Université de Winnipeg
- Joan Dawkins, directrice générale, Women's Health Clinic
- Marli Sakiyama, Conseil sur la réduction de la pauvreté de Winnipeg

Le personnel du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, notamment Claire Betker et Sume Ndumbe-Eyoh, ont orienté les travaux tout au long des diverses étapes du projet en plus de passer en revue la version définitive de l'étude de cas.

Sarah Viehbeck, de l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada, a effectué l'examen par les pairs en tant que personne externe.

A PROPOS DE CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES DÉTERMINANTS 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 d'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.



Au sujet de l'étude de cas

Le présent texte fait partie d'une série de quatre études de cas illustrant l'application des déterminants sociaux de la santé dans le domaine de la santé publique et se rapportant chacune à un lieu géographique différent au Canada. Les études de cas ont servi d'outils d'échange du savoir dans le cadre d'un atelier coprésidé par le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada. L'atelier a eu lieu à Toronto, en Ontario, les 14 et 15 février 2012.

On a élaboré les quatre études de cas afin de faciliter l'apprentissage voire la mise en œuvre des processus abordés lors de l'atelier. Le texte comprend une description du contexte, des difficultés surmontées, des efforts déployés et de l'application possible de la démarche au travail en santé publique.

Le processus suivi pour élaborer les études de cas est expliqué dans le document intitulé *Comblant l'écart entre la recherche et la pratique: méthodologie d'élaboration d'études de cas*.

Les autres études de cas de la série sont :

- Profiter du changement : développer des compétences en leadership pour la pratique en santé publique au Québec
- Une collectivité forte : l'approche du Nouveau-Brunswick pour vaincre la pauvreté
- Améliorer l'équité en santé à Saskatoon : de l'information à l'action

Il est possible de consulter tous les documents à l'adresse www.ccnds.ca

Introduction

Un rapport sur la santé en milieu urbain¹, publié en 2008, a démontré que 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 que nous notons 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 la santé pertinentes, comparatives et spécifiques à Winnipeg – qui se sont révélées un véritable déclencheur de l'action contre les inégalités en santé dans cette ville. Les dirigeants en santé publique ont profité de l'occasion pour renforcer leurs liens avec des organismes luttant contre la pauvreté et d'autres organismes communautaires et pour attirer l'attention de la haute direction de leur région de santé sur le dossier de l'iniquité en santé. Leurs efforts se traduiront-ils en une amélioration de la santé des résidents les plus pauvres de Winnipeg? Le travail se poursuit toujours dans ce dossier. L'initiative souligne une approche novatrice visant à enchâsser 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.

Préparer le terrain : les écarts en santé à Winnipeg

Dans le rapport *Réduction des écarts en matière de santé – Un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada*², publié par Institut canadien d'information sur la santé (l'ICIS), les données montrent que c'est à Winnipeg que l'on note les plus importantes différences dans les taux d'hospitalisation entre les groupes du statut socioéconomique le plus faible et ceux du statut socioéconomique le plus élevé au Canada. Nous observons cette différence pour sept des treize indicateurs à l'étude, soit :

- Asthme chez les enfants – 3,0 fois plus à risque (moyenne à l'échelle pancanadienne : 1,6)
- Blessures chez les enfants – 2,5 fois plus à risque (moyenne à l'échelle pancanadienne : 1,2)
- Blessures – tous les âges – 2,2 fois plus à risque (moyenne à l'échelle pancanadienne : 1,4)
- Chutes accidentelles – 1,8 fois plus à risque (moyenne à l'échelle pancanadienne : 1,3)
- Accidents de transport terrestre – 1,9 fois plus à risque (moyenne à l'échelle pancanadienne : 1,3)
- Diabète – 3,7 fois plus à risque (moyenne à l'échelle pancanadienne : 2,4)
- Troubles liés à la consommation de drogues, d'alcool et d'autres substances – 5,0 fois plus à risque (moyenne à l'échelle pancanadienne : 3,4)

Ce rapport sur l'état de la santé en milieu urbain contenait des données pertinentes, comparatives et spécifiques à Winnipeg et faisait ressortir de graves iniquités en santé dans la ville. Également, en se préparant à répondre aux questions des médias, on s'est trouvé à utiliser ces données pour attirer l'attention de la haute direction et des principaux dirigeants de l'Office régional de la santé de Winnipeg (l'Office) sur le dossier de l'iniquité

en santé. Bien que la question n'ait pas soulevé l'intérêt médiatique escompté, la présentation des données par le personnel des Services de santé publique et de l'Unité d'évaluation et de recherche a trouvé un écho chez la haute direction. Elle a eu pour effet de valider et d'accroître la visibilité d'un problème qui avait fait l'objet d'autres rapports et études au fil des ans et qui était déjà connu auprès du personnel de manière intuitive et informelle.

Pour la haute direction, les données confirmaient le fait que la demande pour des services de soins de courte durée était plus élevée. Effectivement, le rapport montrait les taux d'hospitalisation plus élevés ou la durée des séjours à l'hôpital plus longue à Winnipeg comparativement aux autres régions métropolitaines de recensement au Canada. Les données allaient donc à l'encontre des arguments indiquant l'inefficacité comme l'unique cause des différences observées dans les soins de courte durée. On pouvait déduire que la population était, en général, plus malade et que les complexités sociales étaient plus nombreuses que dans les autres centres urbains, d'où venait la nécessité de plus de soins.

À l'échelle régionale, on a réagi de deux façons. On a d'abord mis sur pied un comité interne chargé de déterminer les problèmes à résoudre afin de réduire les écarts en santé en instaurant des programmes, des processus et un leadership permanents. On a ensuite commencé à travailler plus étroitement avec des partenaires de la collectivité. Ces gestes ont mené à l'élaboration d'un rapport qui est venu alimenter le dialogue avec la collectivité, c'est-à-dire avec des partenaires de tous les horizons, puis à la formulation d'une stratégie régionale énonçant des recommandations sur lesquelles pouvaient agir toutes les parties concernées.

Défi

Les réponses à un sondage interne ont montré que, généralement, les membres du personnel de l'Office comprenaient bien la question de l'équité en santé et qu'ils étaient en mesure de faire leurs propres plans et activités de promotion à ce chapitre. Toutefois, d'autres personnes semblaient d'avis que la promotion de l'équité en santé nécessitait simplement « l'ouverture des portes à la clientèle ». Soulignons, en outre, l'absence de tout cadre commun et de toute stratégie régionale permettant d'unir les forces à cet égard. Pour réaliser un changement positif en matière d'équité en santé, il fallait démontrer que sa promotion devait faire partie intégrante de la culture organisationnelle et s'inscrire naturellement dans la planification et la prestation des services.

Contexte

Le rapport de l'ICIS a entraîné en 2009 deux engagements à l'échelle régionale :

1. La formation d'un comité composé de membres de la haute direction et du personnel des divers bureaux et programmes, allant des soins de courte durée aux soins communautaires. Le comité avait pour mandat d'étudier une stratégie de réduction des iniquités régionales (titre que l'on a plus tard changé pour Stratégie de promotion de l'équité en santé).
2. L'intensification de la participation de l'Office au sein du Conseil sur la réduction de la pauvreté de Winnipeg récemment mis sur pied pour aider à résoudre les causes profondes des problèmes d'iniquité en santé et pour établir de nouveaux partenariats dans la collectivité. On notait à Winnipeg ce qui semblait être une augmentation de la masse critique luttant contre la pauvreté.

Principales parties prenantes

On a appelé le comité interne responsable des questions d'iniquités en santé et de promotion de l'équité en santé le *Comité de surveillance de la promotion de l'équité en santé*, afin de refléter une approche axée sur les points forts. Ce comité avait comme charge de déterminer les problèmes auxquels il était possible de s'attaquer pour réduire les écarts en santé en passant par les programmes et processus en place à l'Office. Il devait également travailler plus étroitement avec des partenaires à l'extérieur des soins de santé pour promouvoir l'équité en santé. Parallèlement, l'Office a commencé à travailler avec le Conseil sur la réduction de la pauvreté de Winnipeg, en fournissant certaines ressources et en demandant à des membres de son personnel de participer aux divers comités afin d'assurer qu'on tienne compte de la question de la santé dans la planification.

La médecin hygiéniste en chef responsable de la santé publique préside le *Comité de surveillance de la promotion de l'équité en santé*, dont les travaux ont débuté en septembre 2010 (en retard en raison de la pandémie de la grippe H1N1). Cet imposant comité se compose de plus d'une trentaine de personnes. On y compte trois principaux coparrains : des échelons de vice-président ou de directeur général et des représentants des soins communautaires, des soins de courte et de longue durée, des principaux programmes et points de service et des organismes de santé communautaires. Le Comité de surveillance relève de la haute direction par l'entremise du Comité de gestion régional et doit déposer un rapport d'étape au moins tous les six mois.

Trois groupes de travail sont actuellement actifs :

- Le Groupe de travail chargé des partenariats (une dizaine de membres) – responsable de trouver et de tirer profit des partenariats avec des organismes s'intéressant de près aux questions sociales et de la santé se rattachant au statut socio-économique;




- Le Groupe de travail chargé de la planification (une dizaine de membres) – responsable de voir à ce que l'on tienne compte de l'équité en santé dans toutes les prises de décision en matière de fonctionnement (c.-à-d., planification, finances, logistique et ressources humaines);
- Le Groupe de travail chargé de l'orientation (une quinzaine de membres) – responsable d'examiner ensuite de présenter la situation de l'équité en santé à l'échelle locale et ses recommandations quant aux pratiques exemplaires en matière d'intervention; ce groupe de travail doit en outre élaborer le rapport d'orientation sur la promotion de l'équité en santé de l'Office, en s'appuyant sur les données probantes disponibles.

Le Groupe de travail chargé de l'orientation s'emploie à produire un rapport visant à faciliter l'approfondissement de la discussion, des consultations et de l'engagement. Il colligera ensuite les idées dans un plan d'action pour chacun des champs d'intervention prioritaires. Soulignons par ailleurs la mise sur pied de trois équipes spéciales qui participeront à l'élaboration du rapport traitant la description du problème, des pratiques exemplaires et des communications. Une fois les objectifs atteints, on dissoudra sans doute le Groupe de travail chargé de l'orientation et ses équipes spéciales en les remplaçant par des groupes de travail qui auront la responsabilité des plans d'action liés à la mise en œuvre des recommandations.

Processus de mise en œuvre des mesures pour réduire les écarts en santé

Tous les groupes de travail et toutes les équipes spéciales s'emploient activement à colliger tous les renseignements utiles pour appuyer leurs actions. Par exemple :

1. *L'analyse contextuelle et l'analyse de l'écart des organismes de la collectivité les plus engagés dans les activités d'équité en santé liées à la pauvreté, que ce soit aux échelons régional, provincial, national ou international. À ce jour, une centaine de partenaires font partie de cette liste (groupe de travail chargé des partenariats).*
2. *Les indicateurs permettant de décrire les iniquités en santé dans la région de la santé. On explore les pistes intéressantes dégagées à la suite de l'examen de 14 rapports locaux afin de déterminer la disponibilité des données (et des écarts sous-jacents) spécifiques à ces indicateurs. Les rapports analysés comprennent des évaluations de la santé des populations, des rapports du Centre manitobain des politiques en matière de santé (Université du Manitoba) de même que des rapports axés sur les populations et les maladies (équipe spéciale chargée de la description du problème).*

- 
3. *Les principales recommandations en matière de promotion de l'équité en santé* ressorties à la suite de l'examen de plus de 80 sites Web ou documents d'appui. On a pu dresser une liste de plus d'un millier de recommandations lors de cet exercice (équipe spéciale chargée des pratiques exemplaires).
 4. *Le processus de budgétisation des programmes et d'analyse différentielle* dans le cadre de l'équité constituait l'un des douze critères utilisés pour évaluer les nouvelles initiatives (inspiré par les activités du groupe de travail chargé de la planification).

Surmonter les difficultés

■ Trouver des données probantes et de l'expertise –

Même si on n'a forgé aucun lien officiel avec des organes de recherche externes, on a demandé à des universitaires et à des chercheurs de participer aux travaux de tous les comités ou on les a consultés, au besoin. De plus, même si des ententes officielles seraient intéressantes, mais on a établi des relations efficaces avec certains chercheurs ou certains établissements d'enseignement, ce qui a donné lieu à des collaborations fructueuses.

■ **Concurrencer pour les budgets** – En accordant des fonds aux travaux sur les inégalités en santé, on contribuerait grandement au maintien d'un système de soins de santé durable. Cependant une redistribution de l'argent aux efforts d'équité en santé s'avère difficile. Il faudra donc s'appuyer sur des données probantes solides ainsi qu'une bonne dose de courage, si on veut réorienter les fonds des services de soins de santé au travail de prévention. Par exemple, si on améliore la vie des itinérants, on réduira le nombre de visites de ces personnes aux urgences. Toutefois, pour que les décideurs effectuent

les changements nécessaires, ils exigeront plus que des preuves. Il sera donc nécessaire d'obtenir l'appui de la population et du système de santé publique.

■ **Établir des priorités** – Suite au dévoilement d'un examen approfondi d'une multitude de rapports traitant l'équité en santé, on a dressé une liste de plus de 1000 recommandations. Il reste encore à établir des priorités réalisables. Pour ce faire, on doit déterminer les mesures à la fois pertinentes, mais faisables, en s'appuyant sur des données probantes et des exemples vécus dans d'autres collectivités. Il faudra également tenir compte du point de vue des partenaires et des parties prenantes pour ce qui est de la pertinence des diverses mesures mises de l'avant et du rôle que chacun peut jouer dans l'atteinte des objectifs.

■ **Déterminer les rôles** – L'Office a intensifié ses efforts en matière d'équité en santé. Son personnel réalise que plusieurs organismes se sont intéressés à la question bien avant son propre intérêt. Il cherche sérieusement à établir des liens avec ces organismes, à reconnaître leurs accomplissements et à valoriser leur travail avec l'intention de renforcer, et non de supplanter leurs efforts. Il reconnaît qu'il lui faudra mériter, non exiger, la crédibilité.

■ **Défenseurs de la santé publique** – On doit aborder la défense des intérêts avec délicatesse dans ce dossier, particulièrement lorsqu'il s'agit d'un ministère, d'un office de la santé ou d'un organisme relevant du gouvernement. On doit utiliser cet important outil de santé publique de manière stratégique. Les approches susceptibles de générer une action efficace ne sont pas nécessairement celles où on remet en question ouvertement et publiquement le gouvernement en place, qu'il soit municipal ou provincial. La défense des droits, le mentorat et l'aide peuvent provenir de diverses directions, d'un grand organisme de la santé en passant par des partenaires.



Établir un sens commun d'appartenance en matière d'équité en santé

Une bonne stratégie pour maintenir la dynamique consiste à développer un sens commun d'appartenance à la question. L'Office régional de la santé de Winnipeg a recours à une variété de techniques, officielles ou informelles, pour susciter un sens de responsabilité conjointe. En utilisant divers moyens pour exposer les membres de la haute direction, des comités et du personnel à la question de l'équité, on espère imprégner dans leur esprit la notion de l'équité en santé. Parmi ces approches, mentionnons les suivantes :

- **Renforcer les travaux déjà en vigueur** – Il importe de reconnaître les efforts déployés par les personnes qui ont consacré leur carrière entière à l'équité en santé. Le personnel de l'Office doit éviter de faire valoir ses efforts comme s'il s'agissait d'une nouvelle initiative. Il devrait plutôt parler d'une continuité et d'une collaboration par rapport au travail admirable accompli depuis belle lurette par les autres.
- **Soutenir les champions** – En collaborant avec des gens, tant à l'interne qu'à l'externe, le personnel de l'Office cherche à désigner des champions de l'équité en santé. On recrute actuellement des leaders au sein même de l'organisme, surtout ceux ayant toujours eu à cœur la question, pour qu'ils acceptent de jouer un rôle similaire au sein du Comité de surveillance, d'un groupe de travail ou d'une équipe spéciale. On invite également les leaders d'opinion de la collectivité, qui jouissent d'un pouvoir d'influence ou de réseaux étendus, à faire partie des groupes, ce qui leur permettra d'élargir leur champ d'action et de renforcer leur sens d'appartenance. À tous les échelons, lors de réunions ou de conversations, le personnel s'active à promouvoir le dossier auprès de personnes d'intérêt.
- **Établir les liens entre les données probantes et les priorités actuelles** – On fait des liens entre l'équité en santé et les principales priorités auxquelles travaille actuellement l'Office régional de la santé de Winnipeg. Tout comme les données du rapport de l'ICIS ont sonné l'heure de la mobilisation, les analyses des processus et les indicateurs des résultats permettront aux gestionnaires de déterminer comment les mesures prises en matière d'équité en santé influencent les autres résultats. L'« analyse de rentabilisation » de l'équité en santé doit s'imbriquer dans les autres dossiers sur lesquels se penche la direction.
- **Communiquer** – Compte tenu du manque de visibilité accordée au départ, le personnel fait maintenant attention de bien utiliser les divers mécanismes à sa disposition pour maintenir la priorité envers l'équité en santé. Il n'hésite donc pas à rédiger des rapports de progression, à converser avec d'autres ou même à inscrire la question de l'équité en santé à l'ordre du jour des journées de réflexion tenues annuellement par le conseil d'administration.
- **Participer au tissu social de la collectivité** – L'Office a récemment transféré ses bureaux administratifs au centre-ville. Le personnel peut ainsi participer de plus près à la collectivité la plus désavantagée par rapport à l'équité en santé.
- **Établir un partenariat avec une école communautaire** – En 2009, le personnel du bureau administratif de l'Office a forgé un partenariat avec l'école William-Whyte, qui est située au centre-ville. En plus d'injecter des fonds, le personnel contribue à la collecte de fonds. Il invite, par exemple, des élèves à livrer des prestations lors d'importantes activités organisées par l'organisme. Il remet aussi des prix en argent « Tu peux y arriver (You can do it) », et retient en fidéicommis le montant qui doit servir à l'éducation postsecondaire des gagnants. Cette forme de bénévolat semble avoir entraîné une hausse du taux de fréquentation scolaire et a multiplié les retours aux études. On poursuit donc l'exercice, en envisageant même d'étendre l'idée à une seconde école.
- **« Mettre la main à la pâte » au sein du Conseil sur la réduction de la pauvreté de Winnipeg** – L'Office fournit des ressources, dont un financement initial pour un poste au sein du Conseil sur la réduction de la pauvreté de Winnipeg. Il peut ainsi garder « l'œil bien ouvert » sur ce qui se passe au chapitre de l'équité en santé. Le réseautage s'en voit élargi, grâce à l'infrastructure ainsi créée où une multitude de groupes sont liés; eux agissant sur le terrain jusqu'à ceux responsables de l'élaboration de politiques.



En permettant à certaines personnes de jouer un rôle de leader, on augmente leur impression d'être au « cœur » de la question et de l'action.

(Traduction libre)



MEMBRE DU PERSONNEL DE LA SANTÉ PUBLIQUE
OFFICE RÉGIONAL DE LA SANTÉ DE WINNIPEG

Maintenir le leadership et la motivation

Le service de santé publique se trouve à la tête du processus, mais il importe d'exercer un leadership constant pour poursuivre sur la lancée de l'initiative d'équité en santé, en :

- **Inscrivant l'équité aux structures dirigeantes officielles et informelles** – Un certain nombre de postes d'influence se trouvent dans la région de santé. Il importe de convaincre une de ces personnes occupant un tel poste de promouvoir la question de l'équité, ce qui amènera un changement d'inflexion, d'orientation et de priorités dans le système. Autrement, il se révélera difficile pour la santé publique d'avoir une incidence quelconque sur les pratiques et la culture organisationnelles.
- **Motivant grâce à l'engagement** – Maintenir la motivation requiert une bonne compréhension des intérêts et des avantages propres à chacun dans son engagement. Les gens veulent croire qu'ils contribuent à une cause importante, pertinente et gagnante. Il est autant plus important de reconnaître les éléments motivateurs des champions et de soutenir le sens de satisfaction leur motivant à continuer.
- **Équilibrant le rythme du travail** – L'obtention d'un engagement de la part des gens s'avère un travail de longue haleine. Une fois acquis, les efforts doivent donner des résultats assez rapidement – que les « bons coups » soient reconnaissables.
- **Gardant « l'équité à l'ordre du jour »** – Il faut souligner ce qui se fait en matière d'équité en santé de différentes manières et dans divers contextes. On développe ainsi, chez les personnes engagées, un sens d'appartenance à une cause d'envergure omniprésente. Il importe de relier le travail accompli aux priorités et activités en cours pour que les gens puissent percevoir la pertinence de leur travail sur une base permanente.
- **Communication, en encourageant et en appréciant** – Les gens peuvent facilement commencer à se sentir déconnectés et s'éloigner de la cause. Le personnel doit donc s'efforcer de rester en contact – par téléphone, par courriel, en personne ou en clavardant – pour témoigner leur reconnaissance plutôt qu'en exigeant quelque chose, de manière à ce que les gens sentent qu'on a besoin d'eux sans qu'on les tienne comme acquis.
- **Mobilisant une masse critique** – Les questions auxquelles on s'attarde reçoivent encore plus d'attention. Les causes qui mobilisent les gens attirent encore plus de participation. L'engagement de la haute direction suscite l'engagement de la direction. De plus lorsque la direction s'engage dans un dossier, elle tient la haute direction informée des progrès.

Forces de l'approche de Winnipeg

- Un comité régional à la tête des efforts
- Une multiplicité de secteurs participant à l'exécution (groupes de travail, équipes spéciales)
- Un même sens d'appartenance, dont l'acceptation et la participation de la haute direction de l'Office régional de la santé de Winnipeg
- De bonnes relations bien ancrées dans la collectivité et avec les chercheurs



Il est encore tôt dans le processus, mais l'Office régional de la santé de Winnipeg a déjà réussi à accomplir une grande quantité de travail :

- L'équité en santé est maintenant un critère dans l'évaluation des soumissions portant sur le Plan de santé régional.
- On élabore les plans stratégiques de santé publique et des populations en fonction du concept de « l'universalité ciblée ».
- On envisage de regarder de plus près l'allocation des ressources en santé publique, soit en fonction du besoin communautaire, non pas populationnel.
- On a soumis des versions préliminaires de cadres conceptuels.
- On est à débattre de la question du portrait par quartier.
- On est à élaborer le rapport d'équité en santé de l'Office.

? QUESTIONS À CONSIDÉRER

- Comment présenteriez-vous la situation de l'équité en santé aux décideurs de votre organisme? Quelles techniques utiliseriez-vous pour inciter ces personnes à passer à l'action?
- Comment y prendriez-vous pour inciter la participation des partenaires communautaires et des chercheurs au processus, afin d'obtenir l'appui de la direction et de favoriser l'application des connaissances résultant de la recherche?
- Compte tenu de votre contexte, comment feriez-vous pour surmonter les difficultés liées à l'instauration d'une stratégie d'équité en santé?
 - Développer un même sens d'appartenance
 - Trouver les données probantes, l'expertise et les ressources nécessaires
 - Maintenir le leadership et la motivation
 - Établir des priorités réalisables
- À la lumière des efforts déployés à Winnipeg, quels éléments les mèneront à la réussite, selon vous? Comment appliqueriez-vous ces éléments à votre propre situation?

RÉFÉRENCES

¹ Institut canadien d'information sur la santé. (2008). Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada. Ottawa, ON: Institut canadien d'information sur la santé.

² Idem



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Université St. Francis Xavier Antigonish, N-É B2G 2W5

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

ccnds@stfx.ca www.ccnds.ca