



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

**COMPTE
RENDU DE
L'ATELIER**

ACCROÎTRE LA CAPACITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE D'AGIR POUR L'ÉQUITÉ EN SANTÉ DANS LES PROVINCES ET LES TERRITOIRES : COMPTE RENDU DE L'ATELIER



Les 29 et 30 mai 2014, Toronto (Ontario)

Grâce à l'apport financier de l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada

Coordonnées

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé
Université St. Francis Xavier
Antigonish (N.-É.) B2G 2W5
Courriel : ccnds@stfx.ca
Téléphone : 902-867-5406
Télécopieur : 902-867-6130
Site Web : www.ccnds.ca
Twitter : @NCCDH_CCNDS

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS), situé à l'Université St. Francis Xavier, est l'un des six centres de collaboration nationale (CCN) en santé publique au Canada. Financés par l'Agence de la santé publique du Canada, les CCN produisent de l'information pour aider les professionnels de la santé publique à améliorer leur gestion des menaces pour la santé publique, des maladies chroniques, des blessures, des maladies infectieuses et des iniquités en santé. Le CCNDS s'intéresse de près aux facteurs sociaux et économiques qui agissent sur la santé de la population canadienne. Son personnel interprète et transmet des données probantes et de l'information aux organismes et aux professionnels de la santé publique en vue d'influer sur les déterminants corrélatifs et de promouvoir l'équité en santé par l'entremise de pratiques, de politiques et de programmes de santé publique. Pour en savoir plus, allez à www.ccnds.ca. Les cinq autres CCN se spécialisent respectivement dans l'un des secteurs clés suivants : santé autochtone, santé environnementale, politiques publiques et santé, maladies infectieuses et méthodes et outils. Pour en savoir sur les CCN, allez à <http://www.ccnsp.ca/1/Accueil.ccnsp>.

Veuillez citer l'information contenue dans le présent document comme suit :

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2015). *Accroître la capacité de la santé publique d'agir pour l'équité en santé dans les provinces et les territoires : compte rendu de l'atelier*. Antigonish (N. É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.

ISBN : 978-1-987901-25-2

L'atelier *Advancing provincial and territorial public health capacity for health equity*, tenu en anglais en mai 2014, a été rendu possible en partie grâce à une contribution financière obtenue dans le cadre du programme des activités de dissémination de l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada. Les points de vue exprimés dans le présent document ne correspondent pas nécessairement à ceux des Instituts de recherche en santé du Canada.

Une version électronique (en format PDF) du présent document est disponible dans le site Web du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé à l'adresse www.ccnds.ca.

A PDF format of this publication is also available in English at www.nccdh.ca under the title *Advancing provincial and territorial public health capacity for health equity: Proceedings*.

Remerciements

Le CCNDS remercie sincèrement les bailleurs de fonds et les coresponsables de la planification de l'activité cités à la page 4. Les planificateurs et l'ensemble des participants ont exécuté le projet dans un climat de collaboration total. Toutes et tous ont largement contribué à la réussite de la journée et ont passé soigneusement en revue les versions préliminaires des comptes rendus.

Table des matières

Introduction et contexte	2
Mot de bienvenue et contexte	3
Expérience des provinces et des territoires : réussites et défis dans les tentatives d’agir sur l’équité en santé	5
Apprendre à partir des travaux de recherche : comment renforcer la capacité organisationnelle en matière d’équité en santé?	10
Leçons de l’Europe	16
Leçons du Canada	16
Catalyseurs et obstacles à l’intégration de l’équité en santé dans les programmes, les politiques et les pratiques	18
Utiliser les réseaux pour accroître l’application des connaissances et la capacité de la santé publique	20
Étapes de l’action	22
Conclusion et prochaines étapes	24
Références bibliographiques	25
ANNEXES	27
Annexe 1 : Liste des personnes participantes	27

Introduction et contexte

Au printemps 2014, le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) et ses partenaires ont coanimé un atelier de deux jours afin d'encourager les actions concertées dans les provinces et les territoires du Canada de manière à employer les ressources de la santé publique à la réduction de l'écart évitable entre les personnes les plus et les moins en santé. Les 29 et 30 mai 2014, à Toronto, plus d'une trentaine de cadres de direction et de décideurs de la santé publique d'un bout à l'autre du pays ont participé à l'atelier *Advancing provincial/territorial public health capacity for health equity*. La plupart des provinces et des territoires y ont délégué au moins deux représentants. Malheureusement, le Yukon s'est trouvé dans l'impossibilité d'y participer. La majorité des médecins hygiénistes en chef étaient présents, de même que des médecins hygiénistes en chef adjoints, des directeurs généraux et des sous-ministres adjoints, sans compter que trois provinces ont délégué des médecins hygiénistes régionaux (voir l'annexe 1).

L'activité a bénéficié d'une contribution financière obtenue dans le cadre du programme des activités de dissémination de l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada. Elle a été conçue, mise sur pied et exécutée grâce au travail de partenariat des personnes suivantes :

- Connie Clement, directrice scientifique, CCNDS
- Benita Cohen, professeure agrégée, faculté des sciences de la santé, Université du Manitoba
- André Corriveau, médecin hygiéniste en chef, ministère de la Santé et des Services sociaux, Territoires du Nord-Ouest
- Marjorie MacDonald, titulaire d'une chaire des IRSC et de l'ASPC en santé publique appliquée, École des sciences infirmières; professeure, École de santé publique et des politiques sociales, Université de Victoria
- Heather Manson, professeure adjointe, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto; professeure auxiliaire, Université de Waterloo; chef, promotion de la santé et prévention des blessures et des maladies chroniques, Santé publique Ontario
- Hannah Moffatt, anciennement spécialiste du transfert des connaissances, CCNDS; actuellement chef des initiatives en matière d'équité en santé de la population, Office régional de la santé de Winnipeg (ORSW)
- Louise Potvin, professeure titulaire, département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal; directrice scientifique, Centre de recherche Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé de Montréal
- Robert Strang, administrateur en chef de la santé publique et médecin hygiéniste en chef, Nouvelle-Écosse

Les partenaires ont établi les objectifs suivants pour l'atelier :

- échanger sur les derniers développements en matière de recherche afin d'en dégager ce qui pourrait permettre aux organismes de santé publique des provinces et des territoires de mieux intégrer la notion de l'équité en santé dans leurs politiques et pratiques;
- échanger sur les pratiques éprouvées ou prometteuses utilisées dans les provinces et les territoires;
- déterminer les principales lacunes qu'il y aurait lieu de combler rapidement en matière de connaissances et de pratiques;
- préciser les processus et les démarches qui faciliteront la continuation du réseautage à l'échelle pancanadienne et qui permettront d'améliorer le cycle du savoir et de l'action nécessaire pour faire progresser l'équité en santé;
- contribuer à l'établissement d'un programme commun susceptible d'orienter les pratiques, les politiques et les recherches liées à l'équité en santé en mettant l'accent sur les déterminants sociaux de la santé au cours des cinq prochaines années.

À la suite de l'atelier, les participants ont rempli un questionnaire d'évaluation. Ils ont trouvé l'activité très intéressante, car elle leur a permis d'apprendre de nouvelles choses, d'établir de nouveaux contacts, de connaître de nouvelles ressources et de leur donner l'occasion de s'entretenir des problèmes d'équité avec leurs collègues de partout au pays. (Ces dernières constatations ont été rapportées en détail à l'ensemble des participants.)

JOUR 1

Mot de bienvenue et contexte

Connie Clement, le **D^r Robert Strang** et la **D^{re} Louise Potvin** ont donné le coup d'envoi en précisant le contexte.

À titre de présidente du groupe organisateur de l'atelier, Connie Clement a souligné le regain d'énergie autour de la notion d'équité en santé au Canada. Elle a expliqué que l'atelier avait été mis sur pied dans la foulée d'une table ronde tenue à Saskatoon en mai 2013, intitulée Developing a Health Equity Agenda: From a Shared Vision to Policy and Practice (en anglais; élaboration d'un programme d'action centré sur l'équité en santé : transposer une vision commune en politiques et en pratiques). Lors de la table ronde, les personnes présentes avaient eu pour tâche d'élaborer un programme pancanadien destiné à orienter les pratiques, les politiques et les recherches axées sur l'équité en santé dans le domaine de la santé publique.

Connie Clement a mentionné que l'ordre du jour de l'atelier avait reposé sur trois sources d'information :

1. Les quatre rôles que peut jouer la santé publique^a pour faire avancer l'équité en santé¹. Ces rôles proposés par le CCNDS gagnent en popularité au pays, à la fois dans les collectivités, les régions, les provinces et les territoires. Par exemple, la Nouvelle-Écosse a incorporé ces mêmes rôles dans la section sur les obligations en matière d'équité en santé et de justice sociale de ses Normes de santé publique².
 2. Une étude de cas réalisée par le CCNDS sur les démarches employées au Canada pour faire progresser l'équité en santé a mené au rapport intitulé Vers l'équité en santé : approches canadiennes relatives au rôle du secteur de la santé³ que l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a par la suite présenté à la 8^e Conférence mondiale sur la promotion de la santé de l'OMS à Helsinki (Finlande), en juin 2013. Le rapport met en lumière les approches canadiennes selon trois grands thèmes :
 - **Leadership.** Des individus ou des groupes veillant à la promotion de l'équité en santé et prenant les mesures voulues pour que tous les autres éléments utiles soient en place.
 - **Milieus favorables.** Des mécanismes prévus dans les documents stratégiques afin d'intégrer l'équité en santé dans les priorités organisationnelles.
- **Capacités.** Du personnel et des partenaires disposant des ressources et des compétences nécessaires pour faire avancer le dossier, mieux faire comprendre les enjeux à l'interne et par la population et promouvoir l'action dans l'ensemble des secteurs.
- Créer et utiliser une base de connaissances de qualité*
- Renforcer la capacité de surveillance et de suivi des organismes.
 - Appuyer la recherche de manière qu'elle vienne éclairer les démarches.
 - Allouer des fonds au transfert et à l'application des connaissances.
 - Instaurer des mécanismes de mesure et d'évaluation au sein des organismes.
- Collaborer avec des partenaires de l'extérieur du secteur de la santé*
- Mettre en place des structures propices à une action intersectorielle d'un bout à l'autre du pays (p. ex. Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé), au sein des provinces et des territoires mêmes (p. ex. les comités intersectoriels régionaux de la Saskatchewan) et dans les régions (p. ex. Région sanitaire de Saskatoon et Centraide qui coprésident le Poverty Reduction Partnership de la ville).

^a 1) Évaluer et faire rapport; 2) modifier et orienter les interventions; 3) conclure des partenariats avec d'autres organismes; 4) participer à l'élaboration des politiques.

3. Un sondage effectué avant l'atelier auprès des participants inscrits portait sur le degré de compréhension du vocabulaire rattaché à l'équité en santé et sur les démarches amorcées dans leur sphère de compétence. Les répondants ont déclaré avoir l'impression que les praticiens de la santé publique sont *plus* susceptibles d'avoir les *connaissances* et les *attitudes* utiles pour agir en matière d'équité en santé, que de posséder les *compétences* et de disposer des *ressources* voulues. Nous avons également appris que peu d'administrations ont mis en place des mécanismes de responsabilisation au chapitre des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé.

La D^{re} Louise Potvin a abordé le contexte de la recherche et les considérations à prendre en compte pendant l'atelier. Elle a signalé que l'utilité de la démarche ne fait aucun doute si on considère les conclusions d'une recherche selon laquelle il existe un écart de 20 ans dans l'espérance de vie des groupes de populations à faible revenu et ceux à revenu élevé au Canada. Elle a suggéré que les cinq thèmes suivants tirés de la *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé*^b constituent un cadre de recherche intéressant par rapport aux pratiques de la santé publique et à l'équité en santé :

1. Adopter une meilleure gouvernance pour la santé et le développement.
2. Promouvoir la participation à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques.
3. Réorienter davantage le secteur de la santé sur la réduction des inégalités de santé.
4. Renforcer la gouvernance et la collaboration mondiales.
5. Suivre les progrès et accroître la responsabilisation.

La D^{re} Potvin a souligné l'importance des systèmes de surveillance rigoureux si on veut assurer la qualité des travaux de recherche. Elle a louangé le rôle que joue l'ISPP-IRSC depuis une quinzaine d'années dans le foisonnement des centres de recherche ayant pour mandat de mesurer les caractéristiques des inégalités sociales en santé. Elle a cependant fait observer que les données sur l'efficacité des actions menées pour atténuer les inégalités sociales en santé^b se font très rares partout dans le monde. Elle s'est dite triste de voir que « nos apprentissages meurent dans l'œuf. »

Le D^r Robert Strang a pour sa part abordé le contexte de l'atelier et l'intérêt à son égard. Il a signalé que, si la santé relève d'abord des provinces et des territoires, l'occasion pour les cadres supérieurs d'un bout à l'autre du pays d'apprendre les uns des autres et d'échanger sur leur expérience respective ou sur un point précis de leur travail constituaient une chance en or. Selon lui, la santé publique est le champion naturel de l'équité en santé parce que le travail s'y rattachant repose à la fois sur les perspectives des populations et des déterminants sociaux de la santé. Le Dr Strang a noté les quatre priorités pour les organismes de la santé publique des provinces et des territoires du Canada :

1. identifier et soutenir les précurseurs en action sur la scène locale;
2. trouver des façons de faire connaître les innovations locales;
3. mobiliser les collectivités les plus touchées par les iniquités de santé;
4. susciter le débat public afin de conscientiser la population à l'importance d'un changement de cap et de la soutenir dans ses efforts pour exercer des pressions auprès des politiciens.

^b La D^{re} Louise Potvin a cité le [Plan cancer 2003-2007](#) de la France comme étant une exception.

Expérience des provinces et des territoires : réussites et défis dans les tentatives d’agir sur l’équité en santé

Au moment des présentations courtes, des représentants des provinces et des territoires participants ont fait état des réussites qu’ils ont connues et des défis qu’ils ont dû relever dans leurs tentatives de réduire l’écart entre les personnes les plus et les moins en santé. Ils ont classé les réussites et les défis sous les trois grands thèmes abordés dans le rapport de l’étude de cas présenté à Helsinki en 2013, soit : établir des bases solides facilitant l’action; créer et utiliser une base de connaissances de qualité; et collaborer avec des partenaires de l’extérieur du secteur de la santé.

TABEAU 1 : RÉUSSITES PROVINCIALES ET TERRITORIALES EN MATIÈRE D’ÉQUITÉ EN SANTÉ

Instance	Bases facilitant l’action	Base de connaissances	Collaboration avec des partenaires de l’extérieur du secteur de la santé
Alberta	<ul style="list-style-type: none"> • Discussions en ligne entre les membres de la direction • Désignation d’une équipe vouée à la promotion de l’équité en santé au sein de la Direction de la santé publique (populations et Autochtones) de l’Alberta Health Services (AHS) • Mise sur pied par l’AHS de l’Aboriginal Health Program and Wisdom Council • Élaboration par l’AHS d’un cadre pour la promotion de l’équité en santé • Planification de faire participer la population albertaine à une discussion au sujet du mieux-être et des déterminants sociaux de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Production de ressources par l’AHS : glossaire de l’équité en santé; rapport sur les populations à risque de vivre en moins bonne santé • Surveillance et suivi : l’AHS et le gouvernement de l’Alberta sont à créer un cadre conceptuel s’articulant autour d’un indice de privation provincial 	<ul style="list-style-type: none"> • Cadre sociopolitique provincial • Stratégies de lutte contre la pauvreté et le sans-abrisme
Colombie-Britannique	<ul style="list-style-type: none"> • Mise sur pied d’une régie de la santé des Premières nations • La <i>Public Health Act</i> exige des rapports de la part des médecins hygiénistes et des agents de santé • Cadre d’orientation en santé publique • Stratégie de santé provinciale jusqu’en 2017 axée sur les populations rurales et éloignées et celles présentant les besoins les plus urgents • Examen des principaux programmes de santé publique; l’élaboration et la responsabilité des programmes s’effectuent sous l’angle de l’équité • Réalisation d’une étude d’impact sur la santé des programmes axés sur les maladies transmissibles sexuellement et les maladies infectieuses • Acceptation par les instances dirigeantes et décisionnelles que l’équité influe sur l’état de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Allusion à l’iniquité dans le plan de surveillance provincial • Projet de recherche Equity Lens in Public Health en collaboration avec UVic et les régies de la santé • Aide provinciale pour le congrès de l’association de santé publique provinciale • Indicateurs de l’équité servant à faire un suivi • Partenariat entre les régies de la santé pour la création d’activités de conscientisation, de ressources, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formation d’un comité pangouvernemental des sous-ministres adjoints de la santé • Partenariat entre les ministères de l’Éducation et de l’Agriculture concernant les programmes de fruits et légumes et de sécurité alimentaire dans les écoles • Accent mis par les responsables du programme Familles en santé sur les partenariats avec les administrations locales et les ONG

Tableau 1 : Réussites provinciales et territoriales en matière d'équité en santé CONT.

Manitoba	<ul style="list-style-type: none"> • Priorité stratégique donnée à l'équité en santé • Services d'équité en santé et des populations en place • Création par l'Office régional de la santé de Winnipeg d'une déclaration, de rapports et de postes consacrés à l'équité en santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Ressources de l'Office régional de la santé de Winnipeg 	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégie d'inclusion sociale et de lutte contre la pauvreté • Approche axée sur la priorité au logement
Nouveau-Brunswick	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégie du mieux-être pour des communautés saines et inclusives • Priorité stratégique accordée à l'équité en santé • Capacité de travailler pour l'équité en santé 		
Terre-Neuve-et-Labrador	<ul style="list-style-type: none"> • Présence depuis 2011 d'une direction générale pour la santé des populations • Activités liées à l'équité en santé mises sur pied dans les régions par l'entremise du Wellness Advisory Council 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité des régies régionales de la santé de s'occuper de la promotion de la santé • Surveillance et suivi : contrôle des maladies transmissibles et Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador 	<ul style="list-style-type: none"> • Stratégie de lutte contre la pauvreté
Territoires du Nord-Ouest	<ul style="list-style-type: none"> • Volonté politique manifeste • Adhésion à la notion que la santé commence à la maison • Accent mis sur les enfants et les familles en santé 		<ul style="list-style-type: none"> • Processus de planification en concertation avec les collectivités, qui déterminent elles-mêmes les priorités
Nouvelle-Écosse	<ul style="list-style-type: none"> • Au sein de l'équipe du programme des communautés en santé au Service de santé publique, création d'un poste de coordinateur de la lutte contre les inégalités de santé s'occupant de travailler en collaboration avec les collègues des autres programmes de santé publique, le ministère des Services communautaires et autres partenaires • Orientation stratégique : l'équité en santé figure parmi les cinq protocoles transversaux mis de l'avant dans les <i>Normes de santé publique de la Nouvelle-Écosse</i>; on entend par protocole une condition préalable à la mise en œuvre des étapes ultérieures • Pratique : mise à l'essai de la perspective de l'équité en santé en s'appuyant sur les quatre rôles que peut jouer la santé publique pour agir sur l'équité en santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Intérêt renouvelé envers l'élaboration de rapports sur l'état de santé des populations à l'échelle locale • Activités locales soutenues par le bureau pour la compréhension des collectivités (nouvelle initiative de surveillance et d'épidémiologie) 	
Nunavut	<ul style="list-style-type: none"> • Équité en santé transpirant dans l'ensemble des activités du ministère de la Santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminants sociaux de la santé inuite • Acculturation • Logement • Productivité 	<ul style="list-style-type: none"> • La superficie du territoire se prête bien aux partenariats réussis entre divers secteurs d'activité • Plan d'action sur la sécurité alimentaire découlant du Plan de réduction de la pauvreté

Ontario	<ul style="list-style-type: none"> • Normes de santé publique de l'Ontario, 2008 • Planifier des plans d'envergure – Plan stratégique pour le secteur de la santé publique de l'Ontario (2013) • Création de postes de personnel infirmier chargé des déterminants sociaux de la santé dans l'ensemble des bureaux de santé • Outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) en usage un peu partout • Iniquités abordées dans tous les rapports sur la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Projet de recherche sur le renouvellement du système de santé publique 	
Île-du-Prince-Édouard	<ul style="list-style-type: none"> • Personnel de la santé publique ayant à cœur l'équité en santé [p. ex. congrès de l'Association de santé publique provinciale] • Cliniques vouées aux nouveaux arrivants et aux peuples autochtones • Programme d'échange de seringues 	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir, prévenir, protéger : rapport du médecin hygiéniste en chef de l'Île-du-Prince-Édouard et tendances en matière de santé faisant mention pour la première fois du revenu et de l'éducation • Rapports sur l'incidence des maladies chroniques 	<ul style="list-style-type: none"> • Accent mis par le gouvernement sur la réduction de la pauvreté, l'aide précoce à l'apprentissage et le développement économique
Québec	<ul style="list-style-type: none"> • Loi sur la santé publique énonçant des mesures d'action • Équité en santé faisant partie des fonctions du médecin hygiéniste 	<ul style="list-style-type: none"> • Indice de défavorisation • Suivi à l'aide de 18 indicateurs de défavorisation • Recensement des politiques intégrées de lutte contre la pauvreté (y compris la santé mentale) par le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé 	
Saskatchewan	<ul style="list-style-type: none"> • Système de santé intégré : penser et agir dans le même sens • Structure horizontale • Atténuation des iniquités inscrite dans le plan stratégique du Ministère • Champions de l'équité dans quelques régions régionales de la santé • Dans certaines régions régionales de la santé, personnel désigné et recours aux outils d'équité pour modifier les programmes et les politiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Observatoire de la santé publique de Saskatoon • Recherche, surveillance, application des connaissances, évaluation du rendement et audit en matière d'équité en santé par le Service de recherche sur l'évaluation et la santé des populations • Accent mis par le Groupe de promotion de la santé sur l'équité en santé plutôt que sur les modes de vie 	<ul style="list-style-type: none"> • Le Saskatchewan Population Health Council couvre aussi les Premières nations • Comités interministériels provinciaux et régionaux • Solide leadership exercé par d'autres ministères et organismes à vocation philanthropique
Fédéral	<ul style="list-style-type: none"> • Accent sur l'évaluation, les sciences, les subventions et les contributions • Engagements des partenaires du portefeuille de la Santé • Plan de l'ASPC 2013-2016 pour faire avancer l'équité en santé • L'équité en santé : une nécessité – Plan stratégique de l'ISPP – 2009-2014 (Institut de la santé publique et des populations des IRSC) • Plan stratégique sur la Santé des Premières nations et des Inuits (direction générale de Santé Canada) 	<ul style="list-style-type: none"> • Collecte et analyse des données de 56 indicateurs et de 13 désagrégateurs • Ajout de la notion d'équité au Portail canadien des pratiques exemplaires de l'ASPC 	<ul style="list-style-type: none"> • Collaboration de l'ASPC avec divers ministères fédéraux, le Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé et le Réseau pancanadien de santé publique



(L. TO R.) D^r David Allison, T.-N.-L.; D^{re} Heather Morrison, Î.-P.-É.; D^{re} Gaynor Watson-Creed, Capital Health, N.-É.

Les représentants des provinces et des territoires ont fait état de défis de toutes sortes pendant leurs courtes présentations. Ils ont soulevé notamment l'importance de prévoir une démarche pangouvernementale, voire pancanadienne, parce que les politiques susceptibles d'accroître l'équité en santé doivent dépasser le champ de compétence de la santé. Dans le secteur de la santé pourtant, on considère l'équité comme relevant de la santé publique. Les défis abordés dans les présentations sont les suivants :

- Nombre insuffisant de systèmes, particulièrement au chapitre des mesures et des rapports, comme l'infrastructure; insuffisance des données et des recoupements de données, y compris des méthodes d'évaluation des effets d'un changement dans les ressources (selon l'accent ou non sur l'équité); manque d'intégration de la notion d'équité dans les mesures de rendement des soins cliniques.
- Manque de mécanismes de coordination et de collaboration intergouvernementale ou interministérielle de haut niveau; insuffisance des politiques, des lois et des stratégies

prenant en compte la notion d'équité; rareté des modèles de financement intersectoriels ou pangouvernementaux; perception que l'équité en santé demeure un enjeu de la santé publique, même si les facteurs sous-jacents proviennent de secteurs autres que ceux de la santé publique et des soins de santé.

- Capacité du personnel, par exemple au chapitre des connaissances et des compétences, et de la diversité au sein du personnel de la santé publique; manque de clarté quant aux fonctions et aux attentes, ce qui rend difficile de mobiliser le personnel.
- Évaluations, par exemple la difficulté de montrer les résultats des interventions; manque de compréhension quant à la façon d'intensifier une démarche (verticalement et horizontalement); faible faisabilité de reproduire les réussites (p. ex. à partir des régions urbaines jusqu'aux régions rurales ou éloignées, où les contextes et les capacités ne sont pas les mêmes); nécessité de concentrer les efforts là où la démarche en matière d'équité en santé produira le plus de fruits.

- Communication des notions complexes, par exemple le manque de clarté dans le vocabulaire; peu de couverture des problèmes d'iniquités dans les médias et peu de reportages sur les expériences vécues; insuffisance des outils d'argumentation permettant d'aborder l'angle économique ou de la rentabilité.
- Manque d'idée sur la façon de passer de l'engagement théorique (parole) à la mobilisation des gens autour d'une action, ce qui freine la progression vers l'équité en santé.
- Mécanismes à prévoir pour appuyer les efforts et les résultats quand les gouvernements changent de cap ou amoindrissent leur engagement; insuffisance de l'engagement de la part des hauts fonctionnaires.

Les présentations provinciales et territoriales ont également mis en lumière quelques mesures qui avaient joué un rôle clé dans la démarche, par exemple :

- engagement visible de la part de la haute direction;
- investissement dans le personnel et les structures organisationnelles (p. ex. postes, équipes ou services à vocation précise);
- intégration de la notion d'équité en santé dans les priorités stratégiques;
- mise sur pied d'observatoires en santé publique^c;
- production de rapports sur l'état de santé en tenant compte de la perspective de l'équité en santé;
- mise en œuvre de projets de recherche;
- priorité accordée aux partenariats intersectoriels, comme les coalitions pour la lutte contre la pauvreté et les comités intergouvernementaux;
- plaidoyer pour la prise en compte de la santé dans toutes les politiques.

Dans les discussions suivant les présentations, les participants ont attiré l'attention sur l'importance d'aborder la santé de manière plus holistique, c'est-à-dire en tenant compte des compétences et des habiletés humaines, de la capacité communautaire et des milieux social et physique. Les intervenants de la santé publique doivent faire connaître leurs initiatives pour l'équité en santé et accroître la transparence à cet égard. Il faut également s'intéresser aux besoins et aux intentions des partenaires et apprendre à utiliser un vocabulaire moins axé sur la santé. En donnant le ton de cette façon, à partir de l'intérieur du secteur de la santé, on pourra donner l'exemple aux partenaires des secteurs autres que celui de la santé.

Les participants ont indiqué que les populations vivent toutes sortes de privations et d'inégalités. Les efforts tendent pour le moment à cibler les sources financières des iniquités, comme le revenu, et à passer sous silence les iniquités fondées sur l'ethnie ou le genre. Si nous voulons réellement faire ressortir à quel point « les inégalités sociales attirent notre attention », commençons par examiner les dimensions autour desquelles s'articule la stratification sociale et en quoi le tissu social maintient en place cette hiérarchie.

Pour bâtir une base de connaissances solide, nous devons investir à la fois dans les systèmes de données et les cycles d'intervention et d'évaluation. Les méthodes de recherche novatrices et à la fine pointe (p. ex. revues réalistes, modèles mixtes, recherche participative) peuvent nous aider à répondre aux questions d'intervention plus rapidement et à déterminer les types d'intervention les plus susceptibles d'exacerber les iniquités de santé.

^c NII est à noter que ce point concerne la ville de Saskatoon. Il n'existe pour le moment aucun observatoire dans les provinces et les territoires, quelques ministères ou agences allouent des fonds pour l'exécution de tâches semblables à celles exécutées dans un observatoire.



Integrating health equity into public health practice
Intégrer l'équité en santé dans les pratiques de santé publique



D^{re} Benita Cohen, l'Université du Manitoba, Man.

JOUR 2

Apprendre à partir des travaux de recherche : comment renforcer la capacité organisationnelle en matière d'équité en santé?

La seconde journée de l'atelier a débuté avec des présentations de quatre chercheuses qui ont analysé la manière dont s'articule et se maintient la capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé. Les deux analyses de contexte réalisées par le CCNDS, c'est-à-dire *L'intégration des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé dans les pratiques de santé publique au Canada*⁵ et *Aviver l'intérêt : Appliquer les connaissances pour faire avancer l'équité en santé*⁶, ont permis d'établir que cette capacité varie considérablement d'un océan à l'autre au Canada, même si elle se révèle cruciale à l'efficacité de toute démarche pour l'équité en santé.

a. Capacité organisationnelle de la santé publique d'agir sur l'équité en santé

Benita Cohen, Ph. D., professeure agrégée à l'Université du Manitoba, a parlé du cadre conceptuel qu'elle a élaboré en se fondant sur les résultats d'une recherche. Le cadre est le fruit d'une collaboration avec une équipe pluridisciplinaire composée d'universitaires et de praticiens. La recherche portait sur la question suivante : Quelles sont les caractéristiques de la capacité organisationnelle de mettre sur pied et de soutenir des initiatives centrées sur la santé des populations et l'équité? Pour y répondre, les chercheurs ont effectué une revue documentaire et interrogé au

total 16 champions de l'équité en santé œuvrant dans sept provinces canadiennes dans le domaine de la santé publique au Canada. Les conclusions tirées ont mené à l'élaboration du cadre conceptuel centré sur la capacité organisationnelle de la santé publique d'agir sur l'équité en santé [*Organizational Capacity for Public Health Equity Action (OC-PHEA)*]⁷.

Dans le cadre conceptuel, la capacité organisationnelle de la santé publique d'agir sur l'équité en santé se définit comme étant l'habileté à :

- cerner les iniquités de santé;
- réunir les ressources nécessaires;
- prendre les mesures efficaces pour les atténuer.

Le cadre conceptuel s'articule autour de deux axes : le contexte interne et le contexte externe favorable, qui facilitent ou freinent les occasions d'agir sur le plan organisationnel. Le fait de prendre en compte le contexte externe laisse sous-entendre que la santé publique s'inscrit tout naturellement dans les systèmes et les structures socio-économiques, politiques et culturelles et qu'il existe un lien de réciprocité non équivoque entre la santé publique et les collectivités. Chacun des contextes se décline en trois dimensions : les valeurs et les croyances; l'engagement et la volonté; et l'infrastructure favorable. Par exemple, les composantes de l'infrastructure organisationnelle interne facilitant le travail pour l'équité en santé dans le domaine de la santé publique sont :

- des structures de gouvernance prévoyant des responsabilités en matière d'équité;
- des responsabilités précises en matière d'équité;
- le financement de base et la marge de manœuvre nécessaires pour agir dans le sens de l'équité en santé;
- une main-d'œuvre ayant les compétences voulues pour agir sur l'équité en santé;
- de solides stratégies de communication et de plaidoyer, tant pour la santé publique que pour les organismes des autres secteurs;
- de solides relations et partenariats avec des intervenants de la collectivité et d'autres secteurs d'activité et propices à la mobilisation autour d'objectifs à atteindre en matière d'équité en santé.

Benita Cohen a insisté sur le fait que, si, en santé publique, nous voulons réduire l'écart entre les personnes les plus et les moins en santé, nous devons mettre en place les systèmes organisationnels propres à créer plus d'équité en santé et les aligner sur les normes organisationnelles, les fonctions et les compétences exigées dans chacune des disciplines. Le cadre conceptuel OC-PHEA part du principe que la capacité organisationnelle atteindra son apogée si les champions de l'équité en santé de tous les niveaux hiérarchiques travaillent à solidifier et à soutenir toutes

les dimensions des contextes interne et externe. Avant de voir ce jour arriver, les organismes présenteront divers degrés de capacité à divers moments dans le temps en fonction des problèmes d'équité abordés. Cela dit, même sans cette capacité optimale, un organisme peut avoir une certaine capacité de cerner les iniquités de santé, de réunir les ressources nécessaires pour agir, et de prendre les mesures voulues pour atténuer ces iniquités.

b. Réforme des systèmes de santé publique

Marjorie McDonald, Ph. D., professeure de l'École de sciences infirmières de l'Université de Victoria et titulaire d'une chaire de recherche des IRSC et de l'ASPC en santé publique appliquée sur l'éducation en matière de santé publique, a évoqué pour sa part le projet de recherche sur le renouvellement des systèmes de santé publique [*Renewal of Public Health Systems (RePHS)*]⁸. Le projet de recherche était destiné à examiner les similitudes et les différences dans la mise sur pied des interventions stratégiques relatives à l'équité en santé en Ontario et en Colombie-Britannique. Pour ce faire, l'équipe de recherche avait choisi deux cas témoins pour chacune de ces provinces. Pour l'Ontario, elle avait choisi une initiative axée sur le mode de vie sain (et de prévention des maladies chroniques). Pour la Colombie-Britannique, elle avait choisi une initiative de prévention des infections transmissibles sexuellement. Douze bureaux de santé ont participé à la recherche, soit six dans chaque province.

Le projet a porté principalement sur deux questions de recherche examinées dans toute leur complexité :

- Quels sont les facteurs ou contextes influant sur la mise sur pied des interventions stratégiques relatives à l'équité en santé?
- Quels ont été les effets ou l'incidence des interventions stratégiques relatives à l'équité en santé sur le personnel, l'organisme et les populations ciblées, mais aussi sur d'autres organismes et collectivités?

L'équipe de recherche a eu recours à des méthodes d'analyse de situation, de cartographie conceptuelle et d'analyse de réseaux sociaux. Elle a aussi fait appel à des entrevues et à des groupes de discussion selon des approches qualitatives et semi-structurées, auxquels ont participé 75 cadres de direction, gestionnaires et praticiens de la santé publique de la Colombie-Britannique et de l'Ontario. Les thèmes le plus souvent soulevés étaient l'équité, la gestion des ressources humaines et la relation entre la santé publique et les soins primaires.

L'équipe de recherche a effectué l'analyse descriptive de la compréhension de la notion d'équité en santé par les praticiens de la santé publique. En général, ces derniers assimilent l'équité en santé à l'accès égal à des soins de santé ou à des services de santé publique de qualité, tout en sachant que l'égalité de l'accès aux services peut dépendre de facteurs comme la zone géographique, la langue, le groupe ethnique, le statut d'autochtone et l'incapacité. Les praticiens qui penchent pour cette notion voient les efforts pour l'équité comme faisant obstacle à l'amélioration de la capacité de certaines populations d'avoir accès à des services.

Quelques personnes participantes ont dit assimiler l'équité en santé à l'accès aux possibilités ou aux ressources propices à la santé ou au maintien en santé. Ces personnes occupent habituellement un poste plus élevé dans l'organisation. Moins souvent, les praticiens ont fait allusion à l'équité en santé comme étant « l'atteinte des mêmes résultats de santé ». La différence dans la compréhension de la notion rend les démarches plus difficiles au moment de conscientiser à l'équité en santé. Cela dit, on s'entend de plus en plus pour dire que l'Organisation

mondiale de la Santé (OMS), Braveman et Gruskin puis Whitehead et Dahlgren offrent des définitions de base intéressantes^{d, 9-13}.

Les membres de l'équipe de recherche ont constaté qu'on plaçait de plus en plus l'accent sur : 1) l'utilisation des données pour cerner les iniquités de santé; 2) l'intégration de la perspective de l'équité dans les processus de planification en place; 3) l'amélioration de l'accès aux services pour des tranches de population données. Globalement, les participants à l'étude ont déclaré que l'intégration d'une perspective de l'équité dans les normes de santé publique et les fonctions de base avait donné lieu à la création de programmes et de services plus sensibles à l'équité, d'unités chargés de l'équité en santé et d'un plus grand nombre de postes à temps plein voués à l'équité en santé, de même qu'à l'intégration des tâches axées sur l'équité dans les descriptions d'emploi. Selon eux, le fait d'intégrer plus officiellement la notion d'équité permettait d'accroître le rayonnement des efforts et de modifier les documents en ce sens.

La recherche a fait ressortir que l'action pour l'équité en santé s'articule souvent autour de tranches de population données. En Ontario, on parle de mettre « l'accent sur les populations prioritaires », tandis qu'en Colombie-Britannique, on parle de « servir les groupes de populations vulnérables ou marginalisés » (p. ex. peuples autochtones). L'action prend la forme de politiques d'accès et d'équité, d'embauche de personnel détenant des compétences culturelles ou parlant des langues autres que l'anglais, de création de postes ou d'unités axés sur l'équité en santé et de formation du personnel.

^d Pour combler l'écart dans le vocabulaire courant, le CCNDS, au moment de la tenue de l'atelier, était à élaborer des glossaires des principaux termes utilisés en français et en anglais pour parler des déterminants sociaux de la santé et d'équité en santé. Les glossaires respectifs [en français et en anglais] sont maintenant disponibles^{12,13}.

Selon Marjorie McDonald, les facteurs entravant la promotion de l'équité en santé sont les suivants :

- une mauvaise compréhension ou un manque de consensus au sujet de la définition de l'équité en santé;
- un manque de clarté quant à la façon de déterminer et de définir les populations prioritaires, y compris le manque d'orientation et la faiblesse du langage ressortant des politiques;
- le tirailage entre les programmes universels et ciblés; en Colombie-Britannique, on applique le concept « d'universalisme proportionné »^e au programme STOP AIDS (Seek and Treat for Optimal Prevention of HIV/AIDS) et à la prévention des infections transmissibles sexuellement, en s'inspirant des travaux de Clyde Hertzman^f;
- l'inefficacité de l'aide gouvernementale et les obstacles de nature politique;
- les obstacles organisationnels et les problèmes de communication;
- les disparités géographiques de la prestation des services;
- la normalisation des services.

Marjorie McDonald résume ainsi les facteurs facilitant l'action de la santé publique :

- le fait de parler de l'équité;
- une terminologie et une compréhension communes;
- une formation de qualité supérieure comportant un volet de suivi;
- le recrutement du personnel fondé sur la diversité;
- l'obtention et l'échange de données locales, surtout sur les populations vivant des iniquités;
- l'engagement à passer à l'action (en passant de la parole à l'acte);
- l'aide financière soutenue.

La Dre Heather Manson, directrice, Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques et des traumatismes, Santé publique Ontario, et une partenaire de premier plan dans le projet RePHS, a pris ensuite la parole. Dans le cadre de son mandat de fournir des conseils scientifiques et techniques à ses partenaires de la santé publique en Ontario, Santé publique Ontario a mis sur pied un projet destiné à fournir aux intervenants de la province une aide pour 1) comprendre le terme « population prioritaire », 2) déterminer les populations prioritaires, et 3) examiner le mandat stratégique en matière de population prioritaire et ses applications. Le projet comporte une étude de portée, une enquête axée sur les rôles et des entretiens avec des informateurs-clés.

L'équipe de recherche a constaté que les participants à l'étude percevaient le degré de compréhension de la notion de populations prioritaires en fonction de leur place dans l'organisme. Par exemple, 73 p. 100 des médecins hygiénistes s'entendaient pour dire que le personnel du bureau de santé comprenait bien la définition de l'expression « population prioritaire », comparativement à seulement 21 p. 100 du personnel infirmier de la santé publique chargé des déterminants sociaux de la santé et à 36 p. 100 des épidémiologistes.

Heather Manson a ajouté que, parce que cette compréhension de la notion d'équité varie selon les fonctions, l'expérience et la perspective, il faut tenir compte de plusieurs points de vue, y compris de ceux des personnes vivant ou ayant vécu dans des conditions de privation. Il importe d'adapter les interventions au contexte. Il est difficile de trouver les secteurs à effet de levier étant donné la nature complexe et non linéaire des chaînes d'intervention qui comportent des synergies et des boucles de réaction multiples¹⁵.

^e « Se concentrer seulement sur les personnes défavorisées ne diminuera pas suffisamment les inégalités de santé. Pour réduire le fort gradient social de santé, il faut des interventions universelles, mais en adaptant leur ampleur et leur intensité de manière proportionnée au désavantage. Cela s'appelle l'universalisme proportionné¹⁴. » [Traduction libre] Voir aussi http://earlylearning.ubc.ca/media/publications/proportionate_universality_brief_-_final.pdf (en anglais) et https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1771_CondSucActDeveEnf_EtatConn.pdf (en français).

^f Pour en savoir plus sur Clyde Hertzman, rendez-vous à [Human Early Learning Partnership](#) (en anglais), qu'il a fondé et dirigé à titre de directeur fondateur. M. Hertzman était également à la tête du [Réseau de connaissances en matière de développement de la petite enfance](#) (page en anglais, mais on y trouve une version du rapport en français) mis sur pied par la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS.

c. Problèmes pernicioeux

La D^{re} Louise Potvin, professeure au département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal, et directrice scientifique, Centre Léa-Roback sur les inégalités sociales de santé de Montréal, a expliqué que l'équité en santé présente certains « problèmes pernicioeux ». Un problème pernicioeux se définit comme étant une question complexe, difficile à définir et sans solution immédiate, où il faut considérer le problème pernicioeux comme étant symptomatique d'un autre problème¹⁶.

Les caractéristiques des problèmes pernicioeux sont les suivantes :

- il est impossible de formuler le problème avec précision;
- chaque problème est essentiellement unique;
- on pourrait considérer le problème comme étant symptomatique d'un autre problème;
- aux fins de recherche, les règles d'arrêt relatives à une intervention sont externes plutôt qu'internes;
- les solutions ne vont pas dans le sens du « vrai ou faux », mais plutôt dans le sens du « mieux ou pire »;
- on ne met à l'essai aucune solution de façon immédiate ou définitive;
- toute solution est non récurrente;
- la personne responsable de la planification n'a pas droit à l'erreur.

La D^{re} Potvin a signalé que le simple fait de commencer à cerner le problème pernicioeux constitue en soi un premier pas vers sa résolution. Chaque intervention concourt à définir le problème, car on peut établir de nouveaux liens entre des éléments auparavant isolés dans un processus itératif. Le mieux devant ce genre de problème consiste à mettre sur pied des interventions créatives, musclées et novatrices susceptibles d'en approfondir la compréhension. Quand nous planifions des interventions musclées, a expliqué la D^{re} Potvin, nous devons donner une voix aux personnes exclues des processus sociaux. Il faut porter une attention particulière à l'inclusion, étant donné qu'un bon nombre d'interventions sociales novatrices reposent

encore aujourd'hui sur les mêmes structures de domination qui mènent tout droit aux iniquités de santé.

Comme il est impossible de résoudre les problèmes pernicioeux en utilisant des solutions essayées ailleurs, les praticiens ne peuvent appliquer telle quelle la recherche interventionnelle. Ils peuvent par contre s'en servir pour cerner le problème, puis pour réfléchir aux processus, aux résultats visés et aux adaptations nécessaires dans un contexte donné. La recherche interventionnelle peut également aider à corriger le déséquilibre du pouvoir structurel entre les différents acteurs d'un problème pernicioeux.

d. Réflexions des participants sur les résultats des recherches sur la capacité organisationnelle

Après les présentations des quatre chercheuses, les participants se sont demandé en quoi ces recherches s'appliquaient à leurs activités quotidiennes, ce qui a fait surgir les opinions suivantes :

- Faire en sorte que l'équité en santé puisse se comprendre dans divers contextes. Certains participants pensent qu'il y aurait lieu d'uniformiser davantage la définition et l'usage du vocabulaire associé à l'équité en santé. D'autres estiment que des connotations différentes n'empêchent en rien l'action. On a fait observer que, puisque l'équité en santé découle de l'équité sociale, il faudrait aborder dans les discussions les questions de valeurs et du genre de société que nous voulons créer pour l'avenir.
- À titre d'agents de changement, les organismes de la santé publique tendent continuellement à pousser les personnes et le secteur de la santé en général dans le sens de l'équité en santé. La force du leadership du personnel de la santé publique est de savoir quand porter le flambeau, quand marcher dans la file et quand faire le meneur de claqué. Le personnel doit pouvoir se sentir à l'aise dans chacun de ces rôles.



Dr Saqib Shahab, Sask. (L.) and Dr Brian Emerson, C.-B. (R.)

- Il faut consacrer plus de ressources du système de santé à l'action sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé.
- Pour certaines personnes, il est facile de déterminer les populations prioritaires; il s'agit d'utiliser les données pour savoir où se situent les résultats de santé inéquitables. D'autres estiment que les données ne sont pas toujours faciles à obtenir et que leur qualité varie énormément (p. ex. la collecte et l'utilisation des données passent par la volonté communautaire ou organisationnelle). Il importe de tenir compte de ces influences dans le processus de planification.
- Les mécanismes de répartition de la richesse contribuent beaucoup aux inégalités sociales de santé. Aussi, la santé publique met la main à la pâte pour transformer ces mécanismes. Ces lieux d'action politique créent un dilemme pour les chercheurs en recherche interventionnelle qui veulent y participer sans les altérer ni les déformer. Les méthodes de recherche peuvent facilement permettre de réorienter les conversations dans les arènes publics ou politiques¹⁷.
- Les organismes de la santé publique qui optent par exemple pour des projets de recherche participative arrivent à mieux comprendre le problème à l'étude. D'ailleurs, la recherche participative peut aider à renforcer la capacité de la santé publique de résoudre des problèmes susceptibles de survenir dans l'avenir, car elle favorise l'établissement de partenariats et de relations de confiance.
- La démarche de la santé publique doit également passer par la conscientisation des collectivités à l'équité en santé et aux déterminants sociaux de la santé et par l'instauration de solutions stratégiques¹⁸.
- Bien que certains participants étaient d'avis que l'équité en santé demeure un enjeu non partisan susceptible de survivre aux changements des partis politiques, d'autres remettent en doute l'engagement envers l'équité en santé étant donné les priorités et les paradigmes sociaux et politiques actuels. La discussion a mis en lumière la complexité du défi à relever.

Leçons de l'Europe

Connie Clement a donné un compte rendu des derniers développements en matière d'équité en santé en Europe. Dans un rapport paru récemment on souligne que les inégalités observées dans le taux de mortalité des nourrissons et des enfants enregistré dans les pays d'Europe avait chuté de 35 p. 100 chez les garçons et de 27 p. 100 chez les filles.¹⁹ Cependant, la recherche a montré une accentuation de l'inégalité dans le taux de mortalité des personnes de 15 ans et plus, particulièrement chez les hommes et chez les 14 à 25 ans.

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe²⁰ a publié un guide à l'intention des gouvernements des pays qui veulent s'attaquer aux iniquités de santé. On y recommande des stratégies en expliquant toute la série des étapes à suivre et en soulignant la possibilité pour tous d'agir, de faire plus et de faire mieux à toutes les étapes du processus. Les recommandations sont les suivantes :

- obtenir un engagement politique et la coopération intersectorielle;
- évaluer l'étendue du problème, les lacunes dans les connaissances et les cibles d'intervention;
- déterminer la nature des arrangements organisationnels optimaux, des besoins financiers et des responsabilités;
- élaborer des plans d'action couvrant tous les aspects à prévoir (c.-à-d., quelles mesures, par qui, avec quels fonds, avec quels résultats en tête?).

Connie Clement a expliqué que, même si *peu* de pays européens avaient instauré des *politiques* favorisant l'équité en santé, la démarche en ce sens est *perceptible*. La plupart des politiques européennes visant à réduire les iniquités tournent autour des populations vulnérables ou de l'universalité, plutôt que sur des solutions axées sur le gradient. Parmi les bons coups réalisés récemment, notons l'amélioration de

la qualité des données, de la collaboration entre pays et de l'engagement de secteurs autres que celui de la santé. Par contre, on fait peu d'efforts pour mieux asseoir les politiques déjà en place, donner le coup de barre nécessaire à la suite des changements de cap et faire le suivi et l'évaluation appropriés.

Leçons du Canada

En mai 2013, le CCNDS a organisé une table ronde à Saskatoon en collaboration avec d'autres organismes dans le but d'établir un programme d'équité en santé pour le Canada. Les objectifs de la rencontre étaient les suivants :

- créer une solidarité chez un auditoire engagé, pancanadien et pluridisciplinaire prêt à agir sur les déterminants sociaux de la santé et à bâtir un réseau de réseaux durable;
- faire connaître les démarches entreprises sur le plan local, provincial, territorial et national pour l'équité en santé;
- prendre part à l'établissement d'un programme quinquennal qui viendrait orienter les activités, les stratégies et la recherche en matière d'équité en santé en les axant sur les déterminants sociaux de la santé.

Les principales idées⁹ ayant émergé des discussions sont les suivantes :

- se servir des données pour susciter une soif ardente de changement;
- élaborer une argumentation susceptible de générer du capital politique;
- accorder le temps et les ressources voulues pour obtenir un engagement communautaire valable;
- travailler en concertation avec d'autres secteurs et adapter les communications aux divers auditoires cibles;
- bâtir la capacité organisationnelle voulue pour travailler dans le sens de l'équité.

⁹ Voir <http://www.liberatingstructures.com/12-2510-crowd-sourcing/> (en anglais) pour une description de la technique d'externalisation à grande échelle 25/10 employée pour générer les principales idées.

La directrice scientifique du CCNDS a ensuite présenté les grandes lignes de l'analyse du contexte⁶ de 2014 qui avait pour but d'examiner les changements survenus dans le paysage de la santé publique – par rapport à la démarche pour l'équité en santé – au cours des quatre années ayant suivi la première analyse du contexte réalisée par le CCNDS en 2010.

Dans l'analyse du contexte de 2014, on soulignait les réussites, les défis et les pistes d'action suivants :

Réussites

- plus d'attention et d'intérêt; un « engouement pour l'équité en santé »;
- un engagement des hautes sphères décisionnelles, dont l'engagement du Canada par rapport à la *Déclaration de Rio*;
- plus de structures organisationnelles, de personnel et de priorités stratégiques tenant compte de l'équité en santé;
- des champions de l'équité en santé qui font leur marque;
- une plus grande part jouée par la recherche et les données probantes;
- des démarches entreprises par d'autres secteurs d'activité.

Défis

- traduire les intérêts en une volonté d'action;
- renforcer partout la capacité d'agir pour l'équité, dans tous les secteurs d'activité;
- renforcer la formation et les compétences (p. ex. en matière d'évaluation et de surveillance, de recherche et d'évaluation, d'analyse des politiques et de plaidoyer, et d'engagement communautaire);
- mieux faire comprendre le vocabulaire associé à la santé publique et à l'équité en santé;
- communiquer les idées concernant l'équité en santé à des secteurs autres que celui de la santé publique;
- mesurer l'incidence.

Pistes d'action

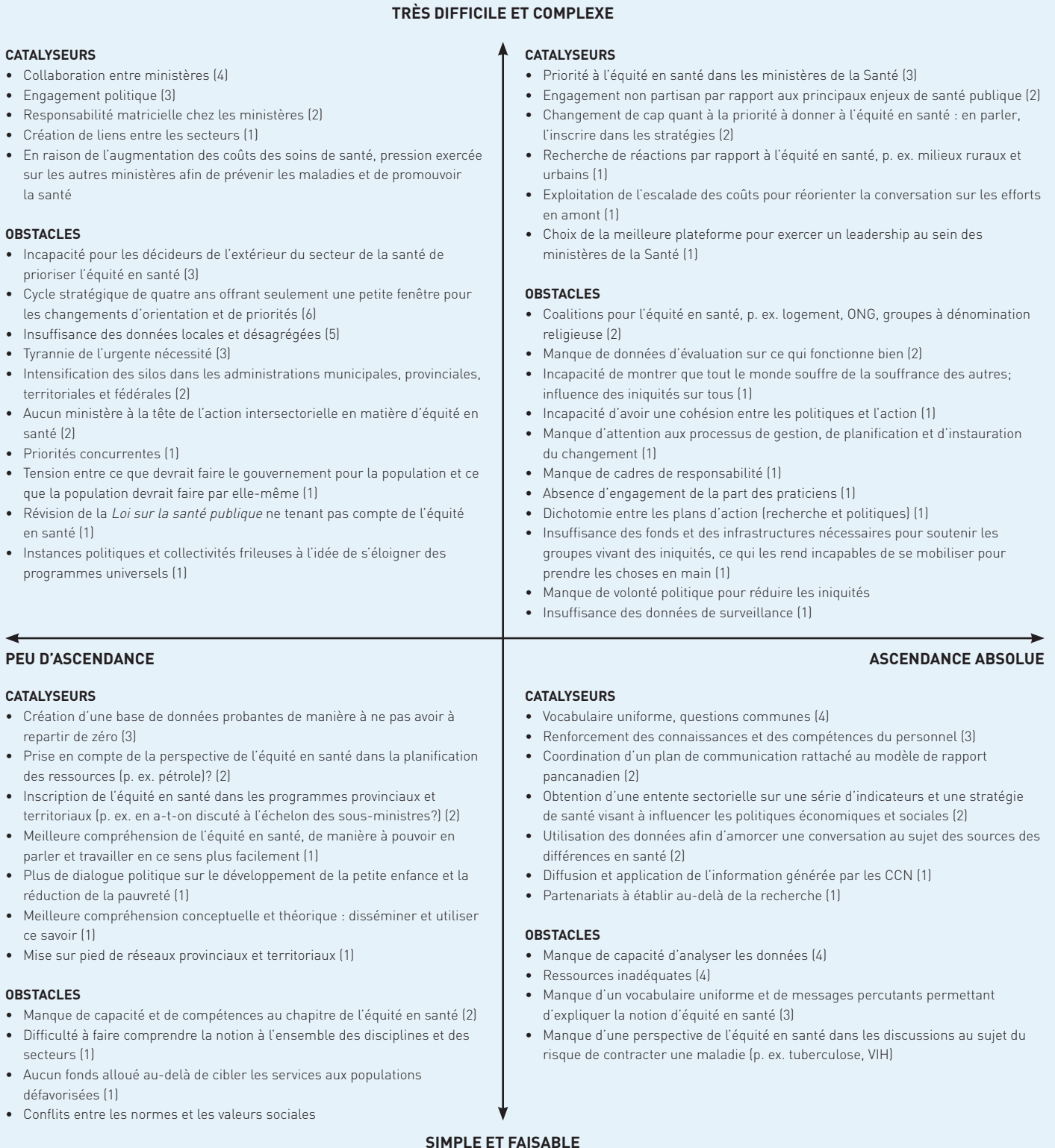
- exploiter l'enthousiasme actuel au chapitre de l'équité en santé;
- mieux asseoir les réseaux et la capacité de parler des leçons apprises;
- faire connaître et soutenir la volonté d'agir de la haute direction;
- harmoniser les priorités en matière d'équité en santé qui font l'unanimité partout au pays;
- mobiliser d'autres secteurs et d'autres partenaires;
- faire connaître et pousser davantage les quatre rôles que peut jouer la santé publique pour faire progresser l'équité en santé;
- appuyer les efforts déployés en matière de courtage du savoir pour combler les lacunes dans les compétences, la formation et les capacités;
- préciser le vocabulaire et les concepts liés à l'équité en santé;
- rendre un peu plus faciles les conversations difficiles.

Les participants ont formulé quelques commentaires à la lumière de la présentation de Connie Clement :

- La régie de la santé autochtone de la Colombie-Britannique semble très prometteuse, et il y aurait lieu de suivre son évolution de près.
- Faire passer le message de l'équité en santé aux chefs politiques constitue une démarche essentielle. Des notions de sciences politiques et de communications peuvent aider à ce titre.
- Les expériences de transformation sociale vécues dans les pays du Sud peuvent éclairer notre lanterne.
- Puisque les gouvernements ne sont pas toujours les mêmes, les acteurs de la santé publique peuvent s'appuyer sur les données pour protéger les acquis et susciter une volonté de changement encore plus grande. Les intervenants de la santé publique peuvent traduire l'intérêt et la volonté d'agir à l'intention des politiciens.
- L'exemple de la protection contre l'exposition à la fumée secondaire nous amène à penser qu'il serait sans doute plus facile d'entraîner un changement stratégique sur le plan local que sur les plans provincial et territorial.

Catalyseurs et obstacles à l'intégration de l'équité en santé dans les programmes, les politiques et les pratiques

En petits groupes, les participants ont ensuite abordé les questions des catalyseurs et des obstacles à l'intégration de l'équité en santé dans les programmes, les politiques et les pratiques. Les catalyseurs et les obstacles mentionnés ont ensuite été reportés dans les quadrants de la figure 1 en fonction de leur capacité de susciter une action dans le domaine nommé. Les éléments sont placés suivant le degré de consensus s'y rattachant^h.



^h Il y avait quatre groupes. Le plus haut degré d'entente entre les participants correspond alors au chiffre quatre, si les quatre groupes ont cerné le même problème et l'ont placé dans le même quadrant.

À la fin de l'exercice, les participants ont discuté des points suivants en faisant le lien avec les défis à relever :

- La *Loi canadienne sur la santé* confère la compétence en matière de santé des populations.
- Le secteur de la santé peut effectuer certaines analyses sociales. Comment en simplifier l'usage par les autres secteurs?
- Il y a un manque de volonté politique.
- Les problèmes locaux poussent l'action locale. Sur le plan provincial et territorial, les problèmes touchent davantage une corde sensible chez un parti politique ou un autre. Comment arriver à mettre de côté toute partisanerie?

Que reste-t-il à apprendre?

En petits groupes, les participants ont conclu que, si on arrivait à combler les lacunes suivantes par rapport à l'application des connaissances, on améliorerait du coup la capacité de la santé publique d'agir sur les déterminants sociaux de la santé. Les lacunes ont été regroupées en cinq thèmes.

Communication et conscientisation de la population

- stratégie de marketing social coordonnée;
- outils pour aider les praticiens de la santé publique à faire connaître leurs expériences à des personnes d'autres secteurs d'activité; façons de communiquer la notion que les iniquités ont des effets sur tout le monde;
- vocabulaire uniforme, quel que soit le secteur.

Connaissances et données

- surveillance permanente de l'équité en santé;
- collaborations continues pour les travaux de recherche et les processus décisionnels;
- savoirs expérientiel et traditionnel transposés en données;
- données d'intervention;
- volonté d'analyser les données dans les milieux urbains et ruraux;
- évaluation afin de surveiller les travaux.

Coordination et collaboration

- stratégies de mise en œuvre et de responsabilité afin de combler les lacunes en matière d'instauration des politiques;
- mandat du Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé.

Rôles et capacité de la santé publique

- valeurs fondamentales;
- appui soutenu au CCNDS;
- rôles bien définis des praticiens;
- lignes directrices en matière de plaidoyer (p. ex. subventions offertes par le Québec aux coalitions de plaidoyer).

Leadership et gestion du changement

- la description d'emploi du médecin hygiéniste couvre les activités de plaidoyer, mais il n'est pas aisé pour tout le monde d'exercer cette fonction;
- compétences en gestion du changement.

Utiliser les réseaux pour accroître l'application des connaissances et la capacité de la santé publique

Après la pause-déjeuner, Connie Clement s'est appuyée sur les travaux de recherche de June Holley²¹ pour décrire quatre types de réseaux et expliquer en quoi l'application des théories et des techniques de réseautage peut favoriser l'efficacité des organismes. En alimentant méthodiquement les réseaux officiels et officieux et les nouveaux réseaux, on peut favoriser l'application des connaissances et l'action en santé publique.

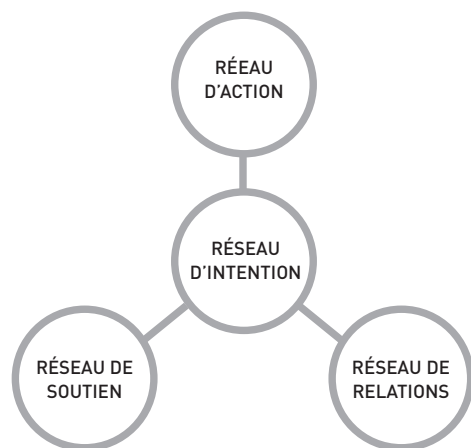


FIGURE 2 : TYPES DE RÉSEAUX

Les sciences sociales et la recherche commerciale montrent que les bons réseaux (soi-disant « intelligents ») peuvent aider à :

- accroître les communications et la sensibilisation à l'égard des relations;
- ouvrir la voie à de nouvelles ressources;
- accentuer et soutenir l'exercice d'un leadership;
- encourager la collaboration, l'innovation et l'apprentissage propres à des percées importantes;
- accroître l'inclusion et pacifier les discordes;
- mener à de meilleurs résultats;
- favoriser le rayonnement et l'impact.

Lors de la discussion en grand groupe, les personnes présentes ont nommé les réseaux associés à la santé publique qui sont bien placés pour aider à transformer la volonté exprimée en santé publique en gestes concrets pour l'équité en santé, soit les suivants :

- Conseil du Réseau pancanadien de santé publique, composé de cadres de direction de la santé publique et relevant de la Conférence des sous-ministres FPT de la Santé;

- Réseau pancanadien de santé publique, y compris ses comités directeurs sur les personnes et les communautés en santé et sur l'infrastructure de santé publique;
- Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé, parce qu'il est en mesure de collaborer avec d'autres secteurs (p. ex. production d'études de cas sur les expériences de cartographie à Montréal et à Saskatoon);
- Association canadienne de santé publique et sa *Revue canadienne de santé publique*, surtout le nouvel intérêt de la publication pour les praticiens-universitaires et le recoupement entre la recherche et la pratique; il a également été question de travailler en partenariat à l'élaboration de suppléments spéciaux.

Les participants ont également mentionné la possibilité de se joindre à des réseaux autres que ceux de la santé et de les influencer. On a d'ailleurs mentionné à ce titre l'exemple de l'Institut canadien des urbanistes, qui a entrepris des travaux connexes dans le cadre de sa participation au congrès « Les gens comptent ». On a également souligné l'intérêt de passer par les publications de divers réseaux et organismes, dont le Collège canadien des leaders en santé, de même que par la participation à des tables rondes, à des congrès et à des colloques organisés dans divers secteurs d'activité partout au pays en facilitant l'inscription des praticiens et des chercheurs de la santé publique.

Les rôles mis de l'avant par le CCNDS et par d'autres centres de collaboration nationale (CCN) ont également fait surface dans la conversation. On a par exemple considéré l'application des travaux de recherche à divers champs d'activité, ce qui pourrait s'effectuer en collaboration avec les chercheurs. Il faudrait multiplier les contributions à des livres de cours et l'inclusion



(L. TO R.) D^{re} Jocelyn Sauvé, INSPQ, Qc; Sabrina Broadhead, T.N.-O.; Emma Cohen, IRSC-ISPP

des notions dans les programmes de maîtrise en santé publique. Il y aurait lieu aussi d'encourager les intervenants de la santé publique à enrichir la base de données probantes. On s'est demandé à cet effet si les CCN étaient en mesure de soutenir la mise sur pied d'une base de données sur les pratiques prometteuses ou d'une plateforme où il serait possible d'échanger en ligne sur ses expériences professionnelles.

La suite de la conversation a porté sur les influences et les stratégies susceptibles d'intensifier les actions pour l'équité en santé. Les participants se sont dits d'avis que tous les intervenants de la santé publique devaient se garder au fait des réseaux sociotechniques et des mouvements sociaux, mieux faire usage des méthodes cartographiques et chercher à nouer des liens avec des partenaires multiples et diversifiés (p. ex. Centraide et d'autres organismes à but non lucratif). L'importance de l'apprentissage translocal¹ est revenue souvent

dans les commentaires des participants. Ceux-ci se sont demandé comment trouver les fonds et le soutien nécessaires pour prendre en charge les coûts des déplacements sur le terrain et d'une participation soutenue, peu importe la distance.

Les participants ont en outre souligné les gains et les pertes associés à la sectorisation des services de santé. Ils ont suggéré que des liens plus étroits avec les intervenants en soins primaires compensaient la distance comparable entre l'administration municipale et les groupes communautaires. Ils ont par ailleurs fait état de leur frustration à essayer de se faire reconnaître par le gouvernement en expliquant ne pas être mis au courant en début de processus des changements d'orientation ayant des effets directs sur la santé et les iniquités. Une personne s'est demandée s'il y avait place à l'amélioration dans les publications personnalisables aux partenaires potentiels ciblés.

¹ Le terme « translocal » se rattache à un concept qui a vu le jour dans les études sur les immigrants et la géographie sociale. Brickell et Datta²² définissent le mot comme se rapportant à une situation simultanée ayant lieu dans divers endroits à la fois. Le Berkana Institute, un organisme de changement communautaire, s'appuie sur le terme translocal pour définir sa théorie du changement (en anglais). Ses responsables sont d'avis qu'il n'existe aucune solution universelle aux difficultés de notre époque, c'est-à-dire l'accroissement de la pauvreté et de la maladie, l'inefficacité des systèmes à grande échelle et la dégradation de l'environnement. Cependant, il est possible de produire des effets généralisés si les gens travaillent localement sont en mesure d'apprendre les uns des autres, d'unir leurs efforts et de transmettre leurs connaissances à l'ensemble des collectivités. Ils ont observé qu'un changement de fond a lieu quand les actions locales s'harmonisent mondialement tout en préservant la culture, la couleur et les caractéristiques locales. Pour en parler, ils ont utilisé le terme « apprentissage translocal^{22, p. 4} ». Le terme fait aussi allusion aux notions d'évolutivité dans le contexte où il se révèle impossible de reproduire une intervention sans la modifier substantiellement en raison de la diversité des contextes.

Étapes de l'action

À la fin de l'atelier, les participants ont déterminé et passé au vote les mesures à prendre en priorité^j. La liste ci-dessous se veut le reflet des deux jours de présentations et de discussions. Même si elle donne une idée de la voie à suivre, elle ne constitue en rien un plan d'action. Elle est présentée par ordre du nombre de voix obtenu, en partant du plus grand au plus petit.

1. Faire plus souvent rapport des données sanitaires en fonction du gradient social, et faire connaître les interventions qui ont entraîné un nivellement du gradient.
2. S'intéresser plus sérieusement à la cartographie en utilisant le système d'information géographique.
3. Continuer de subventionner le CCNDS afin de maintenir en place une tribune permanente, dynamique et interactive sur l'équité en santé.
4. Inscrire l'équité en santé dans un plan stratégique axé sur la santé des populations.
5. Créer un modèle afin de faciliter l'intégration de l'équité en santé dans l'élaboration des rapports sur l'état de santé.
6. Effectuer l'analyse des données sur l'équité des partenaires provinciaux et territoriaux ayant ce genre de données.
7. Établir des partenariats afin de susciter une conversation pancanadienne au sujet de l'usage du vocabulaire et arriver à obtenir un consensus à cet effet, puis définir ce que l'on entend par équité en santé.
8. Exiger des équipes de recherche subventionnées un sommaire d'une page rédigé dans un langage vulgarisé que le public dans son ensemble pourrait comprendre.
9. Renforcer la capacité d'utiliser l'outil d'évaluation d'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) à l'échelle provinciale / territoriale
10. Renforcer chez l'ensemble du personnel la capacité de travailler dans le sens de l'équité en santé.
11. Embaucher des personnes de la collectivité et les charger d'accompagner le personnel de la santé publique responsable de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques et de programmes axés sur l'équité en santé.
12. Influencer l'orientation politique en montrant à la population l'avantage mutuel de prioriser les iniquités de santé.
13. Mobiliser les réseaux autour de la création de rôles précis et discrets que pourraient jouer les acteurs de la santé publique pour faire avancer l'équité en santé.
14. Porter l'équité en santé à l'attention du Comité directeur sur les personnes et les communautés en santé du Réseau pancanadien de santé publique afin d'assurer que le point fasse partie de ses discussions stratégiques.
15. Étendre la diffusion de la série « Parlons-en » (CCNDS) et incorporer les idées mentionnées dans la série dans les activités quotidiennes du personnel de la santé publique.
16. Inclure les plans de surveillance de l'équité en santé des régies régionales et locales de la santé dans les plans de surveillance préparés par les provinces et les territoires.
17. Mettre au point un processus qui serait fondé sur les données probantes pour alimenter la conversation au sujet de l'analyse des données de surveillance et du savoir expérientiel afin de comprendre les causes des iniquités.

^j Voir <http://www.liberatingstructures.com/12-2510-crowd-sourcing/> (en anglais) pour une description de la technique d'externalisation à grande échelle 25/10 employée pour générer les principales idées. En gros, chaque personne participante a inscrit sur une carte une action précise, puis toutes les cartes ont été remises de manière aléatoire aux participants qui ont classé et voté pour chacune des actions proposées sur une échelle de un à cinq. Cette méthode permet de saisir la réaction immédiate d'un groupe aux idées exprimées par les membres du groupe.



D^{re} Marjorie MacDonald, l'Université de Victoria, C.-B.

18. Promouvoir, par l'entremise du Réseau pancanadien de santé publique, un train de mesures que les provinces et les territoires pourraient mettre en œuvre pour faire avancer l'équité en santé. Par exemple :
 - une stratégie de marketing social coordonnée;
 - un mécanisme de surveillance de l'équité en santé;
 - l'usage d'un vocabulaire associé à l'équité en santé dans les normes de santé publique et l'évaluation du rendement, et la promotion de ce vocabulaire dans d'autres secteurs;
 - une démarche pour « la prise en compte de la santé dans toutes les politiques ».
19. Revoir l'ensemble des politiques de santé à la lumière de l'équité en santé et intégrer le vocabulaire associé à l'équité en santé dans toutes ces politiques.
20. Documenter et célébrer les efforts déployés et les défis relevés en matière d'équité en santé.
21. En collaboration avec le CCNDS, concentrer le travail du coordonnateur des disparités en santé [un poste en place dans un lieu précis] sur le renforcement de la capacité du personnel de la santé publique.
22. Pousser l'idée d'élaborer des indicateurs communs à utiliser dans l'ensemble des régions d'une province ou d'un territoire.
23. Faire rapport sur l'immunisation des enfants selon le quintile de revenu, puis montrer les tendances rétrospectivement et prospectivement.
24. Porter les rapports sur les iniquités de santé (p. ex. ICIS, ASPC) à l'attention du Conseil du Réseau pancanadien de santé publique.
25. Entamer la conversation au sujet du « besoin urgent de changer », car les coûts de santé s'accroîtront si on ne met pas l'accent sur l'équité en santé.
26. Choisir une question ou une collectivité de démonstration, et l'analyser en profondeur, depuis la détermination des iniquités jusqu'à l'évaluation des interventions.

Conclusion et prochaines étapes

Dans son mot de clôture, Connie Clement a souligné que le CCNDS transmettrait son rapport au bailleur de fonds (ISPP-IRSC). Elle a expliqué que son organisme s'inspirerait de l'atelier au cours de la prochaine année pour alimenter la conversation autour d'un programme commun qui préciserait la direction à prendre et orienterait les démarches pour y arriver. Un programme commun peut se révéler utile dans divers contextes et faire ressortir les problèmes et les étapes susceptibles de poser problème dans le champ d'action de la santé publique. Le CCNDS peut s'occuper d'entretenir les discussions ne nécessitant aucun engagement budgétaire autre que le temps pris par son personnel.

Certains participants ont demandé de prévoir un suivi dans un an, lors de la conférence de l'ACSP, et des mises à jour lors de forums, de congrès et de journées annuelles régionales comme TOPHC, JASP et PHABC. La personne représentant l'ISPP (IRSC) s'est dite intéressée à explorer certaines questions de recherche et d'intérêt à la lumière des discussions tenues pendant l'atelier. Les participants ont par ailleurs mentionné certaines ressources que disséminera leur organisme aux provinces et aux territoires [p. ex. deux récents rapports, l'un par le Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé (CCDSS)^k en collaboration avec un groupe consultatif intersectoriel relevant de l'ASPC, et l'autre par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) qui paraîtra sous peu et qui portera sur les tendances observées en matière d'équité en santé].

^k Publications du Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé : *Communiquer les déterminants sociaux de la santé : guide pour la création de messages communs*²³ et *Les racines de la résilience : aplanir les inégalités dans les communautés autochtones*²⁴.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *Le rôle de la santé publique dans l'amélioration de l'équité en santé : Parlons-en* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, 2013 [cité le 21 mai 2015], 6 p. À télécharger à l'adresse http://nccdh.ca/images/uploads/PHR_FR_Final.pdf.
2. Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse. *Normes de santé publique de la Nouvelle-Écosse 2011-2016 – Version 1.0* [Internet]. Halifax (N.-É.) : ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse, 2011 [cité le 21 mai 2015], 35 p. À télécharger à l'adresse http://novascotia.ca/dhw/publichealth/documents/Public_Health_Standards_FR.pdf.
3. Agence de la santé publique du Canada. *Vers l'équité en santé : approches canadiennes relatives au rôle du secteur de la santé* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada, avril 2014 [cité le 21 mai 2015], 46 p. À télécharger à l'adresse www.who.int/social_determinants/publications/64-03-Towards-Health-Equity-FR-FINAL.pdf.
4. Organisation mondiale de la Santé. *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé* [Internet]. Rio de Janeiro (Brésil) : Organisation mondiale de la Santé, 21 oct. 2011 [cité le 21 mai 2015]. 8 p. À télécharger à l'adresse www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_French.pdf?ua=1.
5. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *L'intégration des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé dans les pratiques de santé publique au Canada : Analyse du contexte en 2010* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, mars 2011 [cité le 21 mai 2015], 100 p. À télécharger à l'adresse http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Environ_Report_FR_150604_MM.pdf.
6. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *Aviver l'intérêt : Appliquer les connaissances pour faire avancer l'équité en santé – Analyse du contexte 2014* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, 2014 [cité le 21 mai 2015], 62 p. À télécharger à l'adresse http://nccdh.ca/images/uploads/Full_Analyse_du_contexte_2014.pdf.
7. Cohen, B.E., A. Schultz, E. McGibbon, M. VanderPlaat, R. Bassett, K. Germann, H. Beanlands, et L.A. Fuga. « A Conceptual Framework of Organizational Capacity for Public Health Equity Action (OCPHEA) ». *Revue canadienne de santé publique*. 2013, vol. 104, n° 3, p. e262 à e266.
8. MacDonald, M., T. Hancock, B. Pauly, et R. Valatis. « RePHS: Renewal of Public Health Services (RePHS) » [Internet]. Victoria (C.-B.) : Université de Victoria, Core Public Health Functions Research Initiative, date de publication inconnue [cité le 21 mai 2015]. À télécharger à l'adresse <http://www.uvic.ca/research/groups/cphfri/projects/currentprojects/rephs/> (en anglais).
9. Commission des déterminants sociaux de la santé. *Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* [Internet]. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé, 2009 [cité le 21 mai 2015], 264 p. À télécharger à l'adresse http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44083/1/9789242563702_fre.pdf.
10. Braveman, P., et S. Gruskin. « Defining equity in health ». *Journal of Epidemiology & Community Health*. Avril 2003, vol. 57, no 4, p. 254 à 258.
11. Whitehead, M., et G. Dahlgren. *Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health* [Internet]. Copenhague (Danemark) : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006 [cité le 21 mai 2015], 44 p. À télécharger à l'adresse http://www.who.int/social_determinants/resources/leveling_up_part1.pdf (en anglais).
12. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *English glossary of essential health equity terms* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, 2015 [cité le 28 mai 2015], 8 p. À télécharger à l'adresse http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Glossary_EN.pdf (en anglais).
13. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *Glossaire français des principaux termes sur l'équité en santé* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, 2015 [cité le 28 mai 2015], 8 p. À télécharger à l'adresse http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Glossary_FR.pdf.
14. Marmot, M., J. Allen, P. Godblatt, T. Boyce, Di McNeish, M. Grady, et I. Geddes. *Fair society, healthy lives: the Marmot review. Strategic review of health inequalities in England post-2010* [Internet]. [lieu de publication inconnu] : The Marmot Review, février 2010 [cité le 21 mai 2015], 242 p. À télécharger à l'adresse <http://www.instituteoftheequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report> (en anglais).

15. Pawson, R., T. Greenhalgh, G. Harvey, et K. Walshe K. (2005). « Realist review-a new method of systematic review designed for complex policy interventions ». *Journal of Health Services Research & Policy*. Juillet 2005, vol. 10, suppl. 1, p. 21 à 34.
16. Petticrew, M., P. Tugwell, V. Welch, E. Ueffing, E. Krisjansson, R. Armstrong, J. Doyle, et E. Waters. « Better evidence about wicked issues in tackling social health inequalities ». *Journal of Public Health*. Sept. 2009, vol. 31, no 3, p. 453 à 456.
17. Mantoura, P., S. Gendron, et L. Potvin. « Participatory research in public health: creating innovative alliances for health ». *Health & Place*. 2007, vol. 13, n° 2, p. 440 à 451.
18. Lemstra, M., C. Neudorf, et G. Beaudin. « Health disparity knowledge and support for intervention in Saskatoon ». *Revue canadienne de santé publique*. 2007, vol. 98, n° 6, p. 484 à 488.
19. European Commission. « Health inequalities in the EU: final report of a consortium » [Internet]. [place unknown]: European Commission, 2013 [cité le 7 oct 2015], 237 p. À télécharger à l'adresse: http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/healthinequalitiesineu_2013_en.pdf
20. Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Europe. *The equity action spectrum: taking a comprehensive approach. Guidance for addressing inequities in health* [Internet]. Copenhague [Danemark] : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2014 [cité le 21 mai 2015], 40 p. À télécharger à l'adresse http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/247631/equity-action-090514.pdf?ua=1 (en anglais) (résumé en français intitulé *Toute la gamme des actions menées en faveur de l'équité : une approche globale. Recommandations pour la lutte contre les inégalités dans le domaine de la santé*, repéré à l'adresse <http://www.euro.who.int/fr/publications/abstracts/equity-action-spectrum-taking-a-comprehensive-approach-the.-guidance-for-addressing-inequities-in-health-2014>).
21. Holley, J. *Network weaver handbook: a guide to transformational networks*. Première édition. Athens (Ohio) : Network Weaver Publishing, 2012, 376 p.
22. Brickell, K., et A. Datta. *Translocal geographies: spaces, places connections*. Royaume-Uni : Ashgate Publishing Limited, 2011, 240 p.
23. Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé. *Communiquer les déterminants sociaux de la santé : guide pour la création de messages communs* [Internet]. Ottawa (Ontario) : Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé, 23 octobre 2013 [cité le 28 mai 2015], 23 p. À télécharger à l'adresse <http://ccsdh.ca/fr/>.
24. Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé. *Les racines de la résilience : aplanir les inégalités dans les communautés autochtones* [Internet]. Ottawa (Ontario) : Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé, 12 décembre 2013 [cité le 28 mai 2015], 34 p. À télécharger à l'adresse http://publications.gc.ca/collections/collection_2015/aspc-phac/HP5-117-2013-fra.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des personnes participantes

Nom	Titre	Organisme
André Corriveau	Médecin hygiéniste en chef	Ministère de la Santé et des Services sociaux, Territoires du Nord-Ouest
Anita Moore	Directeur général	Santé Manitoba
Arlene King	Experte-conseil en santé publique mondiale	À titre individuel
Benita Cohen	Professeure agrégée	Université du Manitoba
Brian Emerson	Expert-conseil en médecine	Ministère de la Santé, Colombie-Britannique
Cathy O'Keefe	Directrice	Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador
Connie Clement	Directrice scientifique	Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS)
Cory Neudorf	Médecin hygiéniste en chef	Saskatoon Health Region
David Allison	Médecin hygiéniste régional	Régie de la santé de l'Est, Terre-Neuve-et-Labrador
Eilish Cleary	Médecin hygiéniste en chef	Ministère de la Santé, Nouveau-Brunswick
Emma Cohen	Gestionnaire en application des connaissances et en communications	Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC-ISPP)
Gaynor Watson-Creed	Médecin hygiéniste	Régie régionale de la santé Capital (CDHA), Nouvelle-Écosse
Gerry Gallagher	Directeur général par intérim	Agence de la santé publique du Canada (ASPC)
Hannah Moffatt	Population Health Equity Initiatives Leader	Office régional de la santé de Winnipeg (ORSW)
Heather Manson	Chef, promotion de la santé et prévention des blessures et des maladies chroniques	Santé publique Ontario (SPO)
Heather Morrison	Médecin hygiéniste en chef	Ministère de la Santé et du Mieux-être, Île-du-Prince-Édouard
James Talbot	Médecin hygiéniste en chef	Santé Alberta
Janelle Budgell	Coordonnatrice territoriale, programmes pour le mieux-être communautaire	Gouvernement du Nunavut
Jocelyne Sauvé	Vice-présidente associée aux affaires scientifiques	Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)
Kate Manson-Smith	Sous-ministre adjointe	Division de la promotion de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Ontario
Kathy Jones	Directrice des programmes de santé publique	Ministère de la Santé et du Mieux-être, Île-du-Prince-Édouard
Kimberley Blinco	Directrice, Pratique en santé publique et santé de la population	Ministère de la Santé, Nouveau-Brunswick
Louise Potvin	Professeure titulaire	Université de Montréal
Lydia Drasic	Directrice générale, Planification stratégique et initiatives provinciales en santé des populations	Provincial Health Services Authority (PHSA), Colombie-Britannique
Mana Herel	Gestionnaire, Intégration de l'équité en santé	Agence de la santé publique du Canada (ASPC)
Marjorie MacDonald	Professeure	Université de Victoria
Michael Routledge	Médecin hygiéniste en chef du Manitoba	Santé Manitoba
Robert Strang	Médecin hygiéniste en chef	Ministère de la Santé et du Mieux-être, Nouvelle-Écosse
Sabrina Broadhead	Directrice, Santé des Autochtones et mieux-être communautaire	Ministère de la Santé et des Services sociaux, Territoires du Nord-Ouest
Saqib Shahab	Médecin hygiéniste en chef	Ministère de la Santé, Direction de la santé de la population, Saskatchewan
Sume Ndumbe-Eyoh	Spécialiste du transfert des connaissances	Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS)

NOTES



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

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

Université St. Francis Xavier Antigonish, NÈ B2G 2W5
Téléphone : (902) 867-5406 Télécopieur : (902) 867-6130
ccnds@stfx.ca www.ccnds.ca