

REPENSER LA RÉPARTITION DU POUVOIR POUR FAVORISER L'ÉQUITÉ EN SANTÉ : PARLONS-EN

SUPPLÉMENT 2 - LES RÔLES DE LA SANTÉ PUBLIQUE DANS LA CORRECTION DES DÉSÉQUILIBRES DU POUVOIR DANS LE CONTEXTE CANADIEN : SOMMAIRE DES ENTRETIENS ET RÉFLEXIONS

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1	RÔLES ET MESURES DE LA SANTÉ PUBLIQUE POUR CORRIGER LES DÉSÉQUILIBRES DU POUVOIR	5
CONCEPTIONS ET SOURCES DU POUVOIR	2	CONCLUSION	7
DÉTENTEURS DU POUVOIR À L'HEURE ACTUELLE	3	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	8
POLITIQUES ET PRATIQUES ENTREtenant LES DÉSÉQUILIBRES DU POUVOIR	4	REMERCIEMENTS	8
EFFORTS DÉPLOYÉS À L'HEURE ACTUELLE EN SANTÉ PUBLIQUE AU CANADA ET CONTRIBUANT AU RENFORCEMENT DU POUVOIR	5		

Le présent document est le deuxième d'une série de trois suppléments produits pour approfondir les sujets abordés dans *Repenser la répartition du pouvoir pour favoriser l'équité en santé : Parlons-en*¹. Les deux autres sont le *Supplément 1 – La base des connaissances nécessaires pour faire face au déséquilibre du pouvoir comme cause profonde des inégalités de santé*² et le *Supplément 3 – Les autres cadres utiles à la conceptualisation et à l'analyse du pouvoir*³.

INTRODUCTION

Le concept de pouvoir influe considérablement sur l'état de santé et l'équité en santé. Les chercheurs théorisent sur le sujet depuis de nombreuses années. La notion est en outre prise en compte de plus en plus souvent et de diverses façons dans le domaine de la santé publique aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie. Nous cherchons dans le présent document à comprendre l'interprétation donnée à la notion de pouvoir dans le contexte canadien. Nous y analysons les thèmes qui se sont dégagés des 16 entretiens menés avec des praticiens et des organisateurs communautaires du milieu de la santé publique au Canada afin de connaître la mesure dans laquelle la notion de pouvoir est admise et prise en considération en santé publique et en santé communautaire au pays.

Remarque concernant la méthode

Les entretiens ont eu lieu entre décembre 2021 et mars 2022. La liste des personnes participantes s'est précisée à mesure qu'avancait le processus. Nous avons commencé par nous entretenir avec les membres, actuels et anciens, du conseil consultatif du CCNDS, et nous avons poursuivi sous l'effet d'entraînement jusqu'à 16 échanges de points de vue.

Une série de questions prédéterminées a guidé tous les entretiens. Il ne s'agissait pas de suivre le questionnaire à la lettre, mais plutôt d'engager une discussion sur un mode conversationnel. Les questions portaient sur des sujets allant de la conception du pouvoir en général jusqu'aux cadres théoriques et aux outils servant actuellement à conceptualiser le pouvoir, en passant par les sources du pouvoir et des inégalités, les rôles des divers ordres de gouvernement et de la santé publique pour repenser la notion de pouvoir et les principales politiques et pratiques influant sur les déséquilibres du pouvoir. Nous avons aussi posé des questions afin de savoir si le pouvoir avait servi dans certains cas à faire avancer l'équité en santé dans le contexte canadien.

CONCEPTIONS ET SOURCES DU POUVOIR

Comme il est expliqué dans les documents *Repenser la répartition du pouvoir pour favoriser l'équité en santé : Parlons-en*¹ et *Supplément 3 – Les autres cadres utiles à la conceptualisation et à l'analyse du pouvoir*³, une multiplicité de conceptions du pouvoir et d'applications possibles de la notion dans les pratiques ressortent de la littérature. Nos entretiens nous ont amenés à en déduire que les praticiens et les références dans le domaine avaient eux-mêmes des conceptions tout aussi différentes du pouvoir.

Une bonne partie des personnes ayant participé aux entretiens associent le pouvoir à la capacité de définir ou d'influencer la réalité et de véhiculer une vision, à la manière de Martin Luther King, qui définissait le pouvoir comme étant l'aptitude à réaliser un but et à amener un vent de changement⁴. Elles sont en outre d'avis que le pouvoir opère sur de nombreux plans, c'est-à-dire non seulement sur le plan interpersonnel, institutionnel et structurel, mais aussi sur les plans individuel et collectif. Parmi elles, certaines ont apporté des précisions sur chacun des plans, parfois en ajoutant qu'il y aurait lieu de créer des cadres pour montrer les liens entre eux. Une personne a dit être convaincue de l'importance de commencer par amener les individus à croire en leur propre pouvoir avant de chercher à renforcer le pouvoir communautaire, bien que d'autres divergeaient d'opinion. Le pouvoir communautaire et collectif revenait plus fréquemment dans la conversation comme étant l'élément essentiel à l'avènement d'un changement structurel. Des mots d'une des personnes participantes : « Le véritable pouvoir s'affirme lorsque les choses sont créées ensemble »—sans oublier qu'il faut un véhicule (p. ex., un organisme) pour maintenir et soutenir le pouvoir collectif.

Les personnes participantes ont débattu de la continuité de la dynamique du pouvoir, introduite et perpétuée par les systèmes d'oppression que sont par exemple le racisme structurel, le capitalisme et le colonialisme. Elles ont affirmé que le « pouvoir sur » s'exerce depuis des générations par les peuples colonisateurs du Canada et qu'il a entraîné de très graves séquelles. Pour elles, le capitalisme (plus particulièrement le capitalisme néoclassique et néolibéral), le racisme, l'impérialisme et le colonialisme constituent des formes de pouvoir structurel. Elles les ont spécifiquement mentionnés comme étant des outils utilisés pour extraire les richesses des peuples et de la terre, ce qui est susceptible d'amener les personnes aux commandes de l'extraction à posséder encore davantage de pouvoir. Il faut des processus comme ceux de vérité et de réconciliation⁵, fondés sur la reconnaissance des dommages causés par de tels systèmes et la sensibilisation à ces effets négatifs, pour s'attaquer à de telles formes de pouvoir.

Les praticiens et les références dans le domaine ont mentionné être d'avis que les relations pour détenir le pouvoir, et les types de relations—entre les gens, entre les collectivités et avec la terre—laissent paraître envers qui vous êtes responsable et avec qui vous êtes responsable. Plus la personne entretient des liens grâce à ses réseaux de contacts, plus son pouvoir est grand.

De nombreuses observations ont porté sur des cadres théoriques facilitant la compréhension du concept de pouvoir. Un individu a décrit le spectre des pouvoirs selon une perspective communautaire comme suit : « Nous n'existons pas. Nous existons, mais ne comptons pas. Nous comptons, mais seulement jusqu'à un certain point. Nous sommes incontournables. » Un autre a parlé du cadre de coalition en matière de plaidoyer (Advocacy Coalition Framework⁶) et suggéré de l'utiliser pour réfléchir sur le pouvoir. Le cadre fait référence aux six éléments suivants : donner un sens aux données probantes en fonction des valeurs des individus; former les opinions; formuler les convictions personnelles au sujet des problèmes et des solutions; établir la voie à suivre, puis mobiliser les éléments—les données probantes, l'opinion publique, les communications, le programme et les coalitions—afin de forcer la classe politique à réagir. Cela s'apparente au cadre des trois faces du pouvoir décrit dans *Repenser la répartition du pouvoir pour favoriser l'équité en santé : Parlons-en*¹.

Certaines personnes ont en outre abordé la question de l'influence de notre vision du monde sur notre perception du pouvoir, évoquant ainsi intuitivement la troisième face du pouvoir. Les données probantes et les connaissances figurent parmi les formes de pouvoir citées. Cela dit, il importe de rappeler que, de nos jours, les croyances (souvent cachées ou implicites) au sujet de ce qui constitue des données probantes légitimes et des porteurs de connaissances légitimes vont dans le sens des structures de pouvoir qui entravent la progression vers l'équité. Il ressort des entretiens (et de la littérature) que les visions du monde entrent parfois bien davantage en ligne de compte que les données scientifiques parce que le degré d'importance accordé aux données peut dépendre de la mesure dans laquelle celles-ci s'inscrivent dans la vision du monde de l'individu.

Soulignons que plusieurs personnes participantes ont également affirmé que l'une des grandes sources du pouvoir réside dans le choix des visions du monde et des cultures adoptées, délibérément ou non. Les visions du monde eurocentriques et néolibérales dominantes qui valorisent l'individualisme et qui servent des formes de racisme freinent la progression vers l'équité. Les relations, l'interconnexion et la générosité qui sont au cœur des visions du monde des Autochtones ne guident pas pour le moment nos pratiques et nos politiques. En adéquation avec les études citées dans le *Supplément 1*², les personnes participantes ont indiqué que le fait de mettre au premier plan les voix des Autochtones et d'autres personnes racisées permettrait une transformation et, au final, un changement structurel.

Discuter explicitement du pouvoir comme mode d'intervention n'était pas un sujet avec lequel les personnes participantes étaient familières en général. La plupart ne songent pas à leur travail ou n'en parlent pas comme impliquant un renforcement du pouvoir. Elles estiment cependant qu'il importe de s'attarder au pouvoir pour avancer vers l'équité en santé. À la question pour les faire réfléchir à leurs fonctions dans la perspective du pouvoir, certaines personnes ont affirmé reconnaître qu'une partie du travail déjà accompli en santé publique, par exemple l'engagement communautaire, peut être considéré comme une forme de renforcement du pouvoir et être utilisé intentionnellement à cette fin.

DÉTENTEURS DU POUVOIR À L'HEURE ACTUELLE

Les entretiens nous ont en outre amenés à discuter des gens qui disposent le plus de pouvoir décisionnel en termes d'équité en santé au Canada. D'après les conversations, les élus et les dirigeants politiques et les personnes prenant part directement et indirectement aux campagnes ou aux partis politiques (p. ex. par des contributions pécuniaires) font partie du groupe. Il semble cependant que les hauts fonctionnaires et les bureaucrates exercent eux aussi un pouvoir considérable, particulièrement s'ils évoluent dans des secteurs connexes à la santé. Les gens ayant de grands moyens financiers (p. ex., les individus qui possèdent, privatisent et financent le logement; ceux ayant hérité d'une fortune) disposent selon les commentaires d'une part de pouvoir disproportionnée. Les personnes participantes aux entretiens se sont en outre dites d'avis que les grandes entreprises, y compris celles de l'industrie minière, et leurs groupes de lobbying exercent une énorme influence sur la santé. Elles ont déclaré estimer enfin que, dans le domaine de la santé publique, les médecins, les médecins hygiénistes, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et, de manière plus générale, le personnel des disciplines biomédicales (qui, durant la pandémie, incluait les épidémiologistes) possèdent davantage de pouvoir que les autres. La liste des détenteurs du pouvoir coïncide avec les sources du pouvoir dont il est question dans la littérature¹⁻³ et les autres documents de la présente série¹⁻³.

Parmi les gens disposant de très peu de pouvoir, ce sont les groupes de population forcés à se marginaliser, les personnes et les communautés racisées, les personnes et les communautés vivant avec un faible revenu, les personnes et les communautés de la diversité sexuelle et de genre (2SLGBTQI+), les aînés, les femmes et les individus en situation de handicap qui sont revenus le plus souvent dans les conversations. L'une des personnes participantes a précisé que le pouvoir de ces groupes leur avait été pris—usurpé.

La position de la santé publique au sein du système de soins médicaux contribue à son pouvoir. Cependant, la santé publique ne dispose pas autant de pouvoir que le système de soins médicaux et la société, du moins en partie parce que la moyenne des gens ne comprend pas le mandat de la santé publique ni ce que représente la recherche d'équité. Le système de soins médicaux dans son ensemble détient du pouvoir, surtout si on le compare à certains autres groupes voués à l'équité (p. ex., groupes d'aide au logement ou de lutte contre la pauvreté). Cela dit, plusieurs des personnes participantes ont souligné qu'il fallait mettre en place l'infrastructure nécessaire à l'organisation et à la mobilisation du personnel de la santé publique et des soins de santé pour faire avancer l'équité. D'autres ont parlé de l'importance d'informer le public en général, et plus particulièrement les gens d'influence à l'échelle locale, du rôle de la santé publique en explicitant sa différence avec le milieu des soins médicaux (p. ex., son accent sur les populations, le bien-être, la justice sociale, les déterminants en amont). Une personne a souligné la nécessité de modifier le mandat de la santé publique de manière à l'axer sur l'atténuation des inégalités.

POLITIQUES ET PRATIQUES ENTREtenant LES DÉSÉQUILIBRES DU POUVOIR

Les personnes ayant participé aux entretiens ont énuméré de nombreuses politiques et pratiques qui ont pour effet de perpétuer les déséquilibres du pouvoir et les inégalités au Canada. Le problème le plus souvent soulevé est que le gouvernement constitue la principale source de revenus des organismes à but non lucratif (OBNL). Ceux-ci se retrouvent donc principalement à fournir des services. Bien que rien ne les empêche explicitement de s'engager dans des activités syndicales ou de plaider, ils craignent de voir leurs subventions s'amenuiser le cas échéant. En raison de l'aversion au risque, aucune voix indépendante ne se fait entendre—c'est-à-dire, des membres ou des gens d'influence de la collectivité—et n'est désireuse et capable de pousser pour des changements stratégiques et structurels. Parce qu'ils favorisent une poignée de grands organismes à but non lucratif, les modèles de subvention gouvernementale créent de la concurrence entre les organismes communautaires, consolidant du coup les entraves à l'organisation efficace et à la quête de vérité nécessaires à l'avancement vers l'équité. Ils nuisent aussi à la capacité des OBNL qui doivent consacrer du temps aux demandes de subvention, un secteur où la concurrence est féroce, harmonisant leurs activités à des indicateurs imposés par d'autres, et à la production de rapports.

Les quelques autres facteurs systémiques ci-dessous sont également ressortis des conversations comme entretenant les déséquilibres du pouvoir.

Le système électoral : Au Canada, y compris le système uninominal majoritaire à un tour (versus la représentation proportionnelle ou le vote préférentiel, par exemple) et le système de caisse électorale (p. ex., les contributions des promoteurs immobiliers aux campagnes électorales municipales influant sur les politiques de logement et les décisions concernant l'aménagement foncier à l'échelle locale). Le système électoral pousse aussi la classe politique à se préoccuper de ce qui est populaire, non pas de ce qu'il faut faire pour assurer une plus grande équité.

Le régime fiscal : L'absence d'une imposition des avoirs séparée du revenu, et le faible taux d'imposition des contribuables fortunés et à revenu élevé et aussi des entreprises.

L'idéologie économique : La valeur accordée principalement à l'idéologie néolibérale dans les politiques économiques et les programmes politiques, par exemple :

- la priorisation de la croissance économique avant toute autre mesure de progrès et l'influence en découlant pour les grandes entreprises et l'industrie (p. ex., secteur des combustibles fossiles);
- la privatisation ou la marchandisation du logement, des biens et des espaces qui devraient demeurer publics et qui sont des droits fondamentaux;
- l'érosion des responsabilités de l'employeur envers la santé, la sécurité et le bien-être du personnel (en nette accélération au cours des dernières décennies) et la réduction de la possibilité pour le personnel d'influer sur les politiques et les lieux de travail (p. ex., perte d'autonomie attribuable aux barrières à la syndicalisation entraînant une diminution du taux de syndicalisation; faible degré d'adaptation des syndicats au contexte changeant).

L'infrastructure gouvernementale autre : L'infrastructure liée à l'éducation, à la protection de l'enfance, aux services correctionnels, à l'emploi et ainsi de suite a été conçue, bâtie et administrée dans la plupart des cas par les personnes blanches et imposée aux personnes racisées, tout en étant sous-financée sous le coup de programmes d'austérité.

Le peu d'influence et de ressources budgétaires des régions et des municipalités locales : Par comparaison aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les administrations locales n'ont pas suffisamment d'influence et de fonds, bien qu'elles soient bien positionnées pour travailler avec les collectivités.

Les commentaires formulés au sujet de la santé publique tournaient autour de ce qui suit :

- La marginalisation et la suppression du financement de la santé publique. Alors que le système de soins médicaux continue sa croissance, le travail de prévention et les activités liées aux déterminants de la santé demeurent sous-financés et absents des priorités.
- Le manque d'activités d'organisation et de plaidoyer en santé publique.
- La structure de la santé publique au sein du gouvernement—par exemple, la santé publique provinciale ou territoriale entrave la capacité des services de santé publique à l'échelle locale d'instaurer l'approche de la santé dans toutes les politiques (SdTP).
- L'accent exagéré mis par la santé publique sur les données probantes et sur les connaissances et les compétences de son propre personnel, et l'absence de partenariats avec les groupes de population vivant des inégalités et de soutien envers leur leadership.

EFFORTS DÉPLOYÉS À L'HEURE ACTUELLE EN SANTÉ PUBLIQUE AU CANADA ET CONTRIBUANT AU RENFORCEMENT DU POUVOIR

Au fil des entretiens, bien des exemples ont été donnés au sujet des démarches déjà engagées par les acteurs de la santé publique au Canada pour renforcer le pouvoir et favoriser ainsi l'équité. En voici quelques-uns :

- Utilisation des centres de santé communautaire comme pôles d'organisation communautaire, en allant au-delà de la prestation de services (et en revenant au concept de base des centres de santé communautaire).
- Prise en compte de la voix des personnes atteintes d'un trouble lié à l'usage de substances psychoactives afin de faire évoluer les politiques de réduction des méfaits.
- Mise sur pied des comités pour la diversité, l'équité et l'inclusion ayant suffisamment d'autorité pour apporter des changements et demander que les personnes détenant trop de pouvoir y renoncent.
- Subventionnement du travail de développement communautaire, et du développement du leadership comme activité indirecte positive.
- Dynamisation de l'attention et de la compréhension des praticiens de la santé publique par rapport à des sujets comme l'économie et le capitalisme, pour que la santé publique soit bien positionnée pour participer et contribuer à la refonte des politiques influant sur la santé.
- Soutien de la santé publique aux activités syndicales des travailleurs par l'entremise d'un partenariat dans des dossiers comme le congé de maladie payé.
- Établissement de partenariats intersectoriels centrés sur les personnes les plus vulnérables dans les lieux de travail sans véritable infrastructure syndicale.
- Élargissement de la façon de présenter les arguments et de plaider pour un investissement en matière de déterminants de la santé, afin de toucher davantage de personnes, et ce, en s'appuyant sur leurs valeurs.
- Réalisation de projets liés à la SdTP.
- Réallocation officielle de ressources à des organisations dirigées par les Autochtones ou autres groupes de population racisés, afin de leur permettre de s'organiser, de s'entraider et de fournir des services comme ils l'entendent, en concertation avec les communautés qu'ils se consacrent à servir.

RÔLES ET MESURES DE LA SANTÉ PUBLIQUE POUR CORRIGER LES DÉSÉQUILIBRES DU POUVOIR

La revue de la littérature (voir le *Supplément 1 – La base des connaissances nécessaires pour faire face au déséquilibre du pouvoir comme cause profonde des inégalités de santé*²), les connaissances concrètes des personnes ayant participé aux entretiens et les divers cadres étudiés (voir le *Supplément 3 – Les autres cadres utiles à la conceptualisation et à l'analyse du pouvoir*) ont fait ressortir une série de rôles potentiels et de stratégies connexes qu'il serait possible d'utiliser en santé publique pour rééquilibrer les pouvoirs et assurer une plus grande équité en santé. Les acteurs de la santé publique au Canada devraient considérer les mesures énoncées ci-dessous, en sachant que toutes impliquent de faire montre de leadership, de courage et de capacité de prendre des risques :

Placer la voix des personnes vivant le plus étroitement les inégalités au cœur de toutes nos activités, notamment dans la définition des problèmes, la priorisation des enjeux, la détermination des solutions possibles et la prise de décision.

Il faut pour ce faire :

- Tisser des liens avec les groupes de population forcés à se marginaliser et gagner leur confiance.
- Se laisser guider par les populations autochtones, noires et racisées (p. ex., partenariats pour des soins de santé chapeautés par les Autochtones) et les autres groupes forcés à se marginaliser.
- Augmenter le contrôle des collectivités sur les décisions prises par les décisionnaires fédéraux, provinciaux, territoriaux et locaux en matière de santé publique, y compris en structurant officiellement le leadership et la gouvernance communautaires dans les processus décisionnels en santé publique (p. ex., représentation au sein des conseils de santé publique, des groupes de population vivant dans des situations qui les marginalisent).
- Changer les méthodes de recherche afin de mettre en relief la perspective et le savoir-faire des personnes vivant dans des situations qui les marginalisent.

Recentrer ses énergies sur les causes structurelles profondes des problèmes de santé et des inégalités.

- Porter davantage attention aux déterminants de la santé, particulièrement aux facteurs entraînant toutes sortes de conséquences comme l'économie et l'immigration.
- Publier des rapports reflétant la vérité sur ces questions. Multiplier les activités de plaidoyer les concernant, en établissant des liens avec l'équité en santé.
- Appuyer les campagnes lancées par des groupes de population en lien avec les déterminants de la santé en accroissant les activités de plaidoyer connexes, et bâtir l'infrastructure utile en santé publique pour mener des activités de plaidoyer entourant les déterminants de la santé en s'alliant avec des groupes syndicaux, des réseaux de groupes syndicaux et des mouvements sociaux.

Créer les mécanismes nécessaires aux activités de plaidoyer en santé publique, par exemple, en mettant sur pied des associations vouées à la réduction du risque politique pour tout organisme ou toute organisation.

Soutenir l'organisation communautaire et les réseaux d'organisation communautaire.

- Les agences de la santé publique devraient subventionner des OBNL—en accordant la priorité aux groupes voués à l'organisation communautaire qui travaillent concrètement et directement avec les populations forcées à se marginaliser et qui tiennent compte de leur voix—afin de permettre l'organisation et le plaidoyer et de former intentionnellement des gens d'action.
- L'aide financière devrait prévoir des fonds pour l'organisation communautaire locale et la syndicalisation des travailleurs à l'intention des populations forcées de se marginaliser. La part du financement devrait suffire aux activités de renforcement du pouvoir communautaire. Il serait possible d'y parvenir en consacrant un pourcentage des fonds utilisés par la santé publique pour embaucher des prestataires de service du milieu à but non lucratif pour soutenir l'organisation communautaire et le syndicalisme, en trouvant d'autres sources de financement et en plaidant pour la réallocation des fonds allant au système de soins médicaux. Par exemple :
 - offrir une aide financière, quelle que soit l'expérience en organisation, de la jeune pousse aux groupes bien rodés;
 - rendre admissibles un éventail d'organisations (p. ex., OBNL, centres de santé communautaire, prestataires de services) et un éventail d'approches et de modèles d'organisation;
 - offrir une aide financière à des groupes cherchant à agir sur plusieurs déterminants de la santé en concertation avec de multiples populations vivant dans des situations qui les marginalisent;
 - au besoin, les aider à améliorer leur aptitude en matière d'organisation et de plaidoyer (p. ex., les aider à comprendre les lois et les politiques liées aux activités de plaidoyer, soutenir leurs démarches de collecte de fonds pour accomplir leur travail de plaidoyer);
 - établir des partenariats et travailler avec les groupes d'organisation communautaire et de syndicalisation des travailleurs une fois que l'organisme de santé publique et le groupe d'organisation communautaire sont prêts et capables et centrer le travail de collaboration sur les priorités des membres du groupe d'organisation communautaire;
 - faire naître l'organisation où elle n'existe pas encore, en utilisant des modèles comme l'EquiP^{7,8} the Canadian Partnership for Children's Health and Environment (CPCHE (pratiques intersectorielles axées sur l'équité) afin de soutenir l'organisation entre secteurs et en mettant l'accent sur les populations forcées à se marginaliser; les centres de santé communautaires peuvent également servir de pôle d'organisation;
 - soutenir l'amorce des mouvements de justice sociale en accordant au personnel le temps et les ressources nécessaires à cet effet;
 - travailler avec des groupes en appliquant l'approche de l'extérieur vers l'intérieur^a, par laquelle chaque partenaire accomplit des activités en fonction de ses forces et en coordonnant ses activités avec l'autre.

Financer des réseaux de groupes voués à l'organisation communautaire afin qu'ils travaillent ensemble et nouent des alliances, quels que soient les enjeux et leurs différences, et financer des réseaux voués à l'organisation communautaire qui s'occupent des mêmes enjeux dans des régions différentes afin de les amener à travailler ensemble à provoquer des changements au sein des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

^a L'approche de l'extérieur vers l'intérieur en est une par laquelle les acteurs de la santé publique établissent des partenariats stratégiques avec des groupes d'organisation communautaire et des groupes de syndicalisation. Comme elle fait partie du gouvernement, la santé publique a accès de l'intérieur aux décisionnaires du gouvernement. En étant à l'extérieur du gouvernement, les groupes voués à l'organisation ont accès de l'extérieur aux décisionnaires du gouvernement. Les deux peuvent jouer un rôle en fonction de leur position et de leurs contraintes. Ils peuvent coordonner certaines activités, publiquement ou en privé.

Mettre sur pied davantage d'activités liées à la santé dans toutes les politiques et axées sur l'équité en santé, particulièrement dans des domaines ayant une incidence considérable sur l'équité en santé comme nos systèmes économiques et d'immigration. Par exemple :

- Permettre aux médecins hygiénistes de plaider pour la santé dans toutes les politiques et de tisser des liens à cet effet à l'échelle locale.
- Pousser pour l'augmentation de la part des budgets fédéraux, provinciaux et territoriaux allant aux déterminants de la santé, en établissant des paramètres clairs afin que les dépenses publiques servent effectivement à remédier aux causes profondes du mauvais état de santé et des inégalités de santé.
- Structurer les organismes qui ne relèvent pas du secteur de la santé de façon à ce qu'ils soutiennent et subventionnent les groupes voués à l'organisation et à l'équité.
- Encourager le dialogue public sur la fiscalité et la nécessité d'augmenter les recettes de l'État afin d'injecter les fonds nécessaires pour agir sur les déterminants de la santé.
- Soutenir notre système politique démocratique.

Financer et piloter des projets de transformation du discours afin d'assurer une plus grande équité. Il s'agirait par exemple de se concentrer sur les relations, les interconnexions et le sens d'appartenance plutôt que sur l'individualisme; sur la compréhension des causes profondes de la consommation de drogue plutôt que sur la stigmatisation des personnes qui en font usage; sur le fait que tout le monde a le droit de vivre dans la dignité et le respect plutôt que sur la stéréotypie fondée sur la race.

- Centrer le travail de la santé publique sur les visions du monde des communautés autochtones.
- Utiliser le processus associé au changement de discours pour faire prendre conscience des problèmes sociaux et des doléances communes, du pouvoir, et des personnes responsables et de celles capables de remédier aux problèmes et aux doléances.
- Suivant les valeurs et les croyances communes qui sont ressorties du processus de changement de discours, apprendre à formuler le travail de la santé publique de façon à le rendre attrayant pour une plus grande partie de la population.

Modifier les programmes d'études en santé publique et l'objet des travaux de recherche de façon à tenir davantage compte du pouvoir, de l'oppression et de l'équité.

- Dans le milieu de l'enseignement en santé publique, chercher à mieux comprendre la notion de pouvoir, particulièrement en ce qui concerne le changement des systèmes et des structures responsables de l'état de santé.
- Inclure dans les cours en santé publique de la matière sur les liens, passés et présents, entre le pouvoir et la santé et l'équité raciale; la conceptualisation et les cadres conceptuels du pouvoir; la corrélation entre le racisme structurel et les autres formes d'oppression et le pouvoir; l'organisation communautaire comme modèle de renforcement du pouvoir des populations forcées à se marginaliser; l'analyse du pouvoir; les points de vue critiques et les perspectives politico-économiques; les interventions de la santé publique qui permettent de renforcer le pouvoir communautaire en s'appuyant sur des études de cas réels des milieux universitaires, gouvernementaux et des organismes à but non lucratif travaillant dans le domaine de la santé publique et de la santé communautaire.
- Intégrer aux programmes d'études les notions de théorie critique tirée de la philosophie sociale, qui met en évidence les problèmes liés au pouvoir, et les diverses façons de savoir (en s'éloignant de l'épidémiologie et de la biostatistique comme fondements du domaine de la santé publique).
- Indiquer dans les cours de perfectionnement professionnel en santé publique et les nouveaux énoncés de compétences essentielles en santé publique les aptitudes requises à l'heure actuelle pour s'attaquer aux enjeux liés au pouvoir et à l'équité.

CONCLUSION

S'il est bien compris, le concept de pouvoir peut s'appliquer en santé publique et servir d'objet d'intervention afin de faire avancer l'équité en santé. Le présent document fait état des idées, des conceptions et des exemples au sujet du pouvoir qui ont été recueillis auprès de gens d'influence dans les milieux communautaires et de la santé publique, et qui ont servi à proposer un bon nombre de considérations et de stratégies sur lesquelles les praticiens et les cadres de direction de la santé publique peuvent immédiatement se pencher pour commencer à répartir le pouvoir différemment afin d'atteindre l'équité en santé.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Repenser la répartition du pouvoir pour favoriser l'équité en santé : Parlons-en [En ligne]. Antigonish (NS): CCNDS, Université St. Francis Xavier; 2023 [cité le 12 juillet 2023]. 19 p. Disponible: https://nccdh.ca/images/uploads/CCNDS_Repenser_la_repartition_du_pouvoir_pour_favoriser_lequite_en_sante_parlons_en_FR.pdf
2. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Repenser la répartition du pouvoir pour favoriser l'équité en santé : Parlons-en. Supplément 1 – La base des connaissances nécessaires pour faire face au déséquilibre du pouvoir comme cause profonde des inégalités de santé [En ligne]. Antigonish (NS): CCNDS, Université St. Francis Xavier; 2023 [cité le 06 novembre 2023]. Disponible: https://nccdh.ca/images/uploads/CCNDS_Lets-talk-power-Supplement-1_FR.pdf
3. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Repenser la répartition du pouvoir pour favoriser l'équité en santé : Parlons-en. Supplément 3 – Les autres cadres utiles à la conceptualisation et à l'analyse du pouvoir [En ligne]. Antigonish (NS): CCNDS, Université St. Francis Xavier; 2023 [cité le 06 novembre 2023]. Disponible: https://nccdh.ca/images/uploads/CCNDS_Lets-talk-power-Supplement-3_FR.pdf
4. Carson C, dir. The autobiography of Martin Luther King, Jr. New York (NY) : Warner Books; 1998.
5. Centre national pour la vérité et la réconciliation [En ligne]. Winnipeg (MB) : CNVR; [cité le 12 juillet 2023]. Disponible : <https://nctr.ca/?lang=fr>
6. Kershaw P, Swanson E, Stucchi A. A surgical intervention for the body politic: Generation Squeeze applies the Advocacy Coalition Framework to social determinants of health knowledge translation. *Can J Public Health.* Mars 2017;108(2):e199–204. doi: 10.17269/cjph.108.5881
7. Phipps E, Masuda JR. Towards equity-focused intersectoral practice (Equip) in children's environmental health and housing: the transformational story of RentSafe. *Can J Public Health.* Juin 2018;109(3):379–85. doi: 10.17269/s41997-018-0094-x
8. Phipps E, Butt T, Desjardins N, Schonauer M, Schlonies R, Masuda JR. Lessons from a rural housing crisis: grounded insights for intersectoral action on health inequities. *Soc Sci Med.* Fév 2021;270:article 113416 [9 p.]. doi : 10.1016/j.socscimed.2020.113416



National Collaborating Centre
for Determinants of Health
Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Université St. Francis Xavier
Antigonish (N.-É.) B2G 2W5
902-867-6133
ccnds@stfx.ca
www.nccdh.ca/fr
Twitter : @NCCDH_CCNDS

REMERCIEMENTS

Rédaction : Jonathan Heller, professeur invité, et Myriam Richard, spécialiste du transfert des connaissances, Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS). Des remerciements particuliers vont aux personnes suivantes qui ont participé aux entretiens :

- Cate Ahrens et Jackie Liang, Centre de santé communautaire Parkdale Queen West et Nail Technician Network
- Cesar Cala, cofondateur, Filipinos Rising for Inclusion and Equity to Nurture Democracy
- Elizabeth Carlson-Manathara, professeure agrégée, Université Laurentienne
- Joe Cressy, président du Conseil de santé de Toronto et conseiller municipal à la Ville de Toronto
- Lesley Dyck, consultante indépendante
- Christian Hui, conseiller communautaire principal, affaires mondiales, Prevention Access Campaign (U=U)
- Paul Kershaw, professeur agrégé, Université de la Colombie-Britannique, School of Population and Public Health; fondateur, Generation Squeeze
- Deena Ladd, directrice générale, Workers' Action Centre
- Elizabeth McGibbon, professeure, Université St. Francis Xavier; associée de recherche, Centre canadien de politiques alternatives
- Lindsay McLaren, professeure agrégée au département des sciences de la santé communautaire et à l'O'Brien Institute for Public Health, Université de Calgary; associée de recherche, Centre canadien de politiques alternatives (bureau national)
- Kate Mulligan, professeure adjointe, Université de Toronto, Dalla Lana School of Public Health
- Sume Ndumbe-Eyoh, directrice, Black Health Education Collaborative; professeure adjointe, Université de Toronto, Dalla Lana School of Public Health
- Erica Phipps, directrice générale, Partenariat canadien pour la santé des enfants et l'environnement; directrice, LogementSain
- Diane Roussin, directrice de projet, Winnipeg Boldness Project
- Louis Sorin, membre du conseil consultatif du CCNDS
- Gaynor Watson-Creed, vice-doyenne de la faculté de médecine de l'Université Dalhousie; membre du conseil consultatif du CCNDS

Révision interne : Claire Betker, directrice scientifique, CCNDS.

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé est situé à l'Université St. Francis Xavier. Nous tenons à souligner que nous nous trouvons en Mi'kma'ki, le territoire ancestral non cédé du peuple micmac.

Veuillez citer l'information contenue dans le présent document comme suit : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2023). *Repenser la répartition du pouvoir pour favoriser l'équité en santé : Parlons-en. Supplément 2 – Les rôles de la santé publique dans l'élimination des déséquilibres du pouvoir dans le contexte canadien : Sommaire des entretiens et réflexions.* Antigonish (NS): CCNDS, Université St. Francis Xavier.

ISBN : 978-1-998022-28-1

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 ce document ne reflètent pas forcément ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

Une version électronique (en format PDF) du présent document est disponible au www.ccnds.ca.

A PDF format of this publication is also available in English at www.nccdh.ca under the title Let's Talk: Redistributing power to advance health equity. *Supplement 2 – Public health roles in addressing power imbalances in the Canadian context: Summary of interviews and considerations.*