



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

EN SANTÉ PUBLIQUE, QUELS FACTEURS FACILITENT L'EXERCICE D'UN LEADERSHIP EFFICACE EN MATIÈRE D'ÉQUITÉ EN SANTÉ? Interrogation appréciative



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 est hébergé par l'Université St. Francis Xavier.

Citer le présent document comme suit :

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. [2013]. *En santé publique, quels facteurs facilitent l'exercice d'un leadership efficace en matière d'équité en santé? Interrogation appréciative*. Antigonish (N.-É.) :

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.

ISBN : 978-1-926823-45-4

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de l'Agence de la santé publique du Canada, qui finance le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS).

Les points de vue exprimés dans le présent document ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

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

A PDF format of this publication is also available in English at www.nccdh.ca under the title *What Contributes to Successful Public Health Leadership for Health Equity? An Appreciative Inquiry*

REMERCIEMENTS

Jane Underwood, de Underwood & Associates, a rédigé le présent rapport après avoir effectué ses propres recherches. Claire Betker et Sume Ndumbe-Eyoh, du Centre de collaboration nationale pour les déterminants de la santé, ont orienté les travaux. Trevor Hancock et Lynn Vivian Book, membres du groupe consultatif du projet, ont révisé le document.

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé remercie chaleureusement les leaders en santé publique qui ont accepté de consacrer de leur temps et de leurs connaissances lors des entrevues téléphoniques menées dans le cadre de la présente interrogation : Radhika Bhagat,

Vancouver (Colombie-Britannique); Lynn Vivian Book, St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador); Ted Bruce, Vancouver (Colombie-Britannique); Benita Cohen, Winnipeg (Manitoba); Cathy Crowe, Toronto (Ontario); Stasha Donahue, Fort MacLeod (Alberta); Trevor Hancock, Victoria (Colombie-Britannique); Alison Hill, Oxford (Royaume-Uni); Michelle LeDrew, Halifax (Nouvelle-Écosse); Stephanie Lefebvre, Sudbury (Ontario); Adeline Falk Rafael, Barrie (Ontario); Dennis Raphael, Toronto (Ontario); Irv Rootman, Vancouver (Colombie-Britannique); Joyce See, Oakville (Ontario).

Toute erreur de description ou d'interprétation doit être imputée à l'auteur.

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

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) est l'un des six centres de collaboration nationale (CCN) en santé publique au Canada. Créés en 2005 et financés par l'Agence de la santé publique du Canada, les CCN produisent de l'information pour aider les professionnels de la santé publique à améliorer leur gestion des menaces pour la santé publique, des maladies et des blessures chroniques, des maladies infectieuses et de l'iniquité en santé.

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

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION ET CONTEXTE	3
MÉTHODOLOGIE	3
RÉSULTATS	4
Activités de leadership efficaces axées sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé	4
Facteurs favorisant le leadership efficace	6
DISCUSSION	12
CONCLUSION	15
ANNEXE 1 – QUESTIONNAIRE D'ENTREVUE	16
BIBLIOGRAPHIE	17

INTRODUCTION ET CONTEXTE

Selon l'analyse du contexte menée en 2010 par le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) et qui comprenait un sondage en ligne, des groupes de discussion et des entrevues avec des informateurs clés¹, le leadership revêt une grande importance si l'on veut réussir à agir positivement sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé.

Il y a presque 20 ans déjà, on recensait dans la documentation les caractéristiques professionnelles précises associées au leadership en santé publique, dont les suivantes : une formation de base, une connaissance des problèmes et des programmes de santé publique, une formation en gestion et un climat moral favorable². Malgré cela, la majorité des personnes (75 %) qui ont répondu au sondage en ligne du CCNDS en 2012 ont souligné la nécessité de renforcer le leadership organisationnel et systémique¹. Dans de nombreux rapports connexes, les auteurs mentionnent que le développement du leadership est une priorité pour faire avancer l'équité en santé^{1,3-8}.

Il existe un leadership positif en matière d'équité en santé dans les organismes locaux et provinciaux ayant suivi cette voie tôt dans le processus. On s'entend en général pour dire que le leadership constitue une priorité. Cela dit, il y a très peu de consensus ou de données probantes sur les pratiques efficaces et sur les facteurs favorables ou limitatifs. Une consultation préliminaire auprès de médecins-hygiénistes de cinq provinces du Canada permet de conclure que les besoins en leadership sont très divergents⁹.

L'objectif de la présente interrogation appréciative consiste à cerner les facteurs ou les conditions influençant l'exercice d'un leadership efficace en santé publique afin d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé. On a mené des entrevues auprès de leaders canadiens en santé publique pour déterminer :

- les facteurs contribuant à appuyer le leadership, y compris les principaux facteurs améliorant et limitant la capacité des leaders d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé;
- les autres conditions nécessaires pour obtenir les résultats escomptés.

On a aussi tenté de trouver des exemples d'activités fructueuses et d'identifier d'autres leaders en santé publique qui interviennent favorablement sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé.

MÉTHODOLOGIE

Conception

On a eu recours au modèle d'interrogation appréciative^{10,11}, pour mener les entrevues téléphoniques. Selon ce modèle, en posant des questions sur les aspects positifs d'un organisme, on favorise la réflexion et on incite les personnes à penser à ce qui a fonctionné plutôt qu'aux expériences négatives¹². On a d'abord mis le questionnaire d'entrevue à l'essai auprès de trois leaders en santé publique pour l'évaluer. Aucune modification n'a été apportée au questionnaire par la suite (voir l'annexe 1 – Questionnaire d'entrevue).

Recrutement

On a sciemment eu recours à divers moyens pour recruter les participants. L'échantillon initial comprenait 15 leaders reconnus dans le domaine des déterminants sociaux de la santé nommés au moins à deux reprises dans l'analyse de contexte du CCNDS menée en 2010¹. On a interrogé 11 de ces personnes. Les quatre autres

avaient déjà participé à des projets avec la directrice scientifique du CCNDS. On a donc décidé de ne pas communiquer avec elles pour éviter la *fatigue du répondant*. Comme il a été mentionné dans la section *Conception* ci-dessus, l'équipe du projet a soumis le questionnaire d'entrevue à trois autres personnes considérées comme des leaders dans le domaine des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé. Ces trois leaders sont actifs sur les scènes locale, provinciale et internationale de la santé publique.

Participants

Les 14 personnes invitées ont accepté de répondre à l'interrogation. On a fixé des rendez-vous dans les deux semaines suivant l'invitation (taux de réponse : 100 %). Les participants proviennent de six provinces et d'un pays étranger (Royaume-Uni). Ils occupent l'un ou l'autre des postes suivants : président-directeur général, professeur, directeur, gestionnaire, spécialiste de la promotion de la santé, infirmière en santé publique et communautaire et retraité.

Entrevues

On a mené des entrevues téléphoniques semi-structurées en février et en mars 2012. Chaque entrevue a duré entre 45 et 60 minutes. L'animateur a expliqué aux participants que l'information serait colligée, et ces derniers ont accepté verbalement que leurs commentaires soient inclus dans le rapport. Étant donné qu'aucune modification n'a été apportée au questionnaire à la suite des trois entrevues pilotes, l'équipe du projet a jugé que l'information recueillie était valable et l'a ajoutée aux résultats avec le commun accord des participants.

Analyse

À la fin de chaque entrevue, l'animateur a lu son résumé écrit de l'entrevue puis a demandé au participant d'en confirmer la teneur. En raison des contraintes de temps, on n'a fait aucune tentative pour valider les données écrites. On a colligé les données des 14 entrevues. On les a ensuite analysées itérativement en respectant les normes reconnues de l'analyse de la théorie ancrée dans les données^{13,14}. La chercheuse a analysé et organisé les données recueillies en prenant soin d'en dégager les thèmes et les tendances. On a révisé l'analyse thématique dans le contexte de l'ensemble des données thématiques avant de simplifier les thèmes relevés. L'étape suivante a consisté à réviser les thèmes, à résumer les données puis à les comparer avec les notes d'entrevue pour s'assurer de mentionner toutes les suggestions importantes. On a ensuite finalisé les codes thématiques avant de procéder à l'interprétation des données.

RÉSULTATS

Activités de leadership efficaces pour influencer sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé

Au début des entrevues, les participants ont donné des exemples d'activités de leadership efficaces pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé (voir le tableau 1). Les exemples sont notamment les initiatives communautaires, les changements de politique dans les organismes professionnels bénévoles ou dans les agences de santé publique locales et régionales, des conférences, les ateliers et les programmes universitaires.

Tableau 1: exemples d'activités de leadership efficaces pour influencer sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé

EXEMPLE D'ACTIVITÉ DE LEADERSHIP EFFICACE POUR INFLUER SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ ET L'ÉQUITÉ EN SANTÉ*	DESCRIPTION DU RÔLE OFFICIEL DU PARTICIPANT LORS DE L'ACTIVITÉ
Programme de recherche et d'enseignement axé sur la justice sociale et l'équité en santé	Professor
Adoption par une agence de santé régionale d'un objectif associé à l'équité en santé qui montre un virage dans la culture organisationnelle et crée une nouvelle orientation qui élargit la portée du leadership au-delà de la santé publique pour agir sur les déterminants sociaux de la santé	Président-directeur général
Conférence sur les déterminants sociaux de la santé	Professeur
Initiative urbaine locale sur la pauvreté et la santé	Planificateur en santé
Création de comités indépendants pour traiter de la tuberculose, de l'itinérance, des désastres et des punaises de lit	Infirmière en santé publique et communautaire
Intégration de la perspective de l'équité dans le cadre des fonctions de base en santé publique de la Colombie-Britannique	Conseiller provincial en santé publique
Coalition régionale sur les déterminants de la santé associés à la pauvreté infantile menant à une conférence sur l'Alberta sans dettes	Spécialiste en promotion de la santé
Initiative communautaire axée sur la petite enfance et menée par des organismes communautaires	Infirmière en santé publique et communautaire
Intégration des déterminants sociaux de la santé dans les priorités de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario	Professeur
Profil de la santé en Angleterre – effort conjoint des neuf observatoires de la santé publique du Royaume-Uni	Directeur
Programme parental <i>Nobody's perfect</i>	Directeur de projet provincial
Efforts du Conseil de la Public Health Association of BC axés (7 à 8 ans) sur le renforcement des capacités en adoptant comme principaux thèmes les iniquités en santé	Membre d'un conseil d'administration
Unité internationale de promotion de la santé, Université de Toronto (dans les années 1990)	Professeur
Initiative communautaire de défense des droits des personnes sourdes	Gestionnaire en santé publique
Atelier visant à amener le personnel infirmier en santé publique à examiner son rôle en matière d'équité en santé	Gestionnaire en santé publique
Évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé à l'échelle communautaire	Gestionnaire en santé publique locale

* Certains participants ont fourni plus d'un exemple. Le titre du poste correspond au rôle que la personne jouait lors de l'activité.

Facteurs favorisant le leadership efficace

Les participants ont nommé des facteurs ou conditions qui contribuaient à un leadership efficace dans les exemples ci-dessus. Ils ont également proposé d'autres facteurs pour améliorer le leadership en matière de déterminants sociaux de la santé et d'équité en santé. Trois principaux thèmes sont ressortis de cet exercice : l'appui organisationnel, le rapprochement entre les activités organisationnelles et l'action communautaire et les compétences professionnelles.

Appui organisationnel

Les facteurs organisationnels les plus souvent mentionnés comme étant susceptibles de favoriser l'engagement des leaders se rapportent aux politiques, c'est-à-dire le budget, les stratégies en matière de ressources humaines, la collecte de données de grande qualité et le respect des politiques et des normes externes. Les organismes agissant en faveur de l'équité en santé affirment leur engagement à tous les échelons dans une vision clairement articulée qui s'aligne sur les valeurs de l'équité en santé et des objectifs et des résultats mesurables.

D'après les participants, un plus grand nombre d'organismes de santé publique devraient modifier leur culture organisationnelle ou leurs valeurs en adoptant des politiques plus équitables. Ils ont également souligné l'importance, pour les conseils d'administration et les hauts dirigeants, de manifester clairement leur engagement envers l'équité en santé. Pour ce faire, ils pourraient reconnaître que les grandes lacunes structurelles socioéconomiques contribuent à la pauvreté et¹⁵ déterminer les sources d'inégalité plutôt que de maintenir leur point de vue habituel – soit persister à croire que la pauvreté ne constitue qu'un facteur de risque pouvant être atténué sur le plan personnel ou familial en changeant des comportements ou en faisant plus d'efforts. De même, il faut instaurer d'autres mesures pour concrétiser les énoncés de vision des organismes qui sont axés sur les plus vastes déterminants de la santé et l'équité en santé – par exemple, en adoptant une perspective centrée sur l'accès et l'équité.

Budget

Parmi les conditions gagnantes, les participants ont parlé de fonds affectés expressément aux activités axées sur les déterminants sociaux de la santé. Dans l'exemple fourni, on avait utilisé les fonds pour élaborer des programmes organisationnels et communautaires. On avait également réservé un montant pour les activités intersectorielles communautaires et la recherche visant à encourager la prise d'initiatives. Les participants ont souligné l'importance de prévoir, dans les plans budgétaires, suffisamment de temps pour le perfectionnement professionnel, le développement communautaire, ainsi que le renforcement et le maintien des relations et des partenariats nécessaires.

Ressources humaines

Les organismes champions en matière d'équité en santé ont recruté et retenu un effectif compétent, dont un médecin-hygiéniste en chef très efficace. Dans ces organismes, on a adopté une approche de collaboration décentralisée qui favorise l'autonomie du personnel, la confiance et le respect. Les participants ont fait observer que, dans ces organismes, les membres du personnel constatent que les hauts dirigeants sont prêts à écouter les problèmes et à lutter contre les iniquités en santé. Ils savent qu'on les écouterait en raison de leurs liens étroits avec leur collectivité et de la confiance manifestée par les hauts dirigeants qui les perçoivent comme des leaders communautaires en matière d'équité en santé.

« Mon patron a confiance en moi. J'ai confiance en mon patron. Les gens ont confiance en moi. »

[Traduction libre]

Leader en santé publique

Le leadership organisationnel efficace encourage l'entraide, le mentorat par les pairs et le perfectionnement professionnel pour développer et maintenir les compétences. Les participants recommandent aux organismes de multiplier les possibilités de perfectionnement professionnel afin de maintenir leur capacité à agir sur l'équité en santé. Pour ce faire, ils doivent comprendre la pertinence des évaluations en santé par rapport à l'équité en santé.

Dans les universités, la permanence offre une sécurité d'emploi et une stabilité infrastructurelle. Les universités qui encouragent l'exercice du leadership appuient l'intégration de l'action politique dans la recherche universitaire, y compris dans la recherche sur les iniquités en santé. Les participants ont également suggéré que les universités réduisent la charge de travail du corps professoral pour lui donner le temps de faire une contribution universitaire dans le domaine de l'équité en santé et de la justice sociale. Ils ont expressément recommandé que les universités créent plus de postes menant à la permanence plutôt que d'augmenter le nombre de postes d'une durée d'une session, comme c'est la norme à l'heure actuelle.

Données sur la santé des populations

Les organismes universitaires et de santé publique qui agissent positivement sur les déterminants sociaux de la santé ont créé des systèmes de qualité pour recueillir des données sur la santé des populations ou pour y avoir accès. Ils fournissent également les ressources nécessaires pour broser efficacement un tableau convaincant et poignant des iniquités en santé en faisant le pont avec les données quantitatives.

Politiques et normes externes

Les participants ont fait observer que, dans la pratique en santé publique, les conditions, les partenariats et les politiques doivent être liés aux collectivités. Les organismes favorisant l'équité en santé veillent à enchâsser les évaluations pertinentes de l'équité en santé dans leurs programmes ou projets dès l'étape de la conception. En ce qui a trait aux normes provinciales et nationales, si elles sont respectées, les normes d'*Agrément Canada*¹⁶ pour les services et les partenariats en santé publique sont utiles. En retour, les organismes bénéficient de l'appui des autorités provinciales qui reconnaissent l'importance des iniquités en santé et des déterminants sociaux de la santé dans la planification des services et des programmes de santé publique. Les fonctions de base en matière de santé publique de la Colombie-Britannique¹⁷ en sont un exemple. Les participants ont toutefois mentionné que la capacité de leadership en santé publique serait plus adéquate si les gouvernements provinciaux offraient un meilleur appui et financement de base aux groupes professionnels provinciaux, comme les associations de santé publique ou les organismes dont le travail porte sur les compétences propres à une discipline (p. ex. les groupes de leaders infirmiers).

Les participants ont également suggéré d'améliorer le soutien national. Par exemple, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) pourrait offrir des subventions pour soutenir le renforcement des capacités et bonifier les *Compétences essentielles en santé publique au Canada*¹⁸ en incluant des compétences précises au chapitre de l'équité en santé. Également à l'échelle nationale, l'Association canadienne de santé publique pourrait offrir un meilleur soutien aux associations de santé publique provinciales. De même, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada pourrait publier un plus grand nombre de textes dans la revue *Infirmière canadienne* sur le travail relatif aux déterminants sociaux de la santé.

Rapprochement entre les activités organisationnelles et l'action communautaire

Au-delà des facteurs internes favorisant l'avancement de l'équité en santé, les participants ont insisté sur l'importance pour les organismes de santé publique de porter une attention particulière à la capacité communautaire externe. Un leader efficace relie les activités organisationnelles à l'action communautaire, établit des partenariats, bâtit des relations et déplace les rôles en santé publique dans la collectivité.

Prendre part à l'action communautaire

Selon les participants, les leaders en santé publique qui réussissent à agir positivement sur l'équité en santé participent à des programmes d'action communautaire en dehors des organismes de santé publique officiels. Ils ont signalé que, même si les bureaux de santé publique étaient dans certains cas incapables de fournir un soutien interne, ils ont parfois contribué à l'établissement de coalitions externes et encouragé d'autres organismes à s'occuper de conscientisation aux enjeux de l'équité en santé. Établir un lien avec l'action communautaire veut souvent dire faire partie d'une coalition ou d'un réseau communautaire inclusif ou rallier des collègues et d'autres partenaires communautaires partageant les mêmes convictions autour de la réalisation d'une même vision. Les leaders peuvent aussi utiliser une structure existante pour collaborer avec des partenaires afin de régler un problème de santé ou forger des partenariats avec de petits groupes de collègues partageant les mêmes valeurs.

« Les efforts de collaboration ont nécessité un leadership mesuré. »

[Traduction libre]

Directeur de la santé publique

Établir des partenariats et créer des liens

Les participants ont parlé de la nécessité de comprendre et de faire chevaucher les frontières entre leur organisme et les coalitions communautaires, de la réciprocité et de l'importance de faire entendre la voix la plus appropriée du partenariat au moment le plus opportun. Les partenariats offrent de nombreux avantages. Ils fournissent une plateforme à partir de laquelle les leaders professionnels, les personnes concernées et les plus petits organismes peuvent se prononcer librement sur les iniquités en santé. Ils peuvent aussi atténuer le problème de duplication et entraîner des retombées positives, notamment de nouvelles approches ou de nouveaux produits pour le bénéfice de l'ensemble de la collectivité. Un des exemples fournis est le nouvel outil de collecte de données sur la santé qu'ont produit en collaboration les districts de santé en vue de fournir des données comparables, cohérentes et exactes pouvant servir à la planification et à l'évaluation en matière d'équité en santé.

Les leaders efficaces qui passent par l'action communautaire pour promouvoir l'équité en santé reconnaissent que les partenariats sont dynamiques et que les rôles changent à mesure qu'avance le travail des partenaires pour réaliser les objectifs. Les participants ont par ailleurs fait observer que les réussites en matière d'équité en santé ont lieu à l'échelle locale et que les gens œuvrant en santé publique pourraient participer plus étroitement avec les collectivités à l'échange tant des solutions que des problèmes associés aux iniquités en santé.

La composante fondamentale de tout partenariat communautaire est l'établissement d'un climat de confiance où règnent le respect et la mutualité. Les leaders en santé publique créent des liens avec les champions de l'équité en santé d'organismes communautaires qui partagent les mêmes valeurs¹⁹. Les participants ont pris soin de mentionner qu'il faut du temps pour établir ces liens et que les employeurs doivent reconnaître que le processus peut se révéler tout aussi important que les résultats obtenus. Ils

ont ajouté que l'évaluation du processus et des résultats se révèle une mesure légitime du travail de collaboration. L'un des participants a tenu à souligner l'importance de se montrer proactif, d'interagir avec le public et de reconnaître que les professionnels et le public peuvent apprendre mutuellement.

Déplacer les rôles en santé publique dans la collectivité

Les leaders en santé publique peuvent porter divers chapeaux : agir comme porte-paroles crédibles, faire bénéficier les autres de leurs compétences en santé publique (voir *Compétences professionnelles* ci-dessous) et offrir un soutien financier. Ils font usage de compétences officielles et officieuses qui parlent à la collectivité sous la perspective de la santé. Par exemple, les bureaux de santé publique peuvent fournir les données de qualité nécessaires pour jeter la lumière sur l'importance d'agir sur un problème précis, comme la pauvreté ou l'itinérance. Ils peuvent aussi faire bénéficier les autres de leurs compétences techniques pour la conclusion d'ententes ou l'animation de groupes ou, encore, de leurs réseaux afin de donner un accès au personnel d'organismes établis. On a également souligné la nécessité de reconnaître les compétences communautaires et le fait que les leaders en santé publique ont beaucoup à apprendre des collectivités. En outre, on fait parfois appel aux grands bureaux de santé (où ces derniers forment des partenariats avec d'autres grands organismes) pour financer une coalition communautaire lorsque les plus petits organismes ne disposent pas des ressources humaines ou financières voulues.

Compétences professionnelles

On a sélectionné les participants à ce projet pour leur renommée à titre de leaders capables d'agir positivement sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé. D'après eux, un leader est crédible s'il a acquis les connaissances, les compétences et les attitudes nécessaires pour comprendre les enjeux associés aux déterminants sociaux de la santé et à l'équité en santé.

Connaissances

Les connaissances en leadership se définissent comme étant celles découlant de la formation et de l'expérience.

Formation

Les participants ont déclaré avoir reçu une formation de premier et deuxième cycles universitaires dans les disciplines suivantes : connaissances et terminologie relatives aux iniquités en santé; sensibilisation du public; études sur la santé et les politiques de justice sociale; importance des données fiables; vision holistique de la santé et déterminants de la santé mentale. Les participants ont également nommé des professeurs d'université et des directeurs de politiques gouvernementales qui avaient grandement contribué à leur formation. La plupart ont souligné l'importance de travailler à partir d'un cadre théorique comme celui de la théorie sociale critique qui renvoie à une vision structurelle de la société et des sources d'inégalités. Ils ont donné les exemples suivants : l'héritage de justice sociale laissé par Florence Nightingale, Lillian Wald et d'autres qui se trouve au cœur de la pratique infirmière en santé publique; l'indice du statut social à quatre facteurs de Hollingshead (1975)²⁰ et le cadre de travail pour la justice sociale élaboré par Cohen (2011)²¹.

« (Le personnel infirmier en santé publique) est sorti de sa zone de confort pour explorer d'autres secteurs où il a appris le langage des autres – p. ex. sécurité alimentaire et transport. »
[Traduction libre]

Directeur de projet provincial

La formation personnelle continue joue un rôle important dans le maintien des compétences professionnelles. Les participants ont recours à une série de stratégies pour maintenir leurs connaissances à jour : ils appartiennent à des organismes professionnels (associations en santé publique) et ils assistent aux conférences d'orateurs inspirants et à des activités gratuites (consulter à cet effet le système de cartographie Human Early Learning Partnership à l'adresse <http://earlylearning.ubc.ca/maps/>). Ils apprennent de leurs collègues qui évoquent le travail de personnalités historiques (Lillian Wald et Florence Nightingale) et de leaders (Virginia Henderson et Kristine Gebbie). Ils parcourent également les travaux de recherche universitaire de pointe ou la littérature grise sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2008²² ; Les infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada, 2011²³ ; Mikkonen et Raphael, 2010²⁴ ; ASPC, 2011²⁵).

Expérience

Les participants ont acquis leurs connaissances en exécutant diverses fonctions dans des postes de première ligne, de gestion, de direction et universitaire. Il y avait parmi les participants un travailleur social, un spécialiste en promotion de la santé, une infirmière en santé publique et un médecin en santé publique.

Compétences

Les leaders efficaces puisent à même les compétences qui font expressément appel aux connaissances de façon systématique. Les participants ont déclaré se fier à leurs solides compétences pour travailler avec les gens; communiquer adéquatement et faciliter les activités visant à renforcer la capacité des individus, des organismes et des collectivités; analyser constamment les enjeux sous la perspective de l'équité et de la justice sociale et tirer profit autant que possible des occasions qui se présentent. Ces leaders ont toutefois signalé la nécessité de renforcer le perfectionnement professionnel pour aller au-delà de la sensibilisation et préciser les mesures à prendre. On a souligné que même si certains professionnels – comme le personnel infirmier de la santé publique – savent ce qu'il faut accomplir pour faire avancer l'équité en santé, ils doivent continuer de renforcer et d'utiliser leurs compétences, surtout en ce qui concerne les enfants et les jeunes. Un participant a mentionné à titre d'exemple le recours aux nutritionnistes pour traiter des déterminants sociaux de la santé en raison de leur travail sur la sécurité alimentaire.

Compétences pour travailler avec les gens

Les leaders efficaces affirment prendre appui sur leur crédibilité auprès du public et sur leurs réseaux personnels. Ils savent comment collaborer avec les gens qui sont compétents pour travailler avec de petits groupes communautaires et de grands organismes. Un leader a parlé de la démarche de son organisme pour susciter la participation de chaque personne dans un groupe parce que « cela prend un village [pour agir sur l'équité en santé] ».

Compétences en communication

Les participants ont expliqué comment ils s'y prenaient pour transmettre des données sur la population et renseigner sur les conditions de vie, surtout pour présenter les répercussions des iniquités sur la santé. Ils se montrent prudents dans le vocabulaire employé, car l'expression *déterminants sociaux de la santé* peut être perçue comme restrictive et le terme *pauvreté* peut provoquer une vive réaction chez certaines personnes. En faisant preuve de prudence, ils évitent de perdre le concours d'alliés potentiels qui pourraient

autrement refuser de prêter main-forte par rapport aux enjeux importants. Les leaders font appel à tout un éventail d'aptitudes pour susciter l'engagement de champions. Par exemple, ils illustrent concrètement le problème de pauvreté en servant aux participants d'une même conférence des repas différents, soit un repas typique des gens à revenu faible, un autre typique des gens à revenu moyen et un dernier typique des gens à revenu élevé. Ils s'efforcent toujours de communiquer dans une perspective de justice sociale.

Compétences de facilitateur

Les leaders efficaces affirment utiliser des stratégies multiples pour atteindre leurs objectifs et adapter leur approche selon le contexte. Ils organisent par exemple un comité, des réunions individuelles, des présentations ou des ateliers. Ils peuvent changer de rôle, en passant de celui d'animateur à celui de participant. Dans leur propre organisme, ils cherchent à renforcer les compétences des membres du personnel et de leur organisme en général en matière de santé publique et de capacité communautaire. Ils enseignent et apprennent en ayant un esprit critique, tout en restant respectueux. Ils comprennent la complexité de la culture organisationnelle et communautaire, ce qui leur permet d'encourager un virage vers l'équité en santé tout en respectant le cadre établi. Ils sont capables de décortiquer stratégiquement un enjeu important (p. ex. la pauvreté) en activités gérables.

Capacité de tirer profit des possibilités

Les participants ont parlé du fait qu'ils repéraient les possibilités d'agir sur l'équité en santé. Ils se prononcent ouvertement et profitent des occasions qui se présentent pour renseigner les gens et faire valoir l'équité en santé. Ils s'appuient sur leurs connaissances des ressources existantes, en faisant parfois preuve de créativité au moment d'utiliser les ressources humaines et financières. Ils doivent comprendre le climat politique et parfois même combler des lacunes. Ils ont déclaré que la capacité d'envisager l'équité en santé dans le contexte actuel se révèle de toute première importance.

Attitudes

Les leaders ont des principes moraux, la capacité de prendre des risques, une passion, du dynamisme et de la motivation.

Principes moraux

De nombreux participants se sont dits concernés par les injustices. La plupart ont souligné faire leur possible pour y remédier. Certains ont par exemple affirmé que cette obligation morale s'inscrit dans leur code de déontologie. Certains aussi ont mentionné : « on s'attend à ce que le personnel infirmier défende les principes de la justice ». D'autres ont signalé que leur profession s'appuyait sur les principes établis par des personnalités historiques comme Florence Nightingale ou Lillian Wald et qu'il est ainsi contraire à l'éthique de ne pas agir.

Prise de risques

Les participants ont déclaré être à l'aise de prendre des risques et prêts à essayer des approches novatrices. Parallèlement, ils ont reconnu l'importance de la souplesse et de l'adaptation en fonction de l'endroit et du moment. Leurs décisions et leurs actions sont équitables et conformes aux perspectives de justice sociale et d'équité, qui font partie intégrante de leurs convictions personnelles.

« Les normes ontariennes en matière d'égalité d'accès en santé publique fournissent une ouverture stratégique. Nous pourrions identifier les gens vulnérables comme une population prioritaire. »

[Traduction libre]

Directeur de la santé publique

Passion, dynamisme et motivation

Les participants ont déclaré que leur passion et leur dynamisme étaient ce qui leur donnait la « volonté », la « persévérance » et le « courage de se prononcer ». Ils ont ajouté être motivés par un intérêt personnel et s'inspirer des théories et cadres conceptuels. Ils tiennent à contribuer positivement et sont d'avis que c'est aussi le désir des autres. Les participants cherchent depuis longtemps des moyens de lutter contre les iniquités. Ils ont parlé avec passion de leur travail de leaders, de leur participation au changement systémique et des efforts qu'ils déploient pour travailler en amont. Ils ont signalé être mus par un sentiment de responsabilité envers les collègues avec qui ils ont forgé des partenariats, mais aussi plus particulièrement envers les personnes marginalisées. Un professeur d'université a expliqué qu'il tenait à fournir des données probantes à ses collègues pour que ceux-ci puissent poursuivre leur travail.

DISCUSSION

Un plus grand nombre de professionnels de la santé publique doivent chercher à lutter contre les graves iniquités en santé qui existent au Canada aujourd'hui²⁶. À ce propos, il faut des leaders et du leadership efficaces en santé publique. Comme premier pas en ce sens, la présente étude porte sur l'analyse des activités de leadership fructueuses et sur les facteurs ou les conditions qui influencent l'exercice d'un leadership efficace en santé publique afin d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé. Ces résultats fournissent un point de départ pour renforcer la capacité de leadership en santé publique. Le CCNDS fera rapport séparément sur la portée de la documentation, sur les répercussions du leadership exercé en santé publique relativement aux déterminants de la santé et à l'équité en santé et sur les interventions visant à améliorer le leadership.

Appui organisationnel

Il faut des stratégies de développement organisationnel pour que les leaders compétents puissent travailler dans un cadre propice aux efforts visant à améliorer les résultats en santé en agissant sur l'équité en santé (voir l'annexe 2 – Liste de vérification). Les participants à la présente étude ont reconnu d'emblée que le leadership en matière d'équité en santé faisait partie de leur rôle. Le terme *rôle* se définit comme une « fonction assumée ou jouée par une personne... dans une situation en particulier »²⁷. Le terme renvoie également « à un droit, à une obligation, à un comportement attendu »²⁸. S'attend-on ou présume-t-on qu'il revient aux leaders en santé publique d'agir sur l'équité en santé comme l'avaient envisagé Virchow vers 1850 en Allemagne ou Lillian Wald vers 1934 à New York? Il semblerait que l'on ne considère pas cette approche comme étant courante au Canada²⁹. Bien que les chercheurs Falk-Rafael et Betker aient souligné l'existence dans les organismes de santé publique d'obstacles systémiques à la lutte contre les iniquités en santé, les participants ont souligné que les organismes peuvent appuyer leurs leaders en adoptant des politiques et des visions claires sur l'équité en santé en harmonie avec un point de vue structurel de la santé et en transmettant l'information au personnel et au public. Cette vision doit s'accompagner des ressources humaines et financières nécessaires pour agir sur l'équité en santé et inclure le perfectionnement des compétences, la collecte de données et l'analyse des iniquités en santé.

Rapprochement entre les activités organisationnelles et l'action communautaire

Les participants disent avoir un pouvoir d'influence allant au-delà de leur cadre de travail et être influencés par leurs interactions dans ce contexte. Ils s'appuient sur leurs relations communautaires et les données probantes issues de la documentation et des énoncés de politiques externes.

On pourrait renforcer les énoncés de politiques sur l'équité en santé. Par exemple, dans le préambule des *Compétences essentielles en santé publique au Canada*¹⁸, on mentionne les attitudes et les valeurs relatives à la justice sociale. Or, si on y ajoutait des énoncés explicites de compétences en matière de déterminants sociaux de la santé pour chacune des sept catégories, on clarifierait grandement le rôle de la santé publique^{31,32}. Certains documents publiés au Canada^{17,32,34} peuvent fournir l'appui stratégique requis par les leaders en santé publique pour intégrer dans leur rôle l'action sur les déterminants sociaux de la santé. Dans les *Normes de santé publique de l'Ontario*, par exemple, on souligne que les déterminants de la santé « jouent un rôle important dans la détermination de l'état de santé de toute la population » (p. 1), puis on propose un éventail d'activités pour réduire les iniquités en santé³⁵. Les organismes professionnels comme l'Association des infirmières et infirmiers du Canada²² affirment que conformément à leur code de déontologie, ils ont l'obligation de tenter d'agir sur les grands enjeux de justice sociale.

Des démarches nationales et provinciales plus cohérentes qui tiennent compte de la perspective de la justice sociale s'imposent. Elles viendraient confirmer aux organismes de santé publique et au public que le secteur de la santé publique a un rôle à jouer par rapport aux déterminants sociaux de la santé et à l'équité en santé. En retour, les organismes de santé publique pourraient avoir comme politique de montrer leur engagement envers l'action sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé dans leurs budgets, leurs stratégies de ressources humaines et leurs méthodes de collecte de données. Pour soutenir ces efforts, Benita Cohen²¹ a développé un outil d'évaluation qui sera disponible sous peu. Cet outil aidera les responsables en santé publique à tenir compte plus adéquatement de l'équité dans les programmes de promotion de la santé des populations; à développer des compétences en matière d'évaluation des répercussions sur la santé axée sur l'équité; à se pencher sur le rôle de la promotion de l'équité dans la pratique de santé publique et à élaborer des indicateurs par rapport à la capacité organisationnelle de la santé publique d'agir sur l'équité et la justice sociale.

Les participants ont souligné que leur contribution à des partenariats communautaires renforce la capacité communautaire de se prononcer en faveur des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé. Selon l'institut Wellesly : « l'importance du secteur communautaire réside dans sa capacité de répondre aux besoins locaux tout en travaillant à changer les conditions sociales et économiques plus larges qui entraînent ces disparités » (p. 2)³⁶ [traduction libre]. De toute évidence, les leaders en santé publique qui reconnaissent le lien entre les conditions socioéconomiques et les résultats de santé ont beaucoup à gagner en travaillant avec les collectivités. Les résultats de la présente interrogation suggèrent que l'on peut atténuer les iniquités en santé en incitant les professionnels de la santé publique à faire preuve de leadership en assumant divers rôles au sein des partenariats communautaires.

Compétence professionnelle

Le CCNDS saisit très bien la nécessité de renforcer le leadership organisationnel et systémique¹. L'efficacité du leadership organisationnel n'a toutefois d'égale que les compétences des professionnels qui travaillent dans les organismes. Il est essentiel de pouvoir compter sur une équipe de personnes passionnées et qualifiées possédant les compétences et les valeurs de base requises. Bien que les résultats de la présente interrogation appréciative confirment l'existence d'un leadership solide pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé, il importe de se doter d'un effectif plus important en ce sens. On pourrait demander aux leaders actuels de faire bénéficier la pratique et les universités de leur savoir en vue de former d'autres leaders efficaces en santé publique.

Les personnes prêtes à apprendre ont accès à de vastes connaissances sur l'équité en santé^{1,25,37}. Il importe que les leaders potentiels approfondissent également la théorie sociale critique et l'analyse éthique en matière de santé publique qui ont suscité très peu d'attention à ce jour³⁸, ainsi que les champs traditionnels en art et sciences de la santé publique, comme l'épidémiologie, l'immunologie, le développement communautaire, la promotion de la santé, la croissance humaine et le développement. Certaines de ces aptitudes et connaissances devraient s'enseigner dans les établissements d'enseignement officiels. Il est donc impératif de promouvoir davantage la formation en santé publique dans les programmes universitaires.

Cela dit, les professionnels de la santé publique doivent aller au-delà des connaissances et de la sensibilisation pour maîtriser les compétences et les attitudes nécessaires pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé. La présente interrogation a permis de dégager bon nombre des compétences en leadership qui sont favorables aux interventions efficaces dont l'esprit critique, mais respectueux, et la participation active à l'enseignement et à l'apprentissage.

Les leaders en santé publique peuvent servir de mentors au sein de leur organisme, faciliter le perfectionnement des compétences et alimenter la passion requise pour faire avancer l'équité en santé. Ils ont l'occasion d'utiliser leurs capacités en vérifiant l'information sur les iniquités auprès des praticiens de première ligne et de multiplier les retombées positives en aidant ces mêmes praticiens à développer leurs compétences en leadership. Les leaders d'expérience appuient les leaders potentiels en les enjoignant d'assumer leurs responsabilités morales et de reconnaître les occasions d'agir sur les obstacles à l'équité en santé. Les leaders efficaces peuvent allumer et alimenter la passion des praticiens de leur propre communauté de santé publique. Parallèlement, les leaders modernes – à tous les échelons – devront puiser dans leurs forces collégiales et personnelles pour prendre des risques et pour rassembler le courage voulu pour agir sur les iniquités observées dans nos collectivités²⁶. Les participants au projet semblent s'inspirer de multiples sources pour alimenter leur dynamisme, leur passion et leur motivation – que ce soit dans leur propre organisme, dans les groupes communautaires avec qui ils collaborent et dans l'apprentissage continu officiel et officieux.

CONCLUSION

Par l'entremise d'un leadership efficace en santé publique, nous pouvons réduire les inégalités sociales qui entraînent les iniquités en santé. Les exemples fournis par les participants confirment l'existence d'initiatives de leadership pouvant agir efficacement sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé. Les résultats, toutefois, indiquent également que l'on peut faire plus. Les participants ont défini les nombreux facteurs facilitant l'action – et la nécessité – d'élargir le leadership exercé par les professionnels de la santé publique afin d'intervenir sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé. Ils ont en outre souligné la grande importance, pour les professionnels de la santé publique, de mieux comprendre les cadres théoriques sous-jacents à la justice sociale s'ils veulent pouvoir se prononcer efficacement en faveur de l'équité en santé.

La recherche universitaire et les énoncés de politiques publiques peuvent grandement contribuer à confirmer la crédibilité des leaders et à soutenir leurs activités. Toutefois, ce sont les valeurs individuelles et organisationnelles qui alimentent les programmes de justice sociale. Les organismes qui inscrivent l'équité en santé dans leur mandat devront faire en sorte de disposer des ressources humaines et financières nécessaires pour améliorer et soutenir le dynamisme et l'engagement à l'égard de ce travail. Les participants ont affirmé que leur passion et leur conviction morale avaient préséance quand venait le temps de prendre les décisions qui s'imposent et de se prononcer en faveur de l'équité en santé au sein de leur collectivité.

Il est clair que d'autres programmes d'enseignement et de mentorat destinés aux professionnels de la santé publique les aideraient à mobiliser le dynamisme et la responsabilité morale des effectifs œuvrant en santé publique au Canada pour lutter contre les iniquités en santé. En raison des différentes cultures organisationnelles et des divers contextes professionnels en santé publique, il est nécessaire d'approfondir la recherche sur les approches efficaces pour développer le leadership afin d'aider les organismes et les centres universitaires à contribuer à la formation d'un plus grand nombre de professionnels en mesure de lutter contre les graves iniquités en santé qui existent actuellement au Canada.

ANNEXE 1 – QUESTIONNAIRE D’ENTREVUE

Guide d’entrevue sur le leadership en santé publique

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé

Dans la plupart des rapports, y compris dans le rapport de Butler-Jones (2008), on précise que le leadership en santé publique est nécessaire pour faire avancer l’équité en santé. Dans le sondage en ligne mené par le CCNDS en 2010, 75 % des participants ayant répondu à la question sur les besoins et les lacunes ont souligné la nécessité d’avoir un leadership organisationnel et systémique plus solide. Il existe déjà un leadership efficace au sein des provinces et des organismes qui ont pris les devants en matière d’équité en santé. Toutefois, même si on s’entend pour dire qu’il s’agit d’une priorité, il y a très peu de consensus ou de données probantes sur ce qui constitue un leadership efficace et des pratiques et facteurs favorables ou contraignants. Une consultation préliminaire auprès de médecins-hygiénistes de cinq provinces permet de penser que les besoins en leadership sont très divers (Connie Clement, février 2010, communication personnelle). Par conséquent, le CCNDS a déterminé que le leadership en santé publique est une priorité.

L’initiative en matière de leadership en santé publique du CCNDS comporte deux objectifs : 1) déterminer quels facteurs influencent un leadership individuel et organisationnel efficace en matière de déterminants sociaux de la santé et d’équité en santé et 2) recenser les outils et les stratégies favorables à l’exercice d’un leadership en santé publique pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et l’équité en santé.

On a formulé les questions qui suivent à l’aide d’un cadre d’interrogation appréciative. Ce type de démarche permet de l’accent sur ce qui fonctionne le mieux dans les organismes plutôt que sur ce qui ne fonctionne pas (Cooperrider et autres, 2003). Elle permet également de dégager une série d’énoncés fondés sur l’expérience et les résultats qui décrivent le rendement optimal d’un organisme et les mesures possibles pour optimiser davantage ce rendement.

QUESTIONS

1. Décrivez les circonstances dans lesquelles vous ou votre organisme avez mené une activité qui a permis d’agir favorablement sur les déterminants sociaux de la santé et l’équité en santé.

2. Pourquoi ces efforts ont-ils fonctionné? (Quels étaient les facteurs ou les conditions ayant contribué le plus à la réussite de votre expérience?) Posez des questions sur les pratiques individuelles et le rôle de l’organisme.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Quels sont les trois facteurs ou conditions les plus importants dans la liste ci-dessus?

3. Quels autres facteurs, éléments ou conditions pourraient vous aider à atteindre vos objectifs?

- 1.
 - 2.
 - 3.

4. Selon vous, devrions-nous parler à une autre personne de votre organisme ou d’un autre organisme?

REFERENCES

- 1 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.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier (Canada), 2011 [cité le 14 mars 2013], 84 p. Récupéré à l'adresse <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/scan>.
- 2 Roemer, M.I. « Higher education for public health leadership ». *International Journal of Health Services*, 1993, vol. 23, n° 2, p. 387-400.
- 3 Commission des déterminants sociaux de la santé. *Comblant le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux*. [Internet]. Genève : Organisation mondiale de la Santé (CHE), 2008 [cité en mars 2013], 287 p. Récupéré à l'adresse http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/index.html.
- 4 Koh, H.K. et M. Jacobson. « Fostering public health leadership ». *Journal of Public Health*, 2009, vol. 31, n° 2, p. 199-201.
- 5 Koh, H.K. et J.M. Nowinski. « Health equity and public health leadership ». *American Journal of Public Health*, avril 2010, vol. 100, n° S1, p. S9-S11.
- 6 Agence de la santé publique du Canada. *Réduction des inégalités en santé : un défi de notre temps* [Internet]. Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada, 2011 [cité le 14 mars 2013], 8 p. Récupéré à l'adresse http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/aspc-phac/HP35-22-2011-fra.pdf.
- 7 U.S. Department of Health and Human Services. « Healthy People 2010. ». 2^e éd. Washington, (DC) : États-Unis, Government Printing Office, novembre 2000.
- 8 Organisation mondiale de la Santé. Soixante-deuxième Assemblée mondiale de la santé : procès-verbaux et rapports des commissions [Internet]. Genève (CHE) : Organisation mondiale de la Santé, 2009 [cité en mars 2013]. Récupéré à l'adresse <http://www.who.int/mediacentre/events/2009/wha62/fr/index.html>.
- 9 Clement, Connie (Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Antigonish, N.-É.). Conversation avec Jane Underwood (Underwood & Associates), février 2010.
- 10 Cooperrider, D.L. et D. Whitney. *A positive revolution in change: appreciative inquiry* [Internet]. Brouillon 1999 [cité le 14 mars 2013]. Récupéré à l'adresse <http://appreciativeinquiry.case.edu/uploads/whatisai.pdf>.
- 11 Reed, J. *Appreciative inquiry for change: research for change*. Thousand Oaks (Canada) : Sage, 2006.
- 12 Knibbs, K., J. Underwood, M. MacDonald, B. Schoenfeld, M. Lavoie-Tremblay, M. Crea-Arsenio, D. Meagher-Stewart, L.L. Stamler, J. Blythe et A. Ehrlich. « Appreciative inquiry: a strength-based research approach to building Canadian public health nursing capacity ». *Journal of Nursing Research*, 2012, vol.17, n° 5, p. 484-494.
- 13 Miles M.B. et A.M. Huberman. *Qualitative data analysis*. 2^e éd. Newbury Park (Canada) : Sage, 1994.
- 14 Frechtling, J. et L. Sharp L (éd). *User-friendly handbook for mixed method evaluations* [Internet]. Arlington (VA) : National Science Foundation, août 1997, chapitre 4, « Analyzing qualitative data » [cité le 14 mars 2013], [2 écrans]. Récupéré à l'adresse http://www.nsf.gov/pubs/1997/nsf97153/chap_4.htm.
- 15 Rank, M.R., H.S. Yoon et T.A. Hirschl. « American poverty as a structural failing: evidence and arguments ». *Journal of Sociology and Social Welfare*. 2003, vol. 30, n° 4, p. 3-29.
- 16 Agrément Canada. *Normes de santé publique* [Internet]. Ottawa (Ontario) [cité en mars 2013]. Récupéré à l'adresse <http://www.accreditation.ca/fr/content.aspx?pageid=316&langType=3084>.
- 17 Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. *Core public health strategies* [Internet]. Victoria (C.-B.) [cité en mars 2013]. Récupéré à l'adresse <http://www.health.gov.bc.ca/public-health/strategies>.
- 18 Agence de la santé publique du Canada. *Compétences essentielles en santé publique au Canada : version 1.0* [Internet]. Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada, septembre 2007 [cité le 14 mars 2013], 25 p. Récupéré à l'adresse http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/ccph-cesp/about_cc-appropos_ce-fra.php
- 19 Raphael, D. *Beyond positivism: public scholarship in support of health*. Antipode [Internet], juin 2008 [cité en mars 2013], vol. 40, p. 404-413. Récupéré à l'adresse <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8330.2008.00607.x/pdf>.
- 20 Hollingshead, A.B. *Four factor index of social status*. New Haven (CT) : Université Yale, Département de sociologie, 1975.
- 21 Cohen B. *Developing a conceptual framework of public health organizational capacity for action to promote health equity* [Internet]. Affiche présentée à l'Association canadienne de santé publique, conférence 2011, juin 2011 [cité en mars 2013], Montréal (Canada). Récupéré à l'adresse <http://resources.cpha.ca/CPHA/Conf/Data/2011/A11-566ae.pdf>

- 22 Association des infirmières et infirmiers du Canada. *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Ottawa (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers du Canada, juin 2008, 57 p.
- 23 Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada. *Modèle et normes de pratique des soins infirmiers en santé communautaire au Canada* (éd. rév.). Toronto (Ontario) : Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada, 2011.
- 24 Mikkonen, J. et D. Raphael. *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes* [Internet]. Toronto (Ontario), École de gestion et de politique de la santé de l'Université York, 2010 [cité le 14 mars 2013], 62 p. Récupéré à l'adresse http://www.thecanadianfacts.org/Les_realites_canadiennes.pdf.
- 25 Agence de la santé publique du Canada. *Réduction des inégalités en santé : un défi de notre temps* [Internet]. Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada, 2011 [cité le 14 mars 2013], 8 p. Récupéré à l'adresse http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/aspc-phac/HP35-22-2011-fra.pdf.
- 26 Indice canadien du mieux-être. *Comment les Canadiennes et les Canadiens se portent-ils véritablement? Rapport de l'ICMÉ de 2012* [Internet]. Waterloo (Ontario) : Indice canadien du mieux-être, octobre 2012 [cité en mars 2013], 72 p. Récupéré à l'adresse https://uwaterloo.ca/indice-canadien-du-mieux-etre/sites/ca/indice-canadien-du-mieux-etre/files/uploads/files/2012CIWreport_FR.pdf.
- 27 Le Robert (éd). *Le Petit Robert 2012 : Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris (France), 2012. 2837 p.
- 28 Wikipédia [Internet]. « Rôle social » [définition] [cité le 7 mars 2013], [environ un écran]. Récupéré à l'adresse http://fr.wikipedia.org/wiki/Rôle_social.
- 29 VanderPlaat, M. et N. Teles. « Mainstreaming social justice: human rights and public health ». *Canadian Journal of Public Health* [Internet], 2005 [cité en mars 2013], vol. 96, p. 34-36. Récupéré à l'adresse <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view/587/587>.
- 30 Falk-Rafael, A. et C. Betker. « Witnessing social injustice downstream and advocating for health equity upstream: 'the trombone slide' of nursing ». *Advances in Nursing Science* [Internet], avril et juin 2012, [cité en mars 2013], vol. 35, n° 2, p. 98-112. Récupéré à l'adresse http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Fulltext/2012/04000/Witnessing_Social_Injustice_Downstream_and.3.aspx.
- 31 Edwards, N.C. et C. MacLean Davison. « Social justice and core competencies for public health: improving the fit ». *Canadian Journal of Public Health* [Internet], avril et mars 2008 [cité en mars 2013], vol. 99, n° 2, p. 130-132. Récupéré à l'adresse <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view/1616/1805>.
- 32 Centre de collaboration nationale des déterminants sociaux de la santé. *Compétences essentielles en santé publique au Canada : Analyse et comparaison du contenu relatif aux déterminants sociaux de la santé* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier (Canada), 2012 [cité le 14 mars 2013], 19 p. Récupéré à l'adresse http://nccdh.ca/images/uploads/Core_competencies_FR_121001.pdf.
- 33 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. *Normes de santé publique de l'Ontario 2008* [Internet]. Toronto (Ontario), ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario [Canada], 2008 [cité en mars 2013]. 53 p. Récupéré à l'adresse http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/ophs_2008f.pdf.
- 34 Simces, Z. et S. Ross. *Core and technical competencies for public health in BC: phase 1 needs assessment final report* [Internet]. Victoria (C.-B.), Public Health Association of British Columbia [CA], 2008 [cité en mars 2013]. Récupéré à l'adresse http://www.phabc.org/files/headlines/Final_Report_Core_and_Technical_Competencies_08.pdf.
- 35 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. *Normes de santé publique de l'Ontario 2008* [Internet]. Toronto (Ontario), ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario [Canada], 2008 [cité en mars 2013]. 53 p. Récupéré à l'adresse http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/ophs_2008f.pdf.
- 36 Danaher, A. *Reducing disparities and improving population health: the role of a vibrant community sector* [Internet]. Toronto (Ontario) : Wellesley Institute [Canada], août 2011, [cité en mars 2013]. Récupéré à l'adresse <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2011/10/Reducing-Disparities-and-Improving-Population-Health.pdf>.
- 37 Wilkinson, R. et M. Marmot, éditeurs. *Social determinants of health: the solid facts* [Internet]. 2^e éd., Organisation mondiale de la Santé, Copenhague, Bureau régional européen, 2003 [cité en mars 2013], 31 p. Récupéré à l'adresse http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf.
- 38 MacDonald, M. « The ethics of public health », dans Storch, J., P. Rodney et R. Starzomski, éditeurs. *Toward a moral horizon: nursing ethics for leadership and practice*. Don Mills (Ontario) : Pearson Education Canada, 2012, p. 398-429.



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ (CCNDS)
Université St. Francis Xavier Antigonish, N-É B2G 2W5
ccnds@stfx.ca www.ccnds.ca