



EXTRA/FORCES

FORCES (FORMATION EN UTILISATION DE LA RECHERCHE POUR CADRES QUI EXERCENT
DANS LA SANTÉ)
UN PROGRAMME DE LA FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES
DE SANTÉ (FCRSS)

RAPPORT FINAL SUR LE PROJET D'INTERVENTION

**Appliquer les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en
matière de santé**

Boursières :

D^{re} Penny Sutcliffe
sutcliffep@sdhu.com

D^{re} Susan Snelling
snellings@sdhu.com

Sandra Laclé
lacles@sdhu.com

11 mai 2010



Sudbury & District

Health Unit

Service de
santé publique

REMERCIEMENTS

Renée St-Onge
Stéphanie Lefebvre
Isabelle Michel
Vicky Schwarz
Julie Mathieu
Angie Bennett
David Groulx

Mentors :

Louise St-Pierre (louise.saint-pierre@inspq.qc.ca)
Louise Potvin (louise.potvin@umontreal.ca)
Allan Best (allan.best@insource.ca)

Contenu

Messages principaux	v
Sommaire	vii
Rapport.....	1
1. Énoncé de problème	1
2. Contexte	2
3. Les données probantes – examen critique	3
3.1 Données probantes sur les pratiques pour réduire les iniquités sociales en matière de santé (<i>côté gauche</i>).....	3
3.2 Données probantes pour changer les pratiques locales de santé publique (<i>côté droit</i>)	6
4. L'intervention.....	10
5. Application	11
5.1. Courtage en connaissances.....	11
5.2. Prôner un milieu communautaire favorable.....	12
6. Résultats.....	12
7. Leçons tirées	16
7.1. Leçons globales.....	16
7.2. Conditions de réussite préexistantes	17
7.3. Facteurs de réussite intégrés dans le projet.....	17
7.4. Problèmes, défis et possibilités	18
7.5. Environnement externe	19
7.6. Intégrer les données probantes et les renseignements dans les mesures.....	20
8. Répercussions sur les politiques et propagation du changement.....	21
Références bibliographiques.....	26

Messages principaux

- L'examen documentaire a permis de découvrir dix pratiques fondées sur des données probantes qui pourraient contribuer à réduire les iniquités sociales en matière de santé dans les pratiques locales de santé publique.
- Le fait de disposer de données probantes (c'est-à-dire les dix pratiques prometteuses) pour appuyer les travaux touchant les iniquités sociales en matière de santé donne au Conseil de santé la conviction de consacrer des ressources aux bonnes mesures.
- Le courtage de connaissances s'est avéré une stratégie efficace pour mettre les pratiques prometteuses découvertes en avant-plan et fournir un moyen intentionnel de mettre les données probantes en pratique. Il a procuré aux gestionnaires de programme le temps nécessaire pour examiner les données probantes et discuter des iniquités sociales en matière de santé dans le contexte d'un domaine de programme précis.
- Le projet a permis d'en influencer d'autres dans le domaine des iniquités sociales en matière de santé et de garder les enjeux dans la mire de la collectivité et des partenaires clés.
- Les bureaux de santé peuvent et devraient mettre en œuvre leurs programmes et leurs services de manière à réduire les iniquités sociales en santé. Cependant, il importe que les bonnes conditions préalables soient présentes afin que le processus réussisse. Les bureaux de santé qui entreprennent ce genre d'activités doivent s'assurer de posséder les structures nécessaires pour soutenir le travail sur les iniquités sociales en matière de santé; ils devraient établir des attentes de gestion et créer des outils de planification; et ils devraient affecter clairement des ressources humaines et financières au dossier des iniquités sociales en matière de santé.

- À plus long terme, le travail qui consiste à soutenir ce genre de mesures locales de santé publique par des pratiques fondées sur des données probantes devrait être dirigé par un organisme provincial, comme l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, en plus de faire l'objet d'un partenariat efficace sur le terrain.

Sommaire

Compte tenu des récentes initiatives de renouvellement de la santé publique lancées en Ontario et en vertu des nouvelles Normes de santé publique de l'Ontario (NSPO), il revient aux conseils de santé de s'assurer que les programmes et services de santé publique comprennent des attentes reposant sur l'équité. Le projet FORCES du Service de santé publique de Sudbury et du district (SSPSD) a été créé en réaction à notre énoncé de problème : « Que sont des pratiques locales de santé publique fondées sur des données probantes et visant à réduire les iniquités sociales en matière de santé? Et comment ces données probantes peuvent-elles influencer de manière optimale les décisions de la direction du SSPSD concernant les programmes et services? »

Afin d'atteindre notre premier objectif à court terme, soit celui de découvrir des pratiques locales de santé publique fondées sur des données probantes et visant à réduire les iniquités sociales en matière de santé, nous avons procédé à une recherche documentaire exhaustive. Notre examen et notre analyse de la documentation ont donné dix pratiques prometteuses en santé publique à l'échelle locale et pouvant contribuer à réduire les iniquités sociales en matière de santé. Parmi les défis de taille que nous avons dû relever figurent la grande complexité du problème auquel nous nous attaquons et l'étendue des données probantes pertinentes possibles. Le fait que le moment choisi pour effectuer notre travail coïncidait avec la sortie des rapports de la Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), lesquels ont influencé notre travail sur les iniquités sociales en matière de santé, a énormément joué en notre faveur. En plus de cette sortie, des changements significatifs et favorables ont été apportés dans la province et dans le milieu ontarien de la santé publique en ce qui touche les iniquités sociales en matière de santé.

Afin d'atteindre notre deuxième objectif à court terme, soit celui d'élaborer des stratégies fondées sur des données probantes pour modifier efficacement les pratiques locales de santé publique, nous avons évalué le cadre organisationnel de changement et défini des stratégies possibles pour mettre les connaissances en pratique. Nous avons déterminé que le SSPSD, en tant qu'organisme, fait preuve de la préparation et du soutien requis pour adopter des pratiques locales afin de réduire les iniquités sociales en matière de santé. Nous avons également établi que le courtage de connaissances était une stratégie prometteuse pour ce qui est d'appliquer les données probantes.

Des réunions de courtage de connaissances ont eu lieu avec trois gestionnaires de programme du SSPSD et leurs planificateurs. Les participants ont amorcé un débat dirigé sur la manière d'appliquer les pratiques prometteuses et les données probantes à la planification de programme et aux modèles logiques. De plus, puisqu'il était reconnu que le soutien communautaire est essentiel pour pouvoir apporter un changement organisationnel, une initiative de marketing social à l'échelle de la collectivité a été lancée. Au départ, cette initiative consistait à faire paraître des annonces dans les journaux sur les iniquités sociales en matière de santé.

Le projet pilote de courtage de connaissances a démontré que renforcer les compétences en gestion en fournissant un moyen intentionnel de mettre nos données probantes en pratique était très prometteur, et il a donc été bien reçu à cette fin. Le courtage de connaissances a mis des pratiques prometteuses à l'avant-plan et a donné l'occasion de dialoguer en personne sur l'application de ces pratiques en fonction de programmes précis. L'intervention et notre travail sur FORCES qui a mené à cette intervention ont eu un effet significatif sur le SSPSD, et ont conduit notamment à la formation d'un comité directeur interdisciplinaire des iniquités sociales

en matière de santé, ainsi qu'à un processus de planification de programme qui tient toujours compte maintenant des iniquités sociales en matière de santé.

Nous avons considéré que l'intervention FORCES était une étape importante qui faisait partie d'un processus exhaustif amorcé avant FORCES et qui se poursuivra après la fin officielle de notre projet FORCES. Notre travail a été et sera d'un intérêt significatif pour plusieurs publics : les autres bureaux de santé de l'Ontario, les ministères et organismes provinciaux et les acteurs de la santé publique un peu partout au Canada. Même si des initiatives stratégiques doivent être mises en place à des échelons qui dépassent celui de la santé publique locale, les bureaux de santé peuvent et devraient mettre en oeuvre leurs programmes et services de manière à réduire les iniquités sociales en matière de santé. À plus long terme, le travail qui consiste à soutenir ce genre de mesures locales de santé publique par des pratiques fondées sur des données probantes devrait être dirigé par un organisme provincial, en plus de faire l'objet d'un partenariat efficace sur le terrain.

Rapport

Anecdote : une expérience qui a renforcé notre détermination...

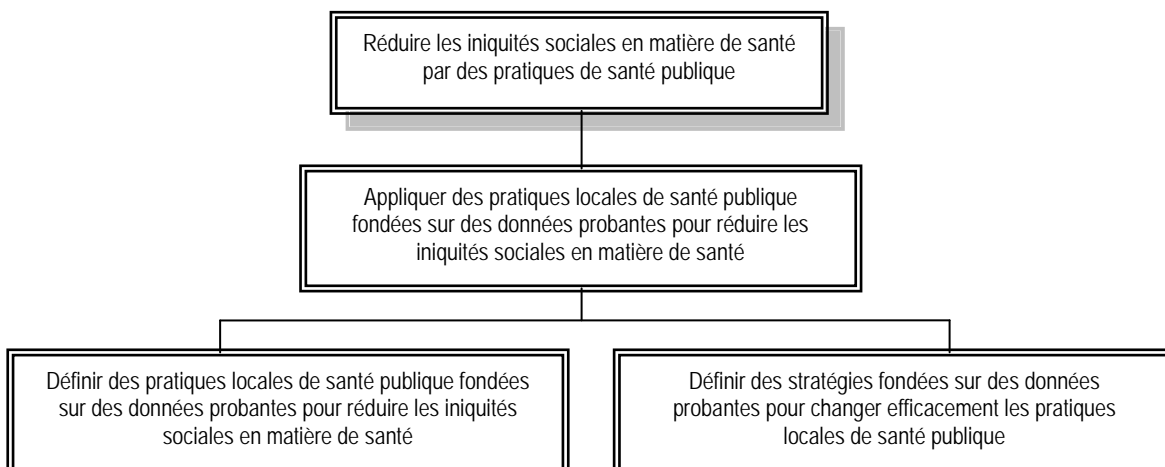
Les trois auteures s'intéressent depuis longtemps à la réduction des iniquités sociales en matière de santé. L'histoire vraie qui s'est déroulée à l'échelle locale et qui a renforcé et accru notre détermination a été vécue par la regrettée Kimberly Rogers. Mme Rogers était une étudiante de quarante ans de Sudbury qui était enceinte de huit mois lorsqu'elle est décédée au mois d'août 2001 pendant qu'elle était détenue à domicile pour fraude de l'aide sociale. Son crime était de toucher 13 500 \$ d'aide sociale par année tandis qu'elle bénéficiait de prêts étudiants.

Le Service de santé publique de Sudbury et du district (SSPSD) a dû témoigner à l'enquête du coroner qui a suivi. C'est alors que la médecin-hygiéniste a fourni des données locales sur le coût d'une alimentation saine. Dans son verdict, le coroner a recommandé que ce genre de données locales serve à évaluer régulièrement l'adéquation des taux d'aide sociale et à garantir ainsi que les besoins élémentaires des prestataires sont satisfaits.

L'apport du SSPSD a démontré le rôle que joue le secteur de la santé publique en amont et qui consiste à réduire les taux de pauvreté et atténuer les répercussions sur la santé de la pauvreté et des iniquités sociales. Notre projet d'intervention est inspiré de cet exemple d'élaboration de politiques publiques saines par la fourniture de données probantes locales.

1. Énoncé de problème

Voici quel est notre énoncé de problème : Que sont des pratiques locales de santé publique fondées sur des données probantes et visant à réduire les iniquités sociales en matière de santé? Et comment ces données probantes peuvent-elles influencer de manière optimale les décisions de la direction du SSPSD concernant les programmes et services? Notre approche à ce problème est illustrée dans l'extrait qui suit et qui provient de notre modèle logique global de programme (*Annexe A*) :



2. Contexte

Le Service de santé publique de Sudbury et du district (SSPSD) est un organisme de santé publique accrédité qui fait partie d'un réseau ontarien de santé publique formé de 36 organismes semblables. Par un bureau central et quatre succursales, le SSPSD fournit des programmes et services de santé publique régis par le gouvernement provincial à plus de 200 000 personnes dans 19 municipalités couvrant un territoire d'environ 46 121 km². L'organisme est régi par un conseil de santé autonome à but unique et est dirigé par la médecin-hygiéniste et directrice générale. En 2009, le complément d'effectif s'établissait à 258 équivalents temps plein, et le budget total se chiffrait à 24,2 millions de dollars.

Depuis longtemps, le SSPSD s'intéresse aux déterminants sociaux de la santé et aux iniquités en matière de santé et prend des mesures à leur égard (*Annexes B, C et D*). Son travail est influencé par le fait que même si ses interventions de santé publique axées sur la population peuvent améliorer l'état de santé global ou les comportements sains connexes, elles peuvent *augmenter* en réalité les iniquités en matière de santé entre les catégories de revenu (*Annexe E*).

Notre intérêt à l'égard de la lutte aux iniquités locales en matière de santé est en accord avec l'orientation stratégique nouvelle allant du mondial au local, qui comprend, par exemple, la CDSS de l'OMS, les nouvelles NSPO et les plans locaux de réduction de la pauvreté. De récents rapports précurseurs, émis aux échelles internationale, nationale, provinciale et locale, sont énumérés à l'*Annexe F* et sont résumés dans nos précédents états d'avancement du projet d'intervention.

Par ailleurs, compte tenu des récentes initiatives de renouvellement de la santé publique lancées en Ontario et en vertu des nouvelles NSPO, il revient aux conseils de santé de s'assurer que les programmes et services de santé publique comprennent des

attentes reposant sur l'équité. Le projet FORCES du SSPSD devrait contribuer aux connaissances fondamentales pour la prise de mesures locales et devrait concerner les cadres de pratique de santé publique un peu partout en Ontario.

3. Les données probantes – Examen critique

Tel qu'indiqué à la section 1 et illustré dans le modèle logique global de programme (*Annexe A*), le projet FORCES du SSPSD doit permettre d'atteindre deux objectifs à court terme : 1) découvrir des pratiques locales de santé publique fondées sur des données probantes et visant à réduire les iniquités sociales en matière de santé (*côté gauche*), et 2) élaborer des stratégies fondées sur des données probantes pour modifier efficacement les pratiques locales de santé publique (*côté droit*). Dans la présente section, nous décrivons notre examen critique des données probantes pour appuyer notre objectif de *gauche*, ainsi que notre examen des données probantes et notre processus pour appuyer notre objectif de *droite*. Les interventions résultantes et leur application sont alors décrites aux sections 5 et 6, respectivement.

3.1 Données probantes sur les pratiques de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé (*côté gauche*)

Le modèle logique de programme du *côté gauche* est illustré à l'*Annexe G*.

3.1.1. Méthodes

Une recherche documentaire exhaustive sur les pratiques de santé publique et les iniquités en matière de santé a été entreprise. Nous avons dépouillé environ 20 bases de données et les sites Web d'environ 35 organismes de santé publique et gouvernementaux, organisations non gouvernementales et autres organismes locaux, provinciaux, nationaux et internationaux afin de trouver des publications et de la littérature grise pertinentes (soit, du contenu Web, des actes de congrès, des documents, des rapports et des liens Web ou

bases de données connexes). Nous avons également découvert de la littérature grise par la fonction de recherche de littérature grise du bureau FORCES, par des renvois et des conseils de nos mentors du programme FORCES et d'autres experts, et par une approche « boule de neige » où nous avons rassemblé des documents pertinents qui figuraient comme références dans d'autres documentations. Les titres et les extraits d'environ 1600 résultats de recherche dans des bases de données et de la littérature grise ont été analysés au départ afin que leur pertinence soit établie. Parmi eux, il a été déterminé que 238 documents méritaient une évaluation plus approfondie. Les articles ont ensuite été examinés plus à fond, puis classés en trois niveaux. Les plus pertinents ont été étudiés intégralement par les boursières de FORCES aux fins du présent projet. Reportez-vous aux précédents états d'avancement du projet d'intervention pour obtenir plus de détails.

3.1.2. Évaluer et adapter les données probantes

La complexité du problème à l'étude a fortement limité la base de données probantes pour ce qui est des hiérarchies traditionnelles de données probantes¹⁻³. Celles-ci ont donc été évaluées d'après leur adaptation aux fins prévues, afin qu'il soit établi si elles répondaient à la question posée de manière convaincante⁴. Ainsi, notre approche à l'évaluation critique était axée sur l'évaluation de la pertinence et de l'applicabilité, plutôt que sur une évaluation stricte de la qualité des données probantes. Nous avons basé notre évaluation sur les questions clés définies par le Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (CCNMO)⁵. Notre approche à l'évaluation critique était aussi influencée par les travaux de Pawson et ses collègues sur les *examens réalistes*⁶. La notion d'examen réaliste nous a aidés à intégrer des points de vue d'experts et des facteurs

contextuels dans notre évaluation critique et notre adaptation des données probantes à notre contexte et à nos fins.

3.1.3. Constatations - Pratiques de santé publique

Notre examen documentaire indique nettement que les moyens d'action dont disposent les professionnels locaux de la santé publique sont mal compris^{7,8}. La base de données probantes qui soutient les méthodes efficaces de réduire les iniquités en matière de santé est limitée⁹ et le manque de certitude à propos d'enchaînements de causalité précis signifie qu'il y a peu de lignes directrices, d'outils ou de techniques pour intégrer des éléments d'équité dans les politiques et les programmes¹⁰. La recherche en santé publique a été axée davantage sur l'effet des inégalités sociales que sur leurs causes ou des stratégies réalistes pour s'attaquer aux causes sous-jacentes (p. 62)¹¹. Cependant, la CDSS de l'OMS note que même s'il faut effectuer d'autres recherches, vu l'importance de l'enjeu, cette tâche ne peut empêcher de se faire idée à partir des données probantes actuelles (p. 42)¹².

En conséquence, notre examen et notre analyse de la documentation ont permis de découvrir des pratiques de santé publique *prometteuses*. Nous en avons découvert dix qui correspondent au niveau local de santé publique et peuvent contribuer à réduire les iniquités sociales en matière de santé : 1) le ciblage dans un cadre d'universalité, 2) rapports ciblés, 3) le marketing social, 4) l'établissement de cibles ou objectifs pour l'équité en matière de santé, 5) l'évaluation des effets sur la santé axée sur l'équité, 6) les compétences et les normes organisationnelles, 7) l'apport à la base de données probantes, 8) le développement de la petite enfance, 9) l'engagement communautaire et 10) les mesures intersectorielles. Les données probantes à l'appui de chaque pratique étaient

résumées dans le second état d'avancement du projet d'intervention, et une description de chaque pratique se trouve à l'*Annexe H*.

Bien que les dix pratiques soient dignes d'intérêt, nous avons décidé de nous concentrer sur trois d'entre elles pour commencer : le ciblage dans un cadre d'universalité (CU), le marketing social (MS) et l'évaluation des effets sur la santé axée sur l'équité (EESaE) (*Annexe I*). Au début, nous avons déterminé qu'il fallait chercher à la fois des mesures de santé publique axées sur le mode de vie et les politiques pour réduire les iniquités sociales en matière de santé. Même si nous avons senti que les solutions stratégiques (p. ex., EESaE) aux iniquités sociales en matière de santé étaient plus prometteuses, nous avons également reconnu qu'une grande partie du travail de santé publique exigeait des stratégies pour modifier les modes de vie ou les comportements. Il importe donc de s'assurer que ce travail est fait de manière à augmenter l'équité en matière de santé (p. ex., CU). Le marketing social a été défini comme étant un facteur favorisant les deux stratégies. Les modèles logiques de ces trois stratégies ont été créés dans le cadre du projet FORCES en tant qu'occasion de jeter les bases de travaux futurs (*Annexe J*).

3.2 Données probantes pour changer les pratiques locales de santé publique (*côté droit*)

Nous avons amorcé des processus pour comprendre notre cadre organisationnel de changement et définir des stratégies efficaces pour appliquer des connaissances. Le modèle logique de programme du *côté droit* est illustré à l'*Annexe K*.

3.2.1 Cadre organisationnel de changement

Les travaux de Greenhalgh et coll.¹³ nous ont aidés à évaluer notre cadre organisationnel de changement et notre préparation au changement. Comme l'indique le

tableau 1, nous avons évalué les éléments clés de *préparation du système à l'innovation* après avoir examiné nos antécédents organisationnels et les documents marquants et avoir effectué un examen interne de « mappage »¹⁴.

Tableau 1 : Préparation du système à l'innovation (adaptation de Greenhalgh et coll., pp. 607–608)¹³

Élément de préparation du système	Évaluation du SSPSD
Tension en faveur du changement	Le personnel perçoit que la situation doit changer. Autrement dit, il s'attend à ce que nous nous engagions dans une programmation plus claire afin de réduire les iniquités en matière de santé ^{14, 15} .
Adaptation du système à l'innovation	Les innovations (pratiques) proposées correspondent aux valeurs, aux normes, aux stratégies et aux buts de l'organisme ¹⁶ .
Évaluation des répercussions	Les répercussions des pratiques sont prévues ¹⁴ ; cependant, il y a lieu d'entreprendre d'autres travaux pour garantir un examen plus détaillé.
Soutien et défense des intérêts	Les tenants de ces pratiques sont nombreux et occupent des postes stratégiques au sein de l'organisme ¹⁷ . Il y aura peut-être lieu de renforcer le soutien communautaire ¹⁸ .
Temps et ressources consacrés	Voilà un domaine où il faudra porter davantage attention (le sondage de FORCES mené auprès de la direction du SSPSD sur l'utilisation de données probantes ¹⁹ a permis de déterminer des besoins à ce chapitre).
Capacité d'évaluer l'innovation	L'organisme possède les compétences et la capacité nécessaires pour entreprendre de surveiller et d'évaluer les pratiques ²⁰ .

Tel que souligné aux sections 2 et 3 du présent rapport et à l'*Annexe B*, le SSPSD possède une longue expérience de la gouvernance et de soutien au personnel pour ce qui est du travail pour réduire les iniquités sociales en matière de santé, y compris en ce qui touche le soutien et le leadership du Conseil de santé, de la direction générale et de la haute direction. Un examen des documents organisationnels, y compris des motions du conseil, des documents de planification stratégique, des énoncés de position et des actes de congrès, traduit ces antécédents de leadership et de soutien.

Le *Projet de mappage des données sur l'équité en matière de santé* nous a donné une bonne idée du degré de préparation du personnel au changement. Ce projet a été entrepris en 2007–2008 pour que nous obtenions un *instantané* de la mesure dans laquelle nos activités de santé publique s'attachaient (ou non) aux iniquités en matière de santé. Par le processus du projet, nous avons beaucoup appris sur la préparation et les besoins du personnel, car ces aspects se faisaient sentir dans leur travail et leurs activités : « Nous voulons réduire les iniquités en matière de santé, mais pouvons-nous savoir ce qui fonctionne? »; « Si nous changeons notre façon de faire, comment saurons-nous que nous changeons les choses? », et surtout, « Cela se trouve en dehors de notre zone de confort; par où devons-nous commencer? »¹⁴. Le *Projet de mappage des données sur l'équité en matière de santé* soulignait les défis qui accompagnent le travail d'équité en matière de santé. Il a aussi démontré un degré élevé de préparation et d'enthousiasme de la part du personnel lorsqu'il s'agit de se renseigner sur les mesures locales visant à réduire les iniquités sociales en matière de santé et de prendre ces mêmes mesures.

3.2.2. Application des connaissances

Notre enquête sur la manière d'appliquer le mieux possible les connaissances sur les iniquités sociales a surtout été influencée par nos travaux antérieurs sur le sujet²¹, le travail récapitulatif du CCNMO^{22, 23} et les recueils sur le courtage de la FCRSS²⁴. Nous avons également consulté les travaux de Dobbins et ses collègues²⁵, un état antérieur du projet d'intervention FORCES sur le sujet²⁶ et d'autres documentations²⁷. Nous n'avons pas entrepris d'examen documentaire exhaustif, étant donné nos travaux antérieurs et les contraintes de temps.

D'après l'examen, voici les grands messages qui ont été définis :

- les gestionnaires et les décideurs en santé publique se serviront des données probantes découlant de la recherche lorsqu'ils seront au courant de leur existence, et quand celles-ci seront faciles à comprendre et accompagnées de *recommandations claires*;
- le transfert des connaissances est surtout fructueux lorsqu'il y a un *engagement interactif* entre les responsables de l'élaboration des politiques, les chercheurs et les bailleurs de fonds (*relation*);
- les décideurs préfèrent les idées aux données de référence; pour que le transfert soit réussi, les chercheurs doivent pouvoir *traduire les résultats en idées ou recommandations de politiques ou d'activités*;
- à différents publics cibles, il faut différentes stratégies de transfert (*adaptabilité*);
- comme les données probantes ne forment qu'un élément de la prise de décision, elles doivent être *convaincantes* et transférées par des *personnes crédibles* pour être utilisées.

De plus, nous avons cherché à définir précisément les besoins des gestionnaires du SSPSD en ce qui touche l'utilisation des données probantes. Nous nous sommes inspirés de consultations antérieures auprès de l'équipe de gestion et du sondage d'évaluation du programme FORCES¹⁹ mené en février 2009. Ce sondage a révélé une perception de manque de temps et de compétences chez les gestionnaires pour évaluer de manière critique et appliquer les données probantes issues de la recherche. En analysant ce que nous avons découvert dans la documentation et chez nos gestionnaires dans le contexte d'un organisme relativement petit comme le nôtre qui entretient des relations bien établies, nous avons établi que le courtage de connaissances serait une pratique de

transfert de connaissances prometteuse à essayer pour notre projet d'intervention
FORCES.

Le courtage de connaissances est un engagement personnel et interactif qui procure un dialogue bilatéral sur la recherche et les données probantes :

[un courtier en connaissances] procure un lien entre les producteurs de travaux de recherche et les utilisateurs finals en faisant comprendre aux deux parties les buts et les cultures, collabore avec les utilisateurs finals afin de définir les enjeux et les problèmes auxquels il faut trouver des solutions, et favorise l'accès aux données probantes issues de la recherche ainsi que leur établissement, leur évaluation, leur interprétation et leur application aux politiques et aux pratiques locales.²⁵

En particulier, nous avons apprécié l'aspect relationnel du courtage de connaissances : que le courtier en connaissances pourrait entreprendre des séances interactives avec les gestionnaires afin de garantir un dialogue concernant des domaines de programme précis.

4. L'intervention

Notre projet d'intervention est le point culminant de notre travail qui consiste à définir les pratiques de santé publique locales et prometteuses pour réduire les iniquités sociales en matière de santé, à évaluer notre cadre organisationnel de changement et à établir des stratégies efficaces d'application des connaissances. Voici quels sont les objectifs d'intervention : 1) acquérir des compétences en gestion afin d'intégrer la pratique influencée par des données probantes pour réduire les iniquités sociales en matière de santé par le courtage de connaissances, et 2) prôner un environnement communautaire favorable aux pratiques de santé publique locales influencées par des données probantes pour réduire les iniquités sociales en matière de santé. *L'annexe L* décrit le processus pour chacun de ces deux objectifs de résultat à court terme.

Le deuxième objectif d'intervention souligne le fait qu'en santé publique, la prise de décision fondée sur des données probantes, ce n'est pas seulement une question de

données probantes issues de la recherche et de préparation organisationnelle²². Le soutien communautaire aidera grandement le SSPSD à changer de pratique. Comme l'organisme s'occupe davantage de réduire les iniquités sociales en matière de santé, il est probable que le genre et la quantité de services offerts à la population changeront. Par conséquent, le processus qui consiste à influencer et à renforcer le soutien communautaire à l'égard de ce changement a été considéré comme un élément essentiel de notre projet d'intervention.

5. Application

5.1. Courtage de connaissances

En décembre 2009, des réunions de deux heures sur le courtage de connaissances, animées par un courtier en connaissances spécialisé, ont eu lieu individuellement avec trois gestionnaires de programme du SSPSD et des planificateurs ou des promoteurs de la santé concernés. Les participants ont été choisis d'après la réceptivité aux notions qui était prévue chez eux. Ces *premiers partisans* ont abordé divers domaines de programme de l'organisme. Des consultations de suivi ont également été tenues pour évaluer l'utilité du processus de courtage de connaissances, afin de réunir des données sur les répercussions concrètes de l'application, y compris les éléments facilitateurs et les défis, mais aussi d'influencer les étapes suivantes du processus.

Des documents d'information clés ont été distribués au moins deux semaines avant les réunions. Ils ont permis aux participants de prendre connaissance des dix pratiques prometteuses définies grâce à l'examen documentaire réalisé dans le cadre du programme FORCES. Des liens vers certaines lectures évaluées par l'équipe de FORCES et jugées comme étant des sources essentielles concernant chacune des trois pratiques centrales ont été fournis. Les participants devaient étudier les ressources et réfléchir à leur application possible à des activités et programmes précis avant les réunions (*Annexe M*). Le courtier

en connaissances s'est préparé à celles-ci en se familiarisant avec l'évaluation situationnelle de chaque programme et les plans de programme proposés. Pendant les réunions, les participants ont engagé une discussion dirigée sur la manière d'appliquer les pratiques prometteuses à leur planification et aux modèles logiques pour leurs programmes en particulier. Des notes détaillées ont été prises sur les séances et sur les consultations individuelles qui ont eu lieu ensuite.

5.2. Prôner un milieu communautaire favorable

En raison des contraintes de temps, cet élément du projet d'intervention n'a été élaboré que partiellement. Cependant, deux annonces pleine page bilingues ont été créées et publiées dans les journaux locaux en décembre 2009. Elles étaient appuyées par des ressources Web affichées sur le site du SSPSD et par un poste téléphonique spécialisé qui, au SSPSD, permettait d'obtenir de plus amples renseignements (*Annexe N*).

6. Résultats

En poursuivant les objectifs de notre modèle logique global de programme, nous avons obtenu des résultats significatifs (*Annexe A*). En particulier, nous avons défini dix pratiques de santé publique locales fondées sur des données probantes pour réduire les iniquités sociales en matière de santé. Nous avons ensuite établi des stratégies fondées sur des données probantes pour bien appliquer ces connaissances. Ces résultats ont permis de fixer les objectifs d'intervention qui sont exposés dans leurs grandes lignes à la section 4 et à l'Annexe L.

La présente section fait état des résultats du premier objectif de notre projet d'intervention (le courtage de connaissances) et fournit des commentaires sur le deuxième objectif (un milieu communautaire favorable).

Nos objectifs d'intervention ont été atteints à divers degrés. En tant que stratégie principale du premier objectif, le projet pilote de courtage de connaissances s'est avéré très prometteur sur le plan du renforcement des connaissances et des compétences de la direction. Cette conclusion repose sur des notes prises lors des séances sur le courtage de connaissances, des renseignements tirés des entrevues réalisées après les séances et des données découlant de sondages menés auprès des gestionnaires et des promoteurs de la santé participants.

Les réunions sur le courtage de connaissances ont pu servir de forum pour discuter en profondeur des iniquités sociales en matière de santé dans le contexte d'un domaine de programme précis. Il a été possible d'adopter une approche personnalisée, par petits groupes, au courtage de connaissances pour que les questions et les défis puissent être étudiés à fond dans un cadre détendu et ouvert. Les répercussions des pratiques sur les plans de programme ont été décrites, et, dans certains cas, des mesures précises d'application ont été définies par les discussions.

Nous avons reçu des commentaires très positifs sur les ressources d'avant-séance que les participants devaient lire. Des gestionnaires ont précisé que disposer d'un ensemble utilisable, pertinent et crédible de ressources leur permettait de sentir qu'ils n'avaient pas à partir de zéro et à chercher quoi lire : nous avons procédé à cette sélection pour eux et ils étaient reconnaissants de cette étape de filtrage qui les avait facilement conduits aux meilleures lectures sur le sujet. Les gestionnaires ont réagi favorablement aux séances mêmes. Ils étaient d'avis qu'il importait de prévoir du temps pour ce genre de discussion et d'apporter un élément centré sur l'équité à la planification de programme. Bien que le moment choisi ne cadrerait pas spécifiquement avec la mise au point d'un modèle logique,

les séances ont quand même été jugées valables et opportunes. Comme un gestionnaire l'a mentionné, « le courtage de connaissances ne représentait pas une tâche supplémentaire ». De plus, bien des questions ont été soulevées pendant les réunions sur les grandes orientations de l'ensemble du Service de santé publique et sur la manière dont les plans spécifiques de l'équipe s'adaptent aux autres initiatives qui doivent encore être établies.

Dans le cadre de l'évaluation de notre intervention, les sept participants ont rempli un sondage sur une échelle de 1 à 5 où *1 signifiait pas du tout, et 5, beaucoup*. Les questions qui portaient sur la valeur des ressources utilisées pour les séances sur le courtage de connaissances ont reçu une cote élevée, soit 4,7. Une cote moyenne (de 3,5 à 3,8) a été accordée à celles qui touchaient le fait d'apprendre quelque chose de nouveau, de mieux comprendre et d'apporter de nouveaux points de vue et défis. Une cote moyenne, de 2,8, (où les notes allaient de 1 à 4) a aussi été accordée à une question concernant le fait de modifier véritablement leur évaluation des options pour leurs programmes.

D'après ces résultats et les commentaires formulés pendant les entrevues postcourtage de connaissances, nous pouvons conclure que fournir des renseignements sur les iniquités sociales en matière de santé peut se faire efficacement par le courtage de connaissances, et que selon le point de départ du participant, le processus pourra apporter aussi de nouvelles idées et de nouveaux points de vue. Le processus de modification des programmes est clairement plus complexe que ce qui peut être accompli pendant une réunion de deux heures sur le courtage de connaissances, et nous aurions peu de chances de trouver que le processus en soi change énormément les choses. Toutefois, les participants ont exprimé leur intention d'assurer le suivi des orientations possibles au sein

de leur équipe, et c'est par ce processus, amorcé par le courtage de connaissance, que des changements aux plans de programme pourront être apportés. Dans l'ensemble, le soutien au processus de courtage de connaissances était très marqué : tous les participants ont accordé une cote de 4 ou 5 à la question de recommander le processus à un autre gestionnaire ou une autre équipe.

Un autre indicateur de soutien concerne la rétroaction sur les prochaines étapes. Les gestionnaires et les planificateurs qui intervenaient dans le projet pilote de courtage de connaissances ont demandé de l'aide pour appliquer les pratiques touchant les iniquités sociales en matière de santé auprès des membres de leur équipe. Nous prévoyons collaborer avec les participants aux séances sur le courtage de connaissances pour y arriver, et les faire intervenir ainsi à titre d'agents de changement et de détenteurs de connaissances. Par ailleurs, la plupart des gestionnaires de programme en dehors du projet pilote appuient l'idée d'un engagement organisationnel plus large dans les séances sur le courtage de connaissances.

En ce qui concerne notre deuxième objectif, qui consiste à prôner un milieu communautaire favorable, le travail est bien entamé et devrait se poursuivre au cours de l'année (reportez-vous aux sections 4 et 5.2). La rétroaction informelle sur l'initiative de publicité a été très positive jusqu'à présent.

Pour ce qui est des résultats de notre engagement dans le présent projet FORCES sur notre organisme en général, nous avons observé des effets significatifs. Du point de vue du processus, un comité directeur interdisciplinaire des iniquités sociales en matière de santé a été formé et est présidé par la médecin-hygiéniste et directrice générale. Notre processus de planification de programme intègre maintenant les iniquités sociales en

matière de santé à tous les programmes, et les membres du Conseil de santé reçoivent des mises à jour sur le projet. D'un point de vue fondamental, nous vivons un changement d'attitude. Un sentiment de propriété du travail sur les iniquités sociales en matière de santé se répand de plus en plus chez les gestionnaires. La responsabilité de ce travail n'est plus considérée comme étant limitée à un petit noyau de personnes, car les gestionnaires de programme dialoguent et posent des questions difficiles sur la manière dont ils peuvent adapter et appliquer les pratiques fondées sur des données probantes à leurs domaines de responsabilité.

7. Leçons tirées

7.1. Leçons globales

Le courtage de connaissances s'est avéré une stratégie efficace pour mettre en avant-plan les pratiques prometteuses relevées et créer une occasion d'établir des relations personnelles sur la réduction des iniquités sociales en matière de santé. Par le processus de courtage de connaissances, nous avons fourni de la documentation concrète et spécifique grâce à laquelle les pratiques ont été intégrées davantage dans les processus de planification de programme, et nous prévoyons que les relations établies demeureront des voies valables pour renseigner sur les manières efficaces de réduire les iniquités sociales en matière de santé.

Même si nous nous occupons de perfectionnement professionnel et de planification stratégique et opérationnelle dans le domaine des iniquités sociales en matière de santé depuis plusieurs années, nous avons constaté par le processus de courtage de connaissances qu'examiner, explorer et discuter constamment, à l'aide d'exemples concrets, offre un avantage lorsqu'il s'agit d'appliquer réellement ces notions. Dans le cas du personnel qui ne se concentre pas quotidiennement sur les iniquités

sociales en matière de santé, il est important de créer des occasions fréquentes et significatives de discuter, pour que les notions d'iniquités sociales puissent faire partie du vocabulaire normal du Service de santé publique, et que les mesures pour réduire ces iniquités fassent partie de la pratique établie. Il a été également valable de faire en sorte que l'organisme, à tout le moins les trois gestionnaires participants, s'attende à ce que ces pratiques soient appliquées (au besoin) pendant le processus de planification, au lieu de servir d'ajouts facultatifs.

7.2. Conditions de réussite préexistantes

Notre longue expérience de la gouvernance ainsi que du soutien et du travail organisationnels dans le domaine, tel qu'indiqué précédemment, s'est avérée une condition préexistante de réussite essentielle. Notre engagement dans le projet FORCES et notre mise en application de ce dernier ont également été facilités par le fait que, depuis presque 20 ans, nous sommes un centre d'enseignement en santé, raison pour laquelle nous en savons beaucoup sur l'utilisation des données probantes et nous possédons énormément de ressources dans ce domaine.

7.3. Facteurs de réussite intégrés dans le projet

Tout au long du projet FORCES, la personne responsable de l'organisme (notre médecin-hygiéniste et directrice générale) nous a grandement aidés en intervenant directement. Le ralliement de la haute direction n'a jamais été mis en doute. Cette participation a aussi contribué à faciliter la prise de décisions sur l'affectation (ou la réaffectation) des ressources humaines et financières à l'appui du projet. Avoir parmi nous des boursières du programme FORCES de divers niveaux, disciplines et divisions dans la hiérarchie administrative nous a apporté une foule de points de vue et de sphères d'influence qui ont permis de faire avancer le projet au sein de l'organisme. Ces facteurs

habilitants ont mené à des appuis concrets à l'égard de l'initiative de courtage de connaissances, y compris l'affectation d'un courtier en connaissances à plein temps pendant trois mois, en plus de la personne-ressource déjà désignée pour les iniquités sociales en matière de santé. De plus, disposer d'un comité directeur des iniquités sociales en matière de santé a procuré une structure qui a permis de faire intervenir efficacement des gens en dehors de l'équipe FORCES et de se concentrer sur ce sujet, malgré les priorités concurrentes.

7.4. Problèmes, défis et possibilités

Bien que nous savions au départ que la base de données probantes touchant les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé était limitée, nous avons dû lutter pour définir la nature des données probantes qui se rapporteraient à notre travail. Au lieu de trouver des données probantes définitives pour assurer l'efficacité des mesures, nous avons été confrontés à des données probantes qui étaient souvent suggestives, spéculatives et influencées par l'expérience plutôt que par des essais sur échantillon aléatoire et contrôlé. L'avantage pour notre définition élargie de « données probantes », c'est que le processus d'adaptation des données probantes à notre contexte local s'est déroulé de manière organique, car nous avons digéré nos découvertes, de manière qu'un filtrage constant des données probantes par l'expérience et l'expertise nous servait de processus analytique.

La complexité même du problème auquel nous nous attaquions et l'étendue des données probantes pertinentes possibles constituaient un énorme défi à relever. En plus de cette difficulté inhérente, nous avons dû tenir compte de priorités concurrentes, tant prévisibles qu'inattendues, sur la période de deux ans. Les pertes de ressources humaines clés ont eu des répercussions sur les charges de travail. En particulier le départ de la

médecin-hygiéniste et directrice générale, et la lutte à la pandémie, au milieu de 2009, ont influé sur la capacité des membres de l'équipe de travailler au projet FORCES et sur celle des autres employés du Service de santé publique de participer à notre intervention.

Le moment choisi pour cette intervention n'était pas le meilleur, puisque le processus de planification de programme qui existait et la création d'un modèle logique de programme ont été reportés en raison de la pandémie, qui exigeait une intervention intensive à tous les échelons du Service de santé publique. Notre intention initiale était de fournir l'intervention en courtage de connaissances en même temps que le modèle logique de programme, puis d'examiner les modèles logiques résultants pour trouver des preuves de l'effet du courtage de connaissances. Cependant, nous avons choisi de procéder à l'intervention à la fin de 2009 afin de fournir quelques données de projet pilote pour notre état du projet FORCES et d'influencer les prochaines étapes pour les autres initiatives connexes.

Bien que travailler en tant qu'équipe multiniveau ait apporté bien des forces, il a fallu négocier les rôles à jouer dans le projet au sein de l'équipe et, à certains égards, reconnaître que, vu nos différents pouvoirs décisionnels au sein de l'organisme, certains rôles étaient prédéfinis. Même si l'intervention de la médecin-hygiéniste et directrice générale en tant que boursière était clairement avantageuse, il a aussi fallu surmonter des difficultés, comme des priorités concurrentes et le pouvoir inhérent au poste.

7.5. Environnement externe

Le moment choisi pour effectuer notre travail relatif à la sortie des rapports de la CDSS de l'OMS nous a été grandement bénéfique. De plus, d'énormes changements ont été apportés au cadre provincial de santé publique en ce qui touche les iniquités sociales en matière de santé. Des collègues ont manifesté leur grand intérêt et leur soutien à

l'égard de nos travaux visant à déterminer les pratiques efficaces locales de santé publique, et ils ont bien accueilli nos rapports. Ainsi, bien que le moment choisi pour notre intervention n'était pas le meilleur, celui choisi pour notre entreprise plus large destinée à définir des pratiques influencées par des données probantes pour réduire les iniquités sociales en matière de santé était excellent et créera des conditions pour que les prochaines étapes soient efficaces.

7.6. Intégrer les données probantes et les renseignements dans les mesures

Le processus de courtage de connaissances a procuré un moyen intentionnel de mettre nos données probantes en application, et il a été bien reçu à cet égard. Il est clair que les données probantes seront mises en pratique au fil du temps et devront être maintenues. Compte tenu du délai de production du présent rapport, nous estimons avoir réalisé des progrès considérables en ce sens.

Étant donné les questions soulevées lors des séances sur le courtage de connaissances sur la manière dont les pratiques s'inscriraient dans les autres processus et pratiques du Service de santé publique, nous pouvons conclure qu'il est important que le courtage de connaissances relatif aux iniquités sociales en matière de santé soit intégré au processus de planification déjà suivi, au lieu d'être considéré comme un ajout à ce même processus. Ce dernier est déjà clairement axé sur l'équité, mais lorsque nous passons aux détails des mesures d'équipe pour réduire les iniquités sociales en matière de santé, il y a lieu de faire en sorte que les liens entre les objectifs d'équité et le processus de planification soient clairs et continus. Pour répondre à ce besoin, il s'agira notamment de faire intervenir étroitement le personnel possédant des compétences dans le domaine des iniquités sociales en matière de santé dans la phase de création d'un modèle logique de programme afin que les questions d'équité fassent partie intégrante de la planification. Cependant, à

mesure que nous entreprendrons de fournir ces appuis en permanence, nous devons également gérer les attentes et nous assurer que le processus est perçu comme étant à long terme.

8. Répercussions sur les politiques et propagation du changement

Notre projet FORCES a des répercussions sur les politiques de notre propre organisme, d'autres bureaux de santé et d'organismes et de ministères provinciaux. Nous avons décrit précédemment le cadre stratégique très vivant de ce travail, et nous estimons que nous « posons les bonnes questions au bon moment », étant donné le nombre de fois où l'on nous a demandé de partager notre travail.

Toutefois, nous sommes conscients que les mesures visant à s'attacher aux iniquités sociales en matière de santé ne sont pas simples et que les répercussions sur les politiques exigent beaucoup. La CDSS de l'OMS a décrit cela comme un « problème perniciosus » qui ne se résout pas facilement (sinon du tout) par l'infrastructure stratégique traditionnelle¹⁰. Les défis sont résumés au tableau 2.

Tableau 2 : Caractéristiques des iniquités sociales en matière de santé et défis stratégiques connexes

Caractéristiques « perniciosus » des iniquités sociales	Répercussions sur les politiques
Phénomènes à volets multiples dont les causes multiples exigent la prise de mesures dans divers secteurs et à divers échelons	Aucune voie claire vers l'élaboration et la mise en œuvre de politiques
Obligation de tenir compte du parcours de vie	Grands défis du point de vue des périodes d'élaboration de politiques
Notions complexes à saisir pour les commettants (p. ex., exige que la compréhension soit élaborée au point de pouvoir différencier la santé des soins de santé)	Difficulté à faire intervenir les responsables de l'élaboration des politiques
Valeurs fondamentales associées aux iniquités sociales	Risquent de mettre en question le statu quo stratégique

Malgré ces défis, les acteurs locaux de la santé publique manifestent un intérêt marqué. Notre projet a démontré qu'il est essentiel de disposer de stratégies et d'outils concrets pour faire intervenir ce genre d'acteurs, et notre travail qui consiste à définir ces stratégies et ces outils constitue un apport significatif. Même si de nombreuses initiatives stratégiques nécessiteraient d'être lancées au-delà de la santé publique locale, les bureaux de santé peuvent et devraient jouer un rôle par leurs programmes et services, et la diffusion des pratiques répond à un besoin exprimé sur le terrain de « savoir quoi faire » pour s'attacher aux iniquités au chapitre de la santé publique locale.

Les objectifs de notre projet global FORCES sont larges et peuvent être appliqués aux autres bureaux de santé de l'Ontario. Les conclusions relatives aux pratiques prometteuses (côté gauche) et aux stratégies de changement (côté droit) sont susceptibles d'être applicables aux bureaux de santé de l'Ontario, vu la relative similarité qui existe entre nos programmes et services et nos personnels. Cependant, nous précisons que notre travail a été effectué dans le contexte de la familiarité relativement forte avec lui et du soutien à son égard, en plus de notre expérience comme centre d'enseignement en santé. Les bonnes conditions préalables représentent probablement un élément important de toute généralisabilité du processus de courtage de connaissances.

Nous avons partagé nos recherches et nos constatations avec des collègues par de nombreuses voies, y compris par des exposés lors de congrès de l'Association canadienne de santé publique et des consultations auprès d'autres bureaux de santé et parties concernées à propos de notre travail sur les iniquités sociales en matière de santé (avant et pendant le projet FORCES), et par le partage avec bon nombre de tables stratégiques de la province, dont le groupe de travail sur les déterminants de la santé formé de

l'Association pour la santé publique de l'Ontario (ASPO), de l'Association of Local Public Health Agencies (alPHa) et du Conseil des médecins-hygiénistes de l'Ontario (CMHO) et le Comité directeur chargé des documents d'orientation du ministère de la Promotion de la santé de l'Ontario.

En plus de la dissémination décrite précédemment, nous avons dressé des plans pour approfondir les pratiques au SSPSD. Nous avons considéré le projet d'intervention FORCES comme une étape importante dans un processus élaboré qui a commencé avant FORCES et qui se poursuivra après la fin officielle du projet. Les modèles logiques mis au point dans le cadre de notre travail lié au projet orienteront les prochaines étapes au cours des mois et des années à venir. Parmi les prochaines étapes figure l'idée d'étendre le courtage de connaissances à d'autres gestionnaires de programme, de créer des documents à utiliser avec les équipes de programme afin d'établir une base de connaissances commune dans tout l'organisme, de s'attacher aux problèmes de mise en œuvre internes et externes et de parfaire notre initiative de marketing social. Idéalement, notre organisme se développerait pour que la recherche de connaissances et de ressources liées aux iniquités sociales en matière de santé devienne naturelle et organique (un moyen de procéder). Comme le décrivent Greenhalgh et ses collègues (p. 593)¹³, innover peut commencer par le fait de « provoquer les choses », se poursuivre par celui de « favoriser les choses » et se concrétiser par celui de « laisser les choses se faire ». À mesure que nous continuons le travail décrit précédemment, nous espérons évoluer afin de « laisser les choses arriver » pour ce qui est de notre travail sur les iniquités sociales en matière de santé.

À l'interne, il faut mettre en place d'importantes mesures de durabilité. Nous devons aussi réfléchir à l'orientation globale du Service de santé publique pour que les pratiques soient clairement harmonisées. À mesure que nous entreprendrons ces activités, il sera important de maintenir les structures de comité existantes qui soutiennent le travail sur les iniquités sociales en matière de santé, de créer des attentes pour la gestion et de prévoir des outils, ainsi que de continuer d'affecter clairement des ressources humaines et financières au dossier des iniquités sociales en matière de santé. Il importe aussi que nous répandions les connaissances sur les pratiques prometteuses et ce processus au-delà de notre organisme afin de créer des attentes à notre égard et de nous pousser à poursuivre le travail.

Même si de nombreuses personnes en santé publique promettent de répondre au besoin de réduire les iniquités sociales en matière de santé, elles n'ont pas de stratégies concrètes influencées par des données probantes pour effectuer ce travail. Le domaine de la santé publique exige ce genre de stratégies ainsi que des moyens de soutien pour appliquer les données probantes et mettre au point des stratégies d'application durables. Les responsables locaux de la santé publique doivent être intimement engagés dans ce travail. De plus, la participation de la collectivité et l'action intersectorielle, deux des pratiques prometteuses, devront aussi faire partie des prochaines étapes d'application.

Investir du temps, de l'énergie et des ressources dans le projet a valu la peine et a porté fruit. Il nous a fallu miser sur notre intérêt et notre momentum organisationnels et sur nos ressources financières et humaines pour accomplir le travail. À plus long terme, cependant, le leadership d'un organisme provincial combiné à un partenariat significatif sur le terrain serait bénéfique au travail qui consiste à soutenir les mesures locales de

santé publique sur les iniquités sociales en matière de santé au moyen de pratiques influencées par des données probantes. Ce travail devrait être porté à un autre niveau pour qu'il puisse être soutenu et approfondi et qu'il engage tous les bureaux de santé. Nos discussions préliminaires avec l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé sur son mandat concernant les iniquités sociales en matière de santé pourront avoir de l'influence à cet égard.

Notre expérience avec le projet d'intervention nous a montré qu'il importait de posséder des données probantes afin de poursuivre l'objectif de réduire les iniquités sociales en matière de santé par des mesures locales de santé publique. Nous comprenons que les données probantes forment un élément essentiel à l'action stratégique, mais elles ne suffisent pas. Combiner les données probantes avec d'importantes considérations environnementales comme les questions de santé communautaire, le contexte local et organisationnel, les ressources en santé publique et les préférences communautaires et politiques devrait donner une pratique efficace^{10, 23}. Le projet FORCES nous a aidés à prendre clairement en compte ces éléments à mesure que nous continuons notre route vers la réduction des iniquités sociales en matière de santé par des mesures locales efficaces de santé publique.

Références bibliographiques

1. Weightman A, Ellis S, Cullum A, Sander L, Turley R. Grading evidence and recommendations for public health interventions: Developing and piloting a framework, Londres : Health Development Agency; 2005
2. Blas E, Gilson L, Kelly MP et coll. Addressing social determinants of health inequities: What can the state and civil society do?, *Lancet*, 2008; 372:1684-1689
3. Best A, Riley B, Norman C. Evidence-informed public health policy and practice through a complexity lens, Ottawa ON : ACRSPS; 2007
4. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health, *Lancet*, 2008; 372:1661-1669
5. Ciliska D, Thomas H, Buffett C. An introduction to evidence-informed public health and A compendium of critical appraisal tools for public health practice, Hamilton ON : Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (CCNMO); 2008
6. Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist review – a new method of systematic review designed for complex policy interventions, *Journal of Health Services Research and Policy*, 2005; 10:21-34
7. Paradis G. Social determinants of health: So what? *Canadian Journal of Public Health*, 2009;100(3):164
8. Kirkpatrick SI, McIntyre L. The chief public health officer's report on health inequalities: What are the implications for public health practitioners and researchers? *Revue canadienne de santé publique*, 2009; 100(2):93-95
9. 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
10. Bonnefoy J, Morgan A, Kelly MP, Butt J, Bergman V. Constructing the evidence base on the social determinants of health: A guide. Measurement and Evidence Knowledge Network (MEKN) of the WHO Commission on Social Determinants of Health; 2007
11. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health (ébauche), Commission des déterminants sociaux de la santé; 2007
12. Commission des déterminants sociaux de la santé. Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé, Genève : Organisation mondiale de la Santé; 2008; version finale
13. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations, *The Milbank Quarterly*, 2004; 82(4):581-629

14. Service de santé publique de Sudbury et du district. Aperçu du projet de mappage des données sur l'équité en matière de santé : Rapport sur le processus, les résultats et les recommandations pour la pratique, Sudbury ON : auteur; 2008
15. Service de santé publique de Sudbury et du district. OPHS planning path, 2009
16. Service de santé publique de Sudbury et du district. Plan stratégique 2006-2008 : Un aperçu de la vision et des stratégies, Sudbury ON : auteur; 2006
17. Comité directeur des iniquités sociales en matière de santé du Service de santé publique de Sudbury et du district, mandat, 2009
18. Comité de gestion des programmes du Service de santé publique de Sudbury et du district, procès-verbal de la réunion du 7 janvier 2010
19. FORCES. Service de santé publique de Sudbury et du district - EXTRA self-assessment tool results, 2009
20. Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP) de l'Ontario. Alors... maintenant... demain : Rapport sur un choix d'activités pour la santé publique en Ontario, Sudbury ON : auteur; 2008
21. Sutcliffe P, Etches V, Michel I et coll. Knowledge to action—K2A: Building a stronger system of workforce development, applied research and knowledge exchange for public health in Ontario: Final report, Sudbury ON : Service de santé publique de Sudbury et du district et Bureau de santé de Middlesex-London; 2007
22. Dubois N, Wilkerson T. Knowledge management: Background paper for the development of a knowledge management strategy for public health in Canada, Centre de collaboration nationale des méthodes et outils; 2008
23. Centre de collaboration nationale des méthodes et outils. A model for evidence-informed decision-making in public health fact sheet, auteur; aucune date
24. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Brokering digests, disponible à la page : http://www.chsrf.ca/other_documents/brokering_digest_e.php, consulté le 17 janvier 2010
25. Dobbins M, Robeson P, Ciliska D et coll. A description of a knowledge broker role implemented as part of a randomized controlled trial evaluating three knowledge translation strategies, *Implementation Science*, 2009; 4(23)
26. Sauvé J. The development and implementation of knowledge transfer and competency development strategies for training local public health senior managers, FORCES; 2007; Final Report on the Intervention Project
27. Thomas H. Synthesis of research and knowledge transfer bibliography, Hamilton ON : Programme de recherche, d'éducation et de développement en santé publique (REDSP); 2005