



National Collaborating Centre  
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale  
des déterminants de la santé

FAIT PARTIE DE LA SÉRIE  
**APPRENDRE  
PAR LA  
PRATIQUE**

## **LE SENTIER CHOISI – RENFORCER LA CAPACITÉ ORGANISATIONNELLE D'AMÉLIORER L'ÉQUITÉ EN MATIÈRE DE SANTÉ DANS QUATRE BUREAUX DE SANTÉ DE L'ONTARIO**



### **Coordonnées**

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

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

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

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2015). *Leadership pour l'équité en santé : Le sentier choisi – renforcer la capacité organisationnelle d'améliorer l'équité en santé dans quatre bureaux de santé de l'Ontario*. Antigonish (N. É.), Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.

ISBN : 978-1-987901-11-5

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

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

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

A PDF format of this publication is also available in English at [www.nccdh.ca](http://www.nccdh.ca) under the title *The path taken: Developing organizational capacity for improving health equity in four Ontario health units*.

## REMERCIEMENTS

Diana Daghofer, de Wellspring Strategies, a rédigé le présent document après avoir mené des recherches sur le sujet.

Ce rapport n'aurait pu voir le jour sans le leadership de certains champions de quatre bureaux de santé de l'Ontario qui ont bien voulu collaborer à l'élaboration de l'étude de cas et interroger des membres du personnel de leur bureau de santé afin d'éclairer le processus :

- James Macintosh, épidémiologiste, Santé publique, région du Niagara
- Marty Mako, promoteur de la santé, Santé publique, région du Niagara
- Renée St Onge, directrice, Division des ressources, de la recherche, de l'évaluation et du développement (RRED), Service de santé publique de Sudbury et du district
- Marcela Tapia, superviseure, Unité de l'équité en santé, Santé publique Ottawa
- Megan Williams, gestionnaire, Promotion de la santé et Communications, Bureau de santé du comté de Simcoe-Muskoka
- Dana Wilson, spécialiste de la norme fondamentale, Division des ressources, de la recherche, de l'évaluation et du développement (RRED), Service de santé publique de Sudbury et du district

Lesley Dyck, Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, a orienté les diverses étapes du projet et passé en revue la version définitive de l'étude de cas. Des remerciements particuliers vont à Hannah Moffatt, responsable des initiatives pour l'équité en santé des populations, Office régional de la santé de Winnipeg, et Cristabel Sosa, analyste des politiques publiques favorisant la santé, Service de santé de l'Alberta, pour leurs commentaires à la suite d'une première lecture de l'étude de cas.

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

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

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

## 1 À propos de l'étude de cas

La santé publique a comme priorité officielle de traiter des causes profondes des iniquités sociales et des effets qu'elles ont sur la santé, et le médecin-hygiéniste en chef du Canada<sup>1</sup> a dégagé des priorités d'action à cet égard. Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) a examiné plus en profondeur le rôle et la capacité des praticiens et organismes de la santé publique du Canada d'agir sur les déterminants sociaux de la santé pour améliorer l'équité en santé.

Les deux analyses contextuelles réalisées par le CCNDS, l'une en 2010 et l'autre en 2014<sup>2,3</sup>, résumaient les résultats de revues documentaires, d'entretiens avec des informateurs clés, de groupes de réflexion et de sondages menés auprès des chercheurs et des praticiens œuvrant dans diverses sphères de la santé publique au Canada. Les conclusions ont permis de déterminer les défis à relever pour agir sur l'équité en santé, de même que les rôles et les stratégies possibles pour les praticiens de la santé publique et les pistes intéressantes pour faire avancer l'équité en santé. Parmi les ingrédients de base pour exercer une action positive sur l'équité en santé, soulignons le leadership, la capacité organisationnelle, les données probantes pertinentes, le perfectionnement du personnel et la participation de partenaires désireux d'agir<sup>2,3</sup>.

La capacité organisationnelle est un élément crucial pour faciliter l'action de la santé publique sur les déterminants sociaux de la santé. Récemment publié, le document *A Conceptual Framework of Organizational Capacity for Public Health Equity*

*Action (OC-PHEA)* (cadre conceptuel de la capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé publique) se révèle utile pour définir les éléments nécessaires pour orienter la recherche, les discussions et l'action afin de renforcer la capacité de la santé publique d'atteindre ses objectifs en matière d'équité en santé<sup>4</sup>. La présente étude de cas suit la structure de ce cadre pour rapporter les progrès réalisés par quatre bureaux de santé publique de l'Ontario quant à leur démarche pour intégrer la notion des déterminants sociaux de la santé dans les processus organisationnels et les activités courantes.

Les bureaux de santé publique dont il est question dans la présente étude de cas sont les suivants : Bureau de santé publique de la région du Niagara; Santé publique Ottawa; Bureau de santé du comté de Simcoe-Muskoka; et Service de santé publique de Sudbury et du district. Chacun de ces bureaux consacre du temps et de l'énergie à sa façon dans les questions d'équité en santé. Cela dit, tous misent sur le leadership, les structures organisationnelles habilitantes, les données probantes locales, la formation du personnel et plus de partenariats avec les membres de la collectivité. Chaque bureau de santé publique a ses propres forces et façons de faire en fonction de son propre contexte. Cela n'empêche pas de constater certains points en commun. Les caractéristiques particulières du travail réalisé par les divers bureaux de santé sont présentées dans les capsules insérées dans les pages du présent document. Les divers sentiers choisis et les leçons apprises chemin faisant pour instaurer une démarche axée sur l'équité en santé peuvent servir de modèles intéressants à d'autres organismes de santé publique qui cherchent à renforcer leur démarche à ce titre.

## 2 Agir sur l'équité en santé en tant qu'organisme de santé publique

Il s'est effectué un virage graduel dans la façon d'intégrer les déterminants sociaux de la santé dans les pratiques de la santé publique au Canada. Dans son analyse du contexte préparée en 2010, le CCNDS a montré que, bien qu'il y ait eu un grand nombre de discussions sur la question partout au Canada, l'action concertée semblait se limiter « aux précurseurs et aux innovateurs »<sup>3</sup>. La plupart des organismes de santé publique n'ont pas encore institutionnalisé les pratiques axées sur la réduction des iniquités en santé. On attribue en partie ce fait aux différences dans la capacité organisationnelle et individuelle, y compris au manque de compétence en matière d'épidémiologie, d'engagement, de mobilisation et de développement communautaires et de travaux de plaidoyer. Les autres obstacles soulevés dans le rapport tournent autour du manque de clarté quant au rôle que devrait jouer la santé publique pour atténuer les iniquités en santé, aux lacunes sur le plan des données probantes, au manque de leadership et de communications efficaces, et au manque d'appui de la part des entités organisationnelles et politiques. Selon l'analyse du contexte, la santé publique semblait alors axer sa démarche sur le comportement et le style de vie des individus.

Déjà, l'analyse du contexte de 2014 a fait ressortir un virage favorable. Bien que certaines préoccupations soulevées dans l'analyse du contexte de 2010 se faisaient toujours sentir, les participants ont souligné l'amélioration du contexte et la multiplication des mesures pour faire avancer l'équité en santé dans le domaine de la santé publique<sup>2</sup>. Les progrès concernent principalement l'attention, l'intérêt et les conversations, dont un engagement envers l'équité en santé dans toutes les sphères de la santé publique. Les chercheurs ont relevé des exemples de l'application de la perspective de l'équité en santé dans les processus d'analyse des données sur la santé et les rapports connexes et dans les projets de recherche. On a également noté d'autres exemples de mesures prises pour l'équité en santé dans

d'autres secteurs d'activités, dont les administrations municipales, les organismes non gouvernementaux et les groupes communautaires.

Malgré une plus grande attention à la question, les participants à l'analyse du contexte en 2014 sont demeurés prudents quant à savoir si l'intérêt s'était traduit en changements mesurables par rapport aux iniquités en santé<sup>2</sup> tout en offrant quelques pistes intéressantes :

- une multitude de nouvelles formes de structures et de mesures organisationnelles axées sur l'équité en santé (p. ex. postes désignés, comités consultatifs, plans stratégiques);
- un leadership démontré à l'égard des initiatives d'équité en santé, malgré un écart considérable selon le contexte;
- un engagement des partenaires du secteur de la santé, ce qui semblait de bon augure pour ce qui est par exemple d'instaurer des normes sur l'équité en santé dans les réformes des soins de santé, de faire participer la population aux discussions sur l'équité en santé et de créer des outils à l'intention des fournisseurs de soins de santé primaires;
- une expansion des réseaux axés sur l'équité en santé et l'harmonisation des priorités en matière d'équité en santé.

Les participants ont mentionné le besoin de perfectionnement professionnel en matière d'évaluation et de surveillance, de recherche et d'évaluation, d'analyse des politiques et de plaidoyer et d'engagement communautaire<sup>2</sup>. Ils ont également répété l'urgence de clarifier la terminologie et les messages, afin que ce qui est dit au sujet de l'équité en santé puisse trouver un écho au-delà du secteur de la santé publique.

Partout au Canada, on a réalisé bien des progrès au cours des années séparant les deux analyses du contexte du CCNDS pour influencer la santé pour tous<sup>2</sup>. De nombreux organismes de santé publique montrent comment il est possible de se servir à sa façon de tels exemples, y compris les quatre exemples qui font partie de la présente étude de cas.

## STRATÉGIE DU BUREAU DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA RÉGION DU NIAGARA – BÂTIR DE L'INTÉRIEUR

Pour bien ancrer ses travaux au chapitre des déterminants sociaux de la santé, le Bureau de santé publique de la région du Niagara a amorcé en 2010 une démarche en trois phases axée sur la formation du personnel sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé. En commençant de l'intérieur et bénéficiant du soutien de la haute direction, l'organisme a choisi des champions des déterminants sociaux de la santé parmi les diverses sphères du service de santé, puis les a chargés de former leurs collègues. À l'aide d'ateliers interactifs et du jeu de société « Coup de grâce! » comme outils d'apprentissage, l'organisme a ainsi formé huit champions. Il a ensuite appuyé et encouragé la réalisation de la phase suivante de la stratégie, c'est-à-dire une formation adaptée aux programmes afin que le personnel de la santé publique puisse être en mesure de passer de la théorie à la pratique en matière de déterminants sociaux de la santé. Ainsi, en 2012, une série d'ateliers ont été offerts pour donner aux membres du personnel l'occasion d'appliquer leurs connaissances, leurs compétences, les concepts et les théories à leur travail quotidien. On a ensuite créé une Carte d'outils sur les déterminants sociaux de la santé, que le personnel de la santé publique peut adapter à ses fonctions et aux programmes sous sa responsabilité, au besoin.

Six mois après la formation, on a procédé à l'évaluation du processus à l'aide d'un sondage. Plus de 60 p. 100 des répondants ont déclaré avoir utilisé depuis leur formation au moins l'un des outils sur les déterminants sociaux de la santé dans le cadre

de leurs activités quotidiennes. La troisième phase visait à faire tomber les obstacles à l'utilisation de la Carte d'outils en l'incorporant dans les processus de planification et d'évaluation des programmes. Au cours de la période de mise en œuvre de la stratégie en trois phases, l'organisme a continué de recruter des personnes pour son groupe de champions des déterminants sociaux de la santé et d'offrir de la formation additionnelle. Enfin, un modèle d'équité en santé et de déterminants sociaux de la santé est en cours d'élaboration au Bureau de santé publique de la région du Niagara.

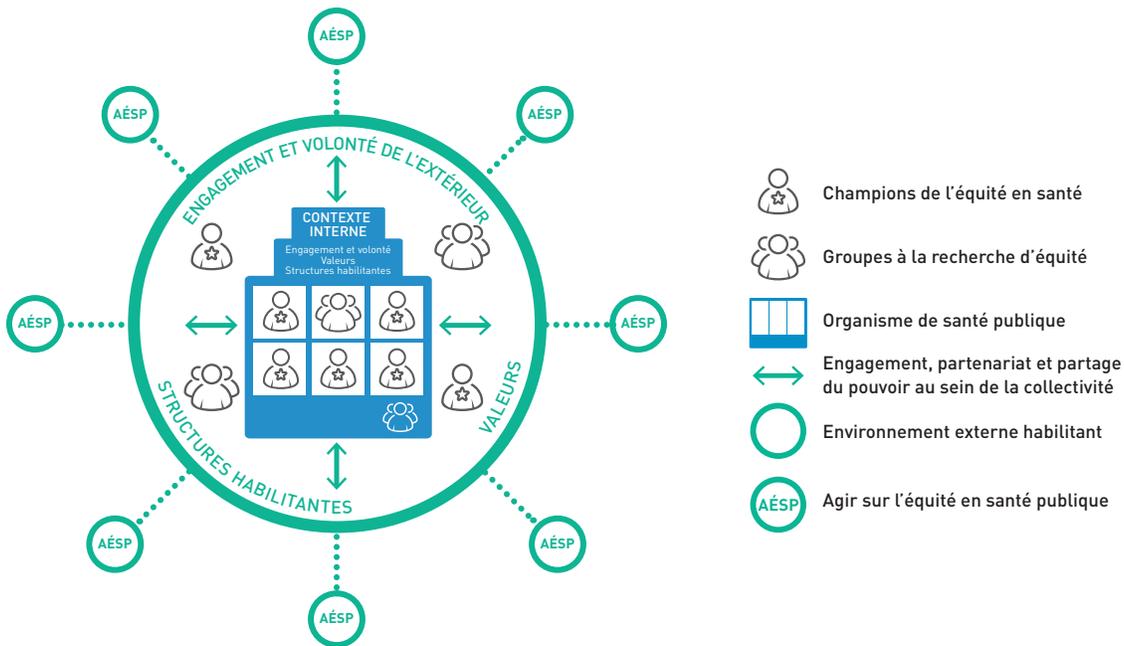
L'équipe responsable de la mise en œuvre de la stratégie tire certaines leçons clés, dont les suivantes :

- faire participer dès le départ la haute direction aux démarches en matière de déterminants sociaux de la santé;
- prévoir un mécanisme d'évaluation afin de maintenir l'intérêt et d'éclairer la suite de la démarche;
- s'attendre à ce que l'application de la théorie à la pratique prenne du temps (dans la région du Niagara, il a fallu trois ans et demi depuis la formation initiale jusqu'au début de la troisième phase);
- utiliser les principes de l'apprentissage chez les adultes et obtenir l'engagement du personnel de première ligne de toutes les sphères du service, ce qui assurera la réussite de la stratégie. L'approche de collègue à collègue et l'apprentissage interdisciplinaire réussiront mieux si l'on mise sur l'expérience variée et exhaustive des praticiens.

# 3

## Capacité, rôles et stratégies pour agir sur l'équité en santé publique

Les quatre bureaux de santé publique cités en exemple dans la présente étude de cas fonctionnent différemment, mais ont tous à cœur d'avoir une capacité organisationnelle assez solide pour réduire les iniquités en santé observées dans leurs groupes de population. Jusqu'à tout récemment, il n'existait aucun cadre conceptuel qui regroupait tous les éléments à considérer pour en arriver à ce que la santé publique ait la capacité requise pour atteindre ses objectifs en matière d'équité en santé. En 2013, des chercheuses ont élaboré le cadre conceptuel de la capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé publique [A Conceptual Framework of Organizational Capacity for Public Health Equity Action (OC-PHEA)] en s'appuyant sur les constatations issues de consultations auprès des champions de l'équité en santé publique au Canada<sup>4</sup>. Le cadre peut servir à orienter les recherches, les discussions et les mesures destinées à renforcer la capacité de la santé publique d'atteindre ses objectifs d'équité en santé. Les auteurs de la présente étude de cas ont structuré leur démarche à la lumière de ce cadre conceptuel tout en tenant compte des stratégies et des rôles définis par le CCNDS et que peut mettre en pratique la santé publique pour réduire les iniquités en santé<sup>2,3,5</sup>.



### 3.1 Capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé publique

Le cadre conceptuel de la capacité organisationnelle se révèle particulièrement utile parce qu'il permet de déterminer les facteurs présents dans les environnements interne et externe qui influent sur la capacité d'un organisme de passer à l'action. En faisant ressortir les notions de valeurs, d'engagement et de volonté d'agir et de structure habilitante, le cadre montre que la capacité de la santé publique d'agir sur l'équité en santé repose en grande partie sur les liens et les influences au sein des collectivités et des structures et des systèmes dans lesquels évoluent les deux pôles.

Les flèches bilatérales illustrent l'influence réciproque entre les deux pôles, souvent sous forme d'engagement communautaire, de partenariats plurisectoriels et de partage de pouvoir. Un certain nombre d'acteurs, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la santé publique, influent sur le degré de réussite des initiatives. Il s'agit entre autres des champions et des membres des groupes de populations à la recherche d'équité.

À la lumière de ce cadre conceptuel, nous couvrirons l'environnement externe avant d'aborder les facteurs présents dans le contexte interne qui facilitent l'action en matière d'équité en santé au sein des quatre bureaux de santé publique analysés.



### 3.2 Rôles associés à l'action en santé publique

En matière de déterminants sociaux de la santé, aucun organisme du Canada ne peut espérer s'engager dans la voie du changement dans des circonstances idéales. Il est impossible d'avoir tout en place pour mener sans heurt une action pour améliorer les résultats de santé qui dépendent de facteurs sociaux. Cela dit, les quatre bureaux de santé publique de l'Ontario étudiés dans la présente étude de cas ont réussi à accomplir de grandes choses en cherchant à renforcer leur capacité organisationnelle afin de pouvoir cheminer vers l'équité en santé dans leurs collectivités respectives.

En 2014, le CCNDS avait défini quatre rôles clés que pouvait jouer la santé publique pour agir sur les déterminants de la santé afin de réduire les iniquités en santé<sup>5</sup> :

- *Évaluer* la santé des populations *et en faire rapport* afin de dégager l'incidence des iniquités en santé et les stratégies efficaces pour les atténuer.
- *Modifier et orienter* les interventions de la santé publique afin d'atténuer les iniquités, y compris en tenant compte des capacités et des besoins particuliers des populations à servir en priorité.
- *Établir des partenariats* avec d'autres organismes gouvernementaux et communautaires afin de répondre aux besoins des populations ciblées en mettant sur pied les services et les programmes appropriés.
- *Diriger* l'analyse et l'élaboration des politiques et les travaux de plaidoyer pour des améliorations en matière de déterminants et d'iniquités en santé, et collaborer avec d'autres organismes à cet effet.

Les participants à l'analyse du contexte en 2010 ont souligné que les éléments suivants sont essentiels pour bien jouer ces rôles<sup>3</sup> :

- un *leadership* qui soit collaboratif;
- le *développement organisationnel et systémique* à l'intérieur et à l'extérieur du secteur de la santé;
- le fait de colliger et d'appliquer de l'*information et des données probantes*;
- *l'éducation et la conscientisation* du personnel de la santé publique et de la population en général;
- *l'acquisition d'habiletés* grâce à un apprentissage participatif;
- *l'établissement de partenariats* avec des organismes à l'intérieur et à l'extérieur du secteur.

Les rôles et les éléments cités ci-dessus transpirent dans les actions menées pour atténuer les iniquités de santé dans les quatre bureaux de santé publique dont il est question dans la présente étude de cas. L'expérience de chacun montre qu'il est impossible de jouer ces rôles en vase clos et que la progression peut dépendre de plusieurs facteurs à la fois. On s'est rendu compte d'un changement non pas sous l'effet d'un « basculement subit » à l'atteinte d'une certaine étape, mais plutôt sous l'effet des conditions propices créées par le système pour agir positivement sur l'équité en santé au sein de leur organisme. Les similitudes et les différences dans les démarches font ressortir l'importance de bien comprendre la culture organisationnelle et le contexte dans lequel évolue l'organisme et de se montrer assez souple pour tirer avantage des occasions aussitôt que celles-ci se présentent.

## 4 Environnement externe

En Ontario, le secteur de la santé publique est structuré autour de bureaux de santé publique dirigés par des conseils de santé. Un peu plus des deux tiers des conseils de santé ontariens sont des organes autonomes créés pour fournir des services de santé publique à l'échelle locale. Les autres sont représentés par les conseils municipaux. En fait, il y a :

- 22 conseils de santé autonomes fonctionnant en dehors de la structure administrative de leur municipalité d'attache;
- 4 conseils de santé autonomes intégrés aux structures municipales;
- 4 conseils de santé qui sont des conseils de municipalités à palier unique;
- 6 conseils de santé qui sont des conseils de municipalités régionales<sup>4</sup>.

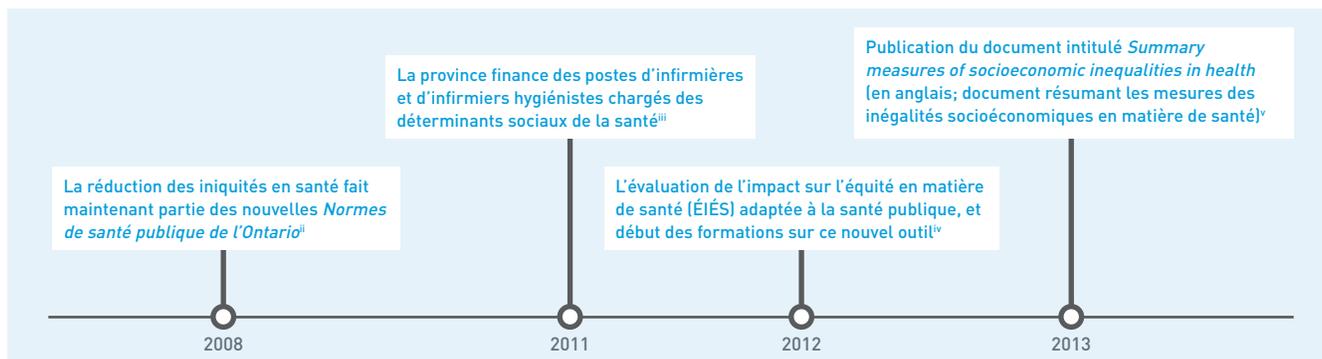
Quelle que soit leur structure, tous les conseils de santé ont les mêmes responsabilités. Ils se composent de membres du conseil municipal, soit de représentants élus ou de représentants de la collectivité, et de personnes nommées par le gouvernement provincial, au besoin. Les bureaux de santé publique de Simcoe-Muskoka et de Sudbury ont la même structure autonome. Le bureau

d'Ottawa fonctionne suivant la structure municipale intégrée, et le bureau de la région du Niagara fonctionne suivant la structure régionale.

Les bureaux de santé publique de l'Ontario collaborent de diverses manières avec les autres fournisseurs de services de santé, y compris les fournisseurs de soins primaires, les centres de santé communautaire et les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Ces derniers s'occupent de planifier, d'intégrer et de financer les services de soins de santé, y compris les hôpitaux, les centres d'accès aux soins communautaires, les soins à domicile, les soins de longue durée et les programmes de santé mentale, dans des zones géographiques données.

Parallèlement aux efforts des bureaux de santé de l'Ontario pour renforcer leur capacité d'intégrer la perspective de l'équité dans leurs programmes et services, le gouvernement provincial s'occupe de revoir sa stratégie de santé publique et ses plans et outils connexes. Certains champions et certains bureaux de santé publique ont exprimé leur appui indéfectible au gouvernement à ce titre, y compris pour ce qui est de tenir compte de l'équité en santé dans les *Normes de santé publique de l'Ontario*. Comme nous l'avons déjà vu avec le cadre conceptuel AÉSP, les environnements interne et externe s'influencent mutuellement pour engendrer un changement.

### LES JALONS SUIVANTS FONT ÉTAT DES PRINCIPALES RÉALISATIONS DANS LA PROVINCE ET DONNENT UN APERÇU DE L'ENVIRONNEMENT EXTERNE DANS LEQUEL ÉVOLUENT LES BUREAUX DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'ONTARIO.



<sup>i</sup> RLISS de l'Ontario [Internet]. Ottawa (Ont.): Réseaux locaux d'intégration des services de santé, c2014 [cité le 20 mars 2015]. À consulter à l'adresse [www.lhins.on.ca/?sc\\_Lang=fr-CA](http://www.lhins.on.ca/?sc_Lang=fr-CA).

<sup>ii</sup> Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. « Normes de santé publique de l'Ontario » [Internet]. Ottawa (Ont.): gouvernement de l'Ontario, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, c2009-2010. Normes de santé publique de l'Ontario [modifié le 22 février 2013; cité le 6 mars 2015]; [environ deux écrans]. À consulter à l'adresse [www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph\\_standards/default.aspx](http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/default.aspx).

<sup>iii</sup> Peroff-Johnson, N., et I. Chan. « Evaluation of the social determinants of health nursing initiative among health units in Ontario ». Présentation dans le cadre de la Conférence IISCC 2012. *Proceedings of the 6th National Community Health Nursing Conference*. Du 14 au 16 mai 2012, Toronto (Ont.). À télécharger à l'adresse [www.chnc.ca/documents/D6\\_Evaluation.pdf](http://www.chnc.ca/documents/D6_Evaluation.pdf) (en anglais).

<sup>iv</sup> Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Guide de travail pour l'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES) [Internet]. Ottawa (Ont.): gouvernement de l'Ontario, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2012 [cité le 6 mars 2015]. 44 p. À télécharger à l'adresse [www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/hea/docs/workbook.pdf](http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/hea/docs/workbook.pdf).

<sup>v</sup> Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé. *Summary measures of socioeconomic inequalities in health*. Santé publique Ontario. 2013 [cité le 6 mars 2015]. 67 p. À télécharger à l'adresse [www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Summary\\_Measures\\_Socioeconomic\\_Inequalities\\_Health\\_2013.pdf](http://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/Summary_Measures_Socioeconomic_Inequalities_Health_2013.pdf) (en anglais).

## SENTIER VERS L'ÉQUITÉ EN SANTÉ À SANTÉ PUBLIQUE OTTAWA

Santé publique Ottawa a une longue feuille de route pour ce qui est d'utiliser le partenariat pour communiquer avec les populations à prioriser dans la région. Toutefois, le rapport *Comblant le fossé en une génération* (2008) publié par l'Organisation mondiale de la Santé a ravivé l'intérêt envers une démarche plus coordonnée pour atteindre les objectifs d'équité en santé.

L'organisme a franchi des jalons importants dans le cadre de son processus de transformation organisationnelle destiné à soutenir explicitement les efforts en matière d'équité en santé. Par exemple, Santé publique Ottawa a réalisé ce qui suit :

- dans son *Plan stratégique 2011-2014*, incorporation de priorités visant plus particulièrement à réduire les iniquités en santé;
- élaboration et intégration graduelle de mesures de rendement afin de suivre et d'encourager l'utilisation systématique de l'ÉIÉS avant de mettre sur pied de nouveaux programmes et projets;
- composition d'une équipe de l'équité en santé afin de renforcer le leadership exercé collectivement pour l'équité en santé au sein de l'organisme.

Parallèlement, la participation du personnel à des projets communautaires, l'action de champions présents dans tous les échelons de l'organisme et des changements sur les plans sociopolitiques et économiques ont engendré des changements profitables pour la clientèle. Une action concertée avec d'autres secteurs a permis d'aborder des dossiers associés à l'éducation, au logement et aux services sociaux, ce qui a eu pour effet de mieux intégrer les processus programmatiques visant les groupes de population prioritaires.

La démarche de Santé publique Ottawa par rapport à la santé des Autochtones, par exemple, a subi des transformations majeures. La D<sup>re</sup> Vera Etches, médecin hygiéniste adjointe, s'est révélée une véritable championne en veillant à ce que le Programme de santé des Autochtones soit dorénavant axé sur l'équité en santé. Kim Trotter, infirmière

hygiéniste chargée des déterminants sociaux de la santé et entre autres responsable d'agir comme liaison en matière de santé des Autochtones, note une détermination beaucoup plus grande de la part de l'organisme, voire de tous les intervenants de la région, envers la santé et le mieux-être des Autochtones vivant en ville. Parmi les facteurs de réussite, mentionnons d'abord l'enrichissement constant de la base de données probantes reliant les iniquités de santé des Autochtones aux déterminants sociaux de la santé et les efforts concertés des partenaires locaux et du Comité d'étude sur les questions autochtones mis sur pied par la Ville et composé de membres pluridisciplinaires et intersectoriels.

Parmi les grands changements au Programme de santé des Autochtones d'Ottawa, soulignons les suivants :

- une démarche plus systématique et exhaustive;
- de meilleures coordination et harmonisation des équipes et des actions;
- une plus grande responsabilisation, y compris des livrables et des mesures de rendement précis;
- un appui à la participation du personnel à un Réseau d'intervention directe pour les Autochtones que Santé publique Ottawa a mis sur pied à l'interne;
- une plus grande ouverture ces dernières années aux possibilités de formation sur les compétences culturelles;
- la désignation de personnel chargé de la liaison avec les partenaires autochtones locaux.

De conclure Kim : « Nous avançons à grands pas sur le sentier vers l'équité en santé. Grâce à une compréhension mutuelle et à une vision commune, à des champions actifs qui font entendre leur voix, à une plus grande collaboration entre partenaires et à l'inclusion de l'équité en santé parmi les objectifs clés de l'organisme, je suis convaincue que nous prendrons encore plus de vitesse en 2015. »  
[Traduction libre]

# 5

## Contexte interne – structure organisationnelle

Le contexte interne qui facilite l'action pour l'équité en santé dans les quatre bureaux de santé publique dont il est question dans la présente étude de cas : l'engagement et la volonté, les valeurs et la structure habilitante.



Comme la plupart des bureaux de santé, nous avons à cœur le mieux-être des populations défavorisées depuis très longtemps, mais nous n'avons pas travaillé pour l'équité en santé ou pour certaines populations en priorité d'une manière officielle ou continue. Aujourd'hui, nos efforts en ce sens sont plus intentionnels, plus courants et plus simples.



[Traduction libre]

D<sup>RE</sup> LISA SIMON  
BUREAU DE SANTÉ DU COMTÉ DE SIMCOE-MUSKOKA

### 5.1 Engagement et volonté

Parfois, l'engagement par rapport à l'équité en santé provient d'une personne dévouée, un champion qui lutte pour la cause. Dans d'autres cas, ce sont les membres de la haute direction qui reconnaissent l'importance de la démarche et qui mettent en place les mesures voulues pour appuyer toute action sur les déterminants sociaux de la santé. Une combinaison de facteurs peut faciliter l'action, mais le soutien de la haute direction joue un rôle crucial.

Un cadre, comme un médecin hygiéniste, est bien placé pour obtenir le soutien de la haute direction. En Ontario, le médecin hygiéniste est également à la tête du bureau de santé publique, ce qui accentue son pouvoir d'influence. Le médecin hygiéniste de Sudbury, la D<sup>re</sup> Penny Sutcliffe, incarne le leadership solide et

positif qui incite à l'action au sein du bureau de santé. L'une des premières initiatives mises de l'avant par la D<sup>re</sup> Sutcliffe en 2005 a été de faire approuver par le conseil de santé la déclaration sur les déterminants de la santé du Service de santé publique de Sudbury et du district.

Dans la région du Niagara, grâce au soutien explicite de la haute direction, on a recruté des champions au sein des membres du personnel qui avaient à cœur l'équité en santé. Avec de la formation et le soutien de leur gestionnaire, ces champions ont pu travailler de l'intérieur pour transmettre leurs connaissances et leurs compétences en matière de déterminants sociaux de la santé en utilisant une approche d'égal à égal entre homologues.

Les quatre bureaux de santé publique ont tous souligné l'engagement organisationnel au chapitre de l'équité en santé, parce que l'agence a fait des déterminants sociaux de la santé une priorité explicite ou encore une priorité stratégique officielle. Par ailleurs, ils ont entièrement adhéré aux initiatives provinciales, par exemple à l'institutionnalisation de l'Évaluation d'impact sur l'équité en matière de santé (ÉIÉS)<sup>7</sup>, puis investi judicieusement les fonds destinés aux infirmières et infirmiers hygiénistes chargés des déterminants sociaux de la santé. En appuyant ainsi l'équité en santé, l'agence montre que les efforts à ce titre ne relèvent pas seulement du personnel chargé du dossier, mais de l'ensemble du personnel.

Le perfectionnement et la formation du personnel sont un autre indice du soutien et de l'engagement financier de la direction pour l'équité en santé. Dans la région du Niagara, par exemple, les gestionnaires de tous les services ont accepté que les membres du personnel consacrent temps et efforts pour suivre de la formation et assumer le rôle de champion des déterminants sociaux de la santé. L'élaboration d'une « série d'outils » sur les déterminants sociaux de la santé et la formation du personnel sur les modalités d'application de la théorie sur l'équité en santé témoignent de l'engagement soutenu dans ce dossier.

À Santé publique Ottawa, l'établissement d'un leadership pour l'équité en santé structuré et coordonné est devenu une priorité. Les objectifs sont de déterminer qui sont les champions et quels sont les atouts de l'organisme, et de mettre sur pied un comité de leadership en matière d'équité en santé dont la responsabilité sera d'orienter et de soutenir les activités de conscientisation et de formation du personnel au chapitre de l'équité en santé. Dans le comté de Simcoe-Muskoka, la direction a appuyé la tenue d'une journée de formation sur les déterminants sociaux de la santé à laquelle a participé l'ensemble du personnel. Selon Rebecca Dupuis, l'infirmière hygiéniste chargée des déterminants sociaux de la santé à ce moment-là : « Même avant cette journée, nous avons compris le message quant à l'importance de la question quand la direction a adhéré sans hésiter à l'idée de tenir une journée complète de formation. » [Traduction libre]

## 5.2 Valeurs

Une organisation fonde ses valeurs sur les individus qui la composent. Les participants à la présente étude de cas se sont montrés d'avis que les individus arrivent en santé publique avec des valeurs professionnelles qui reflètent l'importance qu'ils accordent à l'équité en santé et à la justice sociale. Ces valeurs sont parfois véhiculées par un leadership provenant de l'amont, c'est-à-dire par la direction. D'autres fois, ce sont les travailleurs de première ligne qui nourrissent ces valeurs. Par exemple, en constatant les conditions dans lesquelles vit leur clientèle, ils veulent intervenir pour changer les

facteurs sous-jacents qui empêchent leurs clients de vivre en meilleure santé.

Peu importe, le leadership joue un rôle clé et se révèle plus percutant si on le conjugue aux valeurs propres d'une équipe dans son ensemble. Il peut s'avérer difficile de répandre les valeurs d'équité en santé au sein d'un organisme, voire au-delà. La majorité des personnes interrogées pour la présente étude de cas ont souligné l'avantage de disposer d'un outil propice à la conversation. La plupart se sont servi de la vidéo produite par le Service de santé publique de Sudbury et du district et intitulée *Engageons une conversation sur la santé... sans jamais parler de soins de santé*<sup>8</sup> de diverses façons, que ce soit avec le personnel, les parties prenantes ou les décideurs. Le jeu de société « Coup de grâce! » a servi d'outil de formation par excellence pour les champions de la région du Niagara. Les deux outils permettaient de faciliter non seulement la communication et le dialogue, mais aussi le cheminement et la réflexion au sujet des rôles de chaque personne et de la santé publique en général.

Parmi les praticiens interrogés, certains ont mentionné profiter de l'histoire vécue, de l'expérience, des relations et de la valeur du travail de leurs collègues et s'en montrent très reconnaissants parce qu'ils estiment que les démarches pour l'équité en santé doivent reposer sur de solides assises. L'ouverture d'esprit, la bienveillance et l'empathie à l'égard des populations prioritaires, une approche collaborative et une bonne capacité d'écoute font partie de l'ensemble des valeurs évoquées comme étant essentielles pour promouvoir l'équité en santé.



L'équité en santé est ancrée dans le cœur de notre équipe de soins dentaires, en raison de la personnalité de ses membres, mais aussi de la nature de leurs fonctions. Ils travaillent plus souvent en première ligne que la plupart des membres du service de santé publique et voient tous les jours la possibilité de changer des vies. [Traduction libre]



MARTHA ANDREWS

SERVICE DE SANTÉ PUBLIQUE DE SUDBURY ET DU DISTRICT

<sup>8</sup> Reeve, K., et K. Rossiter. « Coup de grâce! » [Internet]. Ontario: [éditeur inconnu]; c2007 [cité en mars 2015]. À télécharger à l'adresse <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/the-last-straw>.



Savoir l'importance des données probantes se veut une autre qualité de première importance. L'accès à des données de qualité et aux résultats des évaluations facilite l'obtention du soutien de la direction et des partenaires de l'extérieur du secteur de la santé publique. Les données recueillies dans le cadre de l'Étude des quartiers d'Ottawa (ÉQO) ou les cartes produites par le Système d'information géographique (SIG) qui fait partie intégrante de la démarche de la région du Niagara au chapitre des déterminants sociaux de la santé permettent d'orienter les programmes, mais aussi de démontrer l'immense potentiel que présente l'application de la notion de l'équité en santé, en la soutenant de données fiables, à toutes les étapes de l'élaboration des programmes, en commençant par la détermination des quartiers à prioriser jusqu'à la conception et à la mise en place de manière collaborative des interventions pour s'attaquer aux priorités locales mentionnées par les résidents. Par contre, la direction ou les bailleurs de fonds donnent souvent le manque de données solides comme raison de ne pas s'engager dans une démarche axée sur l'équité en santé. Bien que le manque de données probantes intéressantes (et de ressources voulues pour les générer) soit de toute évidence une lacune à corriger, la pression exercée sur les bureaux de santé publique et leurs partenaires pour produire des « données précises »

sur l'équité en santé va de pair avec la reconnaissance que les données précises ne permettent pas de dresser un portrait complet de la situation.

### 5.3 Structure habilitante

Les participants estiment que la structure est l'élément qui leur permet le plus de travailler pour l'équité en santé. Les qualités en commun comprennent les suivantes :

- les plans stratégiques et opérationnels qui mentionnent l'équité en santé comme étant une priorité;
- les comités directeurs et d'orientation multidisciplinaires et multiniveau qui servent à établir des politiques et des processus connexes et à garantir une interaction entre et parmi les divers niveaux;
- les équipes, les bureaux et les services pour l'équité en santé qui appuient les démarches en matière de déterminants sociaux de la santé, soit sur le plan organisationnel ou programmatique;
- la cartographie des SIG, les évaluations de la conjoncture et tout autre élément de divulgation volontaire conçu pour identifier les populations prioritaires;

- les mesures, le suivi et l'évaluation systématiques axés sur l'équité en santé afin de permettre aux responsables des programmes de cibler et d'adapter les activités au besoin;
- les outils, la formation et les autres ressources portant sur les déterminants sociaux de la santé afin d'aider le personnel;
- le soutien nécessaire pour établir des liens avec des partenaires de la région grâce à des comités externes ou à des activités locales particulières.

Le fonctionnement des équipes pour l'équité en santé diffère d'un bureau de santé publique à un autre parmi ceux étudiés. À Sudbury, l'Équipe des ressources et de l'application des connaissances sur l'équité en santé est un groupe interdivisionnel et interdisciplinaire qui dessert l'ensemble du Service de santé publique. Sa structure assure une représentation, des communications et l'adhésion de part et d'autre du service de santé publique. Dans la région du Niagara, on utilise une approche « du bas vers le haut » ou communautaire. Les membres de l'équipe interdisciplinaire chargée des déterminants sociaux de la santé proviennent entre autres des Services cliniques et des Services de santé de la famille. Le bureau de santé publique a également mis sur pied un Groupe de travail sur les déterminants sociaux de la santé qui sert de courroie de transmission.

Parmi les ressources axées sur l'équité en santé, les plus fréquemment mentionnées sont celles qui permettent :

- d'accroître les connaissances et de stimuler la discussion, par exemple la vidéo *Engageons une conversation*<sup>8</sup>;
- de fonder les pratiques sur des données probantes, comme le document intitulé *10 pratiques prometteuses pour réduire les iniquités sociales en matière de santé dans les cadres locaux de santé publique*<sup>9</sup>;
- d'orienter les efforts, particulièrement l'outil pour l'Évaluation d'impact sur l'équité en matière de santé (ÉIÉS)<sup>7</sup>.

Les quatre bureaux de santé publique dont il est question dans la présente étude de cas se sont servis de l'outil pour l'Évaluation d'impact sur l'équité en matière de santé dans de grandes ou de moindres mesures. Dans le comté de Simcoe-Muskoka, ces évaluations doivent faire partie intégrante de tous les programmes, ce qui étend la responsabilité en matière d'équité en santé à l'ensemble de l'organisme et permet de renforcer les compétences connexes. En plus de déterminer les effets sur les programmes et les changements à faire, « le simple fait d'avoir procédé à ce genre d'exercice nous a vraiment aidés à nous habituer et à adhérer à ce qu'il y a à faire au chapitre de l'équité en santé », a déclaré la Dre Lisa Simon, médecin hygiéniste adjointe pour le comté de Simcoe-Muskoka. Le processus a rendu les efforts d'évaluation plus tangibles. La Dre Simon a ajouté que cette décision qui peut sembler accessoire a permis de réussir à intégrer l'équité en santé. « Les gens peuvent comprendre, apprendre, mettre en œuvre et aller de l'avant. Ils se rendent compte que c'est faisable et réalisable et que ça peut ultimement mener à un changement positif et tangible. » [Traduction libre]

On a souligné que les mécanismes de suivi se révèlent très utiles pour évaluer les résultats et conserver l'appui de la direction. Toutefois, certains bureaux de santé publique ont fait remarquer qu'ils en étaient encore à l'étape de l'évaluation des processus, comme l'accès aux services et le nombre de demandes reçues de la collectivité. Ils espéraient pouvoir compter sur des mesures qui leur permettraient d'évaluer l'incidence sur leurs propres programmes, mais aussi sur la collectivité en général.

Bien que tous les éléments de la structure soient importants, leur intégration dans des plans coordonnés, détaillés et systématiques se révèle essentielle pour mettre en place des activités axées sur l'équité en santé.

## TROUVER LES DONNÉES PROBANTES NÉCESSAIRES À LA PRATIQUE : UNE CHAMPIONNE DONNE LE COUP D'ENVOI AUX EFFORTS POUR L'ÉQUITÉ EN SANTÉ À SUDBURY

La D<sup>re</sup> Penny Sutcliffe, médecin hygiéniste, a mis Sudbury sur le sentier vers l'équité en santé au début des années 2000. Le processus visait un changement de culture organisationnelle afin de faciliter les efforts pour l'équité en santé tout en veillant à créer puis à poursuivre des occasions à l'externe de faire progresser l'équité en santé.

On a donc commencé par obtenir l'appui du conseil de santé de la région envers la *Déclaration sur les déterminants de la santé de Sudbury*. C'est au même moment que se sont amorcées les démarches pour arriver à transformer l'environnement externe en s'adjoignant l'aide du gouvernement provincial et du ministère de la Santé de manière à offrir l'assise et l'orientation voulues sur le plan local. Il s'agissait d'inclure la question du plaidoyer pour les déterminants sociaux de la santé dans les *Normes de santé publique de l'Ontario*.

Cette étape a été suivie d'une réorientation à l'interne afin d'appuyer les pratiques sur des données probantes et de mettre de l'ordre en créant des structures favorables, sans égard aux décisions éventuelles du gouvernement provincial. La direction s'est occupée de déterminer les pratiques de santé publique qui se révéleraient efficaces pour atténuer les iniquités sociales localement, ce qui a donné lieu à la parution du populaire document intitulé *10 pratiques prometteuses pour réduire les iniquités sociales en matière de santé dans les cadres locaux de santé publique*<sup>10</sup>.

La bourse de formation en utilisation de la recherche pour cadres qui exercent dans la santé (FORCES) du programme de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) a permis de déterminer et de résumer ces pratiques qui servent maintenant de base de données probantes pour la création de structures et d'outils

organisationnels et pour le perfectionnement des ressources humaines qui mèneront vers la réalisation de la vision et du plan décennal sur l'équité en santé.

On s'est servi des pratiques prometteuses pour créer une série d'outils communicationnels servant à appuyer la mise en œuvre du plan, dont un outil de marketing social utilisé par les membres du personnel pour faire participer non seulement la population, mais aussi leurs collègues et les décideurs, à une conversation au sujet de l'équité en santé. Parue en juin 2011, la vidéo de cinq minutes intitulée *Engageons une conversation au sujet de la santé... sans jamais parler de soins de santé*<sup>8</sup> a fait sensation dans le domaine de la santé publique. Elle s'est répandue comme une trainée de poudre chez les intervenants locaux, les organismes, les groupes de citoyens et les autres bureaux de santé publique. La vidéo et le guide d'utilisation montrent à quel point la santé concerne beaucoup plus les conditions sociales et économiques des individus que les soins médicaux comme tels. Certes, ces outils ont aidé le personnel de Sudbury dans la planification de ses programmes, mais ils ont aussi suscité la conversation et l'action par rapport aux politiques publiques en santé et la réduction des iniquités en santé.

Le Service de santé publique de Sudbury et du district et de nombreux autres bureaux de santé continuent d'utiliser la vidéo pour articuler les enjeux liés à l'équité en santé, et pour mieux faire comprendre les déterminants sociaux des iniquités en santé aux intervenants et à la population en général. Elle sert aussi à catalyser l'action autour de certaines pratiques prometteuses, par exemple l'action intersectorielle, l'engagement communautaire et le marketing social.

## 6 Individus et liens

### 6.1 Champions de l'équité en santé

As noted previously, champions can instigate initiatives in health equity as senior leaders or as front-line staff.

Comme nous l'avons mentionné précédemment, les champions peuvent inciter les cadres supérieurs ou le personnel de première ligne à mettre sur pied des activités axées sur l'équité en santé.

La D<sup>re</sup> Penny Sutcliffe a joué un rôle crucial à Sudbury. On la mentionne comme ayant été la principale force motrice qui a mené à l'instauration d'une démarche axée sur l'équité en santé dans la région. Le personnel a signalé qu'il y avait eu « une planification minutieuse, y compris de la part des décideurs des plus hautes sphères de l'organisme ». De toute évidence, les valeurs de la haute direction conjuguées à l'ensemble des valeurs et à l'ouverture d'esprit du personnel ont constitué une solide plateforme de lancement. L'utilité d'une cadre supérieure agissant comme championne réside dans le fait qu'elle est bien placée pour s'assurer qu'on maintient le cap sur l'équité en santé malgré les pressions concurrentes exercées de toutes parts.

Par ailleurs, le processus de formation des champions dans la région du Niagara voulait dire que les membres du personnel recevaient les commentaires de leurs collègues, ce qui est un mode d'apprentissage efficace chez les adultes. Les champions n'étaient pas des « spécialistes » qui se proclamaient tels, mais plutôt de simples collègues ayant la passion du sujet. Le modèle des champions leur a offert une plateforme, c'est-à-dire une occasion d'apprendre les uns des autres. Les collègues champions avaient l'avantage de provenir des membres du personnel et d'être plus susceptibles d'avoir le temps d'encadrer les autres.

On a également donné des exemples de membres du personnel qui sont devenus des mentors pour leurs collègues. Dans la région du Niagara par exemple, le travail de Stacey Allegro, une infirmière itinérante en santé sexuelle chargée des déterminants sociaux de la santé, a suscité l'intérêt de ses collègues de toutes

les sphères du bureau de santé publique. Certains lui ont demandé s'ils pouvaient l'observer et adopter les principes de réduction des méfaits qu'elle utilise dans son travail quotidien depuis de nombreuses années. Ces principes ont été reconnus officiellement comme des activités axées sur l'équité en santé, ce qui rehausse la crédibilité de son travail et lui permet d'exercer une meilleure influence sur la santé de sa clientèle.

La nature interdisciplinaire et multiniveau de bien des comités pour l'équité en santé sous la gouverne des bureaux de santé publique permet aux membres d'exercer une influence sur leurs collègues dans leur organisme. Tout comme pour le personnel infirmier chargé des déterminants sociaux de la santé à Sudbury, le personnel qui a des questions au sujet de l'équité en santé fait souvent appel à Miranda Berardelli, une inspectrice de la santé publique qui fait partie de l'Équipe des ressources et de l'application des connaissances sur l'équité en santé. Bon nombre de praticiens de la santé publique ont acquis des connaissances et des compétences considérables au fil des ans, ce qui est maintenant considéré comme particulièrement utile pour atteindre les objectifs organisationnels en matière d'équité en santé.

### 6.2 Groupes à la recherche d'équité

Il va sans dire que le secteur de la santé publique joue un rôle de plus en plus grand dans les questions d'équité, comme nous avons pu le constater dans les propos concernant les quatre bureaux de santé publique ayant participé à la présente étude de cas. C'est pourquoi les groupes communautaires voient de plus en plus la santé publique comme étant une alliée potentielle de premier choix. Des groupes qui peuvent avoir déjà établi de bons rapports avec certains praticiens s'adressent aux bureaux de santé publique pour des services auxquels ils n'auraient sans doute pas pensé par le passé. Au lieu de dire « ce n'est pas de notre ressort », les praticiens examinent les questions de plus près, en se demandant si elles pourraient s'inscrire dans une démarche axée sur l'équité en santé.



Le partenariat entre Santé publique Ottawa et le Groupe de travail sur la pauvreté et la faim (pour en connaître les détails, vous reporter à la capsule sur Santé publique Ottawa) est un excellent exemple d'organismes communautaires et de services de santé publique travaillant en concertation avec des membres de la collectivité pour traiter de problèmes ayant une incidence sur leur vie. Le groupe a pour mandat d'accroître l'accès aux aliments sains. Jamie Hurst, hygiéniste alimentaire à Santé publique Ottawa, fait remarquer que le Groupe de travail sur la pauvreté et la faim a été mis sur pied et est dirigé par la population : « Les gens des quartiers sont à même de savoir ce qui leur met des bâtons dans les roues et, ultimement, de modeler les projets sur lesquels s'attardera le Groupe. » [Traduction libre]

Le fait que les partenaires de la collectivité répondent favorablement aux occasions de collaborer et de prendre part plus souvent aux conversations concernant les dossiers de santé publique revient souvent dans les thèmes se dégageant de l'expérience des bureaux de santé publique qui ont participé à la présente étude de

cas. Ceux-ci sont heureux de voir que leurs partenaires comprennent mieux les enjeux de santé de la santé publique et, du coup, se tournent vers le bureau de santé publique pour obtenir de l'aide dans d'autres domaines comme les travaux de plaidoyer.

### **6.3 Engagement et partenariat au sein de la collectivité**

Le partenariat avec des intervenants locaux constitue l'un des piliers des *Normes de santé publique de l'Ontario*, et l'une des marques de commerce de la santé publique. On se montre plus ouvert aux efforts concertés, et la santé publique joue à cet égard un rôle tantôt de leadership, tantôt d'aide auprès des organismes communautaires.

La santé publique a toujours consulté sa clientèle dans certains dossiers. Aujourd'hui, elle s'engage de plus en plus à fond avec les populations marginalisées et trouve des solutions axées sur la collaboration et la participation en s'appuyant sur les forces des participants. Selon un praticien : « c'est la voix

citoyenne qui permet d'effectuer des virages positifs. »

Dans la région du Niagara, le Groupe de travail sur les populations prioritaires, une équipe multidisciplinaire composée des membres de tous les services du bureau de santé, collabore avec des spécialistes en la matière dans la collectivité. On échange de l'information sur la façon dont chacun des groupes peut aider l'autre et on trouve souvent des façons de mieux servir la clientèle en utilisant les mécanismes déjà en place.

Santé publique Ottawa offre aux personnes âgées de 65 ans et plus des cours de prévention des chutes, en collaboration avec les Services des parcs, des loisirs et de la culture. On a tenu compte de l'équité en santé dans le processus de planification du programme et des données de l'Étude des quartiers d'Ottawa pour déterminer où donner les cours en fonction des quartiers où vivent les aînés et de la facilité d'accès au transport en commun. Parce que les responsables se sont rendu compte que la clientèle sinophone pourrait elle aussi profiter des cours, ils se demandent maintenant si les programmes ne seraient pas plus accessibles s'ils étaient offerts dans d'autres langues que le français et l'anglais.

#### **6.4 Partage du pouvoir**

Par rapport à l'équité en santé, les praticiens de la santé publique savent qu'ils ne sont pas les seuls tenants du dossier. Leurs commentaires et leur voix au chapitre sont précieux, mais les causes profondes des iniquités de santé dépassent le champ d'action de la santé publique. En effet, l'interrelation des déterminants sociaux de la santé exige une action intersectorielle et une démarche pangouvernementale. La collaboration avec des acteurs de l'extérieur est essentielle si on veut agir « en amont ». Une telle démarche revêt également l'avantage qu'une perspective commune permet de faire entendre une

voix plus nuancée et plus convaincante, sans compter que les ressources sont limitées et mieux utilisées quand les organismes mettent en commun leurs ressources et leurs connaissances.

À Ottawa, le Groupe de travail sur la pauvreté et la faim constitue un excellent exemple de cette façon de faire. Cette coalition dynamique compte plus d'une trentaine d'organismes représentant l'administration municipale, la population et les milieux universitaires. Le Groupe a pour mandat d'accroître l'accès à des aliments abordables et culturellement adaptés pour les personnes vivant dans la pauvreté. Il a donc mis sur pied deux projets axés sur le bénévolat et la collectivité. Le premier s'appelle « les bons marchés de quartiers » et consiste à acheter des produits frais et à les revendre à un prix moindre aux personnes vivant loin des épiceries, dans les quartiers à faible revenu. Le second projet est un marché mobile qui offre le même service à bord d'un autobus qui s'arrête dans les quartiers ciblés. Les deux projets découlent d'une initiative populaire; ainsi, la population s'occupe elle-même des modifications qu'il faut apporter au besoin. Les projets viennent en aide à des tranches de population parmi les plus vulnérables de la ville. En outre, ils font la démonstration de l'utilité d'une démarche axée sur l'équité en santé à certains services municipaux qui n'avaient pas l'habitude de prendre part au dialogue sur la sécurité alimentaire.

Selon Jamie Hurst, hygiéniste alimentaire à Santé publique Ottawa, les deux projets sont en train de transformer la façon dont la Ville s'occupe du dossier de la pauvreté. « Nous commençons à changer notre mentalité qui veut que les banques alimentaires soient la solution ultime à l'insécurité alimentaire. On parle beaucoup plus souvent du besoin de plaider pour des changements systémiques qui permettront aux individus d'avoir plus d'argent dans leurs poches. » [Traduction libre]

## 7 Facteurs de réussite et tensions possibles

### 7.1 Facteurs de réussite

Bien que les bureaux de santé publique dont il est question dans la présente étude de cas aient intégré à leur manière la notion de l'équité en santé, nous avons noté quelques similitudes. Dans les quatre bureaux, on sait que l'équité en santé prend socialement de plus en plus d'importance. On remarque souvent les expressions « populations prioritaires », « évaluations d'impact sur l'équité en santé » et « déterminants sociaux de la santé » dans les conversations, les présentations et les rapports. On note un accueil positif voire même de la passion à l'égard de l'action pour l'équité en santé. « Les gens aiment bien et veulent faire mieux, alors ils recherchent d'autres outils et sont avides de connaissances », de dire la D<sup>re</sup> Lisa Simon, du comté de Simcoe-Muskoka. Stacey Allegro qui travaille dans la région du Niagara voit quant à elle des signes d'une transformation de la culture organisationnelle : « les silos s'estompent et la collaboration est en train de devenir monnaie courante ».

Les changements structurels dans les environnements externes et internes font également partie des remarques au sujet de l'intérêt grandissant à l'égard de l'équité en santé dans les quatre bureaux de santé publique. Les fonds octroyés par la province pour les infirmières et infirmiers hygiénistes chargés des déterminants sociaux de la santé, les *Normes de santé publique de l'Ontario*, les champions à l'œuvre à tous les échelons des organismes, et la priorité accordée à l'équité en santé dans les processus de planification stratégique et programmatique constituent les éléments que les bureaux ont tous en commun. Tous ont aussi mis sur pied des comités directeurs ou stratégiques multidisciplinaires et multiniveau et s'appuient systématiquement sur les données probantes recueillies à l'aide des ÉIÉS, des cartes du SIG, des évaluations et des analyses pour décortiquer puis traduire si possible les données sur la santé en facteurs sociodémographiques. Enfin, ils établissent

des stratégies de communication et des partenariats dynamiques afin d'engager le personnel, les organismes communautaires, les décideurs et parfois même l'ensemble de la population sur le sentier de l'équité en santé.

### 7.2 Tensions possibles

Si, dans les bureaux de santé publique dont il est question dans la présente étude de cas, on peut se targuer d'avoir réussi à progresser, on ne peut pas dire que le cheminement s'est fait sans heurt. On se débat encore sur certains points :

- **Quel est notre mandat?** La vision traditionnelle veut que la santé publique applique une démarche globale axée sur la population, ce qui est souvent interprété comme une obligation d'interagir avec la population en entier. Pourtant, obtenir des résultats plus équitables exige d'utiliser une démarche de ciblage dans un cadre d'universalité qui soit axée sur les causes profondes des désavantages. Comment la santé publique peut-elle arriver à atteindre le bon équilibre?
- **Dépassons-nous certaines limites?** Les organismes de santé publique ont pour centre d'intérêt la santé. Parallèlement, la liste des déterminants sociaux de la santé peut sembler tomber en dehors de l'objectif de santé. Comment la santé publique peut-elle montrer que traiter de la nature politique et sociale de l'équité en santé reste à l'intérieur de son champ d'action?
- **À quel moment le soutien à l'égard de l'équité en santé devient-il la norme?** Bien que tous les bureaux de santé publique aient à cœur de se préoccuper des déterminants sociaux de la santé dans les délais impartis dans les stratégies, comment cela peut-il se traduire en « façon de fonctionner » au quotidien? Comment les champions de l'équité en santé, selon leur place dans l'organisme, peuvent-ils plaider auprès de la haute direction pour conserver et traduire ce point de vue crucial dans les priorités et les budgets de fonctionnement?

■ **Y a-t-il une compréhension commune et mutuelle?** La haute direction et les membres du personnel de tous les échelons se font les champions de l'équité en santé, mais les bureaux de santé publique ne sont pas tous structurés de la même manière et sont situés dans des régions différentes. Le point de vue au sujet de l'équité en santé varie considérablement, sans compter que les différences dans les valeurs et les idéologies connexes sont souvent implicites. Comment favoriser un cadre de travail où il serait possible en toute quiétude de discuter ouvertement et de débattre les points de vue divergents afin d'en arriver à une compréhension commune et mutuelle de l'équité en santé, tout en créant un milieu favorable au soutien au sein et au-delà des organismes de santé publique?

■ **Les valeurs concernant « l'objectivité de la science » et « la justice sociale » peuvent-elles converger et favoriser l'action?** En santé publique, on accepte habituellement toute démarche objective ou fondée sur la science, mais on pourrait trouver une démarche fondée sur les droits comme étant chargée idéologiquement. Le travail de la santé publique peut-il aider à combler ce fossé, en conjuguant les données scientifiques et les valeurs d'équité afin d'améliorer la santé de tout le monde?

■ **Comment les bureaux de santé publique pourraient-ils tirer avantage de leur structure organisationnelle?** Au Canada, la structure de la santé publique diffère d'une région à une autre. En Ontario, certains des bureaux de santé fonctionnent en toute autonomie,

tandis que d'autres font partie des services de l'administration municipale. Une telle intégration peut faciliter les activités intersectorielles, mais elle peut tout aussi bien contraindre la santé publique à respecter la vision des villes. Comment les organismes de santé publique peuvent-ils le mieux réaliser leurs objectifs à l'intérieur du cadre qui leur est dévolu?

Résoudre ces tensions fait partie des défis à relever quotidiennement. Cela dit, le cadre conceptuel de la capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé publique peut aider à trouver des idées en permettant de saisir les interactions entre les environnements externe et interne et de soutenir ainsi les efforts en matière d'équité en santé. Il faut une interaction entre les acteurs de toutes sphères confondues pour renforcer la capacité d'action. Comme il est possible de le constater dans la présente étude de cas, cette capacité d'action en matière de déterminants sociaux de la santé et d'équité en santé découle souvent de la convergence d'une multitude de facteurs internes et externes à la santé publique. Elle peut encourager une action qui donnera, en bout de piste, des changements significatifs.

## LE SENTIER VERS L'ÉQUITÉ EN SANTÉ DANS LE COMTÉ DE SIMCOE-MUSKOKA

Comme dans bien d'autres bureaux de santé publique, les efforts pour l'équité en santé ont été déployés dans le comté de Simcoe-Muskoka sans pour autant être véritablement reconnus pendant des années. Puis, en 2007, le bureau de santé a commencé à travailler avec l'intention explicite d'agir sur les déterminants sociaux de la santé. Motivé par la parution des Normes de santé publique de l'Ontario et par ses deux plans stratégiques successifs (2007-2011, puis 2012-2016) dans lesquels les déterminants de la santé devenaient une priorité, l'organisme est allé de l'avant avec une mise en œuvre progressive des phases de sa démarche :

1. Phase « d'apprentissage » (2007-2011) – axée sur le perfectionnement professionnel grâce à des activités de formation et de conscientisation;
2. Phase de « compréhension » (2012) – visant à accroître la capacité organisationnelle en définissant les rôles, en renforçant les compétences du personnel et en ayant recours aux champions de l'équité en santé dans toutes les sphères de l'organisme;
3. Phase « de virage » (2013) – au cours de laquelle le poste d'infirmière hygiéniste chargée des déterminants sociaux de la santé a été déplacé vers un service centralisé au sein de l'organisme, de manière à soutenir, à réaliser et à inscrire le travail d'équité en santé dans l'ensemble de l'organisme, et à accentuer les activités de collaboration et les travaux de plaidoyer sur le plan local;
4. Phase « d'adoption » (2014) – visant à faire intégrer par les membres de la direction les déterminants sociaux de la santé dans la planification opérationnelle, en établissant un programme d'équité en santé ciblé et en cernant le premier groupe de population à prioriser par

- tous les intervenants de l'organisme à la suite d'une minutieuse analyse des conditions de vie;
5. Phase « d'intégration, d'adaptation et d'émergence » (à partir de 2015) – débutant dès que le plan d'action pour le premier groupe de population à prioriser par tous les intervenants de l'organisme sera terminé et que sa mise en œuvre sera amorcée.

L'accent que le Bureau de santé du comté de Simcoe-Muskoka met sur l'équité en santé se fait ressentir dans tous les programmes, y compris le Health Connection, le service d'information et de consultation offert au public. Pour commencer à intégrer l'équité en santé dans les pratiques, on a demandé qu'une évaluation d'impact sur l'équité en matière de santé (ÉIÉS) soit effectuée pour l'ensemble des programmes, politiques, services et initiatives du bureau de santé. C'est ainsi qu'on a découvert que le programme Health Connection n'était pas particulièrement utilisé par les individus et les familles à faible revenu qui n'avaient aucun accès à du transport ou qui vivaient dans un logement insalubre.

Les responsables du programme Health Connection ont donc décidé de passer par les fournisseurs de soins de santé qui viennent en aide aux personnes à faible revenu pour déterminer comment améliorer ses services auprès des groupes de population à prioriser. Les résultats serviront à réorienter le programme de manière que les groupes de population ciblés puissent avoir un meilleur accès à l'information et aux services de santé publique.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Butler-Jones, D. *L'administrateur en chef de la santé publique – Rapport sur l'état de la santé publique au Canada 2008 : S'attaquer aux inégalités en santé* [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada, 2008 [cité le 25 janvier 2015]. 128 p. À télécharger à l'adresse [www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/fr-rc/pdf/CPHO-Report-f.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2008/fr-rc/pdf/CPHO-Report-f.pdf).  
Melissa, is this really the date here?
2. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *Aviver l'intérêt : Appliquer les connaissances pour faire avancer l'équité en santé - Analyse du contexte 2014* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier, 2014 [cité le 2 février 2015]. 53 p. À télécharger à l'adresse [http://nccdh.ca/images/uploads/Full\\_Analyse\\_du\\_contexte\\_2014.pdf](http://nccdh.ca/images/uploads/Full_Analyse_du_contexte_2014.pdf).
3. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *L'intégration des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé dans les pratiques de santé publique au Canada : analyse du contexte en 2010*. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier, 2010 [cité le 2 février 2015]. 89 p. À télécharger à l'adresse [http://nccdh.ca/images/uploads/Environ\\_Report\\_FR.pdf](http://nccdh.ca/images/uploads/Environ_Report_FR.pdf).
4. Cohen, B.E., A. Schultz, E. McGibbon, M. Vanderplaat, R. Bassett, K. GermAnn, H. Beanlands, et L.A. Fuga. « A Conceptual Framework of Organizational Capacity for Public Health Equity Action (OC-PHEA) ». *Canadian Journal of Public Health* [Internet]. 2013 [cité le 3 février 2015], vol. 104, no 3, p. e262 à e266. À télécharger à l'adresse <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/viewFile/3735/2787> [en anglais; un résumé en français se trouve à l'adresse <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view/3735>].
5. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. *Le rôle de la santé publique dans l'amélioration de l'équité en santé : Parlons-en* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier, 2013 [cité le 2 février 2015]. 6 p. À télécharger à l'adresse [http://nccdh.ca/images/uploads/PHR\\_FR\\_Final.pdf](http://nccdh.ca/images/uploads/PHR_FR_Final.pdf).
6. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Normes de santé publique de l'Ontario 2008* [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement de l'Ontario, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, document modifié le 1er mai 2014 [cité le 2 février 2015]. 82 p. À télécharger à l'adresse [www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph\\_standards/docs/ophs\\_2008f.pdf](http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/publichealth/oph_standards/docs/ophs_2008f.pdf).
7. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Guide de travail pour l'évaluation de l'impact sur l'équité en matière de santé (EIES)* [Internet]. Ottawa (Ont.) : gouvernement de l'Ontario, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2012 [cité le 6 mars 2015]. 48 p. À télécharger à l'adresse [www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/heia/docs/workbook.pdf](http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/heia/docs/workbook.pdf).
8. Visez santé dès aujourd'hui! : Service de santé publique de Sudbury et du district [Internet]. Sudbury (Ont.) : Service de santé publique de Sudbury et du district, c2015. [Vidéo], *Engageons une conversation sur la santé... sans jamais parler de soins de santé*. 2011 [cité le 2 mars 2015]. À visionner à l'adresse [www.sdhu.com/content/healthy\\_living/doc.asp?folder=3225&parent=3225&lang=1&doc=11749](http://www.sdhu.com/content/healthy_living/doc.asp?folder=3225&parent=3225&lang=1&doc=11749).
9. Service de santé publique de Sudbury et du district. *10 pratiques prometteuses pour réduire les iniquités sociales en matière de santé dans les cadres locaux de santé publique* [Internet]. Sudbury (Ont.) : Service de santé publique de Sudbury et du district, 2011 [cité le 2 mars 2015]. 16 p. À télécharger à l'adresse [www.sdhu.com/uploads/content/listings/FR\\_10PromisingPractices.pdf](http://www.sdhu.com/uploads/content/listings/FR_10PromisingPractices.pdf).
10. Commission des déterminants sociaux de la santé. *Comblé le fossé en une génération : Instauration l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé – rapport final* [Internet]. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé, Commission des déterminants sociaux de la santé, 2008 [cité le 2 mars 2015]. 246 p. À télécharger à partir de la table des matières apparaissant à l'adresse [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf)

# QUESTIONS À DÉBATTRE

1. Quelle partie du cadre conceptuel de la capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé publique se prête le mieux à votre contexte? Quels éléments renforcent le plus votre capacité d'agir?
2. Parmi les tensions mentionnées, lesquelles se font le plus sentir dans votre organisme? Comment pourriez-vous animer une conversation qui permettrait d'étudier et de résoudre ces tensions?
3. Maintenant que vous en savez un peu plus au sujet des sentiers choisis par quatre bureaux de santé publique, que diriez-vous de la voie prise par votre organisme en comparaison? Que retirez-vous de ces exemples que vous pourriez appliquer à votre contexte local?



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, NÉ B2G 2W5  
Téléphone : (902) 867-5406 Télécopieur : (902) 867-6130  
ccnds@stfx.ca www.ccnds.ca