



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)

Document de travail soumis en respect partiel des exigences de la bourse FORCES

DEUXIÈME ÉTAT D'AVANCEMENT DU PROJET D'INTERVENTION Prise de décision axée sur la recherche pour orienter les pratiques locales de santé publique afin de réduire les iniquités sociales en matière de santé

Boursières :

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

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

Sandra Laclé
lacles@SSPSD.com

Mentors :

Louise St-Pierre (louise.saint-pierre@inspq.qc.ca)

Louise Potvin (louise.potvin@umontreal.ca)

Allan Best (allan.best@ubc.ca)

17 juillet 2009



Sudbury & District

Health Unit

Service de
santé publique

Vision du Service de santé publique de Sudbury et du district :

Des communautés plus saines où le Service de santé publique de Sudbury et du district joue un rôle clé.

Mission du Service de santé publique de Sudbury et du district :

Collaborer avec les communautés afin d'améliorer et de protéger la santé, et prévenir les maladies.

Note : Les auteures se sont servies du cadre du deuxième état d'avancement décrit aux Annexes A, B et C du Guide du projet d'intervention et de mentorat (version du 21 avril 2009) comme principal outil pour produire le présent document.

Contenu

I Énoncé de problème	1
II Contexte—Votre place et la vue d'ensemble.....	2
III Les données probantes—examen critique	4
1. Méthodes :.....	4
2. Enchaînements de causalité :	8
3. Pratiques de santé publique :.....	9
3.1 Ciblage dans un cadre d'universalité :.....	9
3.2 Divulgence volontaire :	11
3.3 Marketing social :	12
3.4 Établissement de cibles d'équité en matière de santé :.....	13
3.5 Évaluation des effets sur la santé axée sur l'équité :	15
3.6 Compétences et normes organisationnelles :	17
3.7 Apport à la base de données probantes :.....	18
3.8 Développement de la petite enfance :	19
3.9 Engagement communautaire :.....	21
3.10 Action intersectorielle :.....	22
IV L'intervention et l'application (premiers commentaires)	22
Références bibliographiques	28

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

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

Les trois auteurs 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.

I Énoncé de problème

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé? Et comment ces données probantes peuvent-elles influencer de manière optimale les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

II Contexte — Votre place et la vue d'ensemble

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 dans les districts de Sudbury et de Manitoulin, 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 kilomètres carrés. L'organisme est régi par un conseil de santé autonome à but unique et est dirigé par la médecin-hygiéniste et directrice générale. En 2008, le complément d'effectif s'établissait à 250 équivalents temps plein, et le budget total se chiffrait à 23,6 millions de dollars.

Depuis longtemps, le SSPSD s'intéresse aux déterminants sociaux de la santé et aux inégalités en matière de santé et prend des mesures à leur égard (*reportez-vous à l'Annexe A — Les iniquités sociales en matière de santé : points saillants de la dernière décennie*). Plus récemment, le Service de santé publique a adopté un langage où la base de valeurs sous-jacente de ce travail est reconnue plus clairement et où le terme *iniquités* en matière de santé est employé consciemment (*reportez-vous à l'Annexe B — Glossaire*). C'est cette base de valeurs sous-jacente, soit que les écarts systématiques en santé qui sont jugés évitables par des mesures raisonnables sont injustes¹, qui sous-tend le soutien du conseil de santé de Sudbury et du district et le travail de l'organisme (*reportez-vous à l'Annexe C — Énoncé de position du Conseil de santé*). Son travail est influencé par le fait que même si nos 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 (p. ex., les taux accrus de résidences sans fumée, dans

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

l'ensemble, mais l'écart accru au chapitre des résidences sans fumée entre les personnes à haut et à faible revenu) (reportez-vous à l'Annexe D—Exemples de résidences sans fumée sur le territoire du SSPSD).

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 Commission des déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les nouvelles Normes de santé publique de l'Ontario (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 E et sont résumés dans notre précédent état d'avancement du projet d'intervention. Il ressort clairement de l'examen de ces rapports que les moyens d'action des professionnels locaux de la santé publique sont mal compris^{2,3}. La base de données probantes soutenant les méthodes efficaces pour réduire les iniquités en matière de santé est limitée⁴, et le manque de certitude quant aux enchaînements de causalité précis signifie qu'il existe peu de lignes directrices, d'outils ou de techniques pour intégrer les questions d'équité dans les politiques et les programmes⁵.

Nous sommes également conscients que le « problème », hors de portée du secteur local de la santé publique, pourra représenter une inquiétude dans le cas d'un projet d'intervention ciblé qui serait mené à un bureau de santé. Toutefois, le projet FORCES du SSPSD doit, par nécessité, être situé dans un contexte plus large. Bon nombre des stratégies requises pour bien réduire les iniquités sociales en matière de santé dépassent la sphère d'influence et de pratique du secteur local de la santé publique. Même si nous savons que d'autres initiatives de niveau macroéconomique sont en cours ou en examen, nos questions touchant l'apport complémentaire

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

des mesures locales de santé publique sont utiles et opportunes. Des mesures efficaces de santé publique locale pourront être perçues comme un élément légitime d'une stratégie multiniveau globale et cohérente visant à réduire en fin de compte les iniquités sociales en matière de santé.

Par ailleurs, compte tenu des initiatives de renouvellement de la santé publique lancées récemment en Ontario, les conseils de santé doivent, en vertu des nouvelles NSPO, se charger de programmes et services de santé publique comprenant des attentes fondées sur l'équité. Comme le démontre notre examen des contextes stratégiques international, national, provincial et local (*Annexe E*), il faut encore répondre à bien des questions au sujet de la base de données probantes pour que ce genre de pratique efficace locale en santé publique puisse réduire les iniquités sociales en matière de santé. Le projet FORCES du SSPSD devrait contribuer à la base de connaissances pour la prise de mesures locales et correspondre aux cadres de pratique en santé publique qui existent un peu partout en Ontario.

III Les données probantes—Examen critique

1. Méthodes :

Une recherche documentaire exhaustive a été entreprise, à l'aide de divers termes de recherche concernant la pratique en santé publique, les iniquités en matière de santé et les données probantes. Nous avons dépouillé environ 20 bases de données. (D'autres détails sur les termes de recherche figurent dans notre premier état d'avancement du projet d'intervention.) Le dépouillement initial était limité aux articles publiés au cours des dix dernières années et soit aux examens (systématiques ou autres), soit aux méta-analyses. Une fois les renseignements recueillis à même les examens systématiques, une recherche plus poussée d'articles a été effectuée. De plus, les sites Web d'environ 35 organismes de santé publique et gouvernementaux, organisations non gouvernementales et autres organismes locaux, provinciaux, nationaux et

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

internationaux a été dépouillé dans le but de trouver de la littérature grise pertinente présentée sous forme de contenu Web, d'actes de congrès, de documents, de rapports et de 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 par 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. Plusieurs rapports clés sur les iniquités sociales en matière de santé ont été publiés depuis, et de nouveaux rapports sont aussi jugés comme des éléments « boule de neige ». Parmi la littérature grise significative figuraient les examens menés dans le cadre des rapports internationaux, nationaux et régionaux qui sont indiqués à l'Annexe E. Il y a lieu de noter l'apport majeur à notre projet du travail réalisé par le Measurement and Evidence Knowledge Network (MEKN), qui faisait partie de la CDSS de l'OMS et avait pour tâche « de recueillir et d'évaluer les connaissances mondiales sur les méthodes existantes, et d'en faire la synthèse, afin d'évaluer l'efficacité des politiques, des interventions et des mesures sur les déterminants sociaux de la santé qui ont pour but d'améliorer les résultats pour la santé et l'équité en matière de santé ». (p.8)⁵

Un sommaire des résultats de la recherche est exposé à la figure 1. Les titres et les résumés (le cas échéant) provenant d'environ 1600 résultats découlant du dépouillement des bases de données et de la littérature grise ont été analysés au départ pour que leur degré de pertinence soit établi. Parmi ces résultats, 238 documents ont été jugés dignes d'être évalués plus à fond.

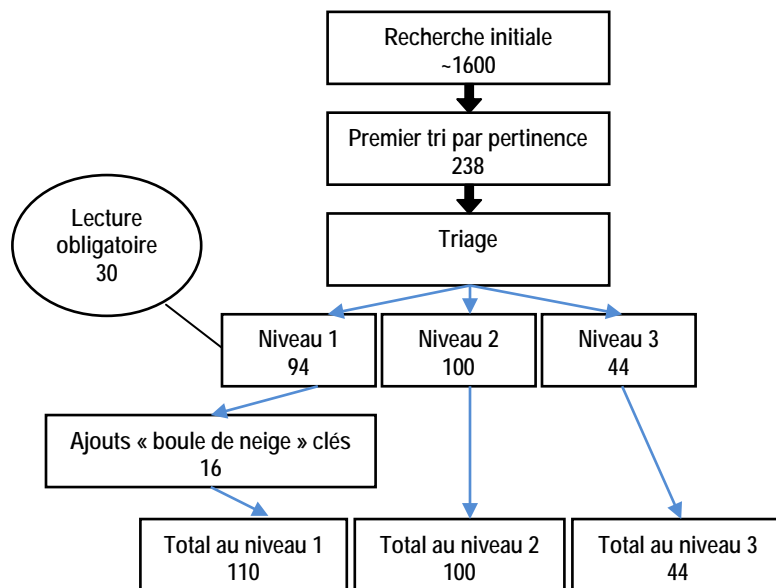
Ensuite, les articles ont été examinés en profondeur et classés en trois niveaux :

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

- Niveau 1— Un article à posséder absolument — un article ou une littérature grise sur des examens systématiques ou des pratiques exemplaires ou prometteuses qui a permis de répondre très précisément à la question du projet (touchant la santé publique). À ce niveau, environ le tiers a été choisi comme ensemble essentiel de lectures obligatoires sur le sujet.
- Niveau 2—Un article qu'il est bon de posséder — il pourra s'agir d'un article ou d'une littérature grise sur des examens systématiques, des pratiques exemplaires ou une simple étude qui porte sur une mesure axée sur le mode de vie et décrit des mesures prises dans le secteur de la santé publique ou dans d'autres et qui permettraient peut-être de s'attacher aux iniquités sociales en matière de santé.
- Niveau 3—Un article qui pourra être d'une certaine utilité — un article ou une littérature grise qui mentionne (sans décrire ou aborder en profondeur) des mesures de santé publique possibles pouvant toucher les iniquités sociales en matière de santé.

Aux fins du présent projet, les boursières du programme FORCES ont étudié les documents de niveau 1, à lire absolument, et les éléments « boule de neige ».

Figure 1 : Nombre de documents à chaque stade de la recherche documentaire



Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

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 probantes⁶⁻⁸. Celles-ci doivent être évaluées d'après leur adaptation aux fins prévues, afin qu'il soit établi si elles répondaient à la question posée de manière convaincante⁹. 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)¹⁰. Les trois questions suggérées, tirées de Rychetnik et coll.¹¹, sont indiquées ci-dessous avec quelques modifications apportées aux fins de notre enquête :

1. La recherche (ou l'examen) est-elle de bonne qualité?
2. À quels résultats puis-je m'attendre si j'applique cette recherche? (Est-elle applicable à ma situation?)
3. Ma population cible (le personnel du SSPSD) pourra-t-elle l'utiliser?

Notre approche à l'évaluation critique était aussi influencée par les travaux de Pawson et ses collègues sur les *examens réalistes*¹². Ces derniers visent à comprendre *comment* fonctionnent des programmes complexes dans un contexte ou un cadre donné. Ils permettent d'apprendre de phénomènes du monde réel au lieu de les contrôler. Même si aucun examen réaliste n'a été publié sur des interventions destinées à réduire les iniquités dans le secteur local de la santé publique et n'a ainsi pu servir d'inspiration, notre évaluation a été influencée par l'idée selon laquelle la pertinence des données probantes peut être jugée par des facteurs contextuels et de qualité de la recherche. Le CCNMO¹⁰ et la CDSS de l'OMS¹ reconnaissent que les données probantes découlant de la recherche constituent un élément de la prise de décision en santé publique fondée

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

sur des données probantes. Ces dernières doivent être équilibrées par rapport à l'expertise, aux ressources en santé publique, aux préférences et aux mesures communautaires ou politiques et au contexte local. Conformément à ces modèles, la notion d'examen réaliste nous a permis d'intégrer des points de vue d'experts (exposés dans la littérature grise et ailleurs) et des facteurs contextuels dans notre évaluation critique et notre sélection des « lectures obligatoires ».

2. Enchaînements de causalité :

Bien que notre connaissance des enchaînements de causalité expliquant les tendances systématiques de la santé et de la richesse, ou le gradient social de la santé, demeure incomplète, il a été noté que les « chercheurs se sont concentrés bien plus sur les causes des iniquités en matière de santé que sur les effets des interventions visant à réduire ces iniquités » (p. 348)¹³. Même compte tenu de cet éclairage, il reste beaucoup d'incertitude quant aux mécanismes de causalité précis et il existe d'énormes écarts entre les explications théoriques destinées à faire comprendre les interactions entre l'univers social et les résultats pour la biologie humaine¹⁴. Comme notre document s'oriente vers un débat sur les interventions locales possibles en santé publique, nous passons de la description d'une relation à des théories implicites sur la raison pour laquelle cette relation existe, *et donc sur ce que nous devrions faire à cet égard*⁵. Autrement dit, nous passons d'un domaine quelque peu incertain à une base de connaissances encore moins établie. La recherche en santé publique a été axée davantage sur l'impact des inégalités sociales que sur leurs causes ou des stratégies réalistes pour s'attaquer aux causes sous-jacentes (p. 62)¹⁵. Cependant, la CDSS de l'OMS souligne que même s'il faut effectuer plus de travaux de recherche, vu l'importance de l'enjeu, ce manque ne peut empêcher de se faire une idée à partir des données probantes actuelles (p. 42)¹.

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

Grâce à notre analyse et notre évaluation critiques de la documentation, nous avons déterminé des pratiques de santé publique fondées sur des données probantes ou prometteuses pour nous attacher aux iniquités sociales en matière de santé. Ces pratiques sont décrites à divers degrés à la prochaine partie du document, selon les résultats de notre analyse documentaire. La partie suivante décrit comment nous avons opté pour notre projet d'intervention et fournit une description provisoire des interventions et de leur mise en œuvre.

3. Pratiques de santé publique :

Notre examen et notre analyse de la documentation ont permis de découvrir dix pratiques de santé publique, applicables à la santé publique à l'échelle locale, qui « promettent » à tout le moins de contribuer à réduire les iniquités sociales en matière de santé : 1) le ciblage dans un cadre d'universalité, 2) l'établissement de rapports dans un but précis, 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 principales données probantes permettant de les soutenir sont résumées dans les sous-sections qui suivent.

3.1 Ciblage dans un cadre d'universalité :

Les débats sur l'efficacité relative d'approches ciblées par rapport aux approches universelles à la pauvreté et à l'iniquité sociale sont normalement tenus dans le cadre de débats gouvernementaux sur les politiques sociales et fiscales. L'universalité signifie que toute la population est bénéficiaire, et le ciblage, qu'une certaine forme d'examen des ressources est utilisée pour déterminer l'admissibilité à la prestation (p. 63)¹⁵. Les décisions concernant l'approche qu'il faut

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

adopter traduisent les hypothèses sous-jacentes sur les valeurs et les responsabilités des citoyens. Skocpol (cité dans Solar et Irwin, à la page 64)¹⁵ souligne que dans les pays qui remportent plus de succès [sic], la politique sociale est plus universelle, et le ciblage sert de moyen pour rendre l'universalité plus efficace. Ce « ciblage dans un cadre d'universalité » garantit que les prestations supplémentaires sont dirigées vers les groupes les plus pauvres et permet de « régler avec précision » des politiques essentiellement universelles.

Appliquées aux pratiques locales de santé publique, les décisions d'opter pour des approches universelles ou ciblées correspondent aux buts fondamentaux sous-jacents. Si le but est de « niveler par le haut », alors un certain ciblage s'impose. Dans leur rapport *Levelling-up Report, Parts 1 and 2*, Dahlgren et Whitehead^{16, 17} décrivent la nécessité d'améliorer disproportionnellement la santé des groupes plus défavorisés tout en améliorant celle de toute la population. Afin de progresser au chapitre de la réduction des iniquités en matière de santé, il faut, au chapitre des pratiques en santé publique, faire en sorte d'établir un équilibre entre les approches sélectives ou ciblées et les stratégies universelles.

La CDSS de l'OMS¹ a recommandé que dans un cadre d'accès universel, une attention particulière soit accordée aux personnes démunies sur le plan social, notamment aux enfants qui accusent un retard de développement. Le ciblage peut également s'avérer efficace en période de transition. Blackman¹⁸ a suggéré, par exemple, l'intégration de programmes d'abandon du tabac en période de passage au marché du travail.

Il est souligné que le ciblage doit prévoir de bien définir les populations défavorisées⁴. Il faut donc disposer de données épidémiologiques fondées sur l'équité. Analyser avec soin ce genre de

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

données peut alors servir à influencer, surveiller, puis évaluer les programmes et les politiques ciblant les populations défavorisées¹⁹.

3.2 Divulgence déterminé :

L'OMS, notamment, indique l'importance de faire volontairement état de la relation qui existe entre la santé et les iniquités sociales dans tous les rapports sur l'état de santé. Le document de l'OMS, *The Social Determinants of Health: Developing an evidence base for political action*, souligne le lien qui existe entre la divulgation des iniquités en matière de santé et l'action politique¹⁴. De même, *Comblant le fossé en une génération*¹ montre que « veiller à ce que l'iniquité en matière de santé soit mesurée... constitue un tremplin essentiel à l'action » (p. 2). Ainsi, les données probantes sur les iniquités en matière de santé qui sont présentées publiquement et intentionnellement pourront être considérées comme partie intégrante d'une stratégie de changement.

Dans *Health for All*¹³, les auteurs décrivent l'importance de stratifier les données selon le statut socioéconomique (SSE), par exemple, au lieu de contrôler l'effet du SSE, comme servent à faire bien des analyses. Grâce à la stratification, l'effet différentiel du revenu sur l'état de santé devient clair. Il serait possible d'entreprendre des analyses semblables pour découvrir les liens qui existent entre la santé et le chômage, l'exclusion sociale, l'éducation, la privation et d'autres variables.

Divulguer de manière à présenter, et non masquer, l'effet des iniquités sociales en matière de santé a également comme avantage d'offrir la possibilité de mettre en avant-plan les données probantes sur les progrès, ou leur absence, et de s'en servir pour orienter les interventions futures.

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

3.3 Marketing social :

Le marketing social est « l'application systématique du marketing, en plus de notions et de techniques, pour atteindre des buts comportementaux précis, pour le bien de la société » (National Social Marketing Centre 2007, cité dans Farr à la page 451)²⁰. La segmentation du public cible et les interventions adaptées, dont les communications sur la santé, sont des étapes clés du processus de marketing social. Cette approche est considérée comme une pratique prometteuse pour ce qui est de créer un changement social positif et d'améliorer la santé des populations vulnérables. Si le but est de réduire les iniquités en matière de santé, il est possible de songer aux interventions de marketing social comme pratique locale de santé publique de deux manières. L'une est l'adaptation plus traditionnelle des interventions de changement de comportement à l'égard des populations plus défavorisées (dans le but de niveler par le haut). La seconde, moins traditionnelle, consiste à utiliser le marketing social pour modifier la compréhension et, en fin de compte, le comportement des décideurs et du public afin qu'ils prennent ou soutiennent des mesures ayant pour but d'améliorer les déterminants sociaux des iniquités en matière de santé²¹.

En ce qui touche l'approche plus traditionnelle, la documentation indique l'importance de messages adaptés dans une approche à volets multiples (un cadre socioécologique) destinée à changer les pratiques volontaires de santé, surtout chez les populations minoritaires^{22, 23}. Il existe aussi des données probantes selon lesquelles intégrer la culture dans des interventions adaptées de prévention et de contrôle pourra augmenter l'efficacité de celles-ci dans divers groupes²⁴.

Le marketing social se fait reprocher le recours prédominant aux méthodes servant à promouvoir le changement de comportement individuel et le fait que les responsables de l'élaboration des

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

politiques (et le public) utilisent rarement le ciblage pour agir en fonction de l'équité en matière de santé²¹. Cette approche moins traditionnelle au marketing social est peut-être très puissante, surtout si elle est combinée à des approches visant un changement de comportement individuel²⁵,

²⁶.

3.4 Établissement de cibles pour l'équité en matière de santé :

La CDSS de l'OMS reconnaît qu'il est essentiel de « disposer de bonnes données probantes sur les niveaux de santé et la répartition de celle-ci et sur les déterminants sociaux de la santé pour comprendre l'étendue du problème, évaluer les effets des mesures prises et surveiller la progression » (p. 20)¹. Elle met l'accent sur la valeur des données probantes permettant de suivre le changement; toutefois, elle ne va pas jusqu'à recommander l'établissement de cibles comme stratégie.

Bien qu'elle reconnaisse que bien des pays ont intégré l'établissement de cibles dans leurs travaux intersectoriels sur les iniquités sociales en matière de santé, l'OMS²⁷ se demande s'il y a un avantage manifeste à fixer des cibles pour ces mêmes travaux (p. 22). Dans ce commentaire, elle fait la distinction entre la pratique valable qui consiste à établir des objectifs clairs et mesurables et l'établissement d'objectifs temporels pour les résultats. Ainsi, la véritable nature des cibles semble importante, car certaines cibles permettront de réaliser plus de progrès que d'autres.

Gardner, dans un document de travail rédigé pour le Toronto Central Local Health Integration Network (LHIN)¹⁹, formule une stratégie d'équipe en matière de santé en se basant sur des « cibles concrètes pour alimenter la prise de mesures » (p. 8). Dans sa stratégie, il suggère d'établir des cibles d'équité en matière de santé selon de larges indicateurs de santé, des cibles

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

précises pour certains états et des cibles pour la prestation des services de santé, et de surveiller ces cibles. Le contexte de cet établissement de cibles dans la structure de responsabilité du LHIN est différent de celui dans lequel évolue le secteur de la santé publique, mais il pourra quand même s'avérer instructif sur le plan des approches à la santé publique à l'échelle locale.

Dans *Health Disparity in Saskatoon*²⁸, Lemstra et Neudorf suggèrent des cibles comme solution pour s'attacher aux déterminants sociaux de la santé. Le National Health Service, au Royaume-Uni, se sert de cibles pour les iniquités en matière de santé dans le cadre de sa stratégie globale visant à réduire lesdites iniquités : « les cibles représentent un moyen de s'assurer que les ressources et les efforts servent à s'attaquer aux inégalités en matière de santé de manière claire et mesurable » (p. 9)²⁹. Cependant, il reconnaît aussi qu'il y a plusieurs défis à relever pour fixer des cibles de réduction des iniquités.

Dans l'ensemble, l'établissement de cibles, bien qu'il ne soit pas soutenu sans réserve dans la documentation, semble quelque peu prometteur s'il s'inscrit dans une stratégie destinée à réduire les iniquités en matière de santé, et il pourra jouer un rôle au niveau de la santé publique locale. Il semble important de concentrer ces cibles sur des domaines où la situation peut être corrigée, au lieu d'établir des cibles nobles, mais peut-être inatteignables. Établir des cibles dans le cadre d'un processus d'engagement communautaire, comme le fait le NHS, permet de créer un lien avec d'autres aspects définis de la lutte aux iniquités en matière de santé.

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

3.5 Évaluation des effets sur la santé axée sur l'équité¹ :

L'évaluation des effets sur la santé (EES) est une méthode structurée pour évaluer les effets que des politiques et des pratiques proposées peuvent avoir sur la santé. Appliquée correctement, l'EES permet aux décideurs de souligner et de rehausser les éléments positifs d'une proposition, et de réduire au minimum les aspects qui risquent de donner des résultats négatifs pour la santé³⁰.

Vu le large éventail de données probantes évalué, l'EES constitue un moyen utile d'évaluer l'effet de propositions (touchant une politique ou une pratique précise) sur la population en général.

Toutefois, elle est également reconnue comme un moyen prometteur de s'attacher aux déterminants économiques et sociaux sous-jacents de la santé et aux iniquités qui en découlent en matière de santé³¹.

Distincte de l'EES, une évaluation des effets sur la santé axée sur l'équité (EESaE) comprend des questions comme : Cette proposition est-elle susceptible d'influer sur ceux qui sont déjà défavorisés? Risque-t-elle d'imposer de nouveaux fardeaux à certains groupes sur le plan de la santé? Est-il vraisemblable qu'elle modifie l'exposition aux facteurs de risque ou à des déterminants précis de la santé ou la répartition de ces facteurs ou déterminants (p. ex., les conditions de vie, l'accès aux services)³¹? En effectuant l'EES en tenant compte de l'équité, il apparaît clairement que certains groupes profiteront plus que d'autres de presque chaque politique, qu'il y aura des gagnants et des perdants. Lorsqu'il s'agit de réduire les iniquités sociales en matière de santé, cet élément peut aider les décideurs à réduire au minimum les résultats négatifs pour la santé, à offrir d'autres avantages aux personnes concernées ou à

¹ La présente section est largement inspirée du sommaire non publié de la documentation produite sur l'évaluation des effets sur la santé axée sur l'équité qu'a réalisé Stéphanie Lefebvre (Service de santé publique de Sudbury et du district, 2009).

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

s'assurer que celles-ci ne sont pas déjà défavorisées³², ou à faire les trois. Par ailleurs, mieux faire connaître les déterminants des iniquités sociales en matière de santé aux décideurs et aux autres intervenants peut influencer les décisions stratégiques immédiates et à long terme^{31,32}. Enfin, une approche véritablement participative à la tenue d'EESaE peut renforcer la capacité des gens et des collectivités et favoriser la formation de réseaux sociaux entre divers citoyens.

Les EES constituent un outil prometteur pour les professionnels de la santé publique et pour divers secteurs et intervenants. Elles peuvent s'appliquer à des projets précis, à des politiques à la large portée et à une foule de contextes. Même si les EES pourraient être dirigées par bon nombre de groupes, le secteur de la santé publique, grâce à sa connaissance des déterminants de la santé, est bien placé pour prôner le recours aux EES (et aux EESaE en particulier) et pour faciliter leur application³³.

Parmi les défis que le secteur de la santé publique devra relever lorsqu'il s'agira d'entreprendre efficacement des EESaE figurent les ressources, les compétences professionnelles et la nature institutionnelle des organismes de santé publique. Une EESaE exhaustive et participative exige énormément de ressources pour ce qui est de recueillir et d'évaluer les données probantes, de consulter les intervenants et d'établir des profils de collectivité. Les EESaE exigent des ensembles de compétences très précis, surtout pour ce qui est de faire intervenir les collectivités et divers intervenants dans un processus participatif d'EES. Bien que la possibilité d'une approche participative soit significative sur le plan du renforcement des capacités communautaires, elle représente des défis pour les institutions établies connaissant les questions de pouvoir qui entrent en ligne de compte dans ce genre de travail de développement communautaire.

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

Il est important de reconnaître les limites des EES lorsqu'il s'agit de songer à l'objectivité du processus. Les EES ont pour fonction d'évaluer une vaste gamme de données probantes touchant l'impact (positif ou négatif) d'une proposition sur la santé. Cependant, l'EES en soi est simplement un outil servant à influencer le processus décisionnel. L'interprétation des données probantes dépend des décideurs, surtout dans le cas des EESaE qui exigent des jugements de valeur concernant l'équité de résultats pour la santé ou la possibilité de les éviter³⁴.

3.6 Compétences et normes organisationnelles :

Agir suivant les approches définies dans notre analyse documentaire exigera des ensembles de compétences nouveaux ou améliorés et un renforcement des capacités parmi la main-d'œuvre du secteur de la santé publique¹. La base de compétences requises pour travailler efficacement aux iniquités sociales en matière de santé comprend la planification et le partenariat communautaires et la création de coalitions^{27, 35} — ce qui n'est pas une base de connaissances ou d'expérience courante chez le personnel affecté à la santé publique. Ce virage signifiera des changements dans le recrutement, la formation, le perfectionnement, l'orientation professionnelle et la description d'emploi en santé publique. Étant donné qu'évaluer les *iniquités* exige implicitement un jugement de valeur, la volonté des professionnels de la santé publique d'agir selon des valeurs et des croyances de justice sociale importe aussi lorsqu'il s'agit de créer une main-d'œuvre qui peut répondre aux demandes de travail sur les iniquités sociales¹.

L'Agence de la santé publique du Canada³⁵ a défini 36 compétences fondamentales en santé publique, lesquelles englobent les connaissances, les attitudes et les aptitudes essentielles. Mais surtout, ces compétences ont été établies pour la pratique dans le contexte des valeurs de santé publique et comprennent l'équité, la justice sociale, la participation communautaire et les

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

déterminants de la santé. En tant que telles, les compétences fondamentales en santé publique forment une base solide pour le recrutement et le perfectionnement du personnel local affecté à la santé publique.

Potvin et coll.³⁶ notent que les programmes de santé publique destinés à créer des changements sociaux exigeront de modifier « le modèle bureaucratique ou structurel sur lequel la pratique en santé publique repose traditionnellement » (p. 592). Les organismes de santé publique devront prioriser le travail sur les inégalités sociales et s'engager à collaborer de manière intersectorielle en se fondant sur l'engagement communautaire, ce qui pourra signifier un changement de paradigme pour le domaine de la santé publique.

3.7 Apport à la base de données probantes :

Petticrew et Roberts³⁷ décrivent la

nature insuffisante, dispersée et différente [par rapport à la documentation médicale] de la base de données probantes en santé publique.... Elle est insuffisante, car il existe peu d'évaluations des résultats d'interventions de santé publique, et il y en a encore moins qui portent sur les effets distributifs d'interventions sur divers groupes sociaux et qui peuvent jeter de la lumière sur les moyens efficaces de réduire les inégalités en matière de santé.
(p. 199)

Nous pouvons certainement attester des lacunes dans la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales efficaces en santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé. Une grande partie de ces connaissances émane des professionnels qui fournissent les services et chez qui publier n'est pas une priorité. De plus, les données probantes obtenues sont souvent préliminaires, modestes et propres à un contexte précis, et les médias universitaires traditionnels pourraient refuser de les publier. La littérature grise (évaluations et rapports) fait partie de la base de connaissances pour les interventions locales de santé publique,

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

mais même elle ne donne pas une image complète des connaissances qui existent sur la pratique, et ce genre de documentation est souvent difficile d'accès.

Raphael³⁸ définit une série de mesures qu'il y a lieu de prendre pour s'attacher aux déterminants de la santé et inclut dans sa liste la nécessité de « fournir des documents aux revues universitaires et professionnelles sur les faits nouveaux au Canada et la possibilité qu'ils influent sur la santé des Canadiens » (p. vi). Il importe que la base de connaissances croissante sur la manière de s'attacher aux inégalités sociales par des mesures de santé publique à l'échelle locale soit renforcée par la dissémination volontaire de connaissances, que ce soit par les mécanismes traditionnels comme les revues, par des rapports ou par d'autres mécanismes d'échange de connaissances comme les communautés de pratique.

3.8 Développement de la petite enfance :

Le fait que les expériences vécues pendant la petite enfance constituent les éléments de base du développement tout au long de la vie est largement reconnu^{1,39}. De plus, comme ce sont les enfants les plus démunis qui obtiennent les gains les plus marqués, investir dans le développement de la petite enfance (DPE) est considéré comme un moyen puissant d'égaliser les chances¹.

Le fait de vivre dans des conditions socioéconomiques défavorables durant l'enfance et l'adolescence augmente le risque de souffrir plus tard de problèmes de santé...les conditions de vie durant l'enfance comptent parmi les déterminants les plus importants de l'état de santé... les effets de ces déterminants sont cumulatifs et se manifestent à très long terme. (pp. 44-45)⁴⁰

Les expériences vécues pendant la petite enfance influencent le développement physique, social, émotionnel et cognitif et celui du langage, ce qui, tout au long de la vie, influe sur l'apprentissage, la réussite scolaire, économique et sociale et la santé^{1,41-44}. La documentation fait

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

constamment état de l'importance du développement de la petite enfance, des milieux favorables et des expériences de qualité pendant la petite enfance pour le développement positif de la personne^{43, 45} et la santé. Les expériences vécues pendant la petite enfance doivent contribuer à donner des résultats positifs pour le développement, et donc la santé, par un certain nombre de voies, psychologiques, comportementales et physiques, notamment^{43, 46, 47}. De multiples rapports révèlent qu'il faut un continuum complet d'approches au DPE pour réduire les iniquités en matière de santé^{1, 48}. Il s'agit notamment de politiques, de programmes et de services conçus par la collaboration intersectorielle et reposant sur « l'universalité ciblée » qui font intervenir les collectivités, en particulier les plus vulnérables, dans leur mise au point, leur instauration et leur surveillance^{41, 49}. Certaines des interventions spécifiques indiquées dans la documentation incluent : la prévention de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale⁴⁷, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel^{40, 41}, les visites à domicile^{41, 47}, les pratiques parentales positives^{47, 50}, les interventions en milieu scolaire pour les jeunes issus d'une famille à faible revenu²⁸, le dépistage de la dépression, y compris chez les femmes enceintes et en période postpartum⁴⁰ et celui de la violence familiale⁴⁰. Les solutions stratégiques souvent proposées dans la documentation comme pratiques efficaces incluent : un système de garde et d'apprentissage de grande qualité^{1, 28, 42, 47, 50, 51}, la qualité du logement⁴, des services intégrés de services de développement de l'enfant⁴¹, la Prestation nationale pour enfants⁴, la sécurité alimentaire, le Supplément à la nutrition mères-bébés⁴, l'abandon et la prévention du tabagisme^{4, 40}, l'éducation sexuelle des jeunes et la consultation en la matière⁴⁰, la promotion de l'équité entre les zones rurales et urbaines^{1, 52}, l'élimination de la pauvreté infantile²⁸ et la réduction de l'exposition aux modèles inappropriés dans les médias, y compris la violence⁴⁰.

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

3.9 Engagement communautaire :

Tel qu'indiqué dans d'autres sous-sections du présent rapport, l'engagement communautaire est une stratégie transversale clé à employer pour réduire les iniquités sociales en matière de santé. Les professionnels de la santé publique devraient faire intervenir les collectivités dans l'élaboration et l'instauration de politiques, de programmes et de services^{1, 41, 48}. Frohlich et Potvin⁴⁹ insistent notamment sur l'idée de faire participer les membres des populations vulnérables lorsqu'il s'agit de définir les problèmes, d'élaborer des interventions et d'évaluer la situation. Le rapport final du MEKN¹⁴ souligne la pénurie d'évaluations rigoureuses des interventions sociales destinées à réduire les inégalités en matière de santé. Cependant, les auteurs dressent la liste des principales caractéristiques définies dans les examens menés par d'autres sur des programmes fructueux. Chacune de ces huit caractéristiques inclut la consultation, l'intervention, le soutien ou l'engagement communautaire comme élément essentiel (p. 63).

Tel qu'indiqué dans la sous-section *Évaluation des effets sur la santé axée sur l'équité* du présent rapport, un engagement communautaire significatif peut représenter des défis pour les institutions de santé publique établies. L'engagement communautaire pourra exiger des niveaux de partage des pouvoirs et du contrôle avec lesquels les professionnels de la santé publique ne se sentiront pas nécessairement à l'aise. L'instauration d'une pratique inclusive à tous les niveaux du cycle de planification exigera des données probantes pour que les décisions visant à garantir une intensité optimale à cette pratique puissent être influencées davantage (p. 63–64)¹⁴. Une évaluation minutieuse des compétences et des valeurs fondées sur les aptitudes de la main-d'œuvre en santé publique³⁵ s'imposera aussi.

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

3.10 Action intersectorielle :

L'action intersectorielle est essentielle, car un grand nombre des solutions aux iniquités sociales en matière de santé se trouve en dehors du secteur de la santé. Il faudra créer des liens forts et durables entre le milieu de la santé publique et d'autres (comme l'éducation, les affaires municipales, le transport, l'environnement et les finances) pour que les mesures soient efficaces (p. 62)¹⁴. Les champions de la santé publique ont un rôle clé à jouer pour ce qui est d'aider les autres secteurs à comprendre en quoi leurs décisions influent sur l'équité en matière de santé. Le point de vue prédominant est celui selon lequel les problèmes complexes exigent des solutions complexes qui ne peuvent venir uniquement de la collaboration entre les gouvernements et les secteurs visant à définir les problèmes, à partager les ressources et à évaluer les résultats⁷.

L'action intersectorielle exige de la synergie, de la coordination, du partage, des approches participatives, du temps et un engagement à long terme à une vision commune⁵¹.

Le milieu de la santé publique joue depuis longtemps un rôle de meneur sur les questions de santé et sur la collaboration par des structures de coalition. Il n'est pas à la portée de tous les professionnels de la santé publique de pouvoir prendre l'initiative de réduire les iniquités en matière de santé, que ce soit sur le plan de la pratique, de l'autorité ou de la compétence, et il y aurait lieu de réfléchir afin de s'assurer que les éléments favorables sont en place et maximiseront les chances de réussite.

IV L'intervention et l'application (premiers commentaires)

Des dix pratiques prometteuses en santé publique décrites précédemment, trois seront officiellement adoptées comme formant notre projet d'intervention FORCES. Nous présentons les choses ainsi, car il est tout à fait prévu qu'étant donné notre préparation organisationnelle et

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

les facteurs contextuels favorables qui sont décrits dans les présentes et dans notre premier état d'avancement du projet d'intervention, le SSPSD adoptera à divers degrés toutes les pratiques définies. 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) sont les pratiques qui forment l'intervention FORCES. (Reportez-vous à l'Annexe F pour connaître les modèles logiques du projet pour les programmes.) Pour choisir ces trois pratiques, nous nous sommes servis des questions d'orientation énoncées au tableau 2 (influencées par les principes de besoin, d'effet, de capacité et de partenariat ou de collaboration qui figurent dans les Normes de santé publique de l'Ontario, 2008).

Tableau 2 : Questions d'orientation utilisées pour choisir les pratiques pour notre intervention

Question	Détails	Applicabilité
S'agit-il d'un nouveau domaine de pratique? (<i>besoin</i>)	Représente un nouveau domaine de pratique de telle sorte que sauf s'il était adopté, il n'y aurait aucune activité à ce chapitre.	<ul style="list-style-type: none"> • Oui pour le MS et l'EESaE • Partielle pour le CU
La pratique influence-t-elle les connaissances et la pratique actuelles? (<i>capacité</i>)	La pratique repose sur les compétences et les pratiques du personnel, pour que l'adoption soit plus réalisable.	<ul style="list-style-type: none"> • Oui pour le MS et le CU • Partielle pour l'EESaE
L'organisme possède-t-il la capacité nécessaire pour adopter la pratique? (<i>capacité</i>)	Comprend les aspects des ressources financières, du soutien au leadership, des champions chez le personnel interne et de l'évaluation des charges de travail.	<ul style="list-style-type: none"> • Oui pour le MS, l'EESaE et le CU • Il faudra examiner la charge de travail sur le plan des priorités concurrentes.
La pratique entre-t-elle dans le cadre de programmation prévu pour les conseils de santé? (<i>effet</i>)	Tombe dans le mandat des conseils de santé prévu par la loi, dans les attentes des collectivités et dans l'orientation organisationnelle.	<ul style="list-style-type: none"> • Oui pour le CU et le MS • Oui pour l'EESaE, si l'interprétation de la portée est progressive.
Ensemble, les pratiques intègrent-elles les pratiques de santé publique axées sur le mode de vie et les politiques? (<i>besoin</i>)	Ayant priorisé ces deux domaines dans notre modèle logique global de programme, nous devrions nous assurer que le projet d'intervention inclut les deux catégories de pratique.	<ul style="list-style-type: none"> • Oui (MS=les deux; CU=mode de vie; EESaE=politiques)
Pourra-t-il y avoir un effet significatif? (<i>effet</i>)	La pratique correspondra au travail de bon nombre d'employés et à bien des domaines de programme, ou elle aura un effet significatif sur les collectivités.	<ul style="list-style-type: none"> • Oui pour le CU en ce qui touche la pertinence pour bon nombre d'employés et bien des domaines de programme • Oui pour le MS et l'EESaE pour ce qui est de la possibilité d'un effet significatif sur les collectivités

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

Est-il possible que les partenariats communautaires soient renforcés ou enrichis? (<i>partenariat et collaboration</i>)	La pratique fera intervenir d'autres partenaires n'appartenant pas au domaine de la santé et l'engagement communautaire (une stratégie transversale suivant les résultats de notre analyse documentaire).	<ul style="list-style-type: none">• Oui pour le MS et l'EESaE• Possibilité pour le CU
---	---	--

De plus, notre analyse documentaire a fait ressortir un thème important selon lequel il fallait absolument que des approches axées sur les politiques soient adoptées pour réduire les iniquités en matière de santé¹⁴. Dans le cas d'un organisme local de santé publique et dans le contexte de l'analyse documentaire des pratiques prometteuses, cela se traduit par le soutien de deux stratégies distinctes : 1) mieux faire connaître les iniquités en matière de santé au public et aux décideurs locaux et faire en sorte qu'ils apportent davantage leur soutien et agissent à cet égard (comme par le marketing social); et 2) augmenter la capacité de s'assurer que les décisions prises à l'échelle locale par d'autres organismes et secteurs garantissent toujours le respect de l'équité (autrement dit, une politique ou un programme doit permettre d'en définir et d'en évaluer les effets possibles sur l'équité en matière de santé et de s'y attacher afin que les résultats possibles pour l'équité en matière de santé soient maximisés et que les préjudices possibles soient réduits au minimum) (p. 99)¹⁴ (p. ex., par l'évaluation des effets sur la santé axée sur l'équité).

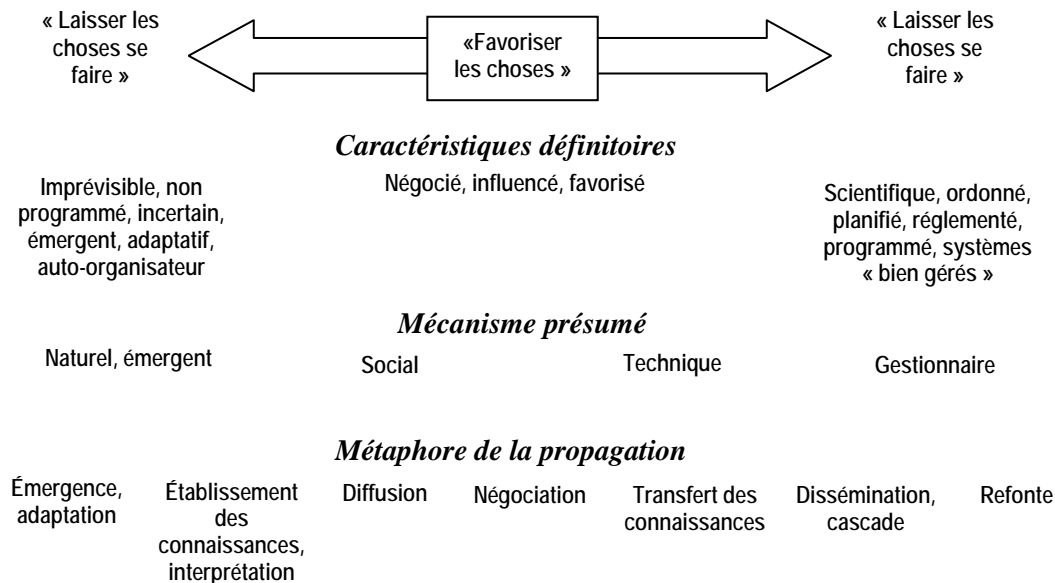
D'un point de vue organisationnel, la majeure partie du personnel affecté à la santé publique et des ressources opérationnelles est consacrée aux programmes et aux services qui, d'une certaine manière, sont concentrés sur des questions individuelles ou de mode de vie. Étant donné que notre organisme accorde la priorité à l'équité en matière de santé, nous devons nous assurer que ces nombreuses activités y contribuent. Le CU est entendu comme étant une pratique prometteuse qui pourra aider à transformer nos interventions axées sur le mode de vie en outils pour niveler par le haut la santé de la population^{16, 17}. Ce travail exigera de décrire avec

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

exactitude les structures sociales locales afin d'influencer le ciblage et de dresser des plans d'évaluation et de surveillance.

Nous avons conceptualisé l'introduction des trois pratiques de santé publique dans l'organisme avec l'aide du modèle de Greenhalgh et coll. (p. 593)⁵³ (figure 2).

Figure 2 : Différents fondements conceptuels et théoriques pour la distribution de l'innovation dans les organismes de services



Bien qu'aux stades ultérieurs, nous estimons que notre approche se situera plus du côté gauche du continuum, notre approche initiale à l'intervention sera plus technique ou gestionnaire de nature, car nous la *favoriserons* et la *provoquerons*. Nous disposons d'un appui marqué de la part de la direction et d'un comité directeur pour superviser le travail. Des groupes de travail précis seront créés avec les champions désignés à l'interne pour diriger la mise au point des trois pratiques. Ils auront pour tâche de dresser des plans d'action concrets, de définir les ressources requises et de préciser les calendriers, les réalisations attendues et les stratégies d'évaluation. Comme les pratiques seront mieux formulées, l'exécution interorganisationnelle devrait être

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

influencée par la diffusion des principes d'innovation⁵³ et la mise sur pied de communautés de pratique pertinentes⁵⁴.

Nous en sommes aux premiers stades de l'application de notre intervention. Bien que le travail d'organisation soit en cours, il n'est pas encore systématiquement influencé par notre analyse de la documentation sur l'application et l'échange des connaissances et l'évolution organisationnelle. Toutefois, nous avons évalué la préparation au changement de notre organisme. (Les deux aspects figurent comme objectifs de résultats à court terme du modèle logique global de programme de notre projet, *Annexe F*). Nous croyons que notre organisme possède bien des éléments d'un cadre réceptif au changement, comme l'indique la documentation : solide leadership, vision stratégique claire, bonnes relations avec la direction, personnel visionnaire à des postes clés, climat favorable à l'expérimentation et à la prise de risques, et systèmes efficaces de saisie des données (p. 607)⁵³. Par ailleurs, pour ce qui est de l'évaluation de la préparation du système à l'innovation, nous notons au tableau 3 des points clés touchant notre préparation, mais aussi les domaines où il faut porter une attention accrue ou constante (adaptation de Greenhalgh et coll., pp. 607–608)⁵³.

Tableau 3 : Préparation du système à l'innovation

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 ^{55, 56} .
Adaptation du système à l'innovation	Les innovations (pratiques) proposées correspondent aux valeurs, aux normes, aux stratégies et aux buts de l'organisme ⁵⁷ .
Évaluation des répercussions	Les répercussions des pratiques sont prévues; 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. Il y aura peut-être lieu de renforcer le soutien communautaire.
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 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.

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

En somme, selon notre évaluation, le SSPSD est bien placé pour appliquer les pratiques qui forment notre projet d'intervention FORCES. Nous sommes impatients de passer à la prochaine étape de l'application et de faire rapport sur les détails des pratiques et les réalités de l'application dans notre prochain rapport.

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

Références bibliographiques

1. CDSS. Comblé 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
2. Paradis G. Social determinants of health: So what?, *Revue canadienne de santé publique* 2009; 100(3):164
3. 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*, mars-avril 2009; 100(2):93-5
4. 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
5. 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, Commission des déterminants de la santé de l'OMS; 2007
6. 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
7. Blas E, Gilson L, Kelly MP, Labonté R, Lapitan J, Muntaner C, Östlin P, Popay J, Sadana R, Sen G, Schrecker T, Vaghri Z. Addressing social determinants of health inequities: What can the state and civil society do?, *Lancet* 2008; 372:1684-9
8. Best A, Riley B, Norman C. Evidence-informed public health policy and practice through a complexity lens, Ottawa ON : ACRSPS; 2007
9. 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; 372:1661-9
10. 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
11. Rychetnik L, Frommer M, Hawe P, Shiell A. Criteria for evaluating evidence on public health interventions, *Journal of Epidemiology & Community Health* 2002; 56(2):119
12. 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
13. Moberg H, Hogstedt, C. Summary Chapter. pp 334-350, dans Hogstedt C, Moberg H, Lundgren B et Backhans M. (éd.) *Health for All? A critical analysis of public health policies in eight European countries*, Swedish National Institute of Public Health; 2008

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

14. Kelly M, Morgan A, Bonnefoy J, Butt J, Bergman V. The social determinants of health: Developing an evidence base for political action. Measurement and Evidence Knowledge Network, Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS; octobre 2007
15. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health (ébauche), Commission des déterminants sociaux de la santé; avril 2007
16. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up part 1, Organisation mondiale de la Santé; 2006
17. Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequalities in health: Levelling up part 2, University of Liverpool: WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health; 2006
18. Blackman T. Can smoking cessation services be better targeted to tackle health inequalities? evidence from a cross-sectional study, *Health Educ J*, juin 2008; 67(2):91-101
19. Gardner B. Health equity discussion paper, Toronto Central LHIN; 2008
20. Farr M, Wardlaw J, Jones C. Tackling health inequalities using geodemographics: A social marketing approach, *International Journal of Market Research* 2008; 50(4):449
21. Grier S, Bryant CA. Social marketing in public health, *Annu Rev Public Health* 2005; 26:319-39
22. Campbell MK, Quintiliani LM. Tailored interventions in public health: Where does tailoring fit in interventions to reduce health disparities?, *Am Behav Sci*, février 2006; 49(6):775-93
23. Niederdeppe J, Kuang X, Crock B, Skelton A. Media campaigns to promote smoking cessation among socioeconomically disadvantaged populations: What do we know, what do we need to learn, and what should we do now?, *Social Science & Medicine* 2008; 67:1343
24. Kreuter MW, Sugg-Skinner C, Holt CL, Clark EM, Haire-Joshu D, Fu Q, Booker AC, Steger-May K, Bucholtz D. Cultural tailoring for mammography and fruit and vegetable intake among low-income African-American women in urban public health centers, *Prev Med*, juillet 2005; 41(1):53-62
25. Niederdeppe J, Bu QL, Borah P, Kindig DA, Robert SA. Message design strategies to raise public awareness of social determinants of health and population health disparities, *The Milbank Quarterly* 2008; 86(3):481-513
26. Christopoulos A, McVey D, Crosier A. A rapid review of innovation in the context of social determinants: Lessons from Europe - A working document, National Social Marketing Centre/DETERMINE; omission
27. Agence de la santé publique du Canada, Organisation mondiale de la Santé. L'équité en santé grâce à l'action intersectorielle : analyse d'études de cas dans 18 pays, Canada : Organisation mondiale de la Santé; 2008
28. Lemstra M, Neudorf C. Health disparity in Saskatoon: Analysis to intervention, Saskatoon : Saskatoon Health Region; 2008

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

29. Bull J, Hamer L. Closing the gap: Setting local targets to reduce health inequalities, Health Development Agency; 2007
30. Taylor L, Quigley RJ. Health impact assessment: A review of reviews, Health Development Agency; octobre 2002
31. Taylor L, Gowman N, Quigley R. Addressing inequalities through health impact assessment, Health Development Agency; 2003
32. Kemm J. Health impact assessment and health in all policies, dans M. Stahl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen, K. Leppo, éditeurs. Health in all policies: Prospects and potentials, Finlande : ministère des Affaires sociales et de la Santé, Finlande; 2006
33. Health impact assessment workshop -- Document for participants, Centre de collaboration nationale en santé publique; Vancouver, juin 2007
34. Mahoney M, Simpson S, Harris E, Aldrich R, Stewart-Williams J. Equity focused health impact assessment framework, Australie : Australian Collaboration for Health Equity Impact Assessment (ACHEIA); 2004
35. Agence de la santé publique du Canada. Compétences essentielles en santé publique au Canada : version 1.0. Ottawa ON : Agence de la santé publique du Canada; 2008
36. Potvin L, Lessard R, Fournier P. Inégalités sociales de santé : un partenariat de recherche et de formation, Revue canadienne de santé publique, mars-avril 2002; 93(2):134-7
37. Petticrew M, Roberts H. Systematic reviews - do they 'work' in informing decision-making around health inequalities? Health Economics, Policy and Law, avril 2008; 3(2):197
38. Raphael D. Addressing health inequalities in Canada, Leadership in Health Services 2002; 15(2):1
39. Hancock T. Agir localement : Promotion de la santé de la population, Victoria BC : Sous-comité sénatorial sur la santé des populations; 2009
40. Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec - Riches de tous nos enfants. La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans, Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2007
41. Irwin L, Siddiqi A, Hertzman C. Early child development: A powerful equalizer, Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS; juin 2007
42. Pascal CE. With our future in mind: Implementing early learning in Ontario; 2009
43. McCain MN, Mustard F. Reversing the brain drain: Early years study: Final report, Toronto : Secrétariat à l'enfance de l'Ontario; 1999
44. Task Force on Community Preventive Services. Recommendations to promote healthy social environments, American Journal of Preventive Medicine 2003; 24(3S):21-4

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?

45. Siddiqi A, Irwin L, Hertzman C. Total environment assessment model for early child development: Evidence report for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health, Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé; 2007
46. Henry P. An examination of the pathways through which social class impacts health outcomes, *Academy of Marketing Science Review*; 2001:1
47. Torjman S. Poverty policy. Caledon Institute of Social Policy, octobre 2008
48. Pedersen S, Barr V, Wortman J, Rootman I, Public Health Association of BC. Evidence review: Equity lens, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique; 2007
49. Frohlich KL, Potvin L. Transcending the known in public health practice: The inequality paradox: The population approach and vulnerable populations, *Am J Public Health*, février 2008; 98(2):216-21
50. Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé, Ottawa : gouvernement du Canada; juin 2009
51. Sous-comité sur la santé des populations du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Politiques sur la santé de la population : perspective internationale, Ottawa : gouvernement du Canada; 2008
52. Pong, R. Rural poverty and health: What do we know? Presentation to the standing Senate committee on agriculture and forestry; 29 mai 2007
53. 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
54. Knowledge & Innovation Network. Communities of practice (CoP) benchmarking report: Using CoPs to improve individual and organizational performance. summary findings, Coventry, Royaume-Uni : Knowledge & Innovation Network; 2006
55. 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
56. Service de santé publique de Sudbury et du district. OPHS planning path. Sudbury ON : auteur; 2009
57. 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

Quelle est la base de données probantes en ce qui touche les pratiques locales de santé publique pour réduire les iniquités sociales en matière de santé et comment ces données probantes peuvent-elles influencer au mieux les prises de décision de la direction du SSPSD concernant les programmes et services?
