



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

Mars 2011

L'INTÉGRATION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ ET DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ DANS LES PRATIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE AU CANADA :

analyse du contexte en 2010

Coordonnées

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

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

Veillez citer les informations contenues dans le document comme suit :

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2011). *L'intégration des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé dans les pratiques de santé publique au Canada : analyse du contexte en 2010*. Antigonish, NÉ : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière de l'Agence de la Santé Publique au Canada via un financement accordé au Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS).

Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'Agence de la Santé Publique au Canada.

Ce document est disponible en intégralité au format électronique (PDF) sur le site Web du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé à l'adresse : www.ccnds.ca.

The English version of this report is available at : www.nccdh.ca

REMERCIEMENTS

Ce rapport a été rédigé par le Dr Brent Moloughney of BWM Health Consultants Inc., sur la base de ses propres recherches.

La préparation de ce rapport d'analyse du contexte n'aurait pas été possible sans la participation enthousiaste de nombreux informateurs clés, participants à des groupes de discussion et répondants à des enquêtes. Aucun commentaire ne peut être attribué à une personne en particulier. Toute erreur dans la description ou l'interprétation est imputable à l'auteur.

Un groupe de référence expert, composé de quatre membres, a piloté l'orientation stratégique de ce projet :

- **Mme Connie Clement** : Directrice générale, Social Venture Partners Toronto, Centre for Social Innovation, Toronto, Ontarioⁱ
- **Dr Lynn McIntyre** : Professeure et titulaire d'une chaire des IRSC sur le genre et la santé, Département des sciences de la santé publique, Faculté de Médecine, Université de Calgary, Calgary, Alberta
- **Dr John Millar** : Directeur général, Planification de la surveillance de la santé de la population et du contrôle des maladies, Autorité des services de santé provinciaux, Vancouver, Colombie Britannique
- **Dr Cory Neudorf** : Médecin hygiéniste en chef, Région sanitaire de Saskatoon, Saskatoon, Saskatchewan.

Le Dr David Mowat et Mme Erica DiRuggiero ont également apporté des commentaires sur une version provisoire de ce rapport.

Le personnel du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé a apporté une aide logistique et technique considérable à la réalisation de cet analyse du contexte. En particulier, Dawna MacDonald a planifié tous les rendez-vous des entretiens et des groupes de discussion. Claire Betker a dirigé la conduite et l'analyse de l'enquête en ligne et Hope Beanlands a recruté les participants aux groupes de discussion et les informateurs clés. Le personnel du centre, y compris Hope Beanlands, Claire Betker, le Dr Verlé Harrop et Faith Layden ont tous apporté des remarques sur une version provisoire de ce rapport.

La traduction en français est assurée par Language Market Place Inc.. La traduction a été révisée par des collègues du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé et le Service de santé publique de Sudbury et du district (Natalie Aubin).

ⁱMme Connie Clement n'occupe plus le poste de Directrice générale, Social Venture Partners Toronto. La nomination de madame Connie Clement au poste de Directrice scientifique du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) a eu lieu décembre 2010.

RÉSUMÉ

Les Centres de collaboration nationale (CCN) en santé publique ont été créés pour encourager et améliorer l'utilisation [les résultats] des connaissances provenant de la recherche scientifique et des autres savoirs afin de renforcer la pratique et les politiques de santé publique au Canada. Ils identifient les lacunes dans les connaissances, encouragent le réseautage et appliquent les connaissances existantes pour développer et partager avec les praticiens, les responsables des politiques et les chercheurs, des produits de connaissances qui sont appuyés par des données probantes et qui sont pertinents et accessibles.

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) est l'un des six CCN financés par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Il s'intéresse aux facteurs sociaux et économiques qui ont une influence sur la santé des Canadiens. Les travaux récents du CCNDS ont porté sur le développement du jeune enfant et, en particulier, sur les programmes de visites à domicile des services de santé publique.

Le CCNDS a entrepris cette analyse de l'environnement pour définir son orientation, ses priorités et ses activités futures grâce à une analyse des principaux défis, besoins, lacunes et possibilités liés aux déterminants de la santé en santé publique. Un groupe de quatre experts a été mis sur pied en vue d'apporter un soutien stratégique à la réalisation de l'analyse de l'environnement.

Cette analyse a eu recours à quatre méthodes de collecte d'information : une analyse ciblée de la documentation scientifique ; 31 entrevues avec des informateurs experts dans les domaines de la pratique et de la recherche ; quatre téléconférences avec des groupes de discussion pour valider les premiers thèmes qui sont ressortis ; un sondage en ligne regroupant plus de 600 répondants. Il y avait une convergence considérable des résultats dans les quatre méthodes de collecte d'information.

L'intérêt et l'action de la santé publique sur les déterminants de la santé (DSS) pour réduire les iniquités en matière de santé se reflètent dans l'histoire de la santé publique ainsi que dans les principaux concepts et rapports en santé publique des dernières décennies (p. ex., la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, les Rapports statistiques sur la santé de la population canadienne, l'approche axée sur la santé de la population, etc.). Les attentes explicites concernant une action sur les DSS deviennent de plus en plus intégrées dans les paramètres qui définissent la pratique, comme le programme de base de la santé publique et les normes d'agrément.

Malgré l'histoire récente et plus ancienne de la santé publique, les mesures de santé publique sur les déterminants de la santé ne sont pas répandues et peuvent être même considérées comme « nouvelles ». L'application des concepts fondamentaux n'a jamais été universellement institutionnalisée dans la santé publique dans

la santé publique, ou suffisamment de temps a passé et des pressions ont été exercées sur le secteur de la santé publique pour qu'ils soient perdus. Même parmi les premiers organismes utilisateurs, l'action sur les DSS est encore à un stade relativement précoce de mise en œuvre et n'est pas institutionnalisée partout. Un certain nombre de difficultés généralisées constituent des obstacles à l'égard d'une intervention à une plus grande échelle. Il s'agit, notamment, du manque de clarté par rapport à ce que la santé publique devrait ou pourrait faire ; d'un ensemble limité de données probantes ; de préoccupations à l'égard des démarches comportementales et sociétales ; de caractéristiques organisationnelles bureaucratiques ; de limites de la capacité organisationnelle ; de la nécessité d'un leadership ; d'une communication plus efficace et d'environnements politiques favorables.

Il existe également de nombreuses possibilités de réussite. Tout d'abord, l'expérience de relever avec succès les grands défis à l'échelle de la société (p. ex., hygiénistes, lutte contre le tabagisme). L'intérêt stratégique de l'Institut de la santé publique et des populations (ISPP-IRSC), qui est axé sur la recherche sur l'équité en santé, produira davantage de données pour guider l'action. Plusieurs organismes de santé publique agissent sur les déterminants de la santé, ajoutant ainsi à l'ensemble des connaissances actuelles (c.-à-d. « apprentissage par la pratique »). Comme en témoigne l'attention portée à cette analyse de l'environnement, il existe un vif intérêt général au sein du milieu de la santé publique concernant les actions sur les déterminants de la santé. Il existe aussi un intérêt manifeste de la part de nombreux secteurs de la société.

À ses débuts, le CCNDS a surtout porté son attention sur des déterminants de santé spécifiques ou sur des interventions particulières. La difficulté avec cette démarche est que le CCNDS risque de n'être pertinent qu'à un secteur de programme particulier d'organismes de santé publique. Les déterminants ont aussi tendance à ne pas fonctionner de façon isolée, mais à se regrouper. Un organisme de santé publique choisira ses priorités en fonction du contexte local, qui ne correspond pas forcément à l'intérêt précis du CCNDS. Une autre option serait de considérer les déterminants dans le cadre plus général de l'approche axée sur la santé de la population. Toutefois, ceci offrirait peu d'indications sur l'orientation future du CCNDS.

Une autre possibilité est de porter les efforts de synthèse et d'application des connaissances du CCNDS sur le renforcement des mesures de santé publique relatives aux déterminants de la santé pour réduire les iniquités en matière de santé. Malgré les améliorations considérables de la santé du public en général, il existe toujours des différences marquées dans les expériences vécues par les Canadiens en matière de santé. Il semble que certains employés de la santé publique perçoivent, faussement, qu'une approche axée sur la santé de la population équivaut à cibler l'« ensemble de la population ». Il existe des inquiétudes grandissantes liées au fait que certains types d'intervention en santé publique risquent de contribuer aux iniquités.

L'attention portée à la réduction des iniquités permettrait une démarche transversale qui pourrait englober plusieurs déterminants et être pertinente aux organismes de santé

publique partout au pays. Une telle démarche serait compatible avec les nombreux rapports internationaux, nationaux, provinciaux et régionaux qui ont souligné l'existence d'iniquités et qui ont recommandé des mesures. Plusieurs informateurs clés ont souligné qu'il était nécessaire que le CCNDS porte son attention moins sur les déterminants particuliers et plus sur la pensée critique et la pratique réflexive afin d'intégrer l'examen des iniquités dans toutes les mesures organisationnelles. Grâce à une série de produits et d'activités d'application des connaissances (p. ex., synthèse des données probantes, cadres, études de cas, outils, formation, etc.), le CCNDS peut se pencher sur un large éventail de déterminants, d'enjeux, de populations et de situations.

En général, il semble que les mesures de santé publique relatives aux déterminants de la santé jouent quatre rôles importants afin de réduire les iniquités en matière de santé :

- **Évaluer et produire des rapports** sur la santé des populations en décrivant l'existence et les conséquences des inégalités et des iniquités en matière de santé ainsi que les stratégies efficaces pour y remédier.
- **Modifier et orienter** les interventions en santé publique afin de réduire les iniquités, tout en tenant compte des besoins et des capacités uniques des populations prioritaires (c. à d. planifier et mettre en œuvre les programmes existants en tenant compte des iniquités).

- **Collaborer** aux niveaux communautaire et multisectoriel pour répondre aux besoins en matière de santé de ces populations grâce à divers services et programmes (c.-à-d. au cours de l'examen de la nature collective de notre programmation pour « x », où risque-t-on de rencontrer des lacunes ?).
- **Diriger/s'impliquer et appuyer** d'autres intervenants dans l'analyse, au développement et à la promotion des politiques pour améliorer les déterminants de la santé et réduire les iniquités en matière de santé.

Il y avait un consensus au sujet de ces rôles en santé publique parmi les informateurs clés, les participants aux groupes de discussion et les répondants au sondage en ligne. Les participants à l'analyse ont suggéré un certain nombre de « rôles » supplémentaires qui révèlent des démarches et des domaines de renforcement des capacités :

- Leadership
- Développement organisationnel et systémique
- Mise au point et application de l'information et des données probantes
- Renforcement des connaissances et sensibilisation
- Développement des compétences
- Développement de partenariats.

Une matrice de ces deux listes peut aider les organismes de santé publique ainsi que le CCNDS à analyser les lacunes et à déterminer les possibilités de renforcement de la pratique.

Pour obtenir un effet optimal dans le domaine de la santé publique, le CCNDS devrait devenir le centre de référence d'où on obtient de l'information et de l'assistance sur les mesures de santé publique relatives aux déterminants de la santé pour réduire les iniquités en matière de santé. Il devrait être la principale source de données probantes et de réflexions actuelles, pertinentes et de qualité dans ce domaine. Il devrait synthétiser nos connaissances actuelles et potentiellement futures, ainsi que celles qui nous échappent, concernant les gradients de santé, les interrelations et les voies entre les déterminants. Il devrait saisir les pratiques prometteuses actuelles et bâtir sur elles en s'assurant que leur apprentissage et leur expérience sont intégrés aux données existantes. Puisque les mesures de santé publique relatives aux déterminants de la santé pour réduire les iniquités en matière de santé concernent tous les aspects des programmes, le travail du CCNDS doit être soutenu par une excellente compréhension

du contexte de la pratique en santé publique au niveau individuel, organisationnel et systémique. Le leadership est essentiel afin d'établir des mesures organisationnelles relatives aux déterminants de la santé, y compris son influence sur l'établissement des priorités, l'affectation des ressources, le modelage des comportements souhaités, l'établissement de partenariats stratégiques et la supervision de la mise en œuvre. À ce titre, les responsables de la santé publique auront besoin d'une attention et d'un soutien particuliers dans le travail du CCNDS.

Les mesures du CCNDS doivent être stratégiques afin de renforcer les liens entre les chercheurs et les praticiens, en particulier compte tenu de la synergie avec les priorités de recherche de l'ISPP. Compte tenu de la nature transversale des travaux, le CCNDS devrait collaborer et coordonner avec les autres CCN et appuyer l'examen des iniquités dans leurs travaux.

La partie principale de ce rapport examine plus en détail les répercussions des priorités et des mesures du CCNDS alors que les annexes fournissent des renseignements supplémentaires.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	i
Résumé	ii
1. INTRODUCTION	3
2. MÉTHODOLOGIE	4
Aperçu	4
Analyse de la documentation	4
Entrevues avec les informateurs clés	5
Sondage en ligne	5
Téléconférences des groupes de discussion	6
3. RÉSULTATS	7
Contexte des actions de santé publique relatives aux déterminants de la santé	7
Principaux concepts et terminologie	7
Les racines et l'histoire de la santé publique	8
Principaux rapports récents sur les déterminants de la santé et l'équité —exemples choisis	10
Attentes formelles concernant les actions de santé publique sur les déterminants de la santé et les inégalités et iniquités en matière de santé	13
Résumé	15
État des actions de santé publique sur les déterminants de la santé et les iniquités en matière de santé	16
Les défis aux actions de santé publique	16
Possibilités (raisons d'optimisme)	22
4. ANALYSE ET RÉPERCUSSIONS DES ACTIONS FUTURES DU CCNDS	26
Aperçu	26
Quelle doit être l'orientation future du CCNDS?	27
En quoi consiste la nouvelle vision du CCNDS	31
Quels sont les rôles de la santé publique dans l'action sur les déterminants de la santé pour réduire les iniquités ?	32
Conséquences de la pratique du CCNDS — principes et approches	38
Rendre le CCNDS la source de référence pour de l'information sur les actions de santé publique sur les déterminants de la santé visant à réduire les iniquités en matière de santé	38
Reconnaître que l'« unité d'adoption » est surtout l'organisme de santé publique	38
Fournir l'information et les outils pour soutenir les actions de santé publique sur les déterminants de la santé et les iniquités en matière de santé	39
Nouer des partenariats stratégiques pour un engagement public plus large	44
Mesures précoces possibles	45
5. CONCLUSION ET PROCHAINES ÉTAPES	46

LISTE DES SIGLES

ANNEXE 1	Résultats attendus de l'analyse de l'environnement	48
ANNEXE 2	Détails supplémentaires sur la méthodologie	49
ANNEXE 3	Liste des informateurs clés	50
ANNEXE 4	Guide d'entrevue avec les informateurs clés	52
ANNEXE 5	Questionnaire du sondage en ligne	54
ANNEXE 6	Résultats supplémentaires du sondage en ligne	59
ANNEXE 7	Participants aux groupes de discussion	62
ANNEXE 8	Commentaires des groupes de discussion	63
ANNEXE 9	Examen supplémentaire des approches de collecte d'information	65
ANNEXE 10	Lois sur la santé publique et programmes de base	67
ANNEXE 11	Normes d'agrément canada	70
ANNEXE 12	Liste de cadres de pratiques, d'exemples de pratiques, d'outils et d'autres ressources	71
	Cadres et documents d'information	71
	Exemples de pratiques	72
	Outils et ressources	79
	Portails détaillés existants sur les inégalités et les iniquités en santé	83
	Possibilités de formation	84
	Autres outils et ressources	86
	Autres exemples	87
	Références	88

LISTE DES SIGLES

ACSP	Administrateur en chef de la santé publique (ASPC)	DSS	Déterminants sociaux de la santé
ACSP	Association canadienne de santé publique	ÉIS	Évaluation d'impact sur la santé
ASP	Agent provincial de santé	F/P/T	Fédéral, provincial, territorial
ASPC	Agence de la santé publique du Canada	ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
C.-B.	Colombie-Britannique	INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
CCN	Centre de collaboration nationale	IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
CCNDS	Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé	ISPC	Initiative sur la santé de la population canadienne (ICIS)
CCNMI	Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses	ISPP	Institut de la santé publique et des populations (IRSC)
CCNMO	Centre de collaboration nationale des méthodes et outils	NSPO	Normes de santé publique de l'Ontario
CCNPPS	Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé	OMS	Organisation mondiale de la santé
CCNSA	Centre de collaboration nationale de la santé autochtone	PATH	People Assessing Their Health
CCNSE	Centre de collaboration nationale en santé environnementale	PBS	Public Broadcasting System (É.-U.)
CMHC	Conseil des médecins hygiéniste en chef	RCSU	Réseau canadien pour la santé urbaine
DP	Demande de propositions	SSE	Statut socioéconomique
DS	Déterminants de la santé	SSPSD	Service de santé publique de Sudbury et du district

INTRODUCTION

Les Centres de collaboration nationale (CCN) en santé publique ont été créés pour « encourager et améliorer l'utilisation [les résultats] des connaissances provenant de la recherche scientifique et des autres savoirs afin de renforcer la pratique et les politiques de santé publique au Canada. Ils identifient les lacunes dans les connaissances, encouragent le réseautage et appliquent les connaissances existantes pour développer et partager avec les praticiens, les responsables des politiques et les chercheurs, des produits de connaissances qui sont appuyés par des données probantes et qui sont pertinents et accessibles¹ ».

Centres de collaboration nationale en santé publique

- » Santé autochtone (CCNSA)
- » Santé environnementale (CCNSE)
- » Maladies infectieuses (CCNMI)
- » Méthodes et outils (CCNMO)
- » Politiques publiques et santé (CCNPPS)
- » Déterminants de la santé (CCNDS)

Six CCN ont été créés au Canada, chacun ayant un domaine d'intérêt particulier (voir l'encadré). Selon leur site Internet, le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) « s'intéresse aux facteurs sociaux et économiques qui ont une influence sur la santé des Canadiens² ». Les récents travaux du CCNDS ont mis l'accent sur le développement du jeune enfant et, en particulier, les programmes de visites à domicile des services de santé publique³.

Le public cible des CCN est formé principalement des décideurs, des praticiens et des chercheurs du secteur de la santé publique. Bien qu'il existe de nombreux autres secteurs qui s'intéressent aux déterminants de la santé et qui ont la capacité de les influencer, le CCNDS cherche surtout à trouver les meilleurs moyens pour soutenir, grâce à la synthèse et à l'application des connaissances, la pratique de son public cible en santé publique, quand ce dernier s'engage et établit des partenariats avec ces autres secteurs.

Le CCNDS a entrepris cette analyse de l'environnement pour définir son orientation, ses priorités et ses activités futures grâce à une analyse des principaux défis, besoins, lacunes et possibilités liés aux déterminants de la santé en santé publique. Les résultats spécifiques prévus dans la demande de propositions (DP) du CCNDS sont mentionnés à l'annexe 1. Il convient de noter que l'objectif de la présente analyse n'est pas d'examiner les travaux antérieurs du CCNDS ni d'élaborer ses futurs plans stratégiques ou de mise en œuvre, même si on s'attend à ce que les résultats de l'analyse soient utilisés pour guider ces étapes de planification ultérieures.

Les chapitres suivants du présent rapport décrivent la méthodologie (2), les résultats (3), l'analyse et les conséquences (4) et les prochaines étapes (5) de l'analyse de l'environnement. Les annexes fournissent d'autres renseignements détaillés et supplémentaires. Une liste d'acronymes utilisés dans le rapport se trouve au deuxième page.

MÉTHODOLOGIE

Aperçu

La description des attentes concernant cette analyse de l'environnement que l'on trouve dans la DP fait état de la possibilité d'un réexamen de l'orientation stratégique du CCNDS, et non d'un simple perfectionnement des efforts existants. Dans ce sens, la détermination de l'état actuel de la pensée, des données probantes et de la pratique a été considérée comme une priorité afin de définir les futures orientations stratégiques. Comme l'analyse devait être achevée en moins de 10 semaines s'étalant sur l'été, les efforts ont ciblé deux méthodes de collecte d'information : une analyse des ouvrages scientifiques et de la documentation parallèle, puis des entrevues avec des informateurs experts dans le domaine de la pratique et de la recherche. Deux autres méthodes ont apporté un complément aux deux premières : un sondage en ligne en vue d'obtenir une participation plus large, en particulier celle du personnel de la santé publique de première ligne, ainsi qu'une série de groupes de discussion pour élargir encore la participation et, en particulier, la validation des thèmes qui sont ressortis de l'analyse de la documentation et des premières entrevues avec les informateurs clés. Compte tenu de l'échéancier et des ressources disponibles pour ce projet, les responsabilités ont été partagées entre le consultant du projet et le CCNDS (voir l'annexe 2 pour plus de détail).

Un groupe de référence composé d'experts a été mis sur pied afin de fournir des commentaires et des conseils durant les étapes principales du projet, notamment : la détermination d'informateurs clés potentiels et de la documentation de référence ; l'examen des thèmes établis et leur analyse ; l'étude d'une version préliminaire du présent rapport. Étant donné que seuls deux membres du groupe de référence étaient disponibles durant cette dernière étape (rapport préliminaire), la contribution de deux informateurs clés interrogés précédemment a été nécessaire.

Le présent chapitre offre un bref aperçu de chaque méthode de collecte d'information. L'annexe 9 présente un examen supplémentaire des conséquences pour les futurs efforts de collecte d'information par le CCNDS.

Analyse de la documentation

L'objectif général de cet aspect d'analyse était de répondre aux questions suivantes :

- Quel est l'état de la pensée, des données probantes et de l'action sur les déterminants de la santé dans la pratique en santé publique ?
- Quels sont les exemples de cadres, d'approches, d'outils ou de formation liés aux déterminants de la santé, qui sont accessibles ou qui sont mis en place dans un contexte de santé publique ?
- Quels autres informateurs clés doivent être pris en compte pour cette analyse de l'environnement ?

Une approche ciblée a été adoptée afin de déterminer les principaux rapports :

- Demandes faites au CCNDS et au groupe d'experts de référence au sujet des principaux rapports « à ne pas manquer » ;
- Recherche de sites Internet d'organismes de santé publique progressistes connus du CCNDS et du consultant de projet comme étant engagés dans l'action sur les déterminants de la santé ;
- Recherche des sites Internet d'organismes sélectionnés qui seraient une source de documents et de rapports clés (voir l'annexe 2).

D'autres sites Internet et documents ont été répertoriés à l'issue de cette première recherche, ainsi qu'à la suite des suggestions d'informateurs clés et de participants aux groupes de discussion.

Entrevues avec les informateurs clés

La liste initiale des informateurs clés a été préparée par le CCNDS, avec la participation du groupe d'experts de référence et du consultant du projet (voir l'annexe 3). Le questionnaire pour les informateurs clés a été préparé par le consultant du projet avec l'aide du CCNDS et du groupe d'experts de référence (voir l'annexe 4). Au total, 31 entrevues ont été réalisées avec les informateurs clés, ce qui augure bien par rapport à l'objectif de l'analyse qui était de 25 à 35. L'importante participation d'informateurs clés dans un délai relativement court est une indication du niveau d'intérêt par rapport à ce sujet et l'orientation future du CCNDS.

Bien que l'intention ait été de trouver de nouveaux informateurs clés grâce au processus d'entrevue et au sondage en ligne, le moment choisi pour une grande partie de ces entrevues et l'accessibilité aux résultats du sondage en ligne n'ont pas permis d'inclure d'autres répondants. Étant donné que les principaux thèmes ressortis des entrevues avec les informateurs clés étaient en grande partie constants, il est peu probable que l'ajout d'autres répondants modifierait considérablement les thèmes stratégiques définis.

Sondage en ligne

Le sondage en ligne a été inclus pour élargir le cercle de participation à l'analyse de l'environnement. D'après la période choisie pour le sondage (juin-juillet) et le nombre limité de répondants à un sondage durant l'analyse de l'environnement du Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (CCNMO), l'attente à l'égard de la participation possible se situait jusqu'à 200 répondants.

L'une des difficultés dans la conception du sondage était de trouver la meilleure façon de structurer les questions. L'ampleur de l'incertitude perçue quant au travail de la santé publique dans le domaine des déterminants de la santé porterait à favoriser les questions ouvertes. Toutefois, il est plus simple d'analyser les questions fermées. Finalement, le choix de poser un mélange de questions (voir l'annexe 5) a été retenu. Ces dernières ont été traduites en français et mises à l'essai dans les deux langues. L'essai a indiqué que le questionnaire pouvait prendre environ 15 minutes à remplir.

Grâce à la promotion du sondage dans des réseaux électroniques et au cours de deux conférences sur la santé publique (l'Association canadienne de santé publique, l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire et l'Atelier d'été des CCNSP), plus de 600 réponses ont été reçues. Beaucoup de répondants ont ignoré les questions fermées, alors que de nombreuses personnes ont fourni des réponses aux questions ouvertes. Outre l'incorporation de résultats sélectionnés du sondage dans le présent rapport, l'annexe 6 présente des résultats supplémentaires du sondage. Le CCNDS a aussi préparé un rapport technique plus détaillé afin d'éclairer ses analyses et prises de décisions futures. Le nombre élevé de réponses indique le niveau d'intérêt à l'égard de l'action sur les déterminants de la santé. De plus, les répondants constituent un groupe potentiel de personnes à contacter à l'avenir pour participer aux efforts d'application des connaissances du CCNDS.

Téléconférences des groupes de discussion

Les téléconférences des groupes de discussion ont été incluses afin d'avoir une autre possibilité de collecte d'information en plus des entrevues des informateurs clés, et pour prévoir une étape de validation précoce des thèmes qui sont ressortis de l'analyse de la documentation et des entrevues avec les informateurs clés effectuées jusqu'alors (environ le tiers du total). Bien qu'il ait été prévu d'avoir un groupe de discussion pour chaque sous-groupe du public cible (décideurs, personnel de première ligne, chercheurs), quatre téléconférences ont été tenues au total, chacune regroupant entre trois et sept participants (voir l'annexe 7). Les participants de chaque groupe de discussion formaient surtout un mélange d'employés et de cadres intermédiaires de première ligne. Avant la tenue des téléconférences, un résumé des principaux thèmes et des résultats de l'analyse de la documentation ainsi que des entrevues réalisées avec les 13 premiers informateurs clés a été fourni. Les téléconférences de deux heures comportaient une discussion guidée des thèmes qui sont ressortis et des conséquences possibles des résultats jusqu'à cette date. L'annexe 8 présente la liste des principaux commentaires reçus des groupes de discussion.

RÉSULTATS

Les quatre méthodes de collecte d'information ont montré une convergence considérable des résultats. Ce chapitre fournit une synthèse de ces résultats. En première partie, le contexte des mesures de santé publique relatives aux déterminants de la santé est examiné, suivi d'une discussion autour des difficultés et des possibilités de telles mesures.

Contexte des actions de santé publique relatives aux déterminants de la santé

En vue d'établir le cadre pour les descriptions des difficultés et des possibilités relatives aux mesures de santé publique de la section suivante, cette section fournit un aperçu des principaux termes et concepts, du contexte historique de la santé publique, des récents rapports importants sur les déterminants de la santé et des attentes formelles actuelles concernant l'action de santé publique.

Principaux concepts et terminologie

Une analyse récente effectuée par Daghofer et Edwards fournit les descriptions suivantes de plusieurs concepts et termes importants⁴ :

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ : facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations. L'Agence de la santé publique du Canada cite les exemples suivants de déterminants de la santé : statut socioéconomique, réseaux de soutien social ; niveau de scolarité ; conditions d'emploi et de travail ; facteurs génétiques et biologiques ; environnements sociaux ; milieux physiques, pratiques d'hygiène personnelle, développement d'enfants en santé ; services de santé ; sexe et culture. Ces déterminants interagissent les uns avec les autres, de sorte que la santé d'une personne est la somme complexe de différents facteurs.

LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ (DSS) : les DSS peuvent être compris comme les conditions sociales dans lesquelles les gens vivent et travaillent.

L'ÉGALITÉ/L'INÉGALITÉ EN SANTÉ : les termes génériques employés pour désigner les différences, les variations et les disparités dans les réalisations en santé et les facteurs de risque des individus et des groupes... n'impliquant aucun jugement moral. Certaines inégalités reflètent des variations aléatoires (c.-à-d. causes inexplicables), alors que d'autres sont le résultat de la génétique individuelle, de conséquences des choix personnels, de l'organisation sociale, des possibilités économiques ou de l'accès aux soins de santé. La politique gouvernementale se préoccupe des inégalités sur le plan de la santé qui sont attribuables à des facteurs modifiables, particulièrement celles qui sont perçues comme étant injustes.

L'ÉQUITÉ ET LES INIQUITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ : il s'agit d'inégalités en matière de santé qui sont jugées injustes ou résultant de toute forme d'injustice. La différence fondamentale entre l'égalité et l'équité en matière de santé réside dans le fait que la détermination des iniquités suppose un jugement normatif de la part d'une personne, jugement qui est fondé sur a) ses concepts de la justice ; b) ses concepts de la société ; c) son raisonnement relatif à l'origine des inégalités en matière de santé. En raison du fait qu'il est nécessaire de faire appel à un jugement normatif pour cerner les iniquités en matière de santé, la science seule ne peut pas déterminer lesquelles sont aussi injustes, ni dans quelle proportion une inégalité observée est injuste.

LES DISPARITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ : différences dans l'état de santé survenant entre divers groupes démographiques définis par des caractéristiques précises. Aux fins du développement de politiques, les caractéristiques les plus utiles sont celles qui sont toujours liées aux plus importantes variations dans l'état de santé. Au Canada, les facteurs les plus importants sont le statut socioéconomique, l'identité autochtone, le sexe et l'emplacement géographique.

Les racines et l'histoire de la santé publique

Le désir de connaître les raisons pour lesquelles certaines personnes sont en bonne santé alors que d'autres ne le sont pas constitue la base du domaine de la santé publique, lequel est apparu au XIX^e siècle en réponse aux importants écarts dans les résultats observés relativement à la santé. Au milieu du XIX^e siècle, le père de l'épidémiologie, le Dr John Snow, a analysé l'épidémie de choléra à Londres en essayant de trouver pourquoi certains tombaient malades et mouraient, alors que d'autres n'étaient pas touchés. Sa fameuse étude a mené à la découverte de la source d'eau contaminée et au remplacement de la poignée de la pompe à eau⁵. L'un des premiers hygiénistes, Sir Edwin Chadwick, a documenté les différences marquées dans les taux de mortalité parmi les différents groupes démographiques et a fait valoir la nécessité d'avoir de l'eau potable, d'enlever les ordures ménagères et d'instaurer d'autres politiques en ce sens. Il a fait appel à des arguments économiques pour convaincre les décideurs, et ses travaux ont abouti à l'adoption de la première *Loi sur la santé publique* et à la création du premier Conseil de santé⁶. Ses travaux, même s'ils ont été plus tard couronnés de succès, n'avaient pas reçu un accueil enthousiaste à l'origine, et il a même dû financer par ses propres moyens la publication de son rapport.

Au Canada, il y a plus de 80 ans, les responsables de la santé publique parlaient clairement de conditions que nous classerions aujourd'hui comme des déterminants de la santé.

Tout pays qui laisse ses citoyens aux prises avec des maladies évitables, qui accepte l'existence de conditions sociales faisant en sorte que les gens ne puissent pas s'alimenter, se vêtir et se loger convenablement de manière à maintenir un niveau élevé de résistance et d'aptitude physiques et qui accepte que les salaires ne procurent pas un revenu suffisant pour le foyer, soit un revenu permettant le développement d'un esprit et d'un corps sains, bafoue un principe fondamental de la démocratie (médecin-hygiéniste de Toronto, 1929)⁷.

Certes, la structure et la spécialisation des rôles dans la société sont devenues beaucoup plus complexes au fil des ans, mais la perspective sous-jacente et la nécessité de mesures de santé publique n'ont pas changé, comme en témoigne le rapport annuel de 1998 de la Direction de santé publique de Montréal :

Quand on sait que la pauvreté va souvent de pair avec une moins bonne santé, cette situation devient une véritable préoccupation de santé publique... La pauvreté qui frappe près de 30 % de la population de Montréal constitue un problème que la Direction de santé publique ne saurait éluder... La Direction se présente donc sur la scène montréalaise auprès des autres acteurs sociaux comme un partenaire déterminé à s'engager avec eux, apportant son expertise spécifique. La réduction des inégalités sociales et du bien-être est une condition essentielle du progrès de notre société. Voilà un objectif qui fait appel à la participation enthousiaste de chacun et qui exige un travail solidaire de tous les milieux. C'est la voie sur laquelle s'engage résolument la Direction de santé publique en comptant sur l'intensification de ses liens avec ses partenaires [TRADUCTION]⁸.

Le Canada a été un chef de file sur la scène internationale, ayant acquis une meilleure compréhension des facteurs contribuant à l'établissement et au maintien de la santé des populations. Parmi les principaux rapports, il faut noter :

- *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* (Rapport Lalonde) – 1974 : donne à la biologie humaine, à l'environnement et aux habitudes de vie, en tant que catégories, une importance égale à celle de l'organisation des soins de santé⁹.
- *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* (Charte d'Ottawa) – 1986 : décrit les cinq stratégies de l'intervention en promotion de la santé ainsi que les conditions préalables à la santé qui comportent : la paix, un logement, l'éducation, l'alimentation, des moyens de vivre, un écosystème stable, des ressources durables, la justice et l'équité sociales¹⁰.
- *La Santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé* (Plan d'ensemble Epp) – 1986 : décrit le défi principal comme étant de « réduire les inégalités sur le plan de la santé entre les groupes de citoyens à faible revenu et les mieux nantis »¹¹. Afin d'y arriver, les stratégies sont d'encourager la participation du public, d'améliorer les services de santé communautaire et de coordonner une politique publique favorisant la santé.
- *Rapports statistiques sur la santé de la population canadienne* – 1996 : préparé pour les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé, ce rapport décrit l'inégalité des normes de santé entre les secteurs de la société canadienne et la façon de réduire ces inégalités en abordant les conditions de vie et de travail ; l'environnement physique ; les pratiques d'hygiène personnelle et les habiletés d'adaptation ainsi que les services de santé¹².
- *Modèle d'intégration de la santé de la population et de la promotion de la santé* (Modèle de promotion de la santé de la population) – 1996 : les trois dimensions de ce modèle comportent les déterminants de la santé ; les mesures de la Charte d'Ottawa et le niveau d'intervention¹³.
- *Pour un avenir en santé : deuxième rapport sur la santé de la population canadienne* – 1999 : il s'agit d'un rapport de suivi préparé pour les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé et qui décrit davantage l'influence des déterminants de la santé sur la santé des Canadiens, y compris les iniquités¹⁴.

- *Le modèle de promotion de la santé de la population : éléments clés et mesures qui caractérisent une approche axée sur la santé de la population (Approche axée sur la santé de la population) – 2001 : ce cadre de planification intègre la mesure de l'état de santé de la population, l'analyse des déterminants de la santé, la prise de décision en fonction de données probantes, l'augmentation des investissements en amont, l'application de stratégies multiples, l'encouragement de la participation du public et la collaboration intersectorielle¹⁵.*

Alors qu'une analyse détaillée de l'évolution de la pensée représentée dans ces rapports tombe en dehors de la portée de cette analyse de l'environnement, il n'y a aucun doute qu'un intérêt porté à la santé des populations, y compris l'analyse des déterminants de la santé et les mesures qui s'y rapportent, sont intrinsèques à la pratique de la santé publique. Comme il est décrit par l'Agence de la santé publique du Canada :

Une approche axée sur la santé de la population a pour point de mire l'amélioration de l'état de santé des populations. Les mesures en matière de santé sont orientées vers toute une population ou sous-population plutôt que vers des individus. La concentration des efforts sur la santé des populations a pour corollaire la réduction des inégalités notées dans l'état de santé de différents groupes démographiques. L'hypothèse sous-jacente d'une telle approche est que les réductions des inégalités en matière de santé reposent sur celle des inégalités d'ordre matériel et social. Aussi peut-on conclure que les résultats ou les avantages d'une approche axée sur la santé de la population s'étendent bien au-delà de l'amélioration de la santé des populations et tendent vers l'établissement d'un système de santé durable et intégré, la poursuite de la croissance et de la productivité, le raffermissement de la cohésion sociale et l'engagement des citoyens¹⁶.

Comme le mentionne le texte ci-dessus, la réduction des inégalités et des iniquités dans l'état de santé de différents groupes démographiques est intrinsèque à l'approche axée sur la santé de la population. Depuis quelques années, l'intérêt de voir les inégalités et les iniquités réduites s'est accru, reconnaissant ainsi que les améliorations des mesures globales relatives à la santé des populations n'ont pas nécessairement abouti à la réduction des iniquités en matière de santé entre les populations. La prochaine sous-section décrit les principaux rapports sur les déterminants de la santé et l'équité, et est suivie par une description des attentes formelles concernant l'action de santé publique.

Principaux rapports récents sur les déterminants de la santé et l'équité —exemples choisis

Depuis quelques années, plusieurs rapports importants sur les déterminants de la santé et l'équité provenant de sources différentes ont été publiés. Bien qu'ils soient destinés à un public plus large que le secteur de la santé publique, ces rapports offrent des contextes et des conseils pour les mesures de santé publique. Voici un bref aperçu non exhaustif de certains rapports sélectionnés.

- *Réduire les disparités en santé – Rôles du secteur de la santé : document de travail – 2005*¹⁷. Ce document de travail fait la synthèse de l'information sur l'existence de disparités en santé au Canada, les causes et les coûts qui y sont liés, ainsi que le rôle des services de santé dans la lutte contre ces disparités. En ce qui concerne ce dernier point, le rapport indique que les politiques et les activités relatives aux soins de santé et à la santé publique peuvent réduire ou augmenter les disparités de santé selon la façon dont elles sont mises en œuvre et adoptées par la population. Tout en soulignant que des mesures de santé publique généralisées risquent d'augmenter les disparités en raison d'une plus grande participation des populations plus privilégiées, le rapport mentionne que « la façon la plus appropriée et la plus efficace d'améliorer l'état de santé général de la population consiste à améliorer la santé des gens faisant partie des groupes de statut socioéconomique (SSE) inférieur et d'autres populations défavorisées ».

Un cadre destiné à réduire les disparités en santé est présenté :

- Adopter une approche intégrée par rapport aux populations défavorisées ;
- Mettre l'accent sur quatre orientations stratégiques importantes pour le secteur de la santé :
 - *faire de la réduction des disparités en santé une priorité du secteur de la santé,*
 - *intégrer la réduction des disparités dans les programmes et les services de santé,*
 - *réduire les disparités de santé en collaborant avec d'autres secteurs,*
 - *renforcer les activités d'acquisition et d'échange de données.*
- *Politiques sur la santé de la population : enjeux et options – 2008*¹⁸. Ce rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie examine les divers types de déterminants de la santé et les estimations de leur effet sur les résultats relatifs à la santé, ainsi que l'insuffisance persistante d'une compréhension commune des déterminants de la santé auprès du grand public. Le rapport souligne quatre enjeux principaux ainsi que les possibilités à envisager :
 - *Effectuer le suivi des résultats relatifs à la santé et soutenir la recherche sur les interventions visant à améliorer la santé de la population ;*
 - *Réorienter la politique du gouvernement ;*
 - *Mettre en œuvre une stratégie sur la santé de la population autochtone ;*
 - *Nourrir la volonté politique.*
- *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé – 2008*¹⁹. Le rapport de la Commission de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) fait état des inégalités en matière de santé entre les pays et au sein des populations d'un pays. Il explique que ces inégalités reflètent, dans une large mesure, les iniquités, car elles « sont le fruit des circonstances dans lesquelles les gens grandissent, vivent, travaillent et vieillissent et des systèmes mis en place pour faire face à la maladie. En outre, les conditions dans lesquelles les gens vivent et meurent sont déterminées par des forces politiques, sociales et économiques ». À la suite d'une étude approfondie des données probantes, la Commission formule les trois recommandations suivantes :

- *Améliorer les conditions de vie quotidienne ;*
 - *Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources ;*
 - *Mesurer et analyser le problème et évaluer l'efficacité de l'action menée¹⁹.*
- *Healthy People, Healthy Performance, Healthy Profits : The Case for Business Action on the Socio-Economic Determinants of Health – 2008²⁰.* Ce rapport du Conference Board du Canada avance des arguments économiques et relatifs à la santé pour appuyer l'action sur les déterminants de la santé. Le rapport décrit brièvement un cadre pour des actions mises en œuvre par les entreprises, ainsi que des recommandations pour les domaines d'action du gouvernement en vue de soutenir de telles actions (p. ex., mettre en place des incitations fiscales ou des subventions pour adopter des stratégies convenues afin de se pencher sur un ou plusieurs déterminants ; faciliter la communication entre les employeurs et les entreprises, les collectivités et les responsables des politiques ; mettre en valeur et célébrer les initiatives réussies en exposant les étapes menant à la réussite).

Les deux premiers rapports de l'administrateur en chef de la santé publique (ACSP) du Canada se sont penchés sur les inégalités en matière de santé et le développement de l'enfant^{21,22}. Ils sont discutés en détail plus loin dans le présent rapport.

Dans leur analyse de ces rapports, Daghofer et Edwards définissent les principes directeurs suivants, qui sont communs aux rapports examinés : justice sociale ; programmes universels et ciblés ; obligation de rendre compte et pratiques exemplaires ; relèvement du niveau, et non l'abaissement⁴.

Les auteurs recommandent également six stratégies transversales qui apparaissent dans les rapports analysés :

1. Investir dans les politiques sociales, les programmes et les incitations à l'action (8 des 8 rapports) ;
2. Développer et transférer les connaissances (8 des 8 rapports) ;
3. Faire preuve de leadership (7 des 8 rapports) ;
4. Favoriser les mesures intersectorielles (7 des 8 rapports) ;
5. Renforcer le soutien public et politique (6 des 8 rapports) ;
6. Développer le potentiel des collectivités (3 des 8 rapports)⁴.

Bien que cette analyse présente un contexte important, elle n'indique pas de manière explicite ce que les organismes de santé publique peuvent ou doivent faire pour remédier aux iniquités. La prochaine sous-section examine les attentes actuelles concernant l'action de santé publique.

Attentes formelles concernant l'action de santé publique sur les déterminants de la santé et les inégalités et iniquités en matière de santé

LOIS SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

La date d'adoption et la clarté des lois sur la santé publique quant aux attentes concernant l'action de santé publique dans l'ensemble varient selon les provinces et les territoires. La *Loi sur la santé publique du Québec* offre une description particulièrement détaillée des fonctions et des rôles de la santé publique. En ce qui concerne les déterminants de la santé, elle affirme que les mesures de la Loi visent à « influencer de façon positive les principaux déterminants de la santé, notamment par une action intersectorielle concertée²³ ». De plus amples détails sont fournis à l'annexe 10.

PROGRAMMES DE BASE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Trois provinces fournissent des descriptions, faisant référence à leurs lois, des « programmes de base » de la santé publique. Ces documents fournissent des attentes explicites concernant l'action de santé publique, y compris celles relatives aux déterminants et aux inégalités/iniquités en matière de santé. Par exemple, les nouvelles *Normes de santé publique de l'Ontario* (NSPO) énoncent :

La prise en compte des déterminants de la santé et la réduction des iniquités en santé constituent des éléments fondamentaux des interventions en santé publique en Ontario. Les programmes et services de santé publique efficaces tiennent compte de l'incidence des déterminants de la santé sur l'atteinte des résultats attendus en santé.

Un aspect important des exigences énoncées dans les *Normes de santé publique de l'Ontario* consiste à identifier et à travailler auprès des groupes prioritaires locaux. Pour ce faire, on a recours à la surveillance et à des études épidémiologiques ou autres. Les groupes prioritaires sont ceux qui présentent des risques et pour qui il est raisonnable de croire que des interventions en santé publique pourraient avoir une incidence considérable à l'échelle de la population. Les normes en matière de santé publique prennent en compte et intègrent les déterminants de la santé et proposent tout un éventail d'activités axées sur la population qui visent à promouvoir la santé et à réduire les iniquités en santé grâce à la collaboration avec des partenaires communautaires²⁴.

En Colombie-Britannique (C.-B.), le cadre des fonctions fondamentales de la santé publique comprend un outil pour évaluer et réduire les inégalités en matière de santé, qui « tiennent leurs racines dans les déterminants sociaux, économiques, culturels et environnementaux de la santé de la population²⁵ » [TRADUCTION]. Bien que ces déterminants ne soient pas sous le contrôle direct du secteur de la santé publique, ce dernier peut contribuer à la réduction des inégalités en matière de santé par les mesures suivantes :

- Décrire les inégalités, en rendre compte afin d'y attirer l'attention du public, et analyser les facteurs contribuant à ces inégalités ;
- Travailler avec les collectivités pour changer les conditions qui contribuent aux inégalités en matière de santé dans leur milieu ;
- Préconiser des politiques gouvernementales plus saines et des changements dans les conditions sociales, économiques, culturelles et environnementales afin de réduire les inégalités en matière de santé ;
- Établir des programmes visant les groupes défavorisés et à haut risque ;
- Améliorer l'accès aux programmes de santé publique en supprimant les barrières ;

- Établir des partenariats avec d'autres organismes pour faire face à de multiples obstacles ou enjeux de manière générale et coordonnée ;
- Recourir au développement communautaire comme moyen d'appuyer l'autopromotion et l'autonomie ;
- S'assurer que les programmes de base offerts par les régies de la santé reflètent les priorités des gens qui en ont le plus besoin²⁵.

La C.-B. a élaboré une série de programmes de base modèles, dont chacun est appuyé par un document de synthèse des données qui intègre l'examen des déterminants de la santé et une réduction des iniquités en matière de santé²⁶. Un deuxième document de synthèse aborde le volet de l'équité du cadre global²⁷.

Le programme de santé publique du Québec énonce que « grâce à ses objectifs, le programme vise à changer les déterminants de la santé et du bien-être, à améliorer la santé et le bien-être et à réduire les troubles et blessures de santé ou psychosociaux²⁸ » [TRADUCTION]. Le document du programme comporte un examen des différents types de déterminants de la santé et les stratégies qui figurent dans tous les programmes :

- Renforcer le potentiel des individus ;
- Appuyer le développement communautaire ;
- Participer à l'action intersectorielle qui favorise la santé et le bien-être ;
- Aider les groupes vulnérables ;
- Encourager le recours à des pratiques cliniques préventives et efficaces²⁸.

COMPÉTENCES DE BASE EN SANTÉ PUBLIQUE

Le rapport *Compétences essentielles en santé publique au Canada (Version 1.0)* offre une description des connaissances, habiletés et attitudes essentielles à la pratique de la santé publique²⁹. Bien que de nombreux concepts clés relatifs aux déterminants de la santé et aux iniquités en santé y soient inclus, au moins implicitement, des analyses récentes réalisées à la demande du CCNDS ont conclu que :

Pour traduire de façon adéquate l'importance du cadre des déterminants de la santé dans la théorie et la pratique contemporaines de la santé publique, il est recommandé que l'actuelle version 1.0 des Compétences essentielles soit révisée pour inclure un contenu plus spécifique lié au cadre des déterminants de la santé, que ce contenu comporte des énoncés concernant les valeurs et les attitudes en santé publique et que le contenu soit directement incorporé dans les énoncés de compétences essentielles [TRADUCTION]³⁰.

Certains informateurs clés ont également mentionné que l'attitude et les valeurs des employés sont essentielles dans les travaux relatifs aux déterminants de la santé, ce qui plaiderait en faveur d'une formulation plus explicite dans les versions futures des compétences essentielles en santé publique.

AGRÉMENT EN SANTÉ PUBLIQUE

Agrément Canada prévoit l'accréditation des régies régionales de la santé comprenant des équipes de santé publique partout au Canada (à l'exception de l'Ontario, qui possède une structure différente de système de soins médicaux). Les normes de santé publique générales et plus spécifiques sont explicites à propos de l'évaluation et de la prise de mesures relatives aux déterminants de la santé. Par exemple, les attentes concernant tous les organismes agréments comprennent ce qui suit :

Les responsables de l'organisme appuient et participent au développement communautaire en cours afin de promouvoir la santé et de prévenir les maladies (p. ex., promouvoir une politique publique favorisant la santé et touchant les déterminants de la santé) [TRADUCTION].

Le conseil d'administration joue un rôle de promoteur dans la collectivité. Promouvoir une politique publique favorisant la santé pour se pencher sur les déterminants de la santé en constitue un exemple (p. ex., interdiction de fumer dans les lieux publics, lois sur la santé environnementale et sensibilisation de la communauté aux enjeux) [TRADUCTION]³¹.

De plus amples détails sont fournis à l'annexe 11. En Ontario, les unités de santé publique peuvent demander, de plein gré, un agrément par l'Ontario Council on Community Health Accreditation³². Ses documents d'accréditation mentionnent à l'occasion les déterminants de la santé, mais ne sont pas aussi explicites que ceux d'Agrément Canada.

Résumé

Après un bref aperçu de la terminologie principale, cette section a souligné l'ampleur de l'intérêt actuel envers les déterminants de la santé, qui vise de plus en plus la réduction des iniquités en matière de santé. Une telle perspective n'est en aucune manière nouvelle à la santé publique, puisqu'elle était le principal moteur de la création du domaine et que les concepts importants sont intégrés dans tous les rapports d'envergure sur la santé publique des dernières décennies. L'existence continue des gradients de santé et la possibilité que certaines interventions en santé publique puissent contribuer aux injustices constituent une source de préoccupation particulière. Une tendance actuelle est d'intégrer des attentes plus explicites concernant l'action de santé publique sur les déterminants de la santé dans les paramètres déterminants de la pratique, comme les normes d'agrément. Il existe aussi au moins un exemple d'inclusion explicite d'attentes concernant l'action de santé publique sur les déterminants de la santé dans une loi provinciale sur la santé publique (Québec) ainsi que dans les trois exigences provinciales relatives aux programmes de base de la santé publique (C.-B., Ontario, Québec).

État des action de santé publique sur les déterminants de la santé et les iniquités en matière de santé

Au cours de cette analyse, nous avons vu plusieurs exemples d'organismes de santé publique qui sont engagés dans l'action sur les déterminants de la santé pour réduire les iniquités. Les informateurs clés étaient presque tous d'accord que ces exemples représentaient plutôt les premiers utilisateurs ou innovateurs et qu'ils ne reflétaient pas une pratique en santé publique typique ou très répandue dans notre pays. En outre, même parmi les premiers organismes utilisateurs, l'action sur les déterminants de la santé plus communs est encore à un stade relativement précoce de mise en œuvre et n'est pas institutionnalisée partout. De plus amples détails concernant ces exemples seront fournis plus loin dans ce rapport. Le but de cette section est d'explorer un certain nombre de difficultés généralisées qui constituent des obstacles à l'égard d'une action à plus grande échelle, ainsi que les nombreuses possibilités existantes.

Les défis à l'action de santé publique

L'analyse de la documentation³³⁻³⁵, les entrevues avec les informateurs clés et les groupes de discussion révèlent un nombre de défis posés à l'action de santé publique concernant les déterminants de la santé et les iniquités.

LES DONNÉES PROBANTES ACTUELLES

Les défis concernant la portée des données probantes actuelles comprennent la nature de la relation entre les déterminants et les résultats relatifs à la santé, ainsi que les interventions pour gérer cette relation de manière efficace. L'influence des déterminants de la santé sur les résultats relatifs à la santé évalués grâce aux taux de variation des gradients montre que ces gradients peuvent varier selon les résultats, par interactions avec d'autres déterminants (p. ex., sexe), par pays, et au fil du temps^{36,37}. De plus en plus de rapports détaillés décrivent les déterminants et les gradients^{7,21,38,39}. Il existe une variété de cadres pour conceptualiser les voies et les interactions entre les déterminants, mais leur choix n'est pas toujours clair ou facile au moment de la direction des recherches et des interventions. Il est nécessaire d'effectuer une synthèse plus complète et d'acquérir une meilleure compréhension de ce que nous savons ou ne savons pas au sujet des gradients actuels, des complexités des interactions entre les déterminants de la santé et des voies vers les résultats relatifs à la santé dans le contexte canadien.

Il semble aussi que nous ayons un certain nombre de problèmes conceptuels. Parmi le personnel du secteur de la santé publique, il y aurait des difficultés persistantes à réconcilier les démarches sur les plans individuel et populationnel³⁵. Certains informateurs clés ont indiqué une fausse perception répandue parmi le personnel du secteur de la santé publique, selon laquelle une approche axée sur la santé de la population ne ciblerait que le grand public et ne comprendrait donc pas les populations à risque plus élevé ou prioritaires.

Peut-être liés aux défis conceptuels précédents, les défis relatifs aux données des interventions sont aussi présents. Tel qu'il est mentionné dans un rapport récent :

Bien que beaucoup de gens en santé publique soient engagés à réduire les iniquités sociales en santé, ils ne disposent pas de stratégies tangibles appuyées par des données probantes pour ce travail. Le domaine de la santé publique a besoin de telles stratégies ainsi que de soutien pour appliquer ces données probantes et pour élaborer des stratégies durables de mise en œuvre [TRADUCTION]³⁴.

De nombreux organismes au Canada appliquent les principes de santé publique pour étudier les déterminants de la santé afin de réduire les iniquités et pour « apprendre par la pratique ». Dans une large mesure, leur travail n'est pas très bien connu. Comme un informateur clé l'a indiqué, chaque travailleur du secteur de la santé publique doit être au courant des « histoires » de ces innovateurs. Toutefois, la grande partie de ce savoir est produit par des praticiens qui sont en mode de prestation de services où la publication n'est pas une priorité et où il n'existe pas de mécanismes bien établis pour saisir et diffuser les leçons tirées de ces expériences³⁴. En outre, les praticiens du domaine de la santé publique disposent de peu de mécanismes pour partager leurs expériences et difficultés.

Le nombre d'évaluateurs travaillant dans ce domaine est aussi limité. Afin d'établir les données probantes, les interventions doivent être évaluées, de sorte que nos connaissances de ce qui fonctionne ou ne fonctionne pas s'améliorent constamment. Le développement et l'interprétation des données probantes dans ce domaine ne sont pas sans défis. Plusieurs déterminants interdépendants agissent à des stades multiples au cours de la vie. Les données d'essai aléatoire sont rares et semblables à l'ensemble du domaine de la santé publique⁴⁰. Par conséquent, les examinateurs des données ont dû utiliser une variété de démarches³⁴.

Le personnel de santé publique a besoin de « munitions » (p. ex., résumé des toutes récentes données, analyses économiques, etc.) pour appuyer ses analyses et ses actions. Il se trouve donc obligé de chercher très loin pour ce matériel ou doit de le développer soi-même. Par exemple, en l'absence de synthèses actuelles, différents organismes de santé publique ont procédé à des analyses documentaires importantes afin d'informer les interventions locales en santé publique^{34,39}. Après avoir évalué les effets de la pauvreté dans la zone qu'il dessert, un informateur clé a indiqué qu'il aurait été très utile d'avoir une liste d'options stratégiques établies par ordres de gouvernement pour appuyer les recommandations et les actions de son organisme. Les informateurs clés ont observé qu'il existe des domaines de chevauchement possible entre le CCNDS et le CCNPPS ainsi que le CCNSA, qui présentent des possibilités de collaboration et de coordination des efforts.

INCERTITUDE QUANT AU RÔLE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

De nombreux rapports récents importants sur les déterminants de la santé et les iniquités en santé n'indiquent pas ou ne décrivent pas de façon explicite ce que la santé publique pourrait ou devrait réaliser dans ce domaine. Bien qu'il existe de nombreuses listes de déterminants, celles-ci ne tiennent pas compte des interactions entre ces déterminants ni des voies par lesquelles on estime que les déterminants agissent. Elles n'offrent donc pas de directives sur des interventions particulières. Comme la plupart des déterminants ne sont pas sous le contrôle direct du secteur de la santé publique, les déterminants et les iniquités peuvent être perçus comme ne faisant pas partie du mandat de la santé publique. Malgré les racines historiques du domaine et la pensée conceptuelle qui est reflétée depuis des décennies dans des rapports extraordinaires, les travaux sur les déterminants de la santé et les iniquités peuvent être perçus comme un « surcroît de travail » ou un travail « trop immense » pour la santé publique, en particulier compte tenu des pressions sur les ressources des organismes de santé publique.

LIMITATIONS DES PRATIQUES EXISTANTES EN SANTÉ PUBLIQUE

De nombreux informateurs clés ont indiqué que la santé publique doit passer au-delà de la simple description des iniquités et des progrès et prendre des mesures concrètes. Certains ont également manifesté des inquiétudes par rapport à une tendance à se fier aux méthodes quantitatives au cours de l'évaluation des besoins et ont indiqué que les méthodes qualitatives sont également souvent nécessaires pour mieux comprendre ces besoins, la signification des résultats pour les collectivités, la résolution collective des problèmes, etc. En outre, dans les régions rurales et éloignées avec des populations réduites, il faut avoir souvent recours à d'autres méthodes pour évaluer les besoins.

Des informateurs clés ont rapporté une préoccupation constante du secteur de la santé publique à l'égard des démarches comportementales et sociétales stipulant que, par défaut, les services sont souvent destinés à la classe moyenne en mettant l'accent sur l'« éducation », aux dépens des démarches structurelles ou individualisées visant les populations prioritaires. Comme un informateur clé a fait remarquer, il est souvent plus facile de préparer une brochure ou de publier de l'information sur Internet que d'aborder les enjeux plus difficiles.

Un nombre limité d'administrations exprime des attentes explicites concernant l'action sur les déterminants de la santé et les iniquités. Cependant, ces attentes ne jouissent pas nécessairement d'un soutien actif. Selon un informateur clé, à moins d'établir les responsabilités à l'égard des mesures à prendre, il est peu probable de se produire sur une grande échelle.

Plusieurs informateurs clés ont repéré des lacunes dans les habiletés du personnel de la santé publique, en particulier dans les domaines de l'engagement communautaire, de la mobilisation et du développement. Toutefois, les possibilités de formation pour améliorer les compétences liées aux déterminants de la santé sont limitées. Un examen récent des options de formation électronique a révélé qu'à l'heure actuelle, il n'existe pas de cours complet en ligne sur le thème des déterminants de la santé destiné aux professionnels de la santé publique de première ligne au Canada⁴¹. À l'échelle des cadres supérieurs des organismes, les connaissances et les compétences nécessaires pour prendre des mesures font appel à des domaines de connaissances dont les responsables de la santé publique pourraient ne jamais avoir eu besoin auparavant (p. ex., des systèmes adaptatifs complexes).

ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Un certain nombre d'informateurs clés se sont exprimés sur le degré d'engagement communautaire des organismes de santé publique et de leur personnel. On a observé que plus un organisme se consacre à la prestation de services et vise des résultats difficiles, moins il a du temps et des moyens pour le développement de relations stratégiques avec d'autres fournisseurs de service et les collectivités. Certains informateurs clés ont présumé que la rigidité dans les orientations fondées sur des programmes a entraîné une perte, au sens de « leur raison d'être » et des mesures concertées entre les employés.

Selon plusieurs informateurs clés, de nombreux organismes de santé publique sont trop bureaucratiques et autoritaires. Certains semblent fonctionner comme trois entités distinctes (cadres supérieurs, cadres intermédiaires et employés de première ligne), chacune ayant leurs propres points de vue à l'égard des collectivités et de l'action sur les déterminants de la santé. Dépendant de l'organisme, une ou plusieurs de ces entités pourraient faire obstacle à l'action des autres. On a aussi observé que les structures de gouvernance de la santé publique ne sont peut-être pas établies avec une vision suffisamment élargie pour être à même d'appuyer l'action sur les déterminants de la santé.

Le processus de régionalisation dans de nombreuses régions du pays semble avoir entravé les liens traditionnels entre la santé publique et les municipalités. Ce phénomène est particulièrement problématique pour les travaux sur les déterminants de la santé, car un grand nombre d'entre eux sont influencés par le travail des administrations municipales^{42,43}. En Angleterre, où la régionalisation des systèmes de santé a devancé celle du Canada, on déploie de multiples efforts pour appuyer et officialiser les liens entre la santé publique et les administrations locales.

LEADERSHIP

Pour que les organismes de santé publique agissent sur les déterminants de la santé et les iniquités, « il faut que les responsables locaux de la santé publique s'impliquent étroitement dans ces travaux » [TRADUCTION]³⁴. Cette action est essentielle, car les organismes de santé publique influencent l'établissement des priorités et l'affectation des ressources ainsi que le modelage des comportements souhaités. Si ce soutien n'est pas en place, il sera très difficile de faire des progrès. Agir sur les déterminants de la santé et les iniquités nécessite probablement un changement dans les pratiques organisationnelles et individuelles. Ce changement pourrait occasionner la réaffectation du personnel et d'autres ressources pour mieux répondre aux besoins d'une population prioritaire, ainsi que le passage d'interventions axées sur l'éducation à un développement communautaire et à des perspectives politiques plus poussées ainsi qu'à d'autres types de réorientations (p. ex., structure organisationnelle, habiletés du personnel, type d'interaction avec la collectivité, interventions plus ciblées auprès des populations difficiles à atteindre, etc.). Dans ce contexte, il faut s'attendre à une résistance au changement, laquelle doit être bien gérée.

COMMUNICATION

L'action sur les déterminants de la santé et les iniquités nécessite l'utilisation stratégique de l'information et de sa diffusion. Dans certains cas, l'utilisation stratégique d'un rapport sur l'état de santé et des recommandations sur la politique peut être planifiée à l'avance, mais à l'occasion, il est aussi nécessaire d'agir rapidement pour profiter d'un événement d'actualité. Par exemple, au cours des dernières années, plusieurs rapports importants ont été publiés concernant les déterminants de la santé et les iniquités en matière de santé. Certains informateurs clés ont exprimé des inquiétudes sur le fait que les organismes de santé publique ne semblent pas avoir profité efficacement de ces occasions en ajoutant des données et des contextes locaux pour promouvoir des politiques et des mesures pertinentes. Une telle pratique constituait la norme pour les efforts locaux et provinciaux de la santé publique dans la lutte contre le tabagisme. Selon la suggestion d'un commentateur, la santé publique doit appliquer les approches globales utilisées pour les comportements liés à la santé comme le tabagisme, l'alimentation saine et les activités physiques, et les appliquer à d'autres déterminants de la santé pour remédier aux iniquités³³.

Une autre préoccupation exprimée par plusieurs informateurs clés est que les professionnels de la santé publique consacrent trop de temps à parler à d'autres collègues (déjà convaincus) et qu'ils doivent plutôt travailler davantage sur le terrain.

LA CAPACITÉ DES ORGANISMES DE SANTÉ PUBLIQUE

La capacité des organismes de santé publique est très variable et aura une incidence sur leurs moyens d'agir sur les déterminants de la santé. Par exemple, la capacité d'évaluation ou de surveillance est extrêmement importante pour éclairer les délibérations et dicter les mesures. Cependant, certaines régions régionales de la santé et des unités de santé publique ont peu ou pas de capacité épidémiologique. La capacité de travailler avec les collectivités requiert un personnel ayant des habiletés de développement communautaire, mais cet ensemble de compétences risque de ne pas être courant parmi les employés. Les pressions visant à fournir des services traditionnels et à répondre aux urgences en matière de protection de la santé détournent l'attention de l'action plus globale et soutenue sur les déterminants de la santé.

Les capacités actuelles au sein des organismes auront un effet sur leur réceptivité à l'égard de nouveaux concepts et de nouvelles activités. L'ampleur de la mise en œuvre existante (c.-à-d. s'il s'agit d'un innovateur ou d'un débutant) aura un effet sur le type d'information requise. Par exemple, un organisme qui agit déjà sur les déterminants de la santé aura besoin de données probantes plus détaillées et souhaitera des interventions plus complexes. Les organismes qui commencent à se réorienter vers une action sur les déterminants de la santé bénéficieraient plus d'exemples de pratiques efficaces et de méthodes pour stimuler un changement organisationnel. Il faut aussi tenir compte des besoins du personnel à divers niveaux organisationnels (cadres supérieurs, cadres intermédiaires, personnel de première ligne).

Un point important à retenir est que la pratique courante de certains organismes chefs de file reflète des programmes de développement mis en œuvre depuis plusieurs années. Si l'on essaie de reproduire une pratique d'un milieu pareil et de l'appliquer à un organisme ayant moins de capacités et de préparation, on risque de ne pas obtenir les mêmes résultats. Dans de tels cas, il sera plus important de définir les principes de base de l'exemple et ses liens avec les données actuelles afin de permettre leur adaptation au contexte local d'un autre organisme.

ENVIRONNEMENT POLITIQUE

Plusieurs aspects de l'environnement politique ont été désignés comme des défis par les informateurs clés. Dans certaines situations, l'idéologie politique dominante peut rendre extrêmement difficile la discussion ouverte du concept des inégalités et des iniquités ou des populations prioritaires. Il faut au moins adapter les messages au public cible et au contexte (p. ex., parler de « progrès en santé » au lieu d'« inégalités »). De nombreux informateurs clés ont fait remarquer que les responsables de la santé publique se livrent à l'autocensure par crainte des conséquences. Dans certains contextes, le programme politique peut être axé sur les habitudes de vie en mettant l'accent sur la responsabilité personnelle au lieu du contexte social des choix d'habitudes de vie et de comportement. La santé publique peut aussi rencontrer de l'opposition en cas d'une tentative de réaffectation des ressources desservant les classes moyenne ou supérieure pour répondre aux besoins des populations prioritaires.

Possibilités (raisons d'optimisme)

EXPÉRIENCE PASSÉE

Le secteur de la santé publique a connu de nombreuses réussites au cours des 100 dernières années⁴⁴. L'expérience acquise avec les hygiénistes et la lutte contre le tabagisme en sont deux exemples. Au départ, les deux ont connu des difficultés insurmontables. Comme il a déjà été mentionné, les travaux de Chadwick n'ont pas fait l'unanimité et l'hygiéniste a dû même utiliser ses propres fonds pour faire imprimer le rapport. Lorsque les efforts de lutte contre le tabagisme ont été entrepris, pour la majorité de la population, il était normal de fumer et l'industrie du tabac était extrêmement puissante, avec des relations politiques privilégiées. La réponse de la santé publique, dans les deux cas, était d'entreprendre des réformes structurelles radicales (stratégiques) et, certainement dans le cas du tabac, le secteur de la santé publique a appris (mis au point les données probantes) par la pratique.

PLAN STRATÉGIQUE DE L'ISPP

L'ISPP-IRSC a établi que la recherche dans ce domaine constitue une priorité essentielle. Son plan stratégique quinquennal intitulé « L'équité en santé : une nécessité » comprend quatre priorités stratégiques de recherche :

- Voies de l'équité en santé – pour mieux comprendre les voies de l'équité en santé ;
- Interventions en santé des populations – pour étudier l'impact d'interventions complexes en santé des populations sur la santé et l'équité en santé ;
- Systèmes de mise en œuvre des interventions en santé des populations dans le secteur de la santé publique et d'autres secteurs – pour examiner comment les systèmes de mise en œuvre des interventions en santé des populations peuvent accentuer ou atténuer les effets de ces interventions sur la santé ou l'équité en santé ;
- Innovations théoriques et méthodologiques – pour stimuler les innovations théoriques et méthodologiques dans la production, la synthèse et l'intégration des connaissances en santé publique et des populations⁴⁵.

La poursuite de ces priorités de recherche stratégique sera extrêmement utile pour les travaux du CCNDS et à ses publics. Elle vise directement l'approfondissement des connaissances qui serviront à affronter un grand nombre de défis posés à l'action de santé publique et décrits précédemment. Grâce à l'attention que le CCNDS porte à la synthèse, à l'application et à l'échange des connaissances dans ce domaine, les priorités de recherche stratégiques de l'ISPP offrent une occasion formidable de synergie. Le CCNDS devrait donc essayer de collaborer étroitement avec l'ISPP.

L'EXPÉRIENCE AUGMENTÉE

Bien que les données probantes de la pratique en santé publique soient limitées, elles sont en croissance grâce à un certain nombre d'organismes innovateurs partout au pays. Dans le cadre de la présente analyse, nous avons rencontré plusieurs exemples, y compris une liste croissante de cadres et d'outils. Par exemple, le Service de santé publique de Sudbury et du district (SSPSD) a effectué une importante recherche de la documentation des données probantes relatives aux interventions en santé publique³⁴. Leur étude a permis de révéler 10 pratiques prometteuses de mesures locales de santé publique, qui sont présentées dans l'encadré suivant.

10 pratiques prometteuses pour réduire les iniquités sociales en santé dans le système local de santé publique

FIXATION D'OBJECTIFS UNIVERSELS

- » Besoin d'un équilibre des méthodes ciblées avec des stratégies universelles pour améliorer de façon disproportionnée la santé des groupes plus défavorisés, tout en améliorant en même temps la santé de toute la population.

RAPPORTS RÉSOLUS

- » Sur les relations entre les iniquités sociales et en matière de santé dans tous les rapports sur l'état de santé
- » La présentation publique et intentionnelle des données probantes sur les iniquités en santé peut être vue dans le cadre d'une stratégie pour le changement (p. ex., stratifier les résultats selon le statut socioéconomique [SSE] au lieu de les contrôler).
- » Peut aussi aider à faire le suivi des changements au fil du temps (c.-à-d. les disparités se réduisent-elles ou non au fil du temps ?).

MARKETING SOCIAL

- » Adapter les interventions aux populations défavorisées.
- » Changer la perception et le comportement des décideurs et du public afin qu'ils prennent ou qu'ils appuient des mesures pour améliorer les déterminants sociaux de la santé (DSS).

FIXATION D'OBJECTIFS POUR L'ÉQUITÉ EN SANTÉ

- » Des promesses dans le cadre d'une stratégie de réduction des iniquités – cibler les domaines remédiables.
- » La fixation d'objectifs dans le cadre du processus d'engagement communautaire rattache la fixation d'objectifs à d'autres aspects observés de la pratique d'iniquité en santé.

ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ (ÉIS) AXÉE SUR L'ÉQUITÉ

- » L'ÉIS est une méthode structurée pour évaluer les effets possibles sur la santé des politiques et des pratiques proposées.
- » L'ÉIS axée sur l'équité applique la perspective de l'équité pour évaluer l'effet sur les iniquités.
- » Parmi les défis, notons le manque de ressources, d'habiletés et la nature institutionnelle des services de santé publique.
- » L'ÉIS est un outil – l'interprétation des données revient aux décideurs et aux valeurs qu'ils défendent.

COMPÉTENCES/NORMES ORGANISATIONNELLES.

- » Sur le plan individuel
 - Les compétences nécessaires pour travailler de manière efficace aux iniquités sociales comprennent la planification communautaire et la mise sur pied de partenariats et de coalitions ;
 - Bien que celles-ci soient indiquées parmi les compétences de base de la santé publique, elles ne sont pas nécessairement bien connues ou vécues par la plupart des employés de la santé publique ;
 - Conséquences sur le recrutement, la formation, le perfectionnement professionnel, les descriptions de postes.
- » Sur le plan organisationnel
 - Faire des iniquités sociales une priorité – s'engager sur le plan intersectoriel et communautaire ;
 - Il faut probablement un changement habilitant au « modèle bureaucratique/structurel sur lequel la santé publique repose » (au lieu de la nécessité d'un engagement, de consultations et de participation communautaires accrues).

CONTRIBUTION AUX DONNÉES PROBANTES

- » La base de connaissances croissante sur la façon de réduire les iniquités sociales grâce à l'action locale de santé publique doit être renforcée par la diffusion intentionnelle de ces connaissances.

DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

- » Il faut un continuum général des mesures pour réduire les iniquités en matière de santé.
- » Combinaison de services et de stratégies conçus grâce à la collaboration intersectorielle et la participation des collectivités, en particulier des collectivités vulnérables, dans le cycle de planification-mise en œuvre de programmes.

ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE

- » Stratégie transversale clé – les recommandations des pratiques exemplaires mettent l'accent sur l'importance de la consultation, de la participation, du soutien et de l'engagement.
- » Il y a un néanmoins un manque d'évaluations rigoureuses des interventions sociales visant à réduire les inégalités en matière de santé.

MESURES INTERSECTORIELLES

- » Bon nombre de solutions aux DSS se trouvent en dehors du secteur de la santé.
- » Le renforcement des relations solides et durables entre le secteur de la santé publique et les autres secteurs sera nécessaire pour une action efficace.

Source : Sutcliffe, Snelling, Laclé. *Implementing local public health practices to reduce social inequities in health*. EXTRA/FORCES Intervention Project. Service de santé publique de Sudbury et du district, 2010.

À Saskatoon, la description des iniquités a constitué une étape préliminaire et a été suivie par un ensemble complet de consultations communautaires pour examiner les résultats, par une analyse importante de la documentation relative aux initiatives possibles et par de nouvelles consultations pour évaluer le soutien à des politiques particulières³⁹. Cet organisme de santé publique, en coprésidence avec Centraide Canada, poursuit actuellement ces initiatives avec le plus haut niveau de soutien communautaire. Afin de gérer de façon systématique la planification et l'exécution des programmes, les services de santé publique de Waterloo et de Sudbury ont élaboré des cadres permettant l'examen des programmes de santé publique pour renforcer leurs mesures contre les iniquités^{46,47}. D'autres exemples de mesures prometteuses, de cadres et d'outils de santé publique sont présentés à l'annexe 12.

MODÈLES EXISTANTS DE PORTAILS WEB AXÉS SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET LES INÉGALITÉS EN SANTÉ

Il existe plusieurs outils en ligne et portails aux É.-U., en Europe et en Australie qui offrent une gamme de cadres conceptuels, d'études et de profils de cas, de modules de formation, d'outils et d'autres ressources pour appuyer l'action sur les déterminants de la santé (voir l'annexe 12). Ces portails permettent plusieurs possibilités :

- Créer des liens vers ces sites à partir du site Internet du CCNDS et souligner ce qu'ils ont à offrir (c.-à-d. leurs points forts) ;
- Sélectionner les aspects les meilleurs, les plus pertinents et les plus faciles à adapter au contexte canadien ;
- Analyser les points forts et les expériences de ces sites et les adapter afin d'améliorer le site du CCNDS.

L'IMPORTANCE DE L'INTÉRÊT AU SEIN DU SECTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Il y a plusieurs raisons de croire qu'il existe un vif intérêt à l'égard de l'action sur les déterminants de la santé pour réduire les iniquités : les exemples de pratiques innovantes dans tout le pays ; les attentes de plus en plus explicites concernant l'action de santé publique ; le nouveau plan stratégique de l'ISPP-IRSC et l'ampleur de la réaction à cette analyse de l'environnement. Certains informateurs clés ont indiqué que le roulement des cadres et des responsables du secteur de la santé publique dans les années à venir donnera l'occasion de préparer une nouvelle équipe de futurs dirigeants qui seraient munis de connaissances, d'habiletés et de directives pour se pencher sur les déterminants.

L'IMPORTANCE DE L'INTÉRÊT EN DEHORS DU SECTEUR DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Le secteur de la santé publique est l'un des nombreux acteurs possibles qui se penchent sur les déterminants de la santé. Comme en témoignent les rapports récents provenant de sources variées, il semble qu'il y ait un intérêt général à l'égard de ces enjeux. Ces divers secteurs représentent des partenaires possibles avec lesquels le secteur de la santé publique pourrait collaborer pour une action de plus grande envergure. En voici quelques exemples :

- Le rapport sur la santé de la population du Sous-comité sénatorial sur la santé de la population relevant du Comité sénatorial permanent des affaires sociales¹⁸ ;
- Le rapport du Conference Board du Canada sur l'analyse des mesures opérationnelles relatives aux déterminants socioéconomiques de la santé²⁰ ;
- L'analyse du bien-fondé économique de financer l'action sur les DSS de l'organisme Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques⁴⁸ ;
- L'analyse de rentabilisation de l'éducation et des soins de la petite enfance⁴⁹ ;
- Les initiatives anti-pauvreté des gouvernements provinciaux⁵⁰⁻⁵² ;
- Les efforts de développement à l'échelle communautaire⁵³ ;
- Les initiatives anti-pauvreté et de prospérité menées par les entreprises^{54,55} ;
- L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) – rapport récent sur les iniquités en matière de soins de santé⁵⁶.

Certains informateurs clés ont suggéré que nous pourrions assister à un phénomène de changement radical avec la participation d'un nombre croissant de secteurs.

Résumé

Le secteur de la santé publique fait face à de nombreux défis qui entravent l'action de santé publique concernant les déterminants de la santé et les iniquités en santé. Toutefois, il existe aussi de nombreuses possibilités. Le défi pour le CCNDS est de savoir profiter au mieux de ces possibilités et d'appuyer la santé publique pour affronter ces défis. Le chapitre suivant de ce rapport poursuit l'étude des conséquences de ces résultats relatives aux priorités et aux actions futures du CCNDS.

ANALYSE ET RÉPERCUSSIONS DES ACTIONS FUTURES DU CCNDS

Aperçu

En réfléchissant sur l'information recueillie au cours de cette analyse de l'environnement, ce qui est particulièrement frappant, c'est que du point de vue de l'histoire de la santé publique, ainsi que de la pensée conceptuelle des dernières décennies, agir sur les déterminants de la santé et les iniquités en santé n'est pas une chose « nouvelle ». Pourtant, elle semble l'être. Soit que l'application de ces concepts n'a jamais été institutionnalisée universellement dans la santé publique, soit que suffisamment de temps a passé et des pressions ont été exercées sur le secteur de la santé publique pour qu'ils soient perdus. L'impression dégagée des entrevues avec les informateurs clés est que ces deux scénarios ont joué un rôle. Une analyse déterminant les causes ayant donné lieu à cette situation est en dehors de la portée du présent rapport, mais elle est pertinente si le CCNDS cherche à influencer le *statu quo* par ses activités d'application des connaissances. Les facteurs contributifs peuvent inclure les éléments suivants, bien qu'ils n'y soient probablement pas limités : le degré d'implication du secteur de la santé publique dans la prestation de services cliniques de soins primaires ; les lacunes dans les soins primaires ; l'étendue de la formation formelle en santé publique du personnel ; les restrictions budgétaires ; les hiérarchies biomédicales des données probantes et les évaluations insuffisantes des programmes de santé publique.

Les résultats de cette analyse de l'environnement indiquent que le domaine de la santé publique fait face à deux défis interdépendants. Le premier est que l'action sur les déterminants de la santé et les iniquités en santé n'est pas généralisée. Certes, il y a des poches d'importantes activités dans tout le pays, mais ces organismes ne semblent pas être la norme. D'après l'analyse de la documentation et les commentaires des informateurs clés, il y a peu de doute que l'analyse et l'action sur les déterminants de la santé et les iniquités en santé doivent faire partie intégrante de la pratique régulière des organismes et du personnel de santé publique. Ce constat est exprimé en des termes plus forts par un informateur clé principal dont l'organisme a fonctionné ainsi pendant de nombreuses années : « Ne pas faire partie intégrante de la pratique constituerait une négligence professionnelle. » Le deuxième défi global à relever est le fait qu'il semble y avoir beaucoup de malentendus au sujet des concepts principaux qui doivent être appliqués pour examiner les déterminants et les iniquités.

Si le CCNDS n'existait pas, il est possible que l'innovation qui a lieu dans certains organismes et les données probantes qui seront produites grâce aux priorités en recherche de l'ISPP soient adoptées progressivement par les organismes de santé publique. Le défi et l'occasion pour le CCNDS sont d'examiner de quelle façon il pourrait accélérer la diffusion de la pensée et des pratiques dans le domaine de la santé publique grâce à la synthèse et à l'application des connaissances. Il ne s'agit pas d'une entreprise facile, puisque la réalisation de cet objectif n'est pas simplement de fournir les données probantes, d'améliorer la pratique des praticiens ou d'un programme particulier ou même d'ajouter un nouveau programme d'« iniquités en santé ». Au contraire, agir sur les déterminants de la santé pour réduire les iniquités sociales touche possiblement chaque aspect opérationnel d'un organisme.

Sur le plan du programme, il s'agit de la façon d'évaluer les besoins, de planifier et de mettre en œuvre les programmes et d'évaluer leur performance. À l'échelle organisationnelle, il s'agit de la culture de l'organisme, des façons d'établir les priorités, d'allouer les ressources, de percevoir et de poursuivre les partenariats ainsi que de représenter le rôle des responsables et de la direction. L'idée sous-jacente de ces processus est une compréhension des données probantes, des cadres conceptuels ainsi que des rôles et des démarches de la santé publique.

Les sections suivantes examinent l'orientation future et la vision du CCNDS, les rôles de la santé publique dans l'action sur les déterminants de la santé et les iniquités en santé et les répercussions sur les activités futures du CCNDS.

Quelle doit être l'orientation future du CCNDS?

Une des questions avec lesquelles le CCNDS a eu de la difficulté depuis sa création a été, compte tenu de l'importance des déterminants de la santé, de définir son orientation. Durant les premières années, le CCNDS a porté son attention sur la sensibilisation à la santé et, plus récemment, sur le développement de la petite enfance, en particulier les programmes de visites à domicile des services de santé publique. Donc, dans une large mesure, il semble que le CCNDS a essayé de réaliser ses travaux grâce à un déterminant particulier ou une intervention particulière. En d'autres termes, les efforts de synthèse, d'échange et d'application des connaissances du CCNDS semblent avoir été guidés par une question du type suivant :

« Sur quels déterminants les efforts de synthèse et d'application des connaissances du CCNDS doivent-ils se porter ? »

Toutefois, un des défis à la sélection d'un déterminant particulier est que les déterminants ont tendance à se regrouper dans le cas des populations défavorisées, de sorte qu'il est souvent difficile de se pencher sur un déterminant précis, isolé des autres⁵⁷. En outre, alors que certains des défis importants auxquels fait face le secteur de la santé publique sont à l'échelle de l'organisme, cibler un seul déterminant risque de marginaliser l'action sur un seul programme en particulier d'un organisme de santé publique et de ne pas traduire les inquiétudes relatives aux déterminants comportementaux et sociétaux. Les organismes de santé publique établiront aussi des priorités d'action en fonction de leur analyse des contextes locaux et organisationnels. Les priorités qui en résultent varieront probablement d'un endroit à un autre et risquent de ne pas s'harmoniser avec un déterminant particulier choisi comme cible par le CCNDS. Pour un effet maximal, les travaux du CCNDS doivent être pertinents à autant d'organismes de santé publique et à autant d'aspects de la pratique de la santé publique que possible.

Une autre solution, au lieu de mettre l'accent sur un déterminant particulier, serait d'examiner de façon plus générale la relation entre les déterminants et la santé. Cette approche pourrait comporter la santé globale de la population ou les résultats en aval, comme la réduction des coûts liés aux soins de santé,

l'amélioration de la productivité et de la prospérité, etc. Les inconvénients possibles de cette option sont qu'elle n'offre pas réellement un domaine d'intérêt particulier, ce qui a été le défi principal du CCNDS. En outre, l'amélioration de la santé de la population au moyen de la redistribution des déterminants a constitué la base de l'idéologie de la santé publique depuis des décennies. Bien qu'on ait enregistré, en moyenne, des progrès considérables dans un certain nombre de résultats liés à la santé de la population, on continue à observer beaucoup de gradients et d'iniquités³⁸. En outre, on reconnaît de plus en plus que certains types existants d'interventions pourraient accentuer les iniquités⁵⁸. Bien que la réduction des iniquités soit intrinsèque à une approche axée sur la santé de la population¹⁶, elle exige un effort exclusif pour l'analyse des enjeux liés à la santé, et la planification, l'exécution et l'évaluation des interventions. Plusieurs informateurs clés ont souligné qu'il était nécessaire que le CCNDS porte son attention moins sur les déterminants particuliers et plus sur la pensée critique et la pratique réflexive afin d'intégrer l'examen des iniquités dans toutes les mesures organisationnelles. Il est également intéressant de noter que les principaux organismes de santé publique ne ciblent pas un déterminant précis, mais se penchent souvent sur plusieurs rôles et approches pour divers déterminants et enjeux.

Les constatations précédentes modifient les questions possibles qui guident les efforts de synthèse, d'échange et d'application des connaissances du CCNDS pour des types de questions telles que :

« Comment les efforts de synthèse et d'application des connaissances du CCNDS appuient-ils au mieux les actions de santé publique sur les déterminants de la santé pour réduire les iniquités en santé ? »

« Comment les efforts de synthèse et d'application des connaissances du CCNDS amélioreront-ils les pratiques en santé publique afin de réduire les iniquités en santé ? »

Alors que mettre l'accent sur les déterminants de la santé pour réduire les iniquités en santé présente des avantages évidents, il faut néanmoins prendre en compte et gérer deux risques possibles. Le premier est lorsque le public cible assimile à tort l'action sur les iniquités à simplement des mesures ciblant les populations prioritaires. La réorientation à grande échelle des efforts pour cibler les populations prioritaires ignore la nature des gradients. Ce qui est nécessaire est un équilibre adéquat entre les approches universelles et ciblées. Aborder ce risque fait partie de la clarté conceptuelle améliorée qui est nécessaire. L'autre risque lié à un effort ciblé de réduction des iniquités en matière de santé est qu'il peut être difficile à accepter, selon le contexte, pour certains milieux ou publics. Alors que le public principal du CCNDS est le milieu de la santé publique, le CCNDS devrait probablement fournir des exemples ou des suggestions décrivant de quelle façon on a réussi à cerner les enjeux pour divers publics externes (c.-à-d. prospérité par rapport à la lutte contre la pauvreté ; progrès ou lacunes en santé par rapport à la réduction des iniquités ; avantages économiques de cibler un enjeu ; etc.).

Le tableau 1 résume les avantages et les inconvénients relatifs des domaines d'intérêt possibles pour l'orientation future du CCNDS.

TABLEAU 1 : DOMAINES D'INTÉRÊT FUTURS POSSIBLES DU CCNDS

Options d'intérêt	Avantages	Inconvénients
Déterminants en général (p. ex., améliorer la santé de la population)	<ul style="list-style-type: none"> » Comprend possiblement les données probantes et les approches relatives à la santé de la population 	<ul style="list-style-type: none"> » N'offre pas vraiment une orientation – semble élargir le domaine d'actions possibles
Déterminant particulier (p. ex., développement du jeune enfant)	<ul style="list-style-type: none"> » Lien étroit entre le déterminant et les résultats » Centre existant de développement de connaissances » Programmes de base pour le secteur de la santé publique dans tout le pays 	<ul style="list-style-type: none"> » Seule une partie de la pratique en santé publique est concernée par la santé maternelle ou infantile » Effets limités sur l'orientation en vigueur sur les comportements et les habitudes de vie » Il existe des sources de connaissances pour certains déterminants » Les priorités choisies pour les actions locales dépendront du contexte local et peuvent ne pas cibler le développement de l'enfant (logement, pauvreté, équité des services, éducation, etc.) » Les déterminants ont tendance à se regrouper
Réduction des iniquités en matière de santé	<ul style="list-style-type: none"> » Besoin d'une plus grande clarté conceptuelle » Possibilité d'influer sur les pratiques à l'échelle de l'organisme » Les exemples ainsi que les outils et les soutiens à la pratique seront utiles, au fil du temps, à une gamme de rôles, de déterminants, de populations, de régions, etc. » Synergie avec intérêt ciblé sur la recherche de l'ISPP » Harmonisation avec les récents documents et rapports importants 	<ul style="list-style-type: none"> » Moins de détails sur n'importe quel déterminant » Risque d'être mal interprété comme étant l'équivalent, uniquement ou principalement, des mesures ciblant les populations prioritaires » Le langage pourrait dissuader ou peu intéresser certains publics

Pour les informateurs clés, tout comme pour les participants au sondage, on a tenté de dresser la liste préférée des déterminants de la santé afin d'orienter le travail du CCNDS. Les informateurs clés ont montré très peu d'intérêt à choisir une liste particulière de déterminants et certains d'entre eux ont fait remarquer que chaque administration possède souvent une liste différente. De nombreux informateurs clés ont préconisé de mettre l'accent sur les DSS, sans avoir recours à une liste particulière de déterminants. Plusieurs d'entre eux ont fait allusion au rapport de la Commission de l'OMS qui considère les DSS globalement comme les conditions sociales dans lesquelles les gens vivent et travaillent¹⁹. De même, alors que près de la moitié (47 %) des 51 % de participants au sondage ayant répondu à la question ont privilégié les DSS comme le cadre qui offrirait le meilleur soutien aux actions de santé publique, les commentaires narratifs ont mis en garde contre l'extrême rigidité dans l'application d'une liste particulière. Parmi ceux ayant sélectionné les DSS comme cadre de choix, la majorité (66 %) était favorable pour mettre l'accent sur tous les déterminants.

Certains informateurs clés se demandaient si les services de soins de santé, comme déterminant de la santé, devraient faire partie du travail du CCNDS. Leur argument était que les DSS étaient des modificateurs importants de l'accès au système de soins de santé et de son utilisation. Même s'ils ne voulaient pas que la santé publique soit débordée par le système de soins de santé ou soit axée uniquement sur lui, ils estimaient qu'elle avait un rôle possible à jouer en participant à des vérifications de l'équité en matière de soins de santé. Les principaux arguments en faveur d'une analyse et d'actions dans ce domaine comportent les points suivants : les soins de santé constituent un déterminant important de la santé ; des investissements sociaux importants dans les soins de santé et la taille de ce budget augmenteront les fonds disponibles pour la gestion d'autres déterminants ; surtout dans les systèmes de santé régionalisés, la santé publique a un accès possible à des partenaires et à des processus décisionnels en soins de santé et cette analyse aura tendance à mettre l'accent sur les iniquités en milieu communautaire. Le point de vue opposé prétend que le système de soins de santé reçoit déjà trop d'attention en tant que déterminant de la santé et est loin d'être aussi important que d'autres déterminants.

Certains informateurs clés et participants aux groupes de discussion ont souhaité que le CCNDS soit une source d'information sur des interventions particulières, surtout pour les populations prioritaires (p. ex., visites à domicile des infirmiers ; renoncement au tabac chez les femmes enceintes ; jardins communautaires, etc.). Le défi est d'appliquer la notion de populations prioritaires à chaque aspect de la pratique en santé publique. Alors que le CCNDS pourrait constituer un lien vers les données et les commentaires existants sur ces sujets, il sera bientôt question de faisabilité si le CCN tente de devenir une source d'expertise et de synthèse de connaissances pour les approches particulières de chaque enjeu en santé publique. En outre, on n'aimerait pas perdre de vue la force potentielle des interventions structurelles qui peuvent limiter le besoin d'approches axées sur les populations prioritaires (p. ex., fluoruration de l'eau par rapport à la supplémentation en fluorure des populations prioritaires). Il y a aussi l'analyse plus proximale nécessaire pour chercher l'équilibre optimal entre les approches universelles et ciblées, bien que les données probantes sur l'efficacité de chacune auraient sans doute un effet sur l'analyse.

La détermination de l'orientation du travail du CCNDS constitue clairement un enjeu important et difficile que le CCNDS a dû affronter. D'après les commentaires reçus de l'analyse de l'environnement, les conseils suivants, relatifs à l'orientation future du CCNDS, sont fournis :

- Reconnaître que les organismes de santé publique choisiront leurs priorités d'action en fonction de leur contexte local. Pour être pertinente à la majorité des organismes, la nature de l'orientation du CCNDS doit être transversale.
- Mettre l'accent sur l'institutionnalisation de la pensée critique et de l'analyse pour éclairer l'action de santé publique sur les déterminants de la santé afin de réduire les iniquités :
 - appuyer l'application des DSS de manière générale à l'analyse et à la prise de décision,
 - éviter de mettre l'accent sur un déterminant particulier, une liste particulière de déterminants ou une intervention particulière.
- Grâce à une série de produits et d'activités de transfert de connaissances (p. ex., synthèses, cadres conceptuels, études de cas, outils, formation, etc.), le CCNDS peut, au fil du temps, se pencher sur une gamme de déterminants, d'enjeux, de populations et de situations.

En quoi consiste la nouvelle vision du CCNDS ?

On a demandé aux informateurs clés et aux participants aux groupes de discussion leur opinion à propos d'une vision future du CCNDS. Il y avait un consensus au sujet de la nécessité évidente qu'un organisme comme le CCNDS effectue la synthèse, l'application et le transfert des connaissances pour encourager les pratiques nécessaires en santé publique appuyées par des données probantes afin de réduire les iniquités en matière de santé.

Tout le monde s'entendait aussi sur le fait que le CCNDS devrait devenir le centre de référence d'où l'on obtient de l'information et de l'assistance sur les actions de santé publique sur les déterminants de la santé afin de réduire les iniquités en santé. Le CCNDS devrait être la principale source offrant des connaissances et des réflexions dans ce domaine et devrait travailler pour que les praticiens de la santé publique comprennent mieux ce qui est connu, ce que nous pourrions savoir et ce qui reste inconnu. Compte tenu des poches d'innovation existantes, le CCNDS devrait s'appuyer sur ces pratiques prometteuses existantes et intégrer leur expérience aux connaissances et aux données probantes actuelles. Puisque l'action de santé publique sur les déterminants de la santé pour réduire les iniquités en santé concerne tous les aspects des programmes, le travail du CCNDS doit être soutenu par une excellente compréhension du contexte de la pratique en santé publique sur les plans individuel, organisationnel et systémique.

L'action du CCNDS doit être stratégique afin de favoriser les liens entre les chercheurs et les praticiens. L'intérêt de l'ISPP à l'équité en matière de santé est très synergique avec la vision proposée du CCNDS et il existe de nombreux domaines possibles de collaboration. Tout comme il est souhaitable que les organismes de santé publique réfléchissent de façon critique sur la façon dont leurs pratiques contribuent à une réduction des iniquités, le CCNDS devrait travailler en étroite collaboration avec les autres CCN pour appuyer l'examen des iniquités dans leurs travaux. Cette pratique est similaire à l'attente que les outils d'application des connaissances développés par le CCNMO soient utilisés par les autres CCN. Elle est aussi similaire à l'approche du National Institute for Health and Clinical Excellence de l'Angleterre qui s'interroge régulièrement et explicitement, dans le cadre de ses directives, à savoir s'il existe des interventions permettant de réduire les inégalités du thème abordé. Reconnaisant la nature transversale des orientations du CCN, il faudra toujours déterminer quel CCN devrait être le responsable d'un enjeu particulier, cherchant ainsi des occasions de collaboration et évitant le dédoublement des efforts.

Quels sont les rôles de la santé publique dans l'action sur les déterminants de la santé pour réduire les iniquités ?

L'analyse de la documentation a trouvé diverses descriptions de rôles de la santé publique dans l'action sur les déterminants de la santé pour réduire les iniquités en santé. La liste la plus concise⁵⁹ décrit quatre rôles clés pour l'action de santé publique :

- **Évaluer et produire des rapports** sur la santé des populations en décrivant l'existence et les conséquences des inégalités et des iniquités en matière de santé ainsi que les stratégies efficaces pour y remédier.
- **Modifier et orienter** les interventions en santé publique afin de réduire les iniquités, tout en tenant compte des besoins et des capacités uniques des populations prioritaires (c. à d. planifier et mettre en œuvre les programmes existants en tenant compte des iniquités).
- **Collaborer** sur les plans communautaire et multisectoriel pour répondre aux besoins en matière de santé de ces populations grâce à divers services et programmes (c. à d. au cours de l'examen de la nature collective de notre programmation pour « x », où risque t on de rencontrer des lacunes ?).
- **Participer** à l'analyse, au développement et à la promotion des politiques pour améliorer les déterminants de la santé et réduire les iniquités en matière de santé, et diriger et appuyer d'autres intervenants à ce chapitre.

Il y avait un consensus au sujet de ces quatre rôles parmi les informateurs clés et les participants aux groupes de discussion. Il y avait aussi un appui considérable parmi les répondants au sondage en ligne. Le tableau 2 montre que, parmi les participants au sondage ayant répondu à des questions concernant leur accord avec ces rôles de la santé publique, plus de 90 % ont affirmé être tout à fait ou un peu en accord avec chacun de ces rôles. Toutefois, le taux de non-réponse était de 43 % pour chaque question relative aux rôles.

TABLEAU 2 : TAUX D'ACCORD AVEC LES RÔLES SUGGÉRÉS DE LA SANTÉ PUBLIQUE PARMIS LES PARTICIPANTS AU SONDRAGE EN LIGNE

Rôle de la santé publique	Parmi ceux ayant répondu à la question				Pas de réponse
	Tout à fait d'accord	D'accord	En désaccord	Tout à fait en désaccord	
Évaluer et produire des rapports sur la santé des populations, y compris sur l'existence et les conséquences des inégalités et des iniquités en matière de santé	85,3 %	10,3 %	0,6 %	3,8 %	43 %
Modifier les interventions en santé publique pour répondre aux besoins et aux capacités uniques des populations prioritaires	83,0 %	10,9 %	1,3 %	4,2 %	43 %
Collaborer sur les plans communautaire et multisectoriel pour répondre aux besoins en matière de santé de ces populations grâce à divers services et programmes	85,3 %	7,1 %	2,2 %	4,8 %	43 %
Appuyer la collectivité et d'autres intervenants dans le domaine de la promotion des politiques pour améliorer les déterminants de la santé	84,0 %	10,3 %	1,3 %	4,2 %	43 %

Une accumulation d'expériences est enregistrée dans ces rôles. Le tableau 3 fournit des exemples d'actions existantes de santé publique, ainsi que des outils et des cadres associés avec chaque rôle. Les exemples fournis sont à titre indicatif et ne sont pas censés être exhaustifs. Vous trouverez plus de renseignements sur ces exemples et d'autres à l'annexe 12.

TABLEAU 3 : EXEMPLES DE MESURES ET D'OUTILS POUR LES RÔLES ET LES FONCTIONS DE LA SANTÉ PUBLIQUE DANS L'ACTION SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Rôle/fonction de la santé publique	Exemples de mesures*	Exemples d'outils*
Évaluer et produire des rapports sur la santé des populations en décrivant l'existence et les conséquences des inégalités et des iniquités en matière de santé ainsi que les stratégies efficaces pour y remédier.	<ul style="list-style-type: none"> » Local/régional : Montréal ; intérieur de la C.-B. ; Saskatoon ; Toronto » Provincial : Iniquités en matière de santé en C.-B. ; rapport de l'agent de santé publique (ASP) de la C. B. sur la santé des Autochtones » National : Rapports de l'ACSP ; déterminants sociaux – Canadian Facts (Raphael) ; rapport du RCSU et de l'ISPC ; rapport sur la santé des Autochtones (CCNSA) » International : Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> » Indices de privation (INSPQ, rapport du RCSU et de l'ISPC) » Indice du développement des jeunes enfants » Critères de qualité de la surveillance régulière des inégalités en matière de santé de la population par statut socioéconomique » SIG » Amélioration de l'accès aux données locales (p. ex., Comptes communautaires [NL] ; observatoires de santé publique)
Modifier et orienter les interventions en santé publique pour réduire les iniquités	<ul style="list-style-type: none"> » Saskatoon – disparités dans le taux de couverture de l'immunisation entre les quartiers » Sudbury – chaque équipe de programme examine ses plans » Waterloo – plusieurs programmes mettent à l'essai le cadre de planification » Montréal – présentations et examen des programmes par des groupes de travail 	<ul style="list-style-type: none"> » Voie de planification de programmes (Sudbury) » Cadre de planification de programmes (Waterloo) » Outils d'évaluation de l'équité en santé (p. ex., Interior Health ; HEAT – outils d'évaluation des effets sur la santé)
Collaborer sur les plans communautaire et multisectoriel pour répondre aux besoins en matière de santé de ces populations grâce à divers services et programmes	<ul style="list-style-type: none"> » Sudbury – comparaison de 20 déterminants infantiles pour déterminer les meilleurs (les plus défavorisés) endroits où établir un centre Meilleur départ » Saskatoon – la qualité des soins pour les personnes atteintes de diabète montre des disparités dans l'identification et le contrôle de la maladie en milieu ambulatoire 	<ul style="list-style-type: none"> » Processus de vérification de l'équité en matière de soins de santé (Saskatoon) » Évaluation d'impact sur la santé par la communauté (PATH) » Renforcement de la prévention et de la gestion des maladies chroniques (ASCP)
Participer à l'analyse, au développement et à la promotion des politiques, et diriger et appuyer d'autres intervenants à ce chapitre	<ul style="list-style-type: none"> » Montréal – construction du casino » Saskatoon – consultations communautaires sur les options stratégiques pour remédier aux iniquités » Québec – article 54 de la <i>Loi</i> » Saint John – développement de quartier » Initiatives communautaires pour la prospérité et l'anti-pauvreté (Hamilton, Saint John) 	<ul style="list-style-type: none"> » Outils d'évaluation d'impact sur la santé (CCNPPS) » Trousse de sensibilisation (Irlande) » Panier de provisions nutritives (ON) » Profil vidéo de l'intervention de quartier à Saint John (Conseil canadien de la santé)

*À titre indicatif – n'est pas censé être exhaustif.

Le premier rôle de la liste, celui de l'évaluation et du compte rendu des iniquités et des stratégies pour y remédier est à la base des actions dans les trois autres rôles. L'information est essentielle afin de cerner le problème, guider l'action et évaluer les répercussions. Pour ce dernier, un élément de mesure doit faire partie des trois autres rôles afin d'évaluer les répercussions.

Même si la plupart des exemples du tableau proviennent d'organismes locaux de santé publique, les rôles peuvent aussi s'appliquer aux échelons provincial, territorial et fédéral, tout en reconnaissant leurs différences contextuelles. Par exemple, l'article 54 de la *Loi sur la santé publique* du Québec accorde l'autorisation au service de santé publique provincial d'effectuer des évaluations d'impact sur la santé pour tous les nouveaux règlements du gouvernement provincial²³, et constitue un exemple où la santé publique dirige et appuie l'analyse des politiques. En outre, ces ordres de gouvernement ne s'impliquent pas simplement dans la pratique directe, mais assurent aussi le leadership du système et appuient la pratique sur d'autres plans.

L'action de santé publique sur les déterminants de la santé et les iniquités en matière de santé est souvent élaborée à l'extérieur, car la plupart des leviers politiques sont détenus par d'autres secteurs. Possiblement, trois des quatre rôles envisagent cette perspective. Toutefois, le second rôle de la liste cherche à déterminer si la conception et l'exécution des programmes et des services de santé publique contribuent à réduire les iniquités en matière de santé. L'intégration de l'examen de ses propres programmes fournit à la santé publique une occasion d'agir en invalidant les inquiétudes à l'égard du fait d'être « hors de notre mandat ». En outre, elle favorise la pensée critique et l'analyse nécessaires à tous les rôles et, possiblement, établit sa crédibilité auprès d'autres partenaires (c.-à-d. prêcher par l'exemple). Cet autoexamen est soutenu dans le récent rapport de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux et les programmes de santé publique :

La réduction efficace des iniquités en matière de santé signifie non seulement de nouvelles séries d'interventions, mais aussi des modifications dans la façon dont les programmes de santé publique (et possiblement de l'OMS) sont organisés et fonctionnent, ainsi qu'une redéfinition de ce qui constitue une intervention en santé publique [TRADUCTION]⁶⁰.

La formulation du troisième rôle est unique en commençant par la phrase « Collaborer sur les plans communautaire et multisectoriel » [TRADUCTION]. Alors que cette phrase ne figure que dans le troisième rôle, la vérité est que l'engagement communautaire, le partenariat et la collaboration intersectorielle sont les principes de base de la pratique en santé publique et s'appliquent à tous les rôles. Par exemple, les NSPO énoncent ce qui suit :

Les programmes et les services de santé publique exigent la création de nombreux partenariats avec le secteur de la santé ainsi que d'autres secteurs. La santé publique soutient le renforcement des capacités communautaires en favorisant la création de partenariats et la collaboration avec des partenaires communautaires, notamment des organismes bénévoles, des organismes gouvernementaux ou non gouvernementaux, des associations locales, des groupes communautaires, des réseaux, des coalitions, le milieu universitaire et le secteur privé. Les conseils de santé doivent favoriser la création d'un milieu propice à la santé en mettant les collectivités et les citoyens à contribution pour l'analyse, la planification, la prestation, la gestion et l'évaluation des programmes et des services. Cela permettra d'accroître la capacité locale de répondre aux besoins de la collectivité en matière de santé publique²⁴.

Il en résulte que ces principes, même s'ils sont explicites dans le troisième rôle, sont implicites à la pratique en santé publique pour tous les rôles. Par exemple :

- RÔLE 1 *(évaluation et compte rendu de l'état de santé et des moyens pour l'améliorer)* :
- utiliser des méthodes de collecte de données afin de s'assurer que les besoins des populations marginalisées et prioritaires sont cernés,
 - inciter la collectivité à chercher à comprendre les résultats,
 - présenter les résultats pour favoriser la discussion, la résolution de problème et la prise de mesures dans la collectivité ;
- RÔLE 2 *(modifier/réorienter les programmes de santé publique)* :
- nécessite une compréhension des besoins des populations, ce qui, à son tour, exige un engagement communautaire,
 - nécessite une compréhension des services actuels offerts dans la collectivité, ce qui exige une interaction avec d'autres fournisseurs ;
- RÔLE 3 *(collaborer sur les plans communautaire et multisectoriel pour répondre aux besoins en matière de santé de ces populations grâce à divers services et programmes)* :
- nécessite une compréhension des besoins des populations ainsi que des services offerts par d'autres fournisseurs,
 - nécessite la collaboration avec les autres prestataires de services afin d'établir les lacunes par priorités et déterminer les mesures pour les combler ;
- RÔLE 4 *(participer avec/diriger/appuyer d'autres intervenants pour aborder les politiques)* :
- nécessite une collaboration communautaire et multisectorielle.

Plusieurs préoccupations ont été exprimées quant au quatrième rôle de la liste, qui était initialement formulé « Appuyer la collectivité et les autres intervenants dans le domaine de la défense des politiques, de la participation et du soutien » [TRADUCTION]. On reprochait à cette formulation le fait que la santé publique devait tenir le *principal* rôle dans l'action sur les déterminants de la santé. Par conséquent, ce mot a été ajouté en option, reflétant la contribution de plusieurs participants à l'analyse qui ont fait remarquer que le rôle responsable ou participatif de la santé publique dépendait du contexte particulier. Dans certains cas il serait plus approprié que la santé publique participe et contribue par son expertise aux efforts intersectoriels au lieu de se joindre à un processus existant qui se poursuit depuis un certain temps et d'en prendre les rôles. Cette notion de savoir dans quelle situation diriger et dans quelle autre participer au processus exige des compétences stratégiques bien développées en leadership.

Alors que ces quatre rôles/fonctions correspondent très bien aux attentes des participants à l'analyse de l'environnement (informateurs clés, répondants au sondage en ligne et participants aux groupes de discussion), plusieurs suggestions ont été formulées concernant d'autres « rôles » en santé publique, notamment : leadership, éducation du public et des décideurs en général, recherche et évaluation, amélioration des compétences du personnel et d'autres prestataires de services, etc. Le problème est que ces rôles ne sont pas indépendants, mais conviennent à tous les quatre rôles existants (et à la plupart des autres activités de santé publiqueⁱⁱ). Par exemple, le leadership est nécessaire pour les quatre rôles afin d'établir, en premier lieu, que l'action sur les déterminants de la santé pour réduire les iniquités en santé est une priorité. Ensuite, le leadership est nécessaire pour poursuivre ce rôle de la santé

ⁱⁱ Si l'on prend n'importe quel domaine de programmes de santé publique, que ce soit la prévention des maladies chroniques, la lutte contre les maladies transmissibles, la santé environnementale ou le développement sain, les démarches en santé publique et le renforcement des capacités comprendront invariablement le leadership, l'éducation, la recherche et l'évaluation ainsi que le développement des compétences.

publique, pour être son champion à l'interne et, souvent, pour promouvoir les résultats et les mesures à l'externe. L'éducation et la sensibilisation peuvent également s'appliquer aux quatre rôles, que ce soit la sensibilisation à l'existence des iniquités, l'obtention de soutien en vue de réaffecter les ressources en santé publique ou d'encourager les changements stratégiques à un échelon approprié. De même, le développement des compétences du personnel est un facteur pour assumer l'un de ces rôles.

Le point général est qu'il existe une série d'approches et de domaines pour le renforcement des capacités qui constituent les moyens par lesquels l'organisme consolide et assume ces quatre rôles. Par exemple, le consortium DETERMINEⁱⁱⁱ a créé un *Menu pour des mesures de renforcement des capacités et de sensibilisation afin de gérer les déterminants sociaux de la santé et pour améliorer l'équité en santé* [TRADUCTION]⁶¹, qui comporte un bon nombre de ces concepts. Bien qu'il soit élaboré pour leurs partenaires européens, les auteurs du menu avaient l'espoir qu'il « serve également comme une ressource utile pour des organismes en dehors du partenariat DETERMINE qui visent à renforcer les capacités en matière de DSS et l'équité en santé » [TRADUCTION]⁶¹. De façon similaire, un bon nombre de ces mêmes concepts apparaissent également dans un cadre de renforcement des capacités plus général provenant de l'Australie⁶². Comme il est indiqué par ces cadres, ces « rôles » supplémentaires suggérés constituent le moyen de promouvoir l'affectation des quatre rôles de la santé publique pour gérer les déterminants de la santé visant à réduire les iniquités. Par conséquent, le tableau 4 fournit un mécanisme qui associe ces approches supplémentaires suggérées avec les quatre rôles de l'action de santé publique. Pour un organisme de santé publique, ce tableau fournit un outil potentiel pour évaluer l'ampleur des mesures qu'il prend dans les quatre rôles de la santé publique, ainsi que les possibilités ou les limitations potentielles par rapport aux approches actuelles et au renforcement des capacités.

Ce tableau peut aussi aider le CCNDS à conceptualiser les diverses options qu'il dispose pour soutenir et améliorer l'action de santé publique sur les déterminants de la santé pour réduire les iniquités en santé. Il facilitera probablement la formulation de questions plus précises qu'une simple interrogation sur la façon dont le CCNDS peut appuyer l'action de santé publique, puisque l'examen de chaque cellule du cadre produira des questions possibles comme :

- Quelles sont les données probantes pour déterminer le meilleur moyen d'impliquer et d'appuyer les responsables de la santé publique afin de favoriser une action plus efficace sur les déterminants de la santé ?
- Quelles sont les données probantes pour connaître le meilleur moyen d'évaluer l'effet des iniquités sur des populations réduites (de quartier, rurales) ?
- Quelles sont les données probantes pour connaître le meilleur moyen d'équilibrer une combinaison d'interventions universelles et ciblées ?
- Quelles sont les données probantes permettant de choisir le type de partenariat à établir ? Quel est le moment où un organisme doit diriger au lieu de participer ?
- Quelles sont les compétences nécessaires au personnel de la santé publique pour qu'il puisse s'impliquer davantage dans les collectivités ?
- Quelles sont les données probantes pour déterminer la meilleure façon de réorienter une équipe ou un organisme de santé publique et de l'amener à s'engager dans des pratiques réflexives sur les iniquités ?
- Etc.

ⁱⁱⁱ DETERMINE est un consortium de l'Union européenne (UE) visant à stimuler les mesures pour la gestion de déterminants socioéconomiques de la santé et à améliorer l'équité en santé dans l'UE et chez ses États membres.

Un inconvénient possible de ce tableau est qu’une matrice 4 po x 6 po avec 24 cellules risquerait d’accabler le CCNDS et mènerait à la dispersion des activités. Les sections suivantes porteront sur la question des priorités.

TABLEAU 4 : LIEN ENTRE LES RÔLES ET L’ACTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET LE RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

Éléments de l’action de la santé publique* (comment la santé publique assume et renforce ses rôles)						
	Leadership	Développer et appliquer les données	Éducation et sensibilisation	Développement organisationnel et systémique	Développement des compétences	Développement de partenariats
Rôles de la santé publique (ce que la santé publique peut faire pour remédier aux iniquités)	Nécessaire pour les mesures internes et externes (établissement des priorités, affectation des ressources, changement structurel, impliquer les autres, modelage de comportements).	Exige une compréhension claire de la situation actuelle et des politiques ainsi que des interventions efficaces.	La volonté et la capacité d’agir (à l’interne et à l’externe) exigent un processus permanent d’informer et de sensibiliser les intervenants, les décideurs et le public.	S’assurer que les politiques, les structures, les procédures et les pratiques d’un organisme (ou un système) sont en place pour remédier aux iniquités et pour gérer le changement nécessaire.	Connaissances, compétences et attitudes pour adopter et mettre en œuvre de nouvelles stratégies, démarches et techniques. Bien qu’internes, elles peuvent tout aussi bien être externes.	Présente une importance cruciale pour l’engagement, le développement et l’action communautaires.
Évaluer et produire des rapports sur la santé des populations en décrivant l’existence et les conséquences des inégalités et des iniquités en matière de santé ainsi que les stratégies efficaces pour y remédier.	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Modifier et orienter les interventions en santé publique afin de réduire les iniquités	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Collaborer sur les plans communautaire et multisectoriel pour répondre aux besoins en matière de santé de ces populations grâce à divers services et programmes	↑	↑	↑	↑	↑	↑
Participer à l’analyse, au développement et à la promotion des politiques et diriger et appuyer d’autres intervenants à ce chapitre	↑	↑	↑	↑	↑	↑

** D’après le Menu pour le renforcement des capacités de DETERMINE⁶¹ ; le Cadre pour le renforcement des capacités de la Nouvelle-Galles-du-Sud⁶²

Conséquences de la pratique du CCNDS — principes et approches

Rendre le CCNDS la source de référence pour de l'information sur les action de santé publique sur les déterminants de la santé visant à réduire les iniquités en matière de santé

Le CCNDS doit améliorer son image et sa crédibilité en devenant le centre de référence pour les meilleurs conseils sur la façon d'agir sur les déterminants de la santé pour réduire les iniquités en matière de santé. Le point de vue répandu parmi les participants à l'analyse de l'environnement est que ce n'est pas le cas actuellement. Le CCNDS doit faciliter l'accès à la pensée conceptuelle et aux données probantes, aux exemples de pratique, aux cadres et aux outils pour équiper le domaine de la santé publique afin qu'il adopte des mesures efficaces liées aux déterminants de la santé pour réduire les iniquités en santé. Il ne s'agit pas d'un processus passif et le CCNDS doit utiliser, de façon stratégique, une variété de mécanismes pour faire participer ses publics cibles et fournir de l'information et des conseils adaptés à leurs besoins. Les portails existants dans d'autres pays montrent comment d'autres ont relevé ce défi.

Un aspect clé de la crédibilité est la qualité du matériel fourni par le CCNDS. Les meilleures données accessibles doivent avancer le matériel fourni, avec la transparence sur la façon dont elles ont été établies.

Reconnaître que l'« unité d'adoption » est surtout l'organisme de santé publique

Alors que l'action de santé publique implique intrinsèquement des praticiens individuels, les rôles pour l'action de santé publique sur les déterminants de la santé pour réduire les iniquités en matière de santé reflètent les processus et les résultats sur le plan organisationnel. Que ce soit pour mesurer les iniquités entre les quartiers et en rendre compte au public ou pour un regard critique sur la façon dont les programmes sont planifiés et mis en œuvre ou encore pour inciter les partenaires communautaires à promouvoir stratégiquement la prospérité, ces mesures ne sont pas sous le contrôle direct du personnel de première ligne. Les connaissances, les habiletés et les attitudes de ces employés sont d'importants catalyseurs d'action, mais le pouvoir décisionnel concernant les priorités et les pratiques organisationnelles repose en fait sur les différents niveaux de direction des organismes. Mettre l'accent principalement sur les praticiens de première ligne a peu de chance d'encourager les organismes de santé publique à prendre des mesures plus importantes relatives aux déterminants de la santé pour réduire les iniquités, et cela engendrera de la frustration au sein du personnel de première ligne lorsque les employés tenteront de prendre des mesures qui ne sont pas alignées avec leur contexte organisationnel.

LE LEADERSHIP : UN MOTEUR ESSENTIEL POUR L'ADOPTION ORGANISATIONNELLE

Une des principales différences entre l'adoption de l'innovation par des personnes ou des organismes est que pour ces derniers, l'appui et le leadership de la haute direction sont essentiels. La raison en est que le leadership est nécessaire pour établir l'action sur les déterminants de la santé comme une priorité, affecter des ressources, créer un modèle des comportements souhaités, et superviser la mise en œuvre.

Reconnaissant l'importance de ce leadership, il faut envisager la possibilité de cibler les efforts pour soutenir les dirigeants des divers niveaux au sein des organismes. Des leaders d'opinion par les pairs peuvent être utilisés pour influencer et pour formuler les décisions souhaitées. Les responsables officiels du système, comme les médecins-hygiénistes en chef et les services de santé publique fédéral et provinciaux peuvent renforcer et appuyer les décisions en matière d'adoption.

ÉTUDE ET SOUTIEN DU PROCESSUS D'ADOPTION

L'adoption des quatre rôles de la santé publique qui ont été déterminés signifiera probablement un changement dans la façon dont un organisme de santé publique exerce ses activités. Que ce soit une réflexion sur les valeurs et les attitudes, une réflexion critique sur les pratiques actuelles ou la réaffectation des ressources, la résistance et la tension doivent être prévues. Le cadre de renforcement des capacités fourni précédemment dans ce rapport est un point de départ pour aider à l'analyse et à la prestation de soutien. Actuellement, il existe de nombreux exemples d'approches adoptées dans ce pays et ailleurs, notamment :

- la réorientation du personnel responsable de la « promotion de la santé » d'une approche axée sur le comportement vers une approche axée sur les déterminants ;
- l'éducation du personnel et le dialogue – montrer au personnel des données indiquant les iniquités de la pratique actuelle et proposer des solutions concrètes pour agir ;
- l'utilisation du documentaire de PBS *Unnatural Causes* pour faciliter la discussion entre les employés ;
- le recours à un groupe de travail pour examiner les pratiques et recommander des changements ;
- l'utilisation de courtiers de connaissances pour travailler avec les gestionnaires et les planificateurs de programmes ;
- la création d'une unité organisationnelle pour servir de catalyseur pour le changement interne et externe.

Il est nécessaire d'en savoir plus sur les modes et les raisons de la mise en œuvre d'approches particulières et sur la mesure dans laquelle elles ont réussi. L'établissement des facteurs critiques de succès pour l'adoption et la mise en œuvre est un domaine de recherche actif, et ces résultats, dès qu'ils seront accessibles, devront être interprétés pour être utilisés par les praticiens.

Le financement de projets de démonstration peut également faciliter l'examen de l'adoption et fournir un mécanisme permettant de documenter le processus et ses conséquences.

Fournir l'information et les outils pour soutenir les actions de santé publique sur les déterminants de la santé et les iniquités en matière de santé**AMÉLIORER LA CLARTÉ CONCEPTUELLE DE L'ACTION DE SANTÉ PUBLIQUE**

Le défi actuel concernant l'incertitude de ce que la santé publique devrait ou pourrait faire doit être abordé. Remonter des racines historiques de la santé publique jusqu'aux documents phares des dernières décennies (p. ex., la Charte d'Ottawa, le modèle de promotion de la santé de la population, etc.) pourrait fournir une base pour les actions en cours.

Afin de consolider la fondation, il est nécessaire de synthétiser les données probantes actuelles pour définir clairement « ce que nous savons, ce que nous pouvons savoir et ce que nous ne savons pas ». Cela inclut les gradients de santé au Canada, les interrelations et les voies entre les déterminants et la

généralisation des résultats à partir d'autres pays. Les priorités pour la synthèse des données probantes doivent être établies et poursuivies. Si des synthèses de haute qualité existent déjà, elles n'ont pas besoin d'être reproduites. En cas d'insuffisance de données probantes de haute qualité à l'appui de la synthèse, ces domaines devraient être signalés pour la recherche future.

Une plus grande clarté est nécessaire pour les publics de la santé publique concernant l'application globale d'une approche axée sur la santé de la population, notamment la tension possible entre l'amélioration de la santé globale de la population par rapport à la réduction des iniquités, les interventions de type structurel par rapport au type informationnel, l'équilibre entre les approches universelles et ciblées, ainsi que les approches pour faire face à la complexité des mesures dans de multiples secteurs. Le récent dialogue entre les chercheurs canadiens examinant certains de ces concepts, dans les ouvrages publiés, est fondamental pour la conceptualisation et la planification d'interventions en santé publique^{58,63-65}. Un tel dialogue devrait être souligné s'il n'est pas facilité par un organisme tel que le CCNDS.

Reconnaissant qu'il existe un éventail de publics cibles, le CCNDS devrait également regrouper les principes mis en évidence par ce débat pour une consommation plus large, comme cela a été fait dans un document de synthèse sur les inégalités en matière de santé en Écosse³⁶. Dans ce document, l'auteur fournit des conseils sur les interventions qui auraient tendance à aggraver les iniquités par rapport à ceux qui auraient tendance à les atténuer (voir les encadrés ci-dessous).

Caractéristiques de politiques plus susceptibles d'être efficaces dans la réduction des inégalités de santé

- » Changements structurels dans l'environnement (p. ex., des systèmes de modération de la circulation dans toute une zone, une séparation des piétons et des véhicules, des récipients à l'épreuve des enfants, l'installation d'avertisseurs de fumée, l'installation de chauffage à prix abordable dans des maisons froides et humides)
- » Contrôles législatifs et réglementaires (p. ex., conduite sous l'influence de l'alcool, limites de vitesse réduites, port de la ceinture, interdiction de fumer dans les lieux de travail, dispositifs temporaires de retenue pour enfants, normes de construction de logements, supplémentation en vitamines et en folates des aliments)
- » Politiques fiscales (p. ex., augmentation de prix des produits du tabac et d'alcool)
- » Soutien du revenu (p. ex., systèmes fiscaux et d'avantages sociaux, conseils professionnels sur le droit à l'aide sociale dans les établissements de soins de santé)
- » Réduction des barrières de prix (p. ex., prescriptions gratuites, repas scolaires, fruits et lait, traitements du sevrage tabagique, examens de la vue)
- » Amélioration de l'accessibilité aux services (p. ex., emplacement des services de soins de santé primaires et d'autres services essentiels et accès à ces services, amélioration des liaisons de transport, aliments sains à prix abordable)
- » Donner la priorité aux groupes défavorisés (p. ex., cibler les familles et les collectivités démunies, les chômeurs, les fuel poor, les sans-abri et ceux qui ont du mal à dormir)
- » Offrir un soutien massif (p. ex., approches systématiques, adaptées et intensives impliquant des rencontres personnelles ou un travail de groupe, visites à domicile, garderies préscolaires de bonne qualité)
- » Commencer dès le jeune âge (p. ex., soutien et interventions prénatales et postnatales, visites à domicile en bas âge, garderies préscolaires)

Source : Macintyre S. Inequalities in health in Scotland : what are they and what can we do about them ? MRC Social & Public Health Sciences Unit : Glasgow, 2007.

Caractéristiques d'interventions moins efficaces pour réduire les inégalités de santé

- » Campagnes axées sur l'information (campagnes médiatiques d'information)
- » Matériels écrits (brochures, étiquetage des aliments)
- » Campagnes dépendant de personnes qui prennent l'initiative de participer
- » Campagnes/messages conçus pour toute la population
- » Approches éducationnelles axées sur la santé dans l'ensemble de l'école (p. ex., programmes de lutte contre le tabac et l'alcool à l'échelle de l'école)
- » Approches qui nécessitent des coûts importants ou d'autres obstacles
- » Programmes de logement ou de régénération qui font augmenter le coût de logement

Source : Macintyre S. Inequalities in health in Scotland : what are they and what can we do about them ? MRC Social & Public Health Sciences Unit : Glasgow, 2007.

Plusieurs informateurs clés ont mis en garde contre les efforts de créer des outils ou des listes de vérification particuliers. Ils ont plutôt souligné qu'il était plus important pour le CCNDS d'établir la base de connaissances et de favoriser une réflexion critique sur les pratiques en santé publique et les iniquités fondées sur les données probantes actuelles, car il n'est possible d'appliquer correctement un cadre ou un outil que si on comprend les concepts sous-jacents. Dans de nombreux cas, il existe plusieurs outils ou listes de contrôle et le CCNDS pourrait fournir des directives sur le choix et les circonstances d'utilisation.

Étudier et partager les pratiques actuelles

Un défi considérable à relever est que ceux qui souhaitent prendre plus de mesures pour réduire les iniquités en matière de santé ne disposent pas de stratégies ni de mesures concrètes pour ce travail. Au cours de cette analyse de l'environnement, un certain nombre de mesures prometteuses de santé publique relatives aux déterminants de la santé ont été relevées. Certaines semblent être des priorités évidentes pour une étude poussée et une diffusion. Voici quelques exemples :

- Documentation de grandes disparités dans les taux de vaccination des enfants, par quartiers, à Saskatoon. Ces données ont conduit à un travail interne pour modifier l'affectation des ressources afin d'accroître la couverture dans les quartiers peu couverts, ce qui est maintenant atteint.
- Des approches systématiques de l'examen des pratiques actuelles de santé publique dans plusieurs programmes en vue de déterminer les modifications des plans de programme afin de réduire les iniquités en santé (Sudbury, Waterloo).
- Réponse de la Direction de santé publique de Montréal au déplacement prévu d'un casino dans une région où les populations seraient plus vulnérables aux effets néfastes d'un accès accru aux jeux de hasard.
- Approche de développement communautaire visant à améliorer un quartier de Saint John.

L'annexe 12 fournit une liste plus détaillée d'exemples de pratiques possibles pour une étude plus approfondie. Le choix d'exemples de pratiques à privilégier pour une réévaluation doit tenir compte de la portée de l'incidence démontrable ainsi que de la réalisation d'un ensemble d'interventions par rôles de la santé publique, par déterminants en cause, par populations et par perspectives régionales. Une attention particulière devra être portée non seulement à saisir ce qui s'est passé, mais aussi à définir clairement la réflexion et l'analyse auxquelles l'organisme s'est livré pour choisir son plan d'action ainsi que les principes et l'apprentissage qui pourraient être généralisés pour les autres, surtout en tenant compte des aspects uniques du contexte et de la préparation organisationnelle. Les exemples doivent être évalués de façon critique par rapport à la façon dont ils décrivent ou améliorent notre compréhension des données probantes. L'expérience de l'ISPP dans le développement de recueils peut s'avérer utile et l'organisme pourrait également être appelé à aider au processus d'examen par les pairs.

Il faut également examiner la meilleure façon de fournir des descriptions de pratiques. Beaucoup de portails existants, dont celui du Conseil canadien de la santé, utilisent une combinaison de méthodes, notamment des profils écrits et des vidéos des interventions. Un exemple de Saint John est accessible à l'adresse suivante : http://healthcouncilcanada.ca/en/index.php?page=shop.product_details&flypage=shop.flypage&product_id=107&category_id=2&manufacturer_id=0&option=com_virtuemart&Itemid=170.

SOUTENIR LA PRATIQUE DE CEUX QUI SE SONT ENGAGÉS À RÉDUIRE LES INIQUITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ

Les organismes qui ont travaillé dans ce domaine depuis de nombreuses années doivent être non seulement étudiés, mais aussi soutenus pour continuer à améliorer leurs pratiques. Ces organismes ont besoin de synthèses techniques plus détaillées et d'autres soutiens. Parmi les exemples suggérés au cours de cette analyse de l'environnement, notons des analyses de rentabilisation, des analyses économiques, une modélisation de différentes combinaisons d'approches universelles et ciblées ainsi que des options stratégiques efficaces stratifiées selon l'ordre de gouvernement. Le besoin d'une collecte d'information plus précise et de son classement par priorités à partir de ces sites est probablement justifié.

SOUMETTRE DES LIENS AUX DONNÉES PROBANTES CONCERNANT LES INTERVENTIONS PARTICULIÈRES

Il a été précédemment reconnu que les tentatives de synthèse des connaissances pour chaque type d'intervention en santé publique pour remédier aux iniquités, y compris le fait de cibler des populations prioritaires, demanderont un travail considérable. Fournir un lien vers des synthèses de qualité, lorsqu'elles existent, pourrait être une contribution potentielle du CCNDS. Plusieurs informateurs clés ont soutenu une volonté de mettre en évidence les données probantes, mettant au défi l'opinion dominante concernant les pratiques historiquement destinées à réduire les iniquités. Le document de travail écossais par Macintyre fournit plusieurs exemples internationaux d'interventions bien intentionnées qui avaient eu des effets indésirables⁶⁶.

ENCOURAGER LA PARTICIPATION ET LE DIALOGUE DANS LE MILIEU DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Compte tenu de l'état actuel de la pratique, le dialogue au sein du milieu de la santé publique est nécessaire pour accroître la compréhension, favoriser un examen des valeurs et des attitudes, discuter des rôles de la santé publique et encourager la réflexion sur les pratiques actuelles. Pour y arriver, une variété d'approches possibles ont été soumises par les participants à l'analyse de l'environnement, notamment :

- Ateliers : selon l'expérience d'autres CCN, l'engagement du public est un antécédent important à leur adoption du matériel de l'organisme.
- Webinaires : nécessité de réduire la barrière de la distance géographique grâce à la technologie. Tout le monde ne peut pas venir à des conférences, mais il y a un grand intérêt pour apprendre davantage. Au Canada, il existe de nombreux praticiens et chercheurs éminents qui pourraient partager leurs réflexions et expériences.
- Vidéo : la vidéo peut être utilisée de différentes façons, des profils d'interventions et d'outils jusqu'aux documentaires plus sophistiqués, tels qu'*Unnatural Causes*, de PBS. De nombreux organismes canadiens les utilisent à l'interne comme à l'externe pour favoriser le dialogue, bien qu'ils préfèrent une vidéo ayant un contexte canadien.
- Réseau des praticiens : les praticiens souhaitent pouvoir partager leurs expériences et la résolution de problèmes. En fait, certains participants aux groupes de discussion, lorsqu'ils ont appris ce que les autres faisaient, se sont mis spontanément à partager leurs outils et leurs coordonnées.
- Réseautage organisationnel : de nombreux organismes manifestent un intérêt pour ce domaine (p. ex., le CCNDS, d'autres CCN, l'ICIS-ISPC, l'ISPP-IRSC, l'ASPC, etc.). Il faut que les organismes se réunissent de temps en temps pour partager ce qu'ils font et déterminer les possibilités d'action.

PROMOUVOIR LES OPTIONS DE FORMATION

Les praticiens de tous les calibres ont besoin d'occasions pour développer les compétences nécessaires. Tel qu'il a été discuté précédemment, il existe des possibilités limitées pour développer les connaissances et les compétences nécessaires, et les efforts pour combler cette lacune devront être adaptés aux différents groupes de personnel. La formation devra favoriser l'analyse critique et la pratique réflexive (p. ex., des outils d'autoévaluation), en intégrant l'évaluation des iniquités dans chaque étape du cycle de planification des programmes, ainsi qu'en abordant la façon de rechercher un équilibre entre les interventions universelles et ciblées. Les informateurs clés ont indiqué que parmi le personnel de première ligne, le perfectionnement des compétences pour le développement communautaire, le renforcement des capacités et la mobilisation constituaient des priorités.

Le CCNDS n'a pas besoin de créer lui-même la formation, mais pourrait encourager, promouvoir ou s'associer à d'autres pour atteindre cet objectif (p. ex., le programme Compétences en ligne de l'ASPC, les écoles et les conférences d'été ainsi que le nombre croissant de programmes de maîtrise en hygiène publique et d'écoles de santé publique).

RENFORCER LE SYSTÈME

La perspective fondamentale sous-jacente est que l'analyse de la santé publique et l'action sur les déterminants de la santé pour réduire les iniquités en matière de santé sont tout simplement une bonne pratique qui devrait être la norme. Cette normalisation de la pratique doit donc être intégrée dans les structures et les processus des systèmes de santé publique. Compte tenu des travaux menés sur l'infrastructure du système de santé publique au cours de la dernière décennie⁶⁷⁻⁶⁹, cela inclut, mais sans s'y limiter, les lois relatives au système de santé publique, les programmes de base, les protocoles, les critères d'accréditation et leur application, les mécanismes de responsabilisation, etc. Le CCNDS pourrait encourager les partenaires concernés à renforcer les éléments structurels de leur système de santé publique afin de soutenir les actions de santé publique sur les déterminants de la santé pour réduire les iniquités en matière de santé. Voici quelques exemples spécifiques tirés des participants à l'analyse :

- Recommander une formulation plus explicite concernant les déterminants de la santé visant à réduire les iniquités, lorsque les compétences de base sont examinées et mises à jour.
- Évaluer le mode d'application des normes d'agrément pour le secteur de la santé publique ou les organismes de santé.
- Encourager les mécanismes de responsabilisation des organismes pour y inclure des processus et des actions qui s'attaquent aux iniquités.
- Encourager l'accréditation des choix de cours de formation qui est élaborée pour le perfectionnement professionnel continu dans les disciplines concernées.

Nouer des partenariats stratégiques pour un engagement public plus large

Comme avec tous les CCN, le mandat du CCNDS est de promouvoir et d'améliorer l'utilisation de la recherche scientifique et d'autres connaissances pour renforcer les pratiques en santé publique, à savoir, ici, l'action sur les déterminants de la santé pour réduire les iniquités en matière de santé. Il est donc au-delà du mandat du CCNDS de déployer des efforts directs pour sensibiliser le public ou les responsables des politiques du secteur privé de la santé. Toutefois, puisque l'analyse efficace des politiques, le développement et la promotion par des organismes de santé publique sont une action souhaitée, la présentation de données probantes, de cadres et d'outils nécessaires pour que cela se produise tombe dans la sphère d'activité du CCNDS. Les organismes de santé publique et les organisations professionnelles associées doivent parvenir à une plus grande participation du public en ce qui concerne les déterminants et les iniquités en matière de santé. De nombreux exemples existants ont été rencontrés au cours de cette analyse :

- Présentations intersectorielles destinées aux responsables municipaux et d'autres ministères par la Vancouver Coastal Health Authority ;
- Consultation publique sur les options stratégiques pour atténuer les iniquités en matière de santé documentées à Saskatoon ;
- Sensibilisation du public aux iniquités en matière de santé à Sudbury ;
- Défi public concernant le déplacement d'un casino dans un quartier de Montréal dont les populations sont plus vulnérables ;
- Présentations publiques du documentaire *Unnatural Causes*, de PBS, à Halifax.

Il est aussi possible d'avoir des stratégies d'engagement plus générales en santé publique qui pourraient être dirigées par des associations et des coalitions de santé publique. Parmi les exemples, citons la préparation d'un documentaire canadien sur les déterminants de la santé et les iniquités en matière de santé, ainsi que des consultations publiques qui pourraient être facilitées dans tout le pays. Le CCNDS pourrait participer à de tels efforts en fournissant des données probantes pour étayer les discussions et les actions et en véhiculant les résultats générés par un tel engagement pour éclairer la pratique.

Mesures précoces possibles

On a demandé aux informateurs clés quelles mesures le CCNDS pourrait prendre à court terme pour avoir une incidence positive. Parmi les exemples suggérés, citons :

- Commencer à clarifier les bases conceptuelles de ce travail :
 - *fil de développement par des documents clés (Charte d'Ottawa, etc.),*
 - *définition d'une approche axée sur la santé de la population. Est-ce que la santé publique ne vise que la « population générale » ? Concepts des populations prioritaires, des interventions structurelles, etc.,*
 - *synthèse des données probantes pour clarifier ce que nous savons, ce que nous pouvons connaître et ce que nous ne savons pas (p. ex., gradients, interrelations, voies) ;*
- Rédiger des études de cas d'exemples de pratiques prometteuses en y intégrant les messages clés et l'apprentissage principal, ainsi que les connaissances et les données actuelles ;
- Adapter au contexte canadien le matériel de qualité provenant d'autres pays ;
- Fournir des liens vers les principaux sites portails internationaux ;
- Lancer une série de webinaires avec des praticiens éminents et des chercheurs ;
- Planifier un institut de leadership pour les responsables de la santé publique (p. ex., l'état des connaissances actuelles ; l'état de la pratique ; les mesures intersectorielles par rapport à la complexité ; des systèmes adaptatifs complexes ; le changement organisationnel).

CONCLUSION ET PROCHAINES ÉTAPES

Le but de cette analyse de l'environnement a été de soutenir l'orientation, les priorités et les activités futures du CCNDS grâce à une analyse des principaux défis, besoins, lacunes et possibilités relatives aux déterminants de la santé en santé publique. Au cours d'une période de 10 semaines, une analyse ciblée de la documentation, des entrevues avec les informateurs clés, des téléconférences avec les groupes de discussion et un sondage en ligne ont été effectués.

Il existe un souhait général d'avoir un CCNDS fort et visible pour soutenir des mesures de santé publique efficaces relatives aux déterminants de la santé. Comme l'indique le présent rapport, le domaine de la santé publique fait face à de nombreux défis et obstacles en ce qui a trait à l'action. En fonction de l'information recueillie, on a proposé un domaine d'intérêt, une vision et des perspectives d'actions futures pour le CCNDS.

Cette analyse de l'environnement n'est qu'une étape préliminaire. Il reste une multitude d'étapes nécessaires pour examiner ce rapport, prendre des décisions sur les priorités et les actions futures, ainsi que pour établir les capacités nécessaires pour les atteindre. Les prochaines étapes suggérées sont les suivantes :

1. *Examiner l'orientation future suggérée du CCNDS avec le Comité consultatif national du CCNDS et l'ASPC. Les points à prendre en compte comprennent :*
 - a. le degré de concordance avec les résultats, l'analyse et les conséquences ;
 - b. la mesure dans laquelle une validation supplémentaire des résultats et leur analyse devraient être poursuivies — compte tenu de la mesure des commentaires et de la cohérence des thèmes, il est suggéré qu'il est plus important d'aller de l'avant ;
 - c. la mesure dans laquelle le rapport et les documents connexes seront diffusés sur le terrain — au minimum, le CCNDS doit joindre à toute diffusion une déclaration décrivant ce qui a été et sera fait en réponse au présent rapport ;
 - d. le développement d'un plan stratégique pluriannuel et d'un plan de travail annuel, y compris les priorités immédiates d'actions ;
 - e. la mise sur pied d'un plan de transition pour examiner le travail accompli à ce jour, ainsi que le débat pour décider qui pourrait être responsable de ces questions à l'avenir (p. ex., des programmes de visites à domicile par un infirmier).

2. *Mettre en place la structure, les capacités et les processus nécessaires pour réaliser la vision et les priorités décrites. Il faut une attention particulière pour :*
- a. distinguer clairement les rôles entre le CCNDS, le Comité consultatif national du CCNDS et l'ASPC ;
 - b. favoriser l'orientation nécessaire du CCNDS entre les domaines de la pratique et de la recherche ;
 - c. avoir une connaissance approfondie du milieu des praticiens de la santé publique ainsi que des liens avec eux, y compris :
 - i. la capacité d'interagir efficacement avec les responsables des organismes de santé publique,
 - ii. la compréhension de la structure et du fonctionnement des systèmes de santé publique ;
 - d. comprendre l'adoption de pratiques d'un point de vue organisationnel et la façon dont cela peut être influencé efficacement ;
 - e. faire preuve de leadership afin de déterminer ce qui est important et l'articuler efficacement pour créer une équipe et divers partenariats (p. ex., les chercheurs, les CCN, d'autres organismes liés à la santé publique, etc.), et interagir avec les organismes consultatifs et de financement ;
 - f. superviser la mise en œuvre de tâches complexes qui sont adaptées aux différents publics cibles pour réaliser la vision stratégique (p. ex., la gestion efficace de projet).

ANNEXE 1

RÉSULTATS ATTENDUS DE L'ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT

La demande de propositions cite les résultats attendus de l'analyse de l'environnement suivants :

1. Un rapport de l'analyse de l'environnement, comprenant :
 - une documentation et une synthèse des activités courantes, une liste de responsables et d'intervenants en santé publique ainsi qu'une analyse des domaines prometteurs dans les déterminants de la santé en santé publique ;
 - une synthèse des défis principaux, des besoins, des lacunes et des possibilités dans les déterminants de la santé en santé publique ;
 - la détermination d'outils et de stratégies d'application des connaissances qui sont déjà élaborés ou qui doivent être élaborés (tels que des cas d'études, des fiches d'information sur d'importantes occasions ou sur des interventions réussies dans le domaine de la santé publique, des perspectives sur les déterminants de la santé ou des webinaires) ;
 - la détermination (le cas échéant) d'un groupe de déterminants prioritaires de la santé, de domaines prometteurs et d'interventions prioritaires dans les pratiques, politiques, cibles et mesures de santé publique ;
 - une liste des personnes « à qui s'adresser » (leaders/champions/intervenants prioritaires) avec leurs coordonnées ;
 - une liste des ressources clés dans le domaine des déterminants de la santé en santé publique.
2. Un rapport de synthèse (distinct) sur les domaines prometteurs et les interventions prioritaires en ce qui a trait aux déterminants de la santé en santé publique.
3. Un rapport de synthèse sur les besoins, les lacunes et les possibilités dans les déterminants de la santé en santé publique.
4. Une trousse d'information pour faciliter la validation de l'analyse de l'environnement.

ANNEXE 2

DÉTAILS SUPPLÉMENTAIRES SUR LA MÉTHODOLOGIE

Fonctions liées à la collecte de l'information

Tel qu'il est indiqué dans la partie principale de ce rapport, avec l'ajout des téléconférences des groupes de discussion et d'un sondage en ligne, il a été convenu que le personnel du CCNDS participerait au processus de collecte de l'information. La répartition des rôles pour chaque étape de la collecte de l'information s'établissait comme suit :

Élément de collecte de l'information	Consultant	CCNDS
Analyse de la documentation	Mener des recherches, examiner et extraire l'information	Déterminer les rapports « à ne pas manquer »
Entrevues avec les informateurs clés	Fournir des conseils sur la sélection Rédiger le questionnaire destiné aux informateurs clés Effectuer les entrevues avec les informateurs clés	Déterminer la liste des informateurs clés Conseiller sur la préparation du questionnaire Recruter les informateurs clés et planifier leur entrevue
Sondage en ligne	Conseiller sur la préparation des questions du sondage	Créer, traduire et mener un sondage pilote Se charger de mettre le sondage en ligne Promouvoir le sondage Analyser les résultats et les remettre au consultant
Téléconférences des groupes de discussion	Préparer les documents d'information (résumé des thèmes, questions de discussion) Tenir les téléconférences	Recruter les participants et planifier leur présence Assurer la tenue sans encombre des téléconférences

Sites Internet d'organismes indiqués dans l'analyse de la documentation

Les sites Internet des organismes suivants ont fait partie de la stratégie principale de recherche :

- Agence de la santé publique du Canada (ASPC)
- Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé
- Groupe de référence canadien sur les déterminants sociaux de la santé
- Autres CCN
- Réseau canadien pour la santé urbaine (RCSU)
- Institut de la santé publique et des populations (IRSC-ISPP)
- Initiative sur la santé de la population canadienne (ICIS-ISPC)
- Associations de santé publique — nationales et provinciales
- Organismes d'agrément pour les organismes de santé publique
- donneesprobantes-sante.ca.

D'autres sites Internet ont aussi été inclus à la suite de renseignements fournis par les informateurs clés ou les participants aux groupes de discussion.

ANNEXE 3

LISTE DES INFORMATEURS CLÉS

Informateur clé	Poste et organisme
Lorraine Adam	Directrice exécutive, Public Health Programs and Strategies, Division de Public Health and Primary Health Care, ministère de la Santé et de la Vie saine du Manitoba, Winnipeg, Manitoba
John G. Abbot	Chef de la direction et président, Conseil canadien de la santé (suppléant de la Dre Jeanne Besner), Toronto, Ontario
Lex Baas	Directeur de la santé de la population, Interior Health, Nelson, Colombie Britannique
Dr Bill Bavington	Faculté de médecine, Division de la santé communautaire et des sciences humaines, Université Memorial de Terre-Neuve, St. John's
François Benoit	Responsable, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS), Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Montréal, Québec
Ted Bruce	Directeur général, Santé de la population, Vancouver Coastal Health, Victoria, Colombie-Britannique
Dawn Marie Buck	Directrice générale, St. Joseph's Community Centre, Saint John, Nouveau Brunswick
Dre Donna Ciliska	Directrice scientifique, Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (CCNMO), Université McMaster, Hamilton, Ontario
Connie Clement	Directrice générale, Social Venture Partners Toronto au Centre for Social Innovation, Toronto, Ontario
Dre Benita Cohen	Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université du Manitoba
Erica Di Ruggiero	Directrice associée, Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) — Institut de la santé publique et de la population (ISPP), Toronto, Ontario
Dre Margaret Fast	Directrice scientifique, Centre de collaboration nationale des maladies infectieuses (CCNMI), Centre international pour les maladies infectieuses, Winnipeg, Manitoba
Dr John Frank	Conseiller scientifique principal pour le programme des centres de collaboration nationale en santé publique (CCNSP) ; président, Conseil consultatif des centres de collaboration nationale de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC)
Dre Margo Greenwood	Leader universitaire, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA), Université du nord de la Colombie-Britannique, Prince George, Colombie-Britannique
Dr Trevor Hancock	Consultant en santé publique, Ministry of Healthy Living and Sport, Victoria, Colombie-Britannique

Informateur clé	Poste et organisme
Jean Harvey	Directeur, Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), Ottawa, Ontario
Dr Clyde Hertzman	Directeur, Human Early Learning Partnership (HELP), Vancouver, Colombie Britannique
Sandra Laclé	Directrice, Division de la promotion de la santé, Service de santé publique de Sudbury et du district, Sudbury, Ontario
Lynn Langille	Coordonnatrice, Health Disparities Chronic Disease and Injury Prevention, Nova Scotia Health Promotion and Protection, Halifax, Nouvelle-Écosse
Dr Richard Lessard	Directeur de la santé publique, Direction de santé publique de Montréal, Montréal, Québec
Madonna MacDonald	Vice-présidente, Santé communautaire, Guysborough Antigonish Strait Health Authority (GASHA), Antigonish, Nouvelle-Écosse
Dre Lynn McIntyre	Professeure et titulaire d'une chaire des IRSC sur le genre et la santé, Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine, Université de Calgary, Calgary, Alberta
Dr John Millar	Directeur général, Population Health Surveillance and Disease Control Planning, Régie provinciale des services de la santé, Vancouver, Colombie-Britannique
Dr David Mowat	Médecin-hygiéniste, région de Peel
Dr Cory Neudorf	Médecin-hygiéniste en chef, Régie régionale de la santé de Saskatoon, Saskatoon, Saskatchewan.
Dr Alain Poirier	Directeur national de la santé publique et sous-ministre adjoint, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Québec
Dre Louise Potvin	Professeure titulaire, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, Montréal, Québec
Daniela Seskar-Hencic	Directrice, Déterminants de la santé, Planification et évaluation, Region of Waterloo Public Health, Waterloo, Ontario
Dr Dawn Smith	Professeure adjointe et titulaire de la chaire de recherche Loyer DaSilva en soins infirmiers de santé publique, Université d'Ottawa, Ottawa, Ontario
Dr David Strong	Médecin-hygiéniste, Surveillance and Health Status Assessment, Alberta Health Services, Alberta
Margot Suttis	Consultante en lactation autorisée, infirmière en santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, Iqaluit, Nunavut

ANNEXE 4

GUIDE D'ENTREVUE AVEC LES INFORMATEURS CLÉS

Introduction

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) vise à étudier les facteurs qui ont une incidence sur la santé des Canadiens. Le CCNDS entreprend une analyse de l'environnement concernant les actions des organismes officiels de santé publique et de leur personnel pour examiner les déterminants de la santé. Les résultats de l'analyse seront utilisés afin de préciser les orientations futures ainsi que les priorités d'application des connaissances et les activités du CCNDS au cours des cinq prochaines années (2010–2015).

Questions destinées aux informateurs clés

1. Imaginez l'avenir, dans cinq (5) ans, où le CCNDS soutiendrait d'une manière optimale les actions de santé publique sur les déterminants de la santé (DS). Selon vous, à quoi l'avenir ressemblerait-il ? (c.-à.-d. comment la réussite se manifeste-t-elle ?)
2. Dans quelle mesure seriez-vous d'accord que les actions suivantes sur les déterminants de la santé relèvent du rôle des organismes de santé publique et de leur personnel ?
 - Évaluer et produire des rapports sur les DS dans des populations, y compris l'existence et les conséquences des inégalités et des iniquités en matière de santé
 - Modifier les interventions en santé publique pour répondre aux besoins et aux capacités uniques des populations prioritaires
 - Collaborer sur les plans communautaire et multisectoriel pour répondre aux besoins en matière de santé de ces populations grâce à divers services et programmes
 - Appuyer la collectivité et d'autres intervenants dans le domaine de la promotion des politiques pour améliorer les DS
 - Autre ?
3. Que pourriez-vous citer comme meilleurs exemples d'activités de santé publique (pratique, politique ou recherche), dans votre (ou autre) organisme ou système, qui ciblent les DS ? (veuillez fournir des exemples précis)
 - Existe-t-il des outils de pratique particuliers, des stratégies ou d'autres ressources dont nous devrions être au courant ou que vous recommanderiez ?

4. Quels sont, selon vous, les principaux défis, besoins ou lacunes qui se posent à la santé publique dans son approche à l'égard des DS ?
5. Quelles sont les possibilités d'améliorer les actions de santé publique touchant les DS ?
6. Compte tenu de l'état actuel des actions de santé publique sur les DS, que pourrait faire le CCNDS pour maximiser le renforcement de ces actions ?
 - Dans quelle mesure le CCNDS doit-il se concentrer sur...
 - *des rôles spécifiques (voir la question 2 de la liste) ?*
 - *un ou plusieurs DS particuliers (voir les listes à l'annexe)*
 - *Tous/certains DS*
 - *Tous/certains déterminants sociaux de la santé (et quelle liste ?)*
 - *Autre ?*
 - *des populations particulières (p. ex., Autochtones, immigrants, réfugiés, personnes avec des troubles mentaux, personnes handicapées, etc.)*
 - *autre ? (p. ex., collaboration avec les autres CCN)*
 - Quelles méthodes d'application des connaissances seraient les plus utiles ? (p. ex., sommaire des données probantes, étude de cas d'actions de santé publique, cadre de planification de programmes axés sur l'équité, outil d'évaluation d'impacts sur la santé (ÉIS), courtage de connaissances, message clé pour les intervenants internes et externes, structure de soutien pour l'échange d'information et le partage des enjeux, etc.)
 - Pourriez-vous citer deux choses que le CCNDS pourrait réaliser et qui pourraient avoir un effet immédiat à l'appui des actions de santé publique sur les DS ?
7. On peut compter plusieurs chefs de file et de champions réputés dans ce domaine. Y aurait-il des gens moins connus dont nous devrions prendre connaissance et qui sont des chefs de file à l'égard des actions de santé publique sur les déterminants de la santé ?

ANNEXE 5

QUESTIONNAIRE DU SONDAGE EN LIGNE

Introduction

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) est l'un des six centres mis en place par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) dans le but de soutenir les pratiques et l'élaboration de politiques en santé publique appuyées par des données probantes. La mission de ces centres est de transformer les données actuelles et nouvelles qui sont produites par les universitaires et les chercheurs en santé publique en des données utiles et accessibles. Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé vise à étudier les facteurs qui ont une incidence sur la santé des Canadiens. Le CCNDS entreprend une analyse de l'environnement concernant les actions des organismes de santé publique et de leur personnel pour examiner les déterminants de la santé (DS). Les résultats de l'analyse seront utilisés afin de préciser les orientations futures ainsi que les priorités d'application des connaissances et les activités du CCNDS au cours des cinq prochaines années (2010-2015).

Ce sondage en ligne vise à recueillir de l'information auprès d'un bassin étendu et diversifié de praticiens de la santé publique, de responsables des politiques, de gestionnaires, de formateurs et de chercheurs partout au Canada, afin d'apporter des renseignements supplémentaires à ceux déjà recueillis. Vos réponses seront intégrées dans l'analyse des données recueillies et dans le rapport de l'analyse de l'environnement et les recommandations qui en sont issues.

Veuillez adresser toute question concernant le sondage à Hope Beanlands^{iv}, directrice scientifique, en appelant au 902-867-6137.

CE SONDAGE DEVRAIT PRENDRE ENVIRON DE 15 À 20 MINUTES À REMPLIR.

Données démographiques

1a. *Province/Territoire ?*

(liste déroulante des provinces et des territoires)

1b. *Qu'est-ce qui décrit le mieux votre environnement de travail ?*

- Rural
- Région éloignée
- Urbain

1c. *Qu'est-ce qui décrit le mieux le type d'organisme pour lequel vous travaillez ?*

- Organisme de santé publique
 - local/régional
 - provincial/territorial
 - fédéral
- Autre ministère ou organisme gouvernemental
- Organisme non gouvernemental
- Centre de santé communautaire
- Association professionnelle
- Établissement universitaire
- Autre : _____

^{iv} Mme Hope Beanlands n'occupe plus le poste de Directrice scientifique du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS). Veuillez adresser toute question concernant le sondage à nccdhd@stfx.ca.

1d. *Qu'est-ce qui décrit le mieux votre rôle en santé publique ?*

- Praticien de la santé publique de première ligne (p. ex., infirmier de la santé publique, inspecteur de la santé publique, promoteur de la santé)
- Expert technique (p. ex., épidémiologiste, conseiller de programme)
- Responsable des politiques/décideur (p. ex., directeur, directeur général d'une organisation, médecin-hygiéniste)
- Chercheur
- Formateur de praticiens de la santé publique
- Autre : _____

Déterminants de la santé

La santé des individus et des collectivités est fortement influencée par des interactions complexes entre les facteurs sociaux et économiques, l'environnement physique et les comportements et les conditions individuels. Ces facteurs sont désignés comme les « déterminants de la santé » et, ensemble, ils jouent un rôle clé dans l'évaluation de l'état de santé de la population dans son ensemble. La prise en compte des déterminants de la santé est une question fondamentale pour la santé publique.

2a. *Dans quelle mesure seriez-vous d'accord que les actions suivantes sur les déterminants de la santé (DS) relèvent du rôle des organismes de santé publique ?*

(échelle à quatre points : tout à fait d'accord ; quelque peu d'accord ; quelque peu en désaccord ; tout à fait en désaccord)

- Évaluer et produire des rapports sur la santé des populations, y compris sur l'existence et les conséquences des inégalités et des iniquités en matière de santé
- Modifier les interventions en santé publique pour répondre aux besoins et aux capacités uniques des populations prioritaires
- Collaborer sur les plans communautaire et multisectoriel pour répondre aux besoins en matière de santé de ces populations grâce à divers services et programmes
- Appuyer la collectivité et d'autres intervenants dans le domaine de la promotion des politiques pour améliorer les déterminants de la santé

2b. *Y a-t-il d'autres rôles importants à jouer pour les organismes de santé publique concernant les actions sur les DS ?*

(Oui/Non – Si oui, veuillez les décrire)

3. *Que pourriez-vous citer comme meilleurs exemples d'activités de santé publique (pratique, politique ou recherche) qui ciblent les DS ? Ces exemples pourraient inclure une action sur les déterminants de la santé dans leur ensemble, le cadre, un seul déterminant ou une combinaison de déterminants.*

Veuillez donner des exemples précis (p. ex., nom de l'organisme, nom et type de l'initiative, nom du chef de projet, nom du rapport, etc.) (espace pour réponse narrative)

4. *Veillez indiquer tout outil de pratique, toute stratégie ou autre ressource dont vous connaissez l'existence et que vous pensez qu'il serait utile à d'autres organismes de santé publique dans leur approche des DS (lorsque c'est possible, inclure le nom et le moyen d'y accéder) (espace pour réponse narrative)*

5. *Quels sont les principaux défis, besoins ou lacunes que les organismes ou le personnel de la santé publique doivent cerner pour mieux s'attaquer aux DS ?*

(échelle à quatre points : tout à fait d'accord ; quelque peu d'accord ; quelque peu en désaccord ; tout à fait en désaccord)

- Leadership organisationnel plus efficace (p. ex., des attentes explicites concernant les organismes de santé publique dans leur approche à l'égard des DS ; la désignation de l'action sur les DS comme prioritaire ; l'affectation de ressources pour le travail sur les DS)
- Éducation, formation ou développement de compétences des effectifs actuels et futurs (p. ex., application d'outils et de cadres fondés sur les DS ; analyses fondées sur les DS ; établissement des priorités)
- Développement de partenariats externes (p. ex., habiletés permettant d'engager des partenaires ; domaines propices à des actions conjointes)
- Établissement de routines organisationnelles afin d'intégrer les DS dans les cycles de planification des programmes (p. ex., application de la perspective d'équité aux étapes du cycle de planification ; intégration des activités relatives aux DS dans l'organisme)
- Autre : _____

6. *Afin de mieux appuyer les organismes et leur personnel de santé publique dans l'approche des déterminants de la santé, quel cadre de DS devrait être ciblé par les efforts du CCNDS ?*

- Déterminants de la santé (ASPC)

Déterminants de la santé

- » Niveau de revenu et situation sociale
- » Réseaux de soutien social
- » Éducation et alphabétisation
- » Emploi et conditions de travail
- » Environnements sociaux
- » Environnements physiques
- » Habitudes de santé et capacité d'adaptation personnelles
- » Développement de la petite enfance
- » Patrimoine biologique et génétique
- » Services de santé
- » Sexe
- » Culture

Source : Agence de la santé publique du Canada

- Déterminants sociaux de la santé

Déterminants sociaux de la santé

- » Revenu et répartition des revenus
- » Éducation
- » Chômage et sécurité d'emploi
- » Conditions d'emploi et de travail
- » Développement de la petite enfance
- » Sécurité alimentaire
- » Logement
- » Exclusion sociale
- » Réseau de sécurité sociale
- » Services de santé
- » Statut d'autochtone
- » Sexe
- » Race
- » Invalidité

Source: Raphael

- Déterminants sélectionnés – rapport du médecin-hygiéniste en chef (*Réduire les inégalités en matière de santé*)

Rapport de l'ACSP — 2008

- » Revenu
- » Emploi et conditions de travail
- » Sécurité alimentaire
- » Environnement et logement
- » Développement des jeunes enfants
- » Scolarité et alphabétisation
- » Soutien social et appartenance sociale
- » Comportements liés à la santé
- » Accès aux soins de santé

Source: CPHO Report 2008: Addressing Health Inequalities

- Autres cadres (veuillez indiquer) _____

6b. *Pour le cadre choisi, est-ce que le CCNDS devrait viser des déterminants précis ou tous les déterminants ?*

- Tous les déterminants du cadre
- Certains déterminants du cadre (dans ce cas, lesquels ?) [éléments du cadre à choisir]

7. *Veillez choisir, de la liste suivante, les trois éléments qui seraient les plus utiles pour renforcer les actions des organismes et des systèmes de santé publique visant les DS.*
- a. Études de cas des actions d'organismes de santé publique visant les DS
 - b. Synthèses des données probantes actuelles
 - c. Outils et listes de contrôle pour agir sur les DS (p. ex., ÉIS, cadre de planification de programmes, évaluation de la situation et des besoins)
 - d. Service de courtage de connaissances (conseil sur les pratiques exemplaires adapté au contexte local)
 - e. Mentorat par des pairs expérimentés
 - f. Cadre d'appui pour l'échange de l'information et le partage des enjeux entre le personnel et les organismes de santé publique (p. ex., des réseaux ; des communautés de praticiens)
 - g. Messages et outils clés afin d'impliquer des intervenants internes et externes
 - h. Autres _____
8. *On peut compter plusieurs chefs de file et champions réputés dans ce domaine. Y aurait-il des gens moins connus dont nous devrions prendre connaissance et qui sont des chefs de file à l'égard des actions de santé publique sur les déterminants de la santé ? (espace narratif)*
9. *Souhaitez-vous recevoir le rapport de l'analyse de l'environnement ?*
Oui/Non
10. *Souhaitez-vous recevoir d'autres renseignements du CCNDS ou participer à ses travaux à l'avenir ?*
Oui/Non

ANNEXE 6

RÉSULTATS SUPPLÉMENTAIRES DU SONDAGE EN LIGNE

Cette annexe fournit des résultats supplémentaires provenant du sondage en ligne. Un rapport technique plus détaillé a aussi été rédigé par le CCNDS.

Données démographiques

TABLEAU 5 : NOMBRE ET POURCENTAGE DE RÉPONDANTS PAR PROVINCE OU TERRITOIRE DE RÉSIDENCE

Province ou territoire	Fréquence	Pourcentage
C.-B.	214	35
Ont.	164	27
N.-É.	101	16,6
Alb.	52	8,6
Man.	28	4,6
T.-N.-L.	12	2,0
Sask.	12	2,0
Yn	5	,8
Qc	5	,8
T.N.-O.	2	,3
N.-B.	2	,3
PR (n'ont pas offert d'endroit)	10	1,6
Total	607	100,0

TABLEAU 6 : NOMBRE ET POURCENTAGE DE RÉPONDANTS PAR MILIEU

Milieu	Fréquence	Pourcentage
Urbain	379	64,3
Rural	199	33,8
Éloigné	11	1,9
Total	589	100,0

TABLEAU 7 : NOMBRE ET POURCENTAGE DE RÉPONDANTS PAR TYPE D'ORGANISME

Type d'organisme	Fréquence	Pourcentage
Organisme de santé publique local ou régional	272	45,8
Centre de santé communautaire	83	14
Organisme de santé publique provincial ou territorial	68	11,4
Établissement universitaire	55	9,3
Organisme non gouvernemental	49	8,2
Autre	30	5,1
Autre ministère ou organisme gouvernemental	17	2,9
Organisme de santé publique fédéral	9	1,5
Organisme de santé des Premières nations	5	,8
Association professionnelle	3	,5
Étudiant	3	,5
Total (répondant à la question)	594	100,0

TABLEAU 8 : NOMBRE ET POURCENTAGE DE RÉPONDANTS SELON LEUR RÔLE EN SANTÉ PUBLIQUE

Rôle	Fréquence	Pourcentage
Praticien de la santé publique de première ligne (p. ex., infirmier de la santé publique, inspecteur de la santé publique, promoteur de la santé)	333	57,4
Expert technique (p. ex., épidémiologiste, conseiller de programme)	45	7,8
Autre	42	7,2
Responsable des politiques/décideur (p. ex., directeur, directeur général d'un organisme, médecin-hygiéniste)	35	6,0
Chercheur	41	7,1
Formateur de praticiens de la santé publique	32	5,5
Soutien administratif	23	4,0
Gestionnaire	19	3,3
Étudiant	10	1,7
Total	580	100

D'autres rôles de la santé publique

Près de 23 % (138) des répondants ont coché « Autre » quant au rôle des organismes de santé publique à l'égard des actions sur les déterminants de la santé. Parmi les principaux thèmes qui ressortent :

- Éducation (p. ex., du public, du système de santé, des praticiens) ;
- Défense des intérêts (p. ex., pour les politiques, le financement et les programmes ; lobbying auprès du gouvernement et des politiciens au nom des clients et de la population ; et action politique) ;
- Recherche et évaluation (p. ex., leadership et participation active dans la recherche et l'évaluation des déterminants de la santé et interventions efficaces).

Défis pour les organismes et le personnel de santé publique

TABLEAU 9 : LES PRINCIPAUX DÉFIS, BESOINS OU LACUNES QUE LES ORGANISMES OU LE PERSONNEL DE LA SANTÉ PUBLIQUE DOIVENT CERNER POUR MIEUX S'ATTAQUER AUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Défi/besoin/lacune	Parmi ceux ayant répondu à la question				No Response
	Tout à fait d'accord	D'accord	En désaccord	Tout à fait en désaccord	
Leadership organisationnel plus efficace (p. ex., des attentes explicites concernant les organismes de santé publique dans leur approche à l'égard des DS ; la désignation de l'action sur les DS comme prioritaire ; l'affectation de ressources pour le travail sur les DS)	74,6 %	21,5 %	0,9 %	3,0 %	45.5%
Éducation, formation ou développement de compétences des effectifs actuels et futurs (p. ex., application d'outils et de cadres fondés sur les DS ; analyses fondées sur les DS ; établissement des priorités)	74,0 %	22,1 %	1,8 %	2,1 %	44.8%
Développement de partenariats externes (p. ex., habiletés permettant d'engager des partenaires ; domaines propices à des actions conjointes)	67,4 %	27,8 %	2,7 %	2,1 %	45.5%
Établissement de routines organisationnelles afin d'intégrer les DS dans les cycles de planification des programmes (p. ex., application de la perspective d'équité aux étapes du cycle de planification ; intégration des activités relatives aux DS dans l'organisme)	69,7 %	26,6 %	1,5 %	2,1 %	46.1%

Objectif – Cadre des déterminants de la santé

TABLEAU 10 : PRÉFÉRENCE EXPRIMÉE POUR L'UTILISATION DU CADRE DE DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ CHOISI PAR LE CCNDS

Cadre de DS	Fréquence	Pourcentage
Déterminants sociaux de la santé	151	47,5
Déterminants de la santé (ASPC)	94	29,6
Déterminants sélectionnés – rapport du médecin-hygiéniste en chef (réduire les inégalités en matière de santé)	55	17,2
Autre	18	5,7
Total	318	100,0

Parmi les 151 répondants qui ont choisi le cadre des DSS, la majorité (66 %) a préféré se fixer sur tous les déterminants de la santé plutôt que sur quelques-uns.

Préférence du type d'application des connaissances

TABLEAU 11 : ÉLÉMENTS QUI SERAIENT LES PLUS UTILES POUR RENFORCER LES ACTIONS DES ORGANISMES ET DES SYSTÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE VISANT LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ (N = 338)

Méthode d'application des connaissances	Pourcentage
Outils et listes de contrôle pour agir sur les DS (p. ex., ÉIS, cadre de planification de programmes, évaluation de la situation et des besoins)	18,4
Cadre d'appui pour l'échange de l'information et le partage des enjeux entre le personnel et les organismes de santé publique (p. ex., des réseaux ; des communautés de praticiens)	17,6
Service de courtage de connaissances (conseil sur les pratiques exemplaires adapté au contexte local)	14,6
Synthèses des données probantes actuelles	13,0
Messages et outils clés, afin d'impliquer des intervenants internes et externes	13,5
Études de cas des actions d'organismes de santé publique visant les DS	10,2
Mentorat par des pairs expérimentés	9,4
Autre	2,9
Total	100,0

ANNEXE 7 PARTICIPANTS AUX GROUPES DE DISCUSSION

Participant	Position and Organization
Wendy Bruins	Infirmière clinicienne enseignante, Health Promotion and Prevention, Fraser Health, Burnaby, Colombie-Britannique
Katie Dilworth	Consultante et chef de pratiques professionnelles (de politiques), Bureau de santé publique de Toronto, Toronto, Ontario
Ken Diplock	Président de la division de l'Ontario, Institut canadien des inspecteurs en santé publique (CIPHI), Waterloo, Ontario
Leila Gillis	Directrice, Prevention & Promotion Programs and Nursing Leadership, Santé des Premières nations et des Inuits — région de l'Atlantique, Halifax, Nouvelle Écosse.
Jennifer Gratix	Épidémiologiste, Health Protection/Communicable Disease Control, Alberta Health Sciences, Edmonton, Alberta
Stéfane Gravelle	Directeur régional, Direction générale de la santé environnementale, ministère de la Santé du Manitoba, Brandon, Manitoba
Maryann Kusmirski	Coordonnatrice du projet Newborn Metabolic Screening Project, Sexual and Reproductive Health Team, Health Promotion, Disease and Injury Prevention Population and Public Health, Alberta Health Services, Edmonton, Alberta
Michelle LeDrew	Directrice, Promotion de la santé, Services de santé publique, Halifax, Nouvelle Écosse
Stéphanie Lefebvre	Spécialiste des politiques et de la planification, Service de santé publique de Sudbury et du district, Sudbury, Ontario
Ann Manning	Directrice régionale de la santé publique, Eastern Health, Mount Pearl, Terre Neuve
Alysha McFadden	Infirmière de santé publique, gouvernement du Yukon, Whitehorse, Yukon
Mary McIntyre	Directrice de district — Santé publique, région de Calgary (politiques), Alberta Health Sciences, Edmonton, Alberta
Mary Lou Murphy	Infirmière de santé publique, gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, Yellowknife, Territoires du Nord-Ouest
Susan O'Neill	Infirmière de santé publique, Bureau de santé de la région du Niagara, Thorold, Ontario
Nancy Trotter	Infirmière de santé publique, gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, Yellowknife, Territoires du Nord-Ouest

ANNEXE 8

COMMENTAIRES DES GROUPES DE DISCUSSION

Quatre téléconférences de groupes de discussion ont été effectuées afin d'examiner et de valider les thèmes qui sont ressortis de la revue de la documentation et des entrevues préliminaires avec les informateurs clés, et pour fournir une occasion de recueillir de l'information supplémentaire.

Ce résumé contient une liste des principaux points soulevés au cours de ces téléconférences.

Commentaires sur les nouvelles visions

- Avoir un centre de référence est logique
 - *le CCNDS semble être inconnu et doit être plus visible*
- Il faut mettre l'accent sur les iniquités et la justice sociale
 - *les conséquences du changement de l'orientation, des inégalités aux DS, en général, n'est pas évident*
 - *porte-t-on plus d'attention aux iniquités ?*
 - *les conséquences quant au fait de mettre l'accent sur les visites à domicile actuelles : le CCNDS ne doit pas être forcément l'organisme qui les fait, mais qui alors ?*
- La collaboration entre les CCN est importante
- Nécessité d'un forum pour tester et échanger les idées
- La formulation « promouvoir l'institutionnalisation » est trop technique, il nous faut un langage plus simple comme « normalisation »
- En fin de compte, il faut être pratique

Commentaires sur les nouveaux thèmes

- Rôles : consensus ; commentaires supplémentaires
 - *soutenir les approches du gouvernement (noter la difficulté d'aborder les problèmes des Premières nations avec les différents ordres de gouvernement et ministères)*
 - *besoin d'agir en préparant les rapports sur l'état de santé*
 - *si les rôles sont définis à un niveau trop élevé, ils pourraient être inutiles*
 - *la Nouvelle-Écosse a préparé un résumé des rôles de la santé publique relatifs à la pauvreté – il faut comparer ces rôles avec les quatre rôles clés*
 - *il semble que certains de ces rôles sont des facteurs de soutien et des catalyseurs (p. ex., le renforcement des capacités, le changement socioculturel, le leadership, la R. et D. et l'application des connaissances, etc.)*
 - *une approche plus globale de l'examen des DS paraît logique*
 - *comment établir des priorités pour remédier aux iniquités ?*
- Les défis de l'analyse :
 - *il faut être en mesure d'analyser les petites régions et les petites populations et chercher à les comprendre*
 - *disparité dans la capacité — si des données locales sont importantes, comment les effectuer s'il n'y a aucune infrastructure ?*

- Nouveau ? Pas vraiment, mais ce qui est essentiellement nouveau est l'intervalle depuis la dernière fois qu'on a réalisé ceci, qui est bien assez important
 - *il est à noter que nous avons appris depuis longtemps qu'il faut segmenter le public pour cibler les messages, alors pourquoi ne pas le faire pour des interventions en santé publique ?*
 - *tendance à se fixer sur son propre travail, qui ne fait pas partie du travail quotidien*
 - *problèmes dans le changement de la pratique des infirmiers en santé publique, du généraliste au programme spécifique — incidence sur le travail relatif aux DS ? Comment promouvoir les évaluations par la communauté lorsque dans le programme ?*
- Comment la santé publique est-elle responsable de ce travail ? (p. ex., les normes, le mécanisme de responsabilisation) :
 - *un mandat est nécessaire pour réaliser ce travail ; avec des ressources limitées, si en dehors du mandat, cela ne se fera pas*
- Besoin de données probantes/directives :
 - *quels modèles de partenariat la santé publique peut-elle utiliser ? L'efficacité de l'engagement*
 - *quelle est la meilleure façon d'utiliser le marketing social — ciblé et à l'échelle communautaire ; données probantes ?*
 - *quels sont les outils nécessaires pour faire avancer les choses ?*
 - *savoir ce que sont les DS et comment créer des partenariats, ne sait pas comment apporter des changements aux populations prioritaires (p. ex., les femmes enceintes qui fument dans une population à haut risque)*
 - *importance de l'analyse coûts-avantages*
 - *besoin d'un certain type de cadre pour guider notre pensée conceptuelle (c.-à-d. PAS une liste de DS, mais plutôt un réseau ou une hiérarchie de facteurs et des points d'intervention). Il faut probablement envisager différents cadres, car certains fonctionnent mieux pour différentes questions*
- Commentaires sur les possibilités et les défis ; la préférence pour les brochures, car plus facile ; difficulté pour les inspecteurs en santé publique dans leur fonction d'exécuteurs de la loi d'avoir un quelconque engagement
- Accord quant au rôle de l'organisme comme unité d'adoption/de changement :
 - *le système est également l'unité d'adoption – besoin de participation provinciale (p.ex., médecin-hygiéniste en chef)*
 - *il est aussi utile d'envisager des approches que le personnel de première ligne pourrait utiliser pour influencer/renseigner leur gestionnaire*
- Une question sous-jacente est que le fait de cibler des populations plus difficiles à atteindre nécessitera souvent plus de ressources — quels sont les compromis ? Rôle possible du modelage des comportements
- Il faut penser aux distances à parcourir au cours de la formation et du soutien — compétences en ligne, webinaires ; vidéos, etc.
- L'environnement politique peut présenter un défi :
 - *il peut être difficile de procéder à des interventions controversées*
 - *peut accroître la poursuite d'interventions qui sont moins susceptibles d'être efficaces*
 - *options quand il n'est pas politiquement possible de préconiser*
 - *l'autocensure existe, tout comme la possibilité de travailler avec des associations professionnelles (ISPC, Association publique de l'Ontario/ACSP, CMHC, etc.)*

ANNEXE 9

EXAMEN SUPPLÉMENTAIRE DES APPROCHES DE COLLECTE D'INFORMATION

Cette analyse de l'environnement a utilisé une variété d'approches pour acquérir de l'information du milieu de la santé publique. L'expérience de ces approches devrait éclairer les futures activités de collecte d'information du CCNDS.

Analyse de la documentation

Cibler les sites Internet d'organismes clés pour récupérer des synthèses existantes a été un moyen efficace pour évaluer l'état actuel de la réflexion et de la pratique. Cependant, beaucoup plus de renseignements et de sources ont été ensuite indiqués au cours des entrevues avec les informateurs clés.

Entrevues avec les informateurs clés

Le questionnaire destiné aux informateurs clés a été conçu avec un nombre limité de questions ouvertes pour fonctionner comme un guide à une conversation, leur offrant la souplesse nécessaire pour fournir les commentaires qu'ils croyaient être les plus importants. En créant le guide des entrevues, une attention considérable a été accordée à la formulation des questions concernant l'orientation souhaitée du CCNDS relativement au choix et à la liste des déterminants. La raison étant que cet aspect avait été une question avec laquelle le CCNDS, son comité consultatif et le bailleur de fonds avaient eu de la difficulté depuis sa création. À cette fin, les listes actuelles de déterminants provenant de sources diverses ont été fournies avec le guide d'information. Toutefois, aucun des informateurs clés n'a été intéressé par cet aspect de la question et une des principales conclusions de l'analyse de l'environnement a été que cette question n'était probablement pas la bonne question stratégique à aborder par le CCNDS. En raison de la nature ouverte des entrevues avec les informateurs clés, l'inclusion de ce matériel supplémentaire ne semble pas nuire à la qualité des entretiens.

Téléconférences des groupes de discussion

Le but des téléconférences des groupes de discussion était double :

- Prévoir une étape de validation précoce pour les thèmes qui sont ressortis de l'analyse de la documentation et des entrevues préliminaires avec les informateurs clés — objectif principal ;
- Fournir l'occasion d'indiquer d'autres renseignements pertinents (p. ex., des thèmes supplémentaires, des exemples de pratiques, des outils, etc.) — objectif secondaire.

Le plan initial était d'avoir un groupe de discussion pour chacun des principaux publics cibles du CCNDS : les décideurs, les praticiens de première ligne et les chercheurs. Toutefois, les groupes de discussion étaient composés surtout d'un mélange de praticiens de première ligne, avec quelques gestionnaires et aucun chercheur. Cette dernière omission a été corrigée en incluant d'autres chercheurs dans les entrevues avec les informateurs clés.

Dans l'ensemble, la dynamique et le niveau des discussions au cours des différentes téléconférences ont été variables. Un des défis a été que certains participants ne pouvaient assister qu'à la première heure de la téléconférence. Une plus grande difficulté était le fait que le degré d'implication précédente des participants à des travaux relatifs aux déterminants de la santé était très variable. Ceux qui avaient plus d'expérience ont eu plus de facilité à répondre aux questions. En revanche, ceux qui n'avaient ni une connaissance préalable des travaux du CCNDS ni une implication directe dans les travaux relatifs aux

déterminants de la santé ont eu plus de mal à participer. Comme les thèmes abordés dans les groupes de discussion ont été générés par les entretiens avec les praticiens et les chercheurs experts et qu'ils ont été éclairés par les principaux concepts figurant dans la documentation, la tentative de les valider essentiellement à l'aide du personnel de première ligne a créé d'importants problèmes d'harmonisation.

Sondage en ligne

Le sondage en ligne a été inclus pour élargir le cercle de participation à l'analyse de l'environnement. Comme le sondage a été développé peu de temps après le questionnaire des informateurs clés, son contenu a été fortement influencé par ce questionnaire. Comme il a été indiqué précédemment, certaines des premières réflexions qui ont guidé le questionnaire des informateurs clés ont changé, à mesure qu'on apprenait davantage de ces derniers. En outre, le questionnaire des informateurs clés était conçu pour les praticiens et les chercheurs experts. Cependant, le sondage a ciblé essentiellement un public de praticiens de première ligne, avec plus de la moitié des répondants au sondage se classant comme personnel de première ligne.

Pour faciliter la réalisation et l'analyse, les sondages utilisent généralement des questions de type fermé. Toutefois, la création de telles questions n'est possible que lorsqu'il y a des questions clairement formulées et un ensemble connu de réponses possibles. Par exemple, un sondage pourrait être utilisé pour obtenir des commentaires sur une liste de questions ou d'interventions prioritaires qui ont été générées par les travaux antérieurs des informateurs clés. Le calendrier de ce projet n'a pas permis un tel séquençage, et la nature des questions adressées au CCNDS a rendu leur élaboration difficile. Même s'il y avait une volonté d'obtenir plus de commentaires sur les exemples de pratiques et de champions, et qu'on avait reçu un grand nombre de suggestions, le défi se trouve dans le fait qu'un sondage ne fournit pas la possibilité de demander la justification de ces suggestions.

Implications pour la collecte future d'information

Dans l'ensemble, les informations recueillies au cours de cette analyse de l'environnement sont suffisantes pour satisfaire à l'objectif du projet. Toutefois, compte tenu de l'échéancier et des ressources disponibles pour ce projet, le champ d'application des éléments de collecte d'information était trop optimiste. Dans plusieurs cas, l'objectif a été qu'un élément contribue à un autre, comme dans le cas du sondage en ligne pour la sélection d'autres informateurs clés. Comme de nombreux éléments accusaient un retard de une à trois semaines, le séquençage prévu entre les éléments n'était pas réalisable, en particulier parce que l'ensemble du projet avait un échéancier extrêmement serré de 10 semaines.

Un apprentissage essentiel pour les efforts futurs devrait consister à rechercher une plus grande harmonisation entre : la complexité du sujet, le public cible et l'approche choisie pour obtenir de l'information. Alors que l'analyse de la documentation et les entrevues avec les informateurs clés ont atteint cette harmonisation de la meilleure façon, ce n'était pas le cas pour les autres éléments. Les groupes de discussion peuvent constituer une approche efficace pour recueillir de l'information. Toutefois, les personnes qui ne peuvent pas participer pendant toute la durée prévue ne devraient pas être incluses ; des groupes plus homogènes devraient être utilisés, et le contenu et le processus devraient être mieux adaptés au public. Les sondages en ligne devraient être utilisés pour générer des renseignements autour d'un ensemble défini de questions et de réponses potentielles, plutôt que de générer de l'information sur des notions complexes et comprises d'une façon inconsistante.

ANNEXE 10

LOIS SUR LA SANTÉ PUBLIQUE ET PROGRAMMES DE BASE

Lois

Loi sur la santé publique du Québec

La présente Loi a pour objet la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général. (1)

D'autres mesures édictées par la présente loi visent à prévenir les maladies, les traumatismes et les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et à influencer de façon positive les principaux facteurs déterminants de la santé, notamment par une action intersectorielle concertée. Elles visent le maintien et l'amélioration de la santé physique, mais aussi de la capacité psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu. (3)

Dans l'élaboration des volets du programme qui concernent la prévention et la promotion, le ministre doit, dans la mesure du possible, cibler les actions les plus efficaces à l'égard des déterminants de la santé, notamment celles qui peuvent influencer les inégalités de santé et de bien-être au sein de la population et celles qui peuvent contrer les effets des facteurs de risque touchant, notamment, les groupes les plus vulnérables de la population. (8)

Pour prévenir les maladies, les traumatismes et les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé et influencer de façon positive les facteurs déterminants de la santé de la population, le ministre, les directeurs de santé publique et les établissements exploitant un centre local de services communautaires, chacun au niveau d'intervention qui le concerne, peut notamment :

- (1) tenir des campagnes d'information et de sensibilisation auprès de la population ;
- (2) favoriser et soutenir auprès des professionnels de la santé la pratique de soins préventifs ;
- (3) identifier au sein de la population les situations comportant des risques pour la santé et les évaluer ;
- (4) mettre en place des mécanismes de concertation entre divers intervenants aptes à agir sur les situations pouvant présenter des problèmes de morbidité, d'incapacité et de mortalité évitables ;
- (5) promouvoir la santé et l'adoption de politiques sociales et publiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population auprès des divers intervenants dont les décisions ou actions sont susceptibles d'avoir un impact sur la santé de la population en général ou de certains groupes ;
- (6) soutenir les actions qui favorisent, au sein d'une communauté, la création d'un milieu de vie favorable à la santé et au bien-être. (53)

Source : Loi sur la santé publique du Québec²³.

Programmes de base de la santé publique

Ontario

Les programmes et les services de santé publique sont fournis dans des milieux géographiques, physiques, culturels, sociaux et économiques complexes qui diffèrent beaucoup d'une région de l'Ontario à l'autre. Il y a des différences systémiques entre les groupes socioéconomiques en ce qui a trait à l'état de santé (c.-à-d. des iniquités en santé). Par conséquent, les interventions en santé publique qui sont nécessaires à l'atteinte d'un résultat visé sont influencées et guidées par des facteurs communs et divers à la fois.

Pour assurer l'efficacité des programmes et des services en santé publique, il faut tenir compte des besoins de la collectivité, sur lesquels les déterminants de la santé ont une influence. En outre, il faut identifier les ressources requises ainsi que la capacité au sein du personnel du conseil de santé et des partenaires pour gérer efficacement les programmes et services et obtenir les résultats désirés.

Pour que les conseils de santé puissent analyser, planifier, fournir, gérer et évaluer les programmes et les services de santé publique en fonction des besoins locaux, tout en visant des résultats communs, ils doivent tenir compte des principes suivants : le besoin, l'effet, la capacité et le partenariat et la collaboration.

Pour réussir à atteindre les résultats, les conseils de santé doivent sans cesse adapter leurs programmes et leurs services de manière à répondre aux besoins qui varient en fonction des différences dans la situation des collectivités locales. Les *Normes de santé publique de l'Ontario* accordent une certaine souplesse pour l'élaboration des programmes de santé publique locaux en insistant sur l'importance de l'évaluation et la surveillance de la santé de la population pour informer la planification des programmes et la prestation des services.

Les programmes et les services de santé publique doivent tenir compte des besoins de la population locale en matière de santé. Pour définir ces besoins, il faut analyser la répartition des déterminants de la santé, l'état de santé et l'incidence des maladies et des blessures.

Les déterminants de la santé servent souvent à définir les besoins d'une collectivité. Il est évident que les résultats relatifs à la santé de la population sont souvent influencés d'une manière disproportionnée par des sous-groupes qui font l'objet d'iniquités sur le plan de la santé et qui ont relativement moins de contrôle sur les facteurs et les conditions qui favorisent, protègent ou maintiennent la santé. En adaptant les programmes et les services aux besoins des groupes prioritaires, les conseils de santé contribuent à améliorer la santé de la population dans son ensemble. Par ailleurs, les conseils doivent réduire au minimum les obstacles à l'accès aux programmes et services de santé publique. Ces facteurs peuvent inclure (sans être limités à) l'éducation, le niveau d'alphabétisation, la langue, la culture, la géographie, la situation économique, la discrimination (fondée sur l'âge, l'orientation sexuelle, la race, etc.), les facteurs sociaux (y compris l'isolement social) et la capacité mentale ou physique.

La création de partenariats avec des organismes communautaires, gouvernementaux ou non gouvernementaux ou d'autres partenaires est le meilleur moyen de remplir bon nombre des exigences. L'intégration des programmes et services de santé publique au sein des objectifs communautaires généraux contribuera à l'atteinte des résultats visés pour la population, qui figurent dans les *Normes de santé publique de l'Ontario*. La collaboration entre les conseils de santé, les partenaires locaux, les établissements universitaires et le gouvernement est essentielle à l'interprétation des besoins et à l'établissement de leurs priorités. Le partage de connaissances peut permettre de tirer parti des ressources et d'aligner les buts et objectifs communautaires.

En tant que secteur, la santé publique reconnaît l'incidence qu'ont les déterminants de la santé et s'efforce d'amener des changements importants au niveau de la société qui contribuent à réduire les disparités et les iniquités dans le domaine de la santé en coordonnant et en harmonisant ses programmes et ses services avec ceux d'autres partenaires. La santé publique joue un rôle déterminant dans la création de relations soutenant les objectifs généraux en matière de santé qui visent à obtenir les meilleurs résultats possible pour tous les Ontariens.

Source : Normes de santé publique de l'Ontario²⁴.

Québec

Le programme énonce les activités à mettre en œuvre au cours des prochaines années afin d'agir sur les déterminants qui influencent la santé, dans ses dimensions physique et psychosociale, de façon à favoriser la santé et à empêcher que surgissent ou se développent des problèmes de santé et des problèmes psychosociaux à l'échelle de la population québécoise.

Par ses **objectifs**, le programme vise la modification des déterminants de la santé et du bien-être, l'amélioration de la santé ou du bien-être, ou la réduction des problèmes de santé, des problèmes psychosociaux et des traumatismes.

Les déterminants de la santé, très liés les uns aux autres, sont autant d'angles d'analyse ou de prise, directe ou indirecte, pour orienter l'action en santé publique. Ce sont :

- les prédispositions biologiques et génétiques ;
- les habitudes de vie et les autres comportements reliés à la santé ;
- les conditions de vie et les milieux de vie ;
- l'environnement physique ;
- l'organisation des services sociaux et de santé ainsi que l'accès aux ressources.

On connaît depuis longtemps les liens qui existent entre le statut socioéconomique, le niveau de scolarité, la qualité du logement ou la situation d'emploi et bon nombre de problèmes de santé physique et de problèmes psychosociaux. Bien que les leviers les plus puissants pour modifier ces conditions de vie appartiennent à d'autres secteurs que celui de la santé et des services sociaux, on ne peut passer sous silence la grande influence que ces conditions exercent sur la santé et le bien-être. Elles sont également indissociables des milieux de vie dans lesquels évoluent les personnes et qui constituent, à leur tour, des déterminants importants de la santé. La famille, le milieu de garde, l'école, le milieu de travail et la communauté sont autant d'environnements sociaux qui, selon les valeurs et les normes qu'ils véhiculent, influent sur les pratiques sanitaires des personnes. La stabilité sociale, la sécurité, la reconnaissance de la diversité, l'harmonie dans les relations interpersonnelles et la cohésion sociale composent un ensemble de conditions qui a un effet protecteur sur la santé. On peut évoquer, de façon particulière, les effets protecteurs du soutien social selon des caractéristiques comme la qualité et la diversité du soutien disponible. De nombreuses recherches menées au cours des dernières années ont mis au jour le rôle important que jouent ces déterminants dits sociaux sur une diversité de problèmes de santé et de problèmes psychosociaux.

Source : Programme national de santé publique : 2003-2012²⁸.

Colombie-Britannique

[TRADUCTION] Le gouvernement de la Colombie-Britannique estime que la santé publique doit accomplir les tâches fondamentales suivantes :

- Améliorer la santé et le bien-être de la population ;
- Prévenir les maladies, blessures ou handicaps qui peuvent abrégé la vie ou nuire à la santé, au bien-être et à la qualité de vie ;
- Réduire les inégalités en matière de santé entre les différents groupes et collectivités dans la société (cette tâche est à la base des autres tâches).

Pour la plupart (sauf pour ceux qui ont une cause biologique), les inégalités prennent leurs racines dans les déterminants sociaux, économiques, culturels et environnementaux de la santé de la population. Ces déterminants ne relèvent pas du mandat ou de la compétence du secteur de la santé publique et ne se prêtent donc pas directement à des interventions en santé publique. D'un autre côté, la santé publique a le devoir, comme l'une de ses tâches fondamentales, de travailler à réduire les inégalités en matière de santé. Cela peut être accompli de plusieurs façons :

- En décrivant les inégalités, en produisant un rapport pour y attirer l'attention du public et en analysant les facteurs contribuant à ces inégalités ;
- En travaillant avec les collectivités pour changer les conditions contribuant aux inégalités en matière de santé dans leur communauté ;
- En préconisant des politiques gouvernementales plus saines et des changements dans les conditions sociales, économiques, culturelles et environnementales qui permettent de réduire les inégalités en matière de santé.

Il existe aussi des actions que les régies de la santé pourraient envisager et qui contribuent directement à la réduction des inégalités en matière de santé. Un exemple est de s'assurer que ceux qui ont le plus besoin de services de santé publique, ou les personnes les plus vulnérables ou à risque, reçoivent une plus grande attention. Cette action prévoit :

- d'établir des programmes visant les groupes à haut risque et défavorisés ;
- d'améliorer l'accès aux programmes de santé publique en supprimant les obstacles ;
- d'établir des partenariats avec d'autres organismes pour affronter les multiples obstacles et les enjeux de façon globale et coordonnée ;
- de recourir au développement communautaire comme moyen de soutenir l'autopromotion et l'autonomie ; et
- de s'assurer que les programmes de base offerts par les régies de la santé reflètent les priorités de la population qui en a le plus besoin.

Source : Cadre des fonctions de base en santé publique²⁵.

ANNEXE 11

NORMES D'AGRÉMENT CANADA

Dans ses normes de 2010, les attentes concernant les organismes comportent les points suivants :

- Les responsables de l'organisme comprennent l'évolution des besoins et l'état de santé de la collectivité qu'ils desservent, y compris les tendances et les changements dans l'environnement, dont les données démographiques, l'incidence des déterminants de la santé (p. ex., les conditions de logement et le statut socioéconomique) sur la collectivité desservie, la présence de facteurs de risque (p. ex., le tabagisme, le surpoids ou l'obésité) qui peuvent entraîner des problèmes de santé, ainsi que les commentaires des clients et de la communauté au sujet de leurs besoins en matière de santé.
- Les responsables de l'organisme appuient et participent au développement communautaire en cours afin de promouvoir la santé et prévenir les maladies (p. ex., la promotion de politiques publiques favorisant la santé et ayant une incidence sur les déterminants de la santé).
- L'organe dirigeant joue un rôle de promoteur dans la collectivité. Promouvoir une politique publique favorisant la santé pour se pencher sur les déterminants de la santé en constitue un exemple (p. ex., interdiction de fumer dans les lieux publics, lois sur la santé environnementale et sensibilisation de la communauté aux enjeux).

Les normes propres à la santé publique stipulent que l'organisme doit :

- surveiller régulièrement l'état de santé de la population pour détecter les problèmes de santé qui la touche, y compris les déterminants de la santé (dont les facteurs socioéconomiques, scolaires et environnementaux qui influent sur la santé). Le rapport doit également décrire les ressources et les biens en santé dont dispose la population et qui sont nécessaires pour répondre à leurs besoins en matière de santé.
- surveiller les politiques publiques actuelles favorisant la santé dans la collectivité et agir en tant que défenseur de ces politiques. Les activités d'élaboration de politiques consistent à publier des mémoires stratégiques, donner un témoignage public, participer à des conseils locaux, provinciaux, nationaux ou internationaux, participer à des comités consultatifs, rencontrer les élus et contribuer aux initiatives en matière de politiques publiques régionales, nationales ou internationales favorisant la santé. Les activités sont axées sur la détermination et l'élimination d'obstacles à l'adoption de politiques publiques favorisant la santé dans les secteurs non liés à la santé.

ANNEXE 12

LISTE DE CADRES DE PRATIQUES, D'EXEMPLES DE PRATIQUES, D'OUTILS ET D'AUTRES RESSOURCES

Cadres et documents d'information

[TRADUCTION] TACKLING HEALTH INEQUALITIES—A PROGRAMME FOR ACTION (LUTTER CONTRE LES INÉGALITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ — UN PROGRAMME D'ACTION)

Ce rapport décrit la stratégie nationale de l'Angleterre pour remédier aux inégalités. Il examine les domaines où les mesures auront le plus de répercussions, les interventions clés pour combler les écarts dans l'espérance de vie et la mortalité infantile, ainsi qu'une série de thèmes et de principes. Même s'il s'agit d'une stratégie nationale qui reconnaît que [TRADUCTION] « les mesures seront prises à l'échelle nationale, les contributions principales seront apportées localement. Ce programme englobe des solutions locales aux problèmes locaux d'inégalité en matière de santé, car les planificateurs locaux, le personnel de première ligne et les collectivités connaissent le mieux leurs problèmes et la façon de les résoudre ». Une analyse plus approfondie et des recommandations sont formulées dans le rapport d'étape final (2007) du programme.

[www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4008268]

[TRADUCTION] LES INÉGALITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ EN ÉCOSSE : DE QUOI S'AGIT-IL ET QUE POUVONS-NOUS FAIRE POUR Y REMÉDIER ?

Dans ce document de 2007, Sally Macintyre examine de façon succincte les réflexions et les recommandations concernant l'action sur les inégalités. Les points clés comprennent ce qui suit :

- L'existence et la portée des gradients sociaux varient selon la condition ou les déterminants en étude — certains sont relativement importants, alors que d'autres ne comportent aucun gradient.
- Les écarts de santé entre les groupes sociaux indiquent ce qui pourrait être possible pour toute la population et nous donne des objectifs auxquels nous pouvons aspirer.
- Le manque de données probantes sur l'efficacité et la rentabilité des politiques, des programmes et des projets visant à réduire les inégalités en matière de santé. Le manque d'information est lié à l'absence et aux limites d'évaluations des interventions.
- L'absence de données solides de l'efficacité n'est pas une justification à l'inaction. Besoin d'en savoir plus sur ce qui fonctionne en encourageant la production de connaissances (évaluation).
- L'amélioration de la santé de la population et la réduction des inégalités en matière de santé peuvent parfois être en contradiction — il est possible de virtuellement améliorer le niveau de santé moyen de la population tout en augmentant l'ampleur des inégalités. Il faudrait porter des jugements de valeur quant à la priorité relative à accorder à l'amélioration de la santé globale par rapport à la réduction des inégalités.

D'après ce qui est connu à ce jour, les caractéristiques de l'intervention seront plus ou moins susceptibles de réduire les inégalités, bien qu'elles puissent être efficaces en elles mêmes.

[www.sphsu.mrc.ac.uk/reports/OP017.pdf]

[TRADUCTION] PERSPECTIVE D'ÉQUITÉ : FONCTIONS ESSENTIELLES EN SANTÉ PUBLIQUE POUR L'EXAMEN DES DONNÉES PROBANTES EN C.-B.

Le cadre des fonctions essentielles en santé publique inclut explicitement une perspective d'équité. Cet examen des données probantes fournit une description détaillée des concepts clés pour un public dans le secteur de la santé publique. Il examine la promotion de l'équité en santé au sein du système de soins de santé, les options stratégiques, l'équité en santé et les populations autochtones, ainsi que les rôles possibles d'une régie de la santé.

[www.phabc.org/pdfcore/Equity_Lens-Evidence_Review.pdf]

[TRADUCTION] ATTEINDRE UNE VIE PLUS SAINNE : FAITS SUR LE STATUT SOCIOÉCONOMIQUE ET LA SANTÉ AUX ÉTATS-UNIS

Ce rapport du MacArthur Foundation Research Network sur le statut socioéconomique et la santé utilise les données américaines, mais décrit comment les déterminants sociaux ont une incidence sur la santé. Il utilise l'analogie d'une échelle pour illustrer les différences dans les possibilités et les résultats entre les populations et pour démontrer que les choix stratégiques influent sur la pente de l'échelle.

[www.macses.ucsf.edu/downloads/Reaching_for_a_Healthier_Life.pdf]

[TRADUCTION] COMMISSION DE L'OMS — L'ÉQUITÉ, LES DÉTERMINANTS SOCIAUX ET LES PROGRAMMES DE SANTÉ PUBLIQUE

Ce rapport de plus de 300 pages a été publié en 2010 et fournit une analyse des programmes de santé publique fondée sur les DSS. Une conséquence importante de ces questions est que, même si le fait de cibler les déterminants sociaux demande une action intersectorielle, il est nécessaire d'entreprendre des tâches de programmation essentielles dans le secteur de la santé avant de demander à d'autres secteurs de faire leur part. Le cadre analytique à plusieurs niveaux des auteurs a été appliqué à 12 programmes de santé publique, permettant ainsi un examen des interventions possibles, des points d'entrée possibles et des obstacles potentiels. Bien que ce rapport soit utile, une exigence implicite serait sans doute que la démarche d'une équipe ou d'un organisme à l'égard de la planification et de la mise en œuvre des programmes se fasse dans une perspective des DSS. L'examen de la réalisation de la « synergie de l'équité » dans le dernier chapitre est particulièrement utile.

[www.who.int/social_determinants/fr]

Exemples de pratiques

Rôle de la santé publique — évaluer et produire des rapports sur les inégalités, les iniquités et les stratégies pour réduire les iniquités en matière de santé

Il existe plusieurs exemples de rapports sur l'état de santé qui fournissent des analyses stratifiées par niveau socioéconomique. Ces rapports intègrent généralement une analyse des stratégies possibles pour réduire les iniquités. Quelques exemples internationaux, nationaux, provinciaux et régionaux sont décrits.

COMMISSION DE L'OMS SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Ce rapport fait état des inégalités en matière de santé entre les pays et au sein des populations d'un pays. Il explique ensuite que ces inégalités reflètent, dans une large mesure, les iniquités, car elles « sont le fruit des circonstances dans lesquelles les gens grandissent, vivent, travaillent et vieillissent et des systèmes mis en place pour faire face à la maladie. En outre, les conditions dans lesquelles les gens vivent et meurent sont déterminées par des forces politiques, sociales et économiques ». À la suite d'un examen approfondi des données probantes, la Commission formule les trois recommandations suivantes :

1. Améliorer les conditions de vie quotidienne ;
2. Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources ;
3. Mesurer et analyser le problème et évaluer l'efficacité de l'action menée.

[www.who.int/social_determinants/fr]

RAPPORT SUR L'ÉTAT DE LA SANTÉ PUBLIQUE AU CANADA (2008) : REMÉDIER AUX INÉGALITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ

Ce premier rapport de l'administrateur en chef de la santé publique (ACSP) du Canada met l'accent sur les inégalités en matière de santé chez les Canadiens. Après les présentations d'informations sur l'état de santé et de la relation avec les DSS, le rapport relève cinq domaines d'intervention prioritaires : investissement social ; capacité de la communauté ; action intersectorielle ; infrastructure du savoir et leadership.

[www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cphorsphc-respcacsp/index-fra.php]

RAPPORT SUR L'ÉTAT DE LA SANTÉ PUBLIQUE AU CANADA (2009) — GRANDIR SAINEMENT : PRIORITÉS POUR UN AVENIR EN SANTÉ

Dans le deuxième rapport de l'ACSP sur l'état de la santé publique au Canada, l'accent est mis sur le développement des enfants où de nombreuses influences sont relevées. Quatre domaines d'action prioritaires sur les questions qui touchent les enfants canadiens y sont traités : amélioration de la collecte et de l'échange de données et d'informations ; éducation et sensibilisation améliorées continues ; milieux sains et favorables et stratégies coordonnées, durables et à volets multiples.

[www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/cphorsphc-respcacsp/index-fra.php]

RÉDUCTION DES ÉCARTS EN MATIÈRE DE SANTÉ : UN REGARD SUR LE STATUT SOCIOÉCONOMIQUE EN MILIEU URBAIN AU CANADA

Ce rapport, préparé par l'ISPC, présente des analyses de la santé en milieu urbain au Canada en mesurant le faible revenu et la privation pour montrer des liens cohérents entre le SSE et la santé. Le rapport fournit également un aperçu de haut niveau de ce qui semble fonctionner, tant au Canada qu'à l'étranger, pour réduire les écarts en matière de santé liés au SSE. Il conclut par un examen de l'amélioration de la base des données probantes pour l'élaboration d'interventions applicables et réalisables.

[<https://secure.cihi.ca/estore/productbrowse.htm?locale=fr&Lang=en-US>]

[TRADUCTION] DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ : LES STATISTIQUES CANADIENNES

Cette toute récente analyse publiée en 2010 utilise un modèle de DSS de 14 points que Dennis Raphael a élaboré en 2002. Pour chacun des déterminants, le rapport fournit une description des raisons pour lesquelles ce déterminant est important, des données explicatives et des conséquences des politiques. Dans la dernière partie sur « ce que vous pouvez faire », les auteurs exhortent les services de santé publique et autres acteurs du système à :

- se renseigner et à informer leurs clients sur la façon dont les déterminants sociaux ont une influence sur la santé ;
- exhorter les gouvernements et les responsables des politiques à créer et à mettre en œuvre des politiques favorisant la santé.

La dernière section fournit des recommandations supplémentaires au sujet de ce que les Canadiens peuvent faire pour soutenir ces actions.

[www.thecanadianfacts.org]

[TRADUCTION] INÉGALITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ DES PEUPLES AUTOCHTONES

Un rapport récent du CCNSA décrit les inégalités en matière de santé subies par les peuples autochtones au Canada. Les résultats sont organisés autour des DSS et sont classés selon les plans proximal, intermédiaire et distal. Les auteurs décrivent comment les inégalités, dans les DSS, agissent comme des obstacles à la réduction des disparités de santé, puis présentent un modèle intégré de parcours de vie et des DSS autochtone.

[www.nccah-ccnsa.ca/docs/social%20determinates/NCCAH-Loppie-Wien_Report.pdf]

[TRADUCTION] INIQUITÉS EN MATIÈRE DE SANTÉ EN COLOMBIE-BRITANNIQUE

Ce rapport du Conseil des agents de santé de la C.-B. fournit des renseignements de base sur le concept des inégalités en matière de santé et l'existence des iniquités en matière de santé en C.-B. Il fournit de l'information pour s'attaquer aux iniquités en santé et un ensemble de principes directeurs ainsi que des considérations de politiques clés :

- Principes directeurs :
 - *hausse du niveau et non le contraire,*
 - *ne pas aggraver les iniquités — aider d'abord les plus démunis,*
 - *utiliser une combinaison d'interventions réglementaires et structurelles pour un meilleur résultat,*
 - *reconnaître que les problèmes complexes exigent des solutions complexes ; les iniquités en santé doivent être abordées sur de nombreux fronts, à l'aide de multiples stratégies interdépendantes ;*
- Considérations de politiques clés :
 - *faire de la réduction des iniquités en santé une priorité du gouvernement et de la société et allouer des ressources en conséquence,*
 - *élaborer une approche multisectorielle impliquant une coopération entre tous les ordres et secteurs du gouvernement et entre les secteurs public, privé, les ONG et la collectivité,*
 - *fixer des objectifs clairs pour toutes les initiatives et faire le suivi des progrès sur les mesures particulières liées aux inégalités en matière de santé dans le cadre d'un processus d'amélioration continue.*

Le rapport fournit également une série de possibilités d'action, principalement à l'échelle de la société, pour différents DSS : le revenu et la sécurité alimentaire, l'éducation et l'alphabétisation, l'éducation des jeunes enfants, le logement et les milieux bâtis ainsi que les soins de santé.

[www.bchealthyliving.ca/sites/all/files/HOC_Inequities_Report.pdf]

[TRADUCTION] VOIES VERS LA SANTÉ : DEUXIÈME RAPPORT SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES PEUPLES AUTOCHTONES EN COLOMBIE-BRITANNIQUE

Ce rapport complet de l'agent provincial de santé de la C.-B. propose des chapitres qui examinent les déterminants de la santé, la grossesse, les nourrissons et les enfants, les maladies et les blessures, l'environnement physique, et les services de santé. Un chapitre est consacré aux recommandations sur l'amélioration de la santé de la population autochtone en C.-B.

[www.health.gov.bc.ca/pho/pdf/abohlth11-var7.pdf]

[TRADUCTION] INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ — MONTRÉAL

Ce rapport annuel de 1998 de la Direction de santé publique de Montréal fait état de l'ampleur des disparités au cours de la vie. En décrivant l'ampleur de la pauvreté dans la région, il déclare : [TRADUCTION] « Quand on sait que la pauvreté est souvent liée à une moins bonne santé, cette situation doit être reconnue comme un enjeu crucial de santé publique. » Contraint par la responsabilité législative d'informer le public sur son état de santé, ses problèmes de santé et les interventions les plus efficaces, ce rapport met surtout l'accent sur l'ampleur et l'effet de la pauvreté sur les groupes d'âge différents. Il rappelle que l'importance de la pauvreté est un problème que la Direction de la santé publique ne peut pas ignorer et [TRADUCTION] « se joint à d'autres acteurs sociaux sur la scène montréalaise en tant que partenaire qui, armé de son genre particulier d'expertise, est déterminé à mobiliser ses forces dans la lutte commune ».

[www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/rapportannuel/1998/rapang98.pdf]

[TRADUCTION] AU-DELÀ DES SERVICES DE SANTÉ ET DES HABITUDES DE VIE : UNE APPROCHE DE LA SANTÉ AXÉE SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX — INTERIOR HEALTH, C.-B.

Ce rapport de 2006 de l'Interior Health Authority sur l'état de santé en C.-B. fournit des renseignements de base sur le concept des DSS et de leur pertinence, des données locales pour montrer l'ampleur des iniquités existantes ainsi qu'un examen des actions futures. Le rapport a déterminé les étapes suivantes pour l'action :

- Souligner le travail déjà accompli pour renforcer les DSS et remédier aux iniquités en matière de santé ;
- Encourager un débat public sur la question des DSS et les travaux à accomplir ensemble ;
- Améliorer l'accès à l'information locale et intégrée sur la santé et les déterminants sociaux pour soutenir les actions locales ;
- Élaborer une stratégie pour appuyer la planification communautaire favorisant la santé dans la région de l'Interior Health.

[www.interiorhealth.ca/uploadedFiles/Choose_Health/Pop_Health/PopHealthReport2006.pdf]

[TRADUCTION] DISPARITÉS EN SANTÉ À SASKATOON : ANALYSE D'UNE INTERVENTION

Ce rapport très complet répond aux objectifs suivants :

- Décrire l'ampleur des disparités de santé dans la collectivité de Saskatoon ;
- Déterminer les causes des disparités de santé ;
- Expliquer que les disparités de santé sont le plus souvent évitables ;
- Utiliser des données d'autres juridictions pour présenter des options stratégiques envisageables.

En plus de la description des disparités au sein de la région, un effort particulier a été déployé pour faire participer la collectivité :

- Plus de 200 consultations communautaires ont été entreprises pour transférer les connaissances sur les vastes disparités de santé et solliciter des conseils sur les mesures à prendre pour aider à atténuer ce problème complexe ;
- Des entrevues téléphoniques avec des résidents choisis au hasard pour déterminer les interventions à soutenir ;
- Une analyse de la documentation pour examiner les options stratégiques fondées sur des données probantes ;
- 100 consultations de plus pour vérifier les données statistiques et s'assurer que les possibilités d'action fondées sur des données probantes étaient réalistes dans le contexte de la Saskatchewan.

Le rapport présente 46 possibilités d'action visant à réduire les disparités sociales et de la santé dans les domaines du revenu, de l'éducation, de l'emploi, du logement et des soins de santé. Dans un avenir plus proche, la santé publique coprésidera avec Centraide une initiative visant à poursuivre les possibilités d'action les plus réalisables et acceptables pour la collectivité.

[www.saskatoonhealthregion.ca/your_health/documents/PHO/HealthDisparityRept-complete.pdf]

THE UNEQUAL CITY : INCOME AND HEALTH INEQUALITIES IN TORONTO

Ce rapport de 2008 fait état des inégalités entre plusieurs résultats relatifs à la santé dans l'ensemble des gradients de revenu. En outre, la proportion des secteurs de recensement classés comme « à faible revenu » a augmenté régulièrement depuis 1970. Les recommandations du rapport comprennent des comptes rendus réguliers au Conseil de la santé sur les indicateurs clés d'inégalité, l'intégration de stratégies visant à réduire les inégalités dans le prochain plan stratégique, l'exhortation à l'égard du gouvernement provincial à maintenir son engagement à la réduction de la pauvreté et sur le renforcement de la surveillance des DSS.

[www.toronto.ca/health/map/pdf/unequalcity_20081016.pdf]

Rôle de la santé publique — modifier ou réorienter les pratiques en santé publique

SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE DE SASKATOON

En Saskatchewan, la santé publique est responsable de fournir tous les vaccins. L'examen des taux de vaccination des enfants par quartier à Saskatoon a révélé de grandes disparités. Six quartiers à faible revenu avaient 43,7 % d'enfants vaccinés contre la rougeole, les oreillons et la rubéole, alors que cinq quartiers aisés présentaient des taux de couverture de 90,6 %⁷⁰. Engagé dans le processus au sein des services de santé pour discuter des résultats avec le personnel, examiner les options et, éventuellement, réaffecter les ressources. Augmentation des taux de couverture dans ces quartiers moins riches – le rapport sera publié plus tard en 2010.

Saskatoon a aussi restructuré son service de santé qui tenait compte traditionnellement des habitudes de vie. Il les organise maintenant par déterminants.

SSPSD

Le SSPSD s'est employé à appliquer des pratiques appuyées par des données probantes pour réduire les iniquités sociales en santé au sein de son organisme. Le rapport de leur programme EXTRA34 décrit leur approche à volets multiples :

- Recherche documentaire approfondie pour déterminer les pratiques appuyées par des données probantes visant à réduire les iniquités sociales en matière de santé. Ce travail a conduit à 10 pratiques prometteuses ;
- Évaluation de l'état de préparation de leur organisation à l'adoption de pratiques visant à réduire les iniquités ;
- Détermination de stratégies possibles pour l'application des connaissances :
 - *réunions au sujet de courtage de connaissances avec les gestionnaires et les planificateurs pour mettre en œuvre la planification et la modélisation logique des pratiques prometteuses,*
 - *Initiative de marketing social à l'échelle communautaire au moyen d'annonces dans les journaux afin de faciliter le changement organisationnel.*

Au début de 2010, l'organisme a créé une voie de planification axée sur l'équité pour la mise en œuvre des nouvelles NSPO. [www.phred-redsp.on.ca/Docs/Reports/OPHSPlanningPath.pdf] Elle est mise à l'essai en 2010 en vue d'évaluer dans quelle mesure les plans de programme (p. ex., les modèles logiques) auront changé grâce aux interventions. Les résultats sont attendus à la fin de 2010.

SERVICE DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA RÉGION DE WATERLOO

Le service de santé publique de la région de Waterloo a élaboré un cadre d'évaluation et de planification de la santé de la population qui repose sur l'équité. Il intègre des requêtes fondées sur l'équité à chaque étape de l'évaluation/du cycle de planification. Ils ont mis le cadre à l'essai à l'interne avec plusieurs programmes de santé publique et travaillent actuellement à le mettre à jour.

[[www.region.waterloo.on.ca/web/health.nsf/DocID/FD80C0D143A204F78525761D0061829A/\\$file/EPPF_maindoc.pdf?openelement](http://www.region.waterloo.on.ca/web/health.nsf/DocID/FD80C0D143A204F78525761D0061829A/$file/EPPF_maindoc.pdf?openelement)]

[www.chnet-works.ca/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=7%3Afireside-chat-presentations-2010&download=211%3A182-march-24-2010-bringing-health-inequities-from-the-fringes-to-the-mainstream&Itemid=13&lang=en]

Rôle de la santé publique — des partenariats avec d'autres prestataires de service pour remédier ensemble aux iniquités en matière de santé

SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE DE SASKATOON

Le service de santé publique de Saskatoon a commencé, en partenariat avec d'autres éléments du système de soins de santé, le processus de vérification de l'équité en matière de soins de santé. Le concept vient du Royaume-Uni et a également été repris dans un rapport récent de l'ICIS. Ces vérifications évaluent la mesure dans laquelle la qualité du service et des soins est équitable dans tous les déterminants socioéconomiques. Une vérification de l'équité du diabète a été achevée et a permis de constater que les soins à l'hôpital étaient similaires quel que soit le SSE, le diagnostic et les disparités évidentes dans les soins en milieu ambulatoire. La santé publique met au point les travaux d'évaluation de plusieurs interventions chirurgicales.

SSPSD

En partenariat avec des organismes locaux, ce service de santé a comparé 20 déterminants infantiles pour cibler les « meilleurs » (c.-à-d. les plus défavorisés) endroits où établir un centre Meilleur départ.

Rôle de la santé publique — analyse, développement et promotion des politiques

LOIS SUR LES ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ — L'ARTICLE 54 DE LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

L'article 54 de la Loi sur la santé publique du Québec exige que tous les ministères et organismes consultent le ministère de la Santé et des Services sociaux lorsqu'ils formulent des lois et des règlements qui pourraient avoir une incidence sur la santé et le bien-être des résidents du Québec. Le mécanisme principal consiste en une ÉIS, et le service de santé publique du Ministère a le rôle principal en ce qui a trait à la mise en œuvre du présent article. Une évaluation de 2005 a constaté que même s'il y a bien eu une mise en œuvre modeste des dispositions de l'ÉIS, [TRADUCTION] « un manque général de compréhension du mécanisme et des facteurs qui contribuent à la santé et au bien-être a continué d'être un obstacle important à une plus grande mise en œuvre⁷¹ ». Dans l'ensemble, il a été jugé encore trop tôt pour tirer des conclusions sur les répercussions de l'article et des recommandations ont été formulées pour renforcer les efforts futurs.

INITIATIVES DE COLLABORATION POUR LA PROSPÉRITÉ ET LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ

Des initiatives communautaires de collaboration pour la prospérité et la lutte contre la pauvreté ont été lancées à Hamilton et à Saint John. Dans le premier cas, un groupe de dirigeants communautaires, y compris la santé publique, se sont engagés à promouvoir la prospérité de Hamilton par la création et le maintien d'emplois. Ils ont adopté la vision d'être la meilleure ville du Canada pour élever un enfant, promouvoir l'innovation, assurer la participation des citoyens et fournir des possibilités économiques diverses. À Saint John, leur initiative a été lancée par un groupe d'entreprises locales dont le travail a été guidé par une analyse des besoins locaux. La santé publique fait partie de certains des groupes de travail. Neuf priorités ont été relevées et le groupe a publié un bulletin de suivi de ses progrès pour chaque domaine prioritaire, ainsi que les taux de pauvreté.

Saint John : www.bcapi.ca

Hamilton : www.jpchamilton.ca

REVITALISATION DES QUARTIERS — SAINT JOHN

L'agent de développement communautaire du Centre de santé communautaire a commencé à s'impliquer dans la revitalisation d'un quartier de Saint John qui faisait face à des défis multiples. Une tentative d'incendier le poste de police communautaire a suscité un intérêt général et a abouti à un ensemble complet d'interventions. Selon le profil vidéo du Conseil canadien de la santé, une mesure de succès à ce jour a été la réduction de 50 % des appels à la police.

[http://healthcouncilcanada.ca/en/index.php?page=shop.product_details&flypage=shop.flypage&product_id=107&category_id=2&manufacturer_id=0&option=com_virtuemart&Itemid=170]

CONSULTATIONS COMMUNAUTAIRES SUR LES RÉSULTATS DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET LES OPTIONS STRATÉGIQUES

Dans le cadre de son important rapport sur les disparités de santé, les services de santé publique de Saskatoon ont tenu plus de 200 consultations communautaires pour transférer les connaissances sur les vastes disparités en matière de santé et pour solliciter des conseils sur les mesures à prendre pour aider à atténuer ce problème complexe. Cette démarche a été accompagnée d'entrevues téléphoniques avec des résidents choisis au hasard pour déterminer les interventions qu'ils souhaitaient soutenir. On a tenu 100 consultations de plus pour vérifier les données statistiques et s'assurer que les possibilités d'action fondées sur des données probantes étaient réalistes dans le contexte de la Saskatchewan. Le rapport final présente 46 possibilités d'action visant à réduire les disparités sociales et de la santé dans les domaines du revenu, de l'éducation, de l'emploi, du logement et des soins de santé. Dans un avenir plus proche, la santé publique coprésidera avec Centraide une initiative visant à poursuivre les possibilités d'actions jugées les plus réalisables et acceptables pour la collectivité.

[www.saskatoonhealthregion.ca/your_health/documents/PHO/HealthDisparityRept-complete.pdf]

PRENDRE LA DÉFENSE DES PERSONNES VULNÉRABLES — LE DÉPLACEMENT DU CASINO DE MONTRÉAL

La Direction de santé publique de Montréal s'est dit préoccupée par le fait que le déplacement d'un casino dans un quartier ayant des conditions socioéconomiques précaires risque d'augmenter le jeu compulsif dans les quartiers voisins, entraînant ainsi une augmentation de problèmes sociaux et de santé. Ni la Direction, ni les autorités provinciales de santé publique n'ont spécifiquement recommandé de ne pas entreprendre la délocalisation. En revanche, ils ont formulé des recommandations précises pour réduire les conséquences négatives du déménagement du casino.

[www.finances.gouv.qc.ca/documents/Autres/en/rapport_casino_eng.pdf]

Outils et ressources

Rôle de la santé publique — évaluer et produire des rapports sur les inégalités, les iniquités et les stratégies pour réduire les iniquités en matière de santé

INDICES DE PRIVATION

Les mesures de privation servent à [TRADUCTION] « déterminer ceux qui subissent un désavantage matériel ou social par rapport à d'autres dans leur collectivité ». Le récent rapport de l'ISPC sur le Canada urbain comprend une brève description et une analyse des différents indices. Un de ces indices mis au point par l'INSPQ est utilisé comme base de son analyse.

[<https://secure.cihi.ca/estore/productbrowse.htm?locale=fr&Lang=en-US>]

INDICE DU DÉVELOPPEMENT DES JEUNES ENFANTS

L'instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE) est un outil d'évaluation du développement de la petite enfance axé sur la population et utilisé pour mesurer l'état du développement des enfants de la maternelle. Établie par les enseignants de maternelle, il s'agit d'une mesure globale du développement des enfants dans cinq domaines : la santé physique et le bien-être, la compétence sociale, la maturité affective, le développement cognitif et langagier ainsi que les aptitudes à la communication. Les résultats sont regroupés par quartiers, districts scolaires, domaines de la santé et par échelons provinciaux afin de comprendre les modèles de vulnérabilité sur le plan de la population. Cette mesure peut fournir une référence pour hiérarchiser les domaines d'intervention et une mesure des résultats pour évaluer l'effet.

[www.earlylearning.ubc.ca/research/initiatives/early-development-instrument]

CRITÈRES DE QUALITÉ DE LA SURVEILLANCE DES INÉGALITÉS

Dans un document prêt à être publié en Écosse, Frank et Haw fournissent des conseils sur les critères servant à surveiller les disparités en matière de santé à l'échelle de la population, combinant à la fois les caractéristiques épidémiologiques et de la communication.

OBSERVATOIRES DE SANTÉ PUBLIQUE (RU)

Des observatoires de santé publique (OSP) ont été établis au Royaume-Uni afin de produire de l'information, des données et des renseignements sur la santé des personnes et les soins de santé pour les praticiens, les responsables des politiques et la collectivité. En Angleterre, chacun dessert une zone géographique définie et dispose d'un domaine particulier de force. Parmi les produits réguliers, on compte des profils de santé, des cartes interactives et des outils. Ces derniers comprennent une trousse d'outils sur les inégalités en matière de santé et un indice de pauvreté. Actuellement, on souhaite commencer à construire au Canada un réseau de nouveaux OSP.

[www.apho.org.uk]

Rôle de la santé publique — modifier ou réorienter les pratiques en santé publique

SSPSD

Reconnaissant l'intérêt accru porté aux iniquités en matière de santé et aux populations prioritaires dans les NSPO ainsi que l'expérience acquise grâce au projet Extra, le SSPSD a établi une voie de planification de NSPO qui serait mise à l'essai en 2010. La voie de planification contient un ensemble de 11 principes directeurs, dont :

- la garantie à chaque collectivité ou population prioritaire un accès aux programmes et services de santé publique ainsi qu'un environnement sain et sécuritaire qui permet d'optimiser sa santé ;
- l'amélioration des connaissances sur les déterminants de la santé actuels et nouveaux (dont les déterminants sociaux) ainsi que les risques, car ces connaissances sont essentielles pour obtenir des initiatives efficaces en santé publique ;
- les initiatives en santé publique devraient viser à rehausser le niveau, c'est-à-dire « à améliorer l'état de santé des groupes socioéconomiques défavorisés pour atteindre un niveau déjà atteint par leurs concitoyens plus privilégiés ».

[TRADUCTION] « L'attention intentionnelle portée sur les iniquités sociales en santé ou l'équité en santé est au cœur du modèle de la voie de planification. » Pour chacune des quatre grandes étapes du cycle de planification, des questions spécifiques sont prévues, en vue d'incorporer les iniquités dans la planification de routine. Le cadre comprend un Formulaire de suivi de l'évaluation de la planification des NSPO qui a été élaboré pour inciter à l'examen des questions et des réponses des gestionnaires. Une liste de contrôle sur l'égalité d'accès est également incluse comme guide de planification des activités.

[www.phred-redsp.on.ca/Docs/Reports/OPHSPlanningPath.pdf]

SERVICE DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA RÉGION DE WATERLOO

La région de Waterloo prépare un cadre de planification axé sur les iniquités en santé. Pour chacune des étapes de planification des programmes, il définit une série de questions à prendre en compte. Le cadre a été mis à l'essai dans plusieurs programmes et est en cours de révision.

[[www.region.waterloo.on.ca/web/health.nsf/DocID/FD80C0D143A204F78525761D0061829A/\\$file/EPPF_maindoc.pdf?openelement](http://www.region.waterloo.on.ca/web/health.nsf/DocID/FD80C0D143A204F78525761D0061829A/$file/EPPF_maindoc.pdf?openelement)]

OUTILS D'ÉVALUATION DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ

Un outil d'évaluation de l'équité en santé (HEAT) a été créé en Nouvelle-Zélande et des adaptations sont actuellement utilisées dans un certain nombre d'organismes de santé publique partout au Canada, y compris les cadres de planification des programmes ci-dessus. L'outil a été conçu pour être utilisé avec les services de santé, en particulier ceux visant les populations générales.

Les 10 questions fondamentales du HEAT comprennent ce qui suit :

1. Quelles inégalités existent en ce qui concerne la question de santé à l'étude ?
2. Qui est le plus privilégié et comment ?
3. Comment les inégalités se sont-elles produites ? Quels sont les mécanismes par lesquels les inégalités ont été créées, maintenues ou accentuées ?
4. Où/comment allez-vous intervenir pour résoudre ce problème ?
5. Comment allez-vous améliorer la santé des Maoris et réduire les inégalités en matière de santé vécues par eux ?
6. Comment cette intervention pourrait-elle influencer sur les inégalités en matière de santé ?
7. Qui en bénéficiera le plus ?
8. Quelles pourraient être les conséquences imprévues ?
9. Que ferez-vous pour vous assurer que l'intervention réduit vraiment les inégalités ?
10. Comment saurez-vous si les inégalités ont été réduites ?

[www.moh.govt.nz/moh.nsf/0/13F2B20B719809C2CC257491000F7C15]

Rôle de la santé publique — des partenariats avec d'autres prestataires de service pour remédier ensemble aux iniquités en matière de santé

RENFORCEMENT DE LA PRÉVENTION ET DE LA GESTION DES MALADIES CHRONIQUES

Cet outil a été mis sur pied pour permettre à la santé publique, aux services de soins primaires et à la collectivité de travailler ensemble afin de prévenir et de gérer les maladies chroniques dans les régions sanitaires dans tout le pays. Son but est d'aider ces secteurs à réfléchir sur la pratique actuelle, les capacités et les possibilités d'action, ainsi qu'à les examiner et à les évaluer. L'« accent mis sur les déterminants » fait partie de l'un des huit facteurs critiques de succès de cet outil.

[www.cpha.ca/fr/portals/cd.aspx]

VÉRIFICATION DE L'ÉQUITÉ EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ

Une vérification de l'équité en matière de soins de santé est un processus visant à [TRADUCTION] « déterminer la mesure d'équité de la distribution des services ou d'autres ressources par rapport aux besoins de santé des différents groupes et régions. Il permet aussi à établir les mesures prioritaires en vue d'assurer des services par rapport aux besoins. (Il peut s'agir de ressources comme les services, les installations et les déterminants de la santé.) L'objectif global n'est pas de répartir les ressources équitablement, mais, plutôt, par rapport aux besoins de santé. Sinon, des iniquités se produisent qui mènent à des inégalités en matière de santé ». La stratégie nationale de l'Angleterre, *Tackling Health Inequalities: A Programme for Action*, a considéré ces vérifications comme un outil essentiel pour intégrer les données probantes sur les inégalités dans des activités du système de santé grand public, telles que la planification, la mise en service et la prestation de services. Saskatoon a appliqué ce procédé à un nombre croissant de services de santé dans leur région régionale de la santé.

[www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4084138]

Rôle de la santé publique — analyse, développement et promotion des politiques

ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ

Selon l'OMS, l'ÉIS est « une combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels on peut juger les effets possibles d'une politique, d'un programme ou d'un projet sur la santé d'une population ainsi que la répartition de ces effets parmi les populations ». Le CCNPPS a joué un rôle prépondérant dans ce domaine et son site Internet fournit un large éventail de renseignements et d'outils.

[http://www.ccnpps.ca/13/evaluation_d'impact_sur_la_sante.ccnpps]

[TRADUCTION] TROUSSE D'OUTILS POUR LA SENSIBILISATION À LA SANTÉ PUBLIQUE

Cette trousse est préparée par une alliance d'organismes de santé publique en Irlande et s'adresse à ceux qui s'efforcent à améliorer la santé publique afin qu'ils réfléchissent aux initiatives de sensibilisation, les planifient et les exécutent. La trousse fournit un modèle de processus de sensibilisation et peut être utilisée pour cerner les besoins de formation, indiquer des ressources pour le développement d'habiletés et de compétences et offrir un cadre d'action.

[<http://advocacy.phaii.org>]

ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ PAR LA COMMUNAUTÉ — (PATH)

Cette variante de l'ÉIS a été créée en Nouvelle-Écosse rurale et incorpore un [TRADUCTION] « processus de promotion de la santé hautement inclusif et participatif dans l'examen des prises de décisions relatives à la santé et l'élaboration de politiques publiques favorisant la santé ». [Coady] Un processus facilité qui est utilisé pour inciter une collectivité à développer son propre outil d'ÉIS communautaire. Le processus a été utilisé dans une variété de milieux communautaires.

[www.mystfx.ca/coady-library/path.html]

PANIER DE PROVISIONS NUTRITIVES (PPN)

Un [TRADUCTION] « panier de provisions nutritives est un outil de sondage qui mesure le coût de l'alimentation saine de base qui représente les recommandations nutritionnelles actuelles et les habitudes générales d'achat de produits alimentaires. L'établissement des coûts des aliments est utilisé pour surveiller le prix et l'accessibilité des aliments, en associant le coût du panier alimentaire aux revenus des personnes ou des familles ». Un protocole et des documents d'orientation ont été préparés pour répondre aux exigences des NSPO dans ce domaine.

[www.health.gov.on.ca/english/providers/program/pubhealth/oph_standards/ophs/progstds/protocols/nutritious_food_basket.pdf]

REVITALISATION DES QUARTIERS — SAINT JOHN

Une initiative pour la revitalisation d'un quartier de Saint John est présentée dans une vidéo du Conseil canadien de la santé.

[www.youtube.com/watch?v=Je_Vuw6dwUs]

Portails détaillés existants sur les inégalités et les iniquités en santé

Il existe plusieurs outils en ligne et portails aux É.-U., en Europe et en Australie qui offrent une gamme de cadres conceptuels, d'études et de profils de cas, de modules de formation, d'outils et d'autres ressources pour appuyer les actions sur les déterminants de la santé :

PREVENTION INSTITUTE

[TRADUCTION] « Organisme national à but non lucratif, l'Institut s'engage à prévenir les maladies et les blessures, à promouvoir la santé et l'équité sociale, ainsi qu'à créer une dynamique pour la prévention communautaire en tant que partie intégrante d'un système de santé de qualité. » Cet institut est financé par de nombreux gouvernements, fondations et organismes. Son site Internet comprend une variété d'outils, de profils d'initiatives ainsi qu'une série de modules de formation en ligne (Health Equity and Prevention Primer — « Rudiments de l'équité en santé et de la prévention »).

[www.preventioninstitute.org]

UNNATURAL CAUSES – IS INEQUALITY MAKING US SICK ?

Cette série en sept parties de PBS explore les inégalités raciales et socioéconomiques en matière de santé. Située aux États-Unis, la série est fortement influencée par le contexte américain. Cependant, elle est un exemple de médias professionnels qui peuvent être utilisés comme un élément d'un ensemble de mesures intégrées. Le site Internet (www.unnaturalcauses.org) est une source très riche d'outils, de ressources, aux États-Unis et à l'étranger, et d'une campagne (aperçu, trousse d'outils, ressources, documentation et guide de discussion).

HEALTH EQUITY AND SOCIAL JUSTICE — NACCHO

Le but des initiatives d'équité en santé et de justice sociale de NACCHO est d'améliorer la capacité des services de santé locaux s'attaquer aux causes profondes des iniquités en matière de santé par la pratique de la santé publique et grâce à leur structure organisationnelle. Le site Internet fournit des liens vers une coalition nationale de SSL, une campagne étatique, une trousse d'outils et vers la nouvelle publication de NACCHO *Tackling Health Inequalities Through Public Health Practice: Theory to Action*.

[www.naccho.org/topics/justice]

DETERMINE

DETERMINE est un consortium européen d'action communautaire sur les DSS qui vise à faire avancer les travaux de la Commission de l'OMS sur les DDS dans un contexte européen. Il rassemble plus de 50 organismes de santé, instituts de santé publique et de promotion de la santé, gouvernements et divers autres organismes de 26 pays européens. Ce portail européen très complet fournit un large éventail de documents (cadres, répertoire de pratiques exemplaires, profils vidéo, politiques nationales, etc.). Pour aider les visiteurs à poursuivre leur domaine d'intérêt particulier, le portail offre un « poteau indicateur » sur sa page d'accueil principale.

[www.health-inequalities.eu]

VICHEALTH

Cette fondation australienne de promotion de la santé fournit une liste de publications liées aux inégalités en matière de santé.

[www.vichealth.vic.gov.au/Resource-Centre/Publications-and-Resources/Health-Inequalities/Fairer-health---Case-studies-on-improving-health-for-all.aspx]

Possibilités de formation

Tel qu'il est indiqué dans une récente analyse commandée par le CCNDS, il existe peu de possibilités de formation pour accroître les compétences liées aux déterminants de la santé et, selon un examen récent des choix offerts, [TRADUCTION] « ce qui existe n'est pas destiné aux professionnels de la santé publique de première ligne travaillant dans un contexte canadien ». Cinq cours en ligne sont présentés dans ce rapport et le lecteur y est guidé pour obtenir de plus amples détails. Il convient de noter que l'auteur a découvert la plupart de ces cours grâce à ses contacts personnels avec les personnes impliquées, et que beaucoup n'étaient pas facilement repérables par des recherches générales dans Internet.

Certaines possibilités de formation supplémentaires ont été trouvées au cours de cette analyse de l'environnement.

HEALTH EQUITY AND PREVENTION PRIMER (RUDIMENTS DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION)

Le Prevention Institute, situé aux États-Unis, a récemment préparé un cours intitulé « Health Equity and Prevention Primer » [www.preventioninstitute.org/tools/focus-area-tools/health-equity-toolkit.html]. Chacun des sept modules dure environ 15 minutes et est composé d'une présentation audio et de liens vers des ressources supplémentaires. Le cours comprend les modules suivants :

- *Achieving Equity in Health and Safety through Primary Prevention* décrit comment la prévention primaire est une stratégie clé pour éliminer les iniquités en matière de santé et de sécurité. Il donne un aperçu de la prévention primaire et présente le matériel qui sera traité plus tard dans la série.
- *Take Two Steps to Prevention* décrit les deux étapes du cadre de prévention et la trajectoire des iniquités en matière de santé. Ces outils peuvent être utilisés pour décrire les raisons pour lesquelles cibler l'environnement est essentiel pour les efforts de l'équité en santé.
- *Community Factors & How They Influence Health Equity* explore 18 facteurs communautaires. Ces facteurs sont liés à l'équité en santé. Chacun fait partie d'une communauté et offre des possibilités concrètes pour l'atteinte de résultats équitables en santé et en sécurité.
- *The Spectrum of Prevention: A Framework for Addressing Health Equity* présente le spectre de la prévention. Il fournit une explication par étape de la façon dont le spectre peut être utilisé pour élaborer un ensemble d'actions complémentaires dans le cadre d'une stratégie de prévention primaire complète pour changer les environnements de l'équité.
- *Enhancing Effective Partnerships for Health Equity* explore le pouvoir des partenariats pour améliorer l'équité. Il présente les huit étapes pour une mise sur pied de coalitions, qui peuvent être utilisées pour lancer et stabiliser des coalitions efficaces axées sur l'équité.
- *The Importance of Local Policy for Achieving Equitable Outcomes* examine les raisons pour lesquelles les stratégies, surtout à l'échelle des villes et des comtés, sont importantes aux efforts de l'équité en santé. Il donne un aperçu des stratégies clés dans le processus d'élaboration des politiques.
- *Good Health Counts: Measurement and Evaluation for Health Equity* décrit comment les indicateurs de santé communautaires peuvent être utilisés pour évaluer et surveiller les conditions qui influent sur la santé et la sécurité. Il met en évidence un certain nombre de rapports sur les indicateurs qui ont été utilisés pour promouvoir les efforts de l'équité en santé.

COMPÉTENCES CULTURELLES

L'Association canadienne des soins de santé, en collaboration avec l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, a préparé un cours de formation pour les professionnels de la santé qui travaillent en milieu autochtone et avec les Premières nations, les Inuits et les Métis. Le programme comprend sept cours d'enseignement individuel, un document ou un projet d'envergure ainsi qu'une séance obligatoire de quatre jours donnée dans un centre à Ottawa. En se familiarisant avec ces concepts, les professionnels de la santé peuvent ajouter un élément de compétence culturelle à leurs bases de compétences.

[<http://www.learning.cha.ca/CourseDescriptions/Management/CulturalCompetenceandCulturalSafetyinHealth.aspx>]

COURS DE PRINTEMPS ET D'ÉTÉ

Des exemples de cours de printemps et d'été ont été relevés à deux endroits :

University Central London (UCL)

Social Determinants of Health (du 12 au 16 juillet 2010)

Combinaison de conférences et de séminaires – cinq jours complets

Allocution d'ouverture et de clôture par Sir Michael Marmot

[www.ucl.ac.uk/iish/summerschool09/Leaflet%20Summer%20School%202010.pdf]

University of Minnesota School of Public Health

Social Determinants of Health: Moving Upstream with Community (mai 2010)

Combinaison de conférences, d'exercices en petits groupes et grands groupes, de tâches quotidiennes, d'un projet final — quatre demi-journées

[www.sph.umn.edu/ce/trainings/coursepage.asp?activityId=9317]

Autres outils et ressources

Vidéos et autres outils pour faire participer le personnel, les partenaires et le public

UNNATURAL CAUSES

Cette série en sept parties de PBS explore les inégalités raciales et socioéconomiques en matière de santé. Bien qu'elle soit fortement influencée par le contexte américain, elle présente néanmoins un exemple de médias professionnels qui peuvent être utilisés comme un élément d'un ensemble de mesures intégrées. Le site Internet [www.unnaturalcauses.org] est une source très riche d'outils, de ressources et d'une campagne (aperçu, trousse d'outils, ressources, documentation et guide de discussion). La série a été utilisée initialement pour susciter une discussion plus approfondie au sein du personnel et pour favoriser le dialogue au sein des collectivités (c.-à-d. visionner avec les intervenants communautaires, puis discuter). De nombreux organismes canadiens de santé publique l'ont aussi utilisée dans le même but.

[www.unnaturalcauses.org]

DOCUMENTAIRES CANADIENS

Deux documentaires canadiens ont été mentionnés par les participants aux groupes de discussion :

- *Poor No More* — [www.poornomore.ca] : un documentaire de Mary Walsh examinant les travailleurs pauvres au Canada et les politiques d'autres pays.
- *Four Feet Up* — [<http://films.nfb.ca/four-feet-up>] : un documentaire de l'ONF sur la pauvreté infantile au Canada du point de vue de l'enfant.

SERPENTS ET ÉCHELLES

Tel qu'il a été décrit dans le rapport du Conseil des médecins-hygiénistes de la C.-B., le Dr Michael Hayes de l'Université Simon Fraser utilise la notion de « jeu de serpents et échelles » pour illustrer comment les plateaux de jeu de certaines personnes sont remplis de plus de possibilités (p. ex., des échelles) alors que d'autres ont peu d'échelles, mais de nombreux serpents (c.-à-d. des pièges et des obstacles à la santé).

[www.nfhs-pg.org/fasd-toolkit/Working%20with%20Participants/Activities/IH_SnakeLadders_Version1.pdf]

COUP DE GRÂCE !

Élaboré par deux étudiants des cycles supérieurs de la santé publique, Coup de grâce ! a été utilisé auprès des étudiants en médecine et en santé publique, des analystes des politiques gouvernementales et des travailleurs communautaires. Le jeu a trois objectifs :

- Stimuler la discussion sur les DSS ;
- Aider le joueur à développer de l'empathie à l'égard des personnes marginalisées et à prendre conscience de sa propre position sociale ;
- Stimuler un environnement amusant et propice à l'apprentissage.

« Une vidéo de formation » pour les animateurs est également offerte sur YouTube.

[www.thelaststraw.ca/page6.html]

Ressources liées à la complexité

- Tamarack Institute for Community Engagement
 - www.tamarackcommunity.ca
- Getting to Maybe: How the World Changed
 - *Une publication de 2006 par Westley, Zimmerman et Patton*
- The Power of One the Power of Many — Bringing Social Movement Thinking to Healthcare Improvement
 - *Une publication du NHS Institute for Innovation and Improvement*
 - www.institute.nhs.uk/index.php?option=com_joomcart&Itemid=194&main_page=document_product_info&products_id=580

Autres exemples

Les points suivants ont été repérés au cours de l'analyse et peuvent justifier un examen pour les futurs efforts de collecte d'information.

- Réorienter les programmes de santé publique à Montréal : cette Direction de la santé a fourni des présentations au personnel en utilisant un groupe de travail pour examiner les programmes. La perception est que, de cette manière, une perspective plus générale de la population est atteinte
- Winnipeg — Age & Opportunity [www.ageopportunity.mb.ca]
- Initiatives de sécurité alimentaire [www.smartfund.ca/current_cfai.htm]
- Itinérance à Calgary [www.calgaryhomeless.com/default.asp?FolderID=2796]
- Réseaux communautaires favorisant la santé [www.ohcc-ccso.ca/en] ; [www.bchealthycommunities.ca/content/home.asp]
- Initiatives anti-pauvreté provinciales
- Initiatives du milieu bâti (p. ex., Interior Health, C.-B.)
- Comté de Peterborough — unité municipale — marketing social, initiatives de formation
- Vancouver Coastal Health — travailler avec les fonctionnaires municipaux et d'autres

Remarque : Il est probable qu'il existe d'autres exemples de pratiques dignes de mention qui n'ont pas été relevés au cours de cette analyse. Par exemple, les répondants au sondage en ligne ont fourni un certain nombre de suggestions qui pourraient être poursuivies à l'avenir (voir le rapport technique du sondage pour plus de détails).

RÉFÉRENCES

- [1] Centres de collaboration nationale en santé publique. 2009. Accessible à www.nccph.ca/en/home.aspx. Consulté le 10-6-2010.
- [2] Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. 2010. Accessible à www.nccdh.ca/about/about.html. Consulté le 10-6-2010.
- [3] Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. Visites à domicile. 2010. Accessible à www.nccdh.ca/ccnds/notretravail/visites.html. Consulté le 10-6-2010.
- [4] Daghofer D, Edwards P. Toward health equity : A comparative analysis and framework for action. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, 2009.
- [5] Snow J. The cholera near golden square. Dans Buck C, Llopis A, Najera E, Terris M, réd. The challenge of epidemiology : Issues and selected readings. Washington : Organisation panaméricaine de la santé, 1988.
- [6] Bloy M, Chadwick E. 2002. Accessible à www.victorianweb.org/history/chad1.html. Consulté le 12-7-2010.
- [7] McKeown D, Fleischer P, Scott F, Wolfe SA. The unequal city : Income and health inequalities in Toronto. Toronto : Bureau de santé publique de Toronto, 2008.
- [8] Inégalités sociales de santé : Rapport annuel de 1998 sur la santé de la population. Montréal : Direction de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 1998.
- [9] Lalonde M. Nouvelle perspective de la santé des Canadiens. Ottawa : ministre de l'Approvisionnement et des Services du Canada, 1974.
- [10] Organisation mondiale de la santé, Santé Canada, Association canadienne de santé publique. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève : OMS, 1986.
- [11] Epp J. La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé. Promotion de la santé 1987 ; 1(4): 419-428.
- [12] Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population. Rapport sur la santé des Canadiens. Ottawa : Santé Canada, 1996.
- [13] Hamilton N, Bhatti T. Promotion de la santé de la population : modèle d'intégration de la santé de la population et de la promotion de la santé. Ottawa : Santé Canada, 1996.
- [14] Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population. Pour un avenir en santé : deuxième rapport sur la santé de la population canadienne. Ottawa : ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, 1999.
- [15] Agence de la santé publique du Canada. Modèle de promotion de la santé de la population : éléments clés et mesures qui caractérisent une approche axée sur la santé de la population. Ottawa : ASPC (anciennement DGSPSP, Santé Canada), 2001.
- [16] Agence de la santé publique du Canada. Qu'est-ce qu'une approche axée sur la santé de la population ? 2001. Accessible à www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/approach-approche/appr-fra.php. Consulté le 10-8-2010.
- [17] Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé. Réduire les disparités en santé : rôles du secteur de la santé, Document de travail. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, 2005.
- [18] Sous-comité sénatorial sur la santé de la population relevant du Comité sénatorial permanent des affaires sociales. Politiques sur la santé de la population : enjeux et options. Ottawa : Sénat canadien, 2008.
- [19] Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé. Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève : OMS, 2008.
- [20] Munro D. Des gens en santé, des rendements solides, des profits substantiels : l'analyse des mesures opérationnelles relatives aux déterminants socioéconomiques de la santé. Ottawa : Conférence Board du Canada, 2008.
- [21] Administrateur en chef de la santé publique. Rapport sur l'état de la santé publique au Canada, 2008, S'attaquer aux inégalités en matière de santé. Ottawa : ministre de la Santé, 2008.
- [22] Administrateur en chef de la santé publique. Rapport sur l'état de la santé publique au Canada, 2009, Grandir sainement : priorités pour un avenir en santé. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, 2009.
- [23] Assemblée nationale du Québec. Loi sur la santé publique. 36. 2001.
- [24] Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Normes de santé publique de l'Ontario. Toronto : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2008.
- [25] Santé et bien-être de la population (ministère des Services de santé, C.-B.). Un cadre des fonctions de base en santé publique : document d'appui. Victoria, C.-B., 2005.
- [26] Programmes de base de la santé publique [C.-B.]. 2010. Accessible à www.phabc.org/modules.php?name=Contentcore&pa=showpage&pid=93. Consulté le 5-5-2010.
- [27] Pedersen S, Barr V, Wortman J, Rootman I, Public Health Association of BC. Examen des données probantes : perspective d'équité. Victoria : ministère de la Santé de la C.-B., 2007.
- [28] Programme national de santé publique 2003-2012. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003.
- [29] Agence de la santé publique du Canada. Compétences essentielles en santé publique au Canada. Version 1.0. Ottawa : ASPC, 2007.
- [30] Bavington B. Core competencies for public health and the determinants of health : An assessment. Antigonish : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, 2010.
- [31] Agrément Canada. 2009. Accessible à www.accreditation.ca/fr/default.aspx?e&rdr=true&LangType=3084. Consulté le 19-5-2009.
- [32] Ontario Council on Community Health Accreditation. 2010. Accessible à www.occha.org/quality_framework.htm. Consulté le 15-6-2010.
- [33] Raphael D. Escaping from the Phantom Zone : Social determinants of health, public health units and public policy in Canada. Health Promot Int 2009 ; 24(2): 193-198.
- [34] Sutcliffe P, Snelling S, Laclé S. Implementing local public health practices to reduce social inequities in health. EXTRA/FORCES intervention project. Sudbury : Service de santé publique de Sudbury et du District, 2010.
- [35] Population and Public Health Specialisation Group UoC. APHA summer school plenary session report : Closing the SDOH paradigm gap in less than a generation. Calgary : University of Calgary, 2009.
- [36] Macintyre S. Inequalities in health in Scotland : What are they and what can we do about them ? Glasgow : MRC Social and Public Health Sciences Unit, 2007.

- [37] Banks J, Marmot M, Oldfield Z, Smith JP. The SES gradient on both sides of the Atlantic. Londres : The Institute for Fiscal Studies, 2006.
- [38] Institut canadien d'information sur la santé. Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada. Ottawa : ICIS, 2008.
- [39] Lemstra M, Neudorf C. Health disparity in Saskatoon : Analysis to intervention. Saskatoon : Saskatoon Health Region, 2008.
- [40] Carande-Kulis VG, Maciosek MV, Briss PA, Teutsch SM, Zaza S, Truman BI et al. Methods for systematic reviews of economic evaluations for the Guide to Community Preventive Services. Task Force on Community Preventive Services. *Am J Prev Med* 2000 ; 18(1 Suppl): 75-91.
- [41] Bavington B. Online continuing education in the determinants of health : Environmental scan. Antigonish : Centre national de collaboration des déterminants de la santé, 2010.
- [42] Donaldson L. Report of the Chief Medical Officer's Project to strengthen the public health function. Londres : Department of Health, 2001.
- [43] Campbell F. The social determinants of health and the role of local government. Londres : IDeA, 2010.
- [44] Association canadienne de santé publique. 12 réalisations importantes. 2010. Accessible à www.cpha100.ca/12-great-achievements. Consulté le 15-7-2010.
- [45] L'équité en santé : une nécessité, Plan stratégique de l'ISPP-IRSC (2009-2014). Ottawa : IRSC, 2009.
- [46] Labrosse E, Laclé S, Michel I, Snelling S, Warren C, Westhaver S. Voie de planification des NSPO du Service de santé publique de Sudbury et du District : version pilote de la planification de 2010. Sudbury : Service de santé publique de Sudbury et du District, 2010.
- [47] Cadre de planification axé sur les inégalités en matière de santé appuyé par des données probantes et la pratique. Waterloo : Service de santé publique de la région de Waterloo, 2009.
- [48] Hay DI. Developing a Canadian economic case for financing the social determinants of health : Report on the April 2007 roundtable. Ottawa : Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, 2007.
- [49] Coffey, C. The business case for early childhood education and care : Building a bridge to economic prosperity. 2003. Accessible à www.rbc.com/newsroom/20031105coffey_1.html. Consulté le 6-8-2010.
- [50] Gouvernement de l'Ontario. Rompre le cycle : stratégie de réduction de la pauvreté de l'Ontario. 2010. Accessible à www.children.gov.on.ca/htdocs/French/breakingthecycle/index.aspx. Consulté le 6-8-2010.
- [51] Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille. Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. 2010. Accessible à www.mess.gouv.qc.ca/grands-dossiers/lutte-contre-la-pauvrete/plan.asp. Consulté le 6-8-2010.
- [52] Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. Réduction de la pauvreté : un plan d'action pour Terre-Neuve-et-Labrador. St. John's : ministère des Ressources humaines, du Travail et de l'Emploi, 2006.
- [53] Community Development Halton. 2010. Accessible à www.cdhalton.ca/index.html. Consulté le 10-8-2010.
- [54] Business Community Anti-Poverty Collaborative. 2010. Accessible à www.bcapi.ca. Consulté le 15-7-2010.
- [55] Jobs Prosperity Collaborative. 2010. Accessible à www.jpchamilton.ca. Consulté le 15-7-2010.
- [56] Institut canadien d'information sur la santé. Indicateurs de santé 2010. Ottawa : ICIS, 2010.
- [57] BC Healthy Living Alliance. Healthy futures for BC families. Vancouver : BCHLA, 2009.
- [58] Frohlich KL, Potvin L. Transcending the known in public health practice, The inequality paradox : The population approach and vulnerable populations. *Am J Public Health* 2008 ; 98(2): 216-221.
- [59] Seskar-Hencic, D. Bridging health inequities from the fringes into the mainstream public health agenda. 2010. Accessible à www.chnet-works.ca/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=7%3Afireside-chat-presentations-2010&download=211%3A182-march-24-2010-bringing-health-inequities-from-the-fringes-to-the-mainstream&Itemid=13&lang=en. Consulté le 15 7 2010.
- [60] Blas E, Kurup AS, réd. Equity, social determinants and public health programmes. Genève : OMS, 2010.
- [61] Menu pour des mesures de renforcement des capacités et de sensibilisation afin de gérer les déterminants sociaux de la santé et pour améliorer l'équité en santé. DETERMINE, 2009.
- [62] NSW Health. A framework for building capacity to improve health. Sydney : New South Wales Health Department, 2001.
- [63] Frohlich KL, Potvin L. Commentary : Structure or agency ? The importance of both for addressing social inequalities in health. *Int J Epidemiol* 2010 ; 39(2): 378-379.
- [64] Manuel DG, Rosella LC. Commentary : Assessing population (baseline) risk is a cornerstone of population health planning, Looking forward to address new challenges. *Int J Epidemiol* 2010 ; 39(2): 380-382.
- [65] McLaren L, McIntyre L, Kirkpatrick S. Rose's population strategy of prevention need not increase social inequalities in health. *Int J Epidemiol* 2010 ; 39(2): 372-377.
- [66] Macintyre S. Inequalities in health in Scotland : What are they and what can we do about them ? Glasgow : MRC Social and Public Health Sciences Unit, 2007.
- [67] Frank J, DiRuggiero E, Moloughney B. The future of public health in Canada : Developing a public health system for the 21st century. Toronto : IRSC, 2003.
- [68] Comité consultatif national sur le SRAS et la santé publique. Leçons de la crise du SRAS : renouvellement de la santé publique au Canada. Ottawa : Santé Canada, 2003.
- [69] Comité consultatif sur la santé de la population et la sécurité de la santé. Améliorer l'infrastructure du système de santé publique du Canada : rapport d'étape du groupe de travail sur le renforcement de l'infrastructure du système de santé publique. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, 2005.
- [70] Saskatoon Health Region PHS. Immunization report. Report of the Medical Health Officer. Saskatoon, Sask. : Saskatoon Health Region, 2006.
- [71] Bell B. Actions to reduce health inequalities in Canada : A description of strategic efforts led or supported by public health organizations. Ottawa : ASPC, 2009.



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

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

Université St. Francis Xavier Antigonish, NÈ B2G 2W5

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

ccnds@stfx.ca www.ccnds.ca