



National Collaborating Centre  
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale  
des déterminants de la santé

## APPRENONS ENSEMBLE : CADRE D'EXERCICE POUR RENFORCER LA CAPACITÉ ORGANISATIONNELLE D'AGIR SUR L'ÉQUITÉ EN SANTÉ



**Le présent document comporte des considérations pratiques destinées aux organismes de santé publique qui veulent renforcer leur capacité d'agir pour améliorer l'équité en santé.**

### PROJET SUR LA CAPACITÉ ORGANISATIONNELLE D'AGIR SUR L'ÉQUITÉ EN SANTÉ

Le présent document est produit dans le cadre du [projet sur la capacité organisationnelle](#) (PCO) d'agir sur l'équité en santé. Le projet vise à enseigner les cadres théoriques, stratégies et conditions organisationnelles à mettre en place par les organismes de santé publique du Canada pour développer et soutenir leur capacité organisationnelle d'agir pour améliorer l'équité en santé. Le projet repose sur une approche d'apprentissage participatif dont les volets comportent une revue des données probantes, des conversations dans le cadre de cercles d'apprentissage et la mise en œuvre de projets dans des sites d'essai.

Pour en savoir plus au sujet du projet sur la capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé, consultez le site Web du CCNDS au [www.ccnds.ca](http://www.ccnds.ca).

### BUT

Le présent document fait la description d'un cadre d'exercice pour renforcer la capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé.

Il comporte des considérations à prendre en compte pour renforcer la capacité des organismes de santé publique à mettre en place les mesures voulues pour améliorer l'équité en santé. Il est recommandé d'accompagner le présent document de celui intitulé *Comprendre la capacité des organismes à opérer un changement axé sur l'équité en santé*<sup>1</sup>, qui traite des facteurs qui entravent et de ceux qui facilitent un changement organisationnel axé sur l'équité en santé.

## INTRODUCTION

Les organismes de la santé publique ont pour mandat d'améliorer et de maintenir l'état de santé des populations. Ce mandat englobe aussi la réduction des différences systématiques et injustes observées entre certains groupes de population quant à leurs résultats de santé et sociaux<sup>2</sup>. Pour ce faire, les organismes de santé publique sont appelés à intégrer une démarche d'équité en santé dans leurs activités courantes.

Par définition, l'*équité en santé* suppose que les gens devraient pouvoir aspirer à un état de santé optimal sans se heurter à des désavantages systématiques résultant d'iniquités sociales et économiques fondées sur la race, l'appartenance ethnique, les croyances religieuses, le genre, l'étape de vie, la classe sociale, l'orientation sexuelle, le handicap ou toute autre situation sociale<sup>3-5</sup>. En cherchant à tendre vers l'équité en santé, les organismes sont amenés à considérer ce qu'ils peuvent faire pour contribuer à améliorer les conditions de vie quotidienne qui influent sur la santé. Une telle démarche les incite aussi à agir sur les déterminants sociaux et structurels de la santé et les iniquités de santé. Cela implique d'unir leurs efforts à ceux d'organismes d'autres secteurs, de professionnels d'autres disciplines et de communautés de la collectivité en portant leur attention sur les facteurs politiques et économiques et les causes des iniquités<sup>6-10</sup>.

Dans le domaine de la santé publique, les organismes doivent s'outiller de façon à pouvoir agir sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé<sup>11-15</sup>. Autrement dit, ils doivent se doter de la capacité nécessaire pour cerner les iniquités de santé et gérer leurs ressources de manière à réduire ces iniquités<sup>12</sup>. Ils doivent en outre renforcer leur capacité de comprendre les causes des iniquités de santé et les solutions à mettre en place.

C'est ainsi que le Centre de collaboration national des déterminants de la santé (CCNDS) a mis sur pied le projet sur la capacité organisationnelle (PCO) d'agir sur l'équité en santé. Il s'agit d'un projet d'apprentissage participatif conçu pour déterminer les cadres théoriques, les stratégies et les conditions organisationnelles susceptibles de soutenir les organismes de santé publique dans leur démarche pour renforcer leur capacité d'agir sur l'équité en santé<sup>16</sup>. L'équipe du CCNDS a élaboré le présent cadre d'exercice à l'intention des organismes déterminés à améliorer leur capacité par rapport à l'équité en santé. Les parties du tissu organisationnel où véhiculer les mesures d'équité et de justice sociale y sont abordées. L'équipe du CCNDS s'est appuyée pour ce faire sur la littérature qui traite de la capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé<sup>12,13,15,17-20</sup>, de même que sur les propos tenus lors des rencontres du cercle d'apprentissage mis sur pied dans le cadre du projet<sup>1</sup>.

Le cadre d'exercice repose en outre sur les travaux menés par le CCNDS jusqu'à maintenant sur l'habileté d'un organisme de santé publique à remplir ses rôles en matière d'équité en santé<sup>3</sup>, de même que sur les buts et démarches dont il est question dans le document intitulé *Programme commun pour soutenir l'action de la santé publique en matière d'équité en santé*<sup>21</sup>. Il concerne les aspects à changer, et les utilisateurs ont intérêt à consulter aussi le document d'accompagnement intitulé *Comprendre la capacité des organismes à opérer un changement axé sur l'équité en santé*<sup>1</sup>, qui traite plus en détail des conditions organisationnelles favorisant la réussite du changement organisationnel<sup>22</sup>.

L'équipe du CCNDS encourage les organismes de santé publique à utiliser le cadre d'exercice en l'adaptant à leurs impératifs organisationnels.

## CAPACITÉ ORGANISATIONNELLE EN MATIÈRE D'ÉQUITÉ EN SANTÉ ET CHANGEMENT ORGANISATIONNEL

L'expression capacité organisationnelle se rapporte généralement à l'habileté d'un organisme à fonctionner de manière optimale de façon à pouvoir atteindre ses buts et objectifs. Les mesures prises pour améliorer l'équité en santé doivent être à long terme, systématiques et dynamiques<sup>23 [p6].14</sup>. Sur le plan organisationnel, elles exigent que les systèmes, les structures et les pratiques internes s'harmonisent aux objectifs d'équité en santé.

Pour ce qui est de l'équité en santé comme telle, la capacité organisationnelle fait référence à l'habileté d'un organisme à déterminer et à réaliser ses priorités sur ce plan<sup>12</sup>. Pour que la démarche porte des fruits, les défenseurs d'un changement pour l'équité en santé doivent porter attention au contexte externe. Par exemple, il faudrait considérer la façon dont les forces sociales et politiques influencent les priorités de l'organisme, et les tenants de l'équité en santé devraient être assez bien placés pour agir sur celles qui ne vont pas dans le sens de l'équité.

Le renforcement de la capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé entraîne un changement dans la façon de fonctionner d'un organisme et crée un cadre de travail où les professionnels pourront compter sur le soutien utile pour mettre en place des politiques et des programmes axés sur l'équité en santé. Ainsi, ce renforcement impose de tirer parti des connaissances en gestion du changement. Un changement organisationnel destiné à améliorer la capacité d'agir sur l'équité en santé peut être émergent ou planifié en fonction de l'information au sujet d'un problème existant ou potentiel<sup>24</sup>. Quels que soient les motifs les poussant à changer, les organismes commencent souvent par au moins un aspect de la capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé. En examinant

le contexte et les processus organisationnels susceptibles de soutenir le changement souhaité avant de commencer, les organismes assureront la réussite de leur démarche et pourront déterminer les aspects à changer en priorité<sup>19</sup>.

### **SUR QUELS ASPECTS DE LEUR CAPACITÉ ORGANISATIONNELLE LES ORGANISMES DE LA SANTÉ PUBLIQUE DEVRAIENT-ILS SE CONCENTRER?**

Les organismes de la santé publique s'appuient sur plusieurs cadres organisationnels. En Colombie-Britannique (Canada), l'équipe de projet Equity Lens in Public Health<sup>13</sup> a constaté l'importance de rendre l'équité en santé explicite dans le mandat des organisations, y compris les mécanismes de collecte des données et de responsabilisation en matière d'équité en santé.

Cohen et ses collaborateurs<sup>12</sup> ont proposé un cadre conceptuel de la capacité des organismes de santé publique d'agir sur l'équité en santé. Ils ont élaboré leur cadre à la suite d'une revue de la littérature et de consultations menées auprès de champions de l'équité en santé au Canada. Ils<sup>12</sup> ont étudié les environnements externe et interne et en ont dégagé les éléments qui, réunis, déterminent la capacité d'un organisme à agir pour améliorer l'équité en santé.

Des professionnels du bureau de santé publique de Lambton en Ontario (Canada) ont élaboré un cadre conceptuel à partir de sept éléments de la capacité organisationnelle qui facilitent l'action en matière d'équité en santé sur les trois plans suivants : le praticien comme tel, l'organisme et le système. Le cadre conceptuel de Lambton repose sur les travaux de Meyer et de ses collaborateurs<sup>18</sup>, et il a été mis à l'essai par plusieurs équipes de programmes au sein de l'organisme. Aux États-Unis, les gens de la Bay Area Regional Health Inequities Initiative ont élaboré un cadre de compétences professionnelles et de caractéristiques organisationnelles à avoir pour atténuer les iniquités de santé<sup>19</sup>, ce qui met encore une fois l'accent sur la nécessité de se doter de la capacité voulue sur divers plans.

Le cadre d'exercice décrit dans le présent document repose sur huit caractéristiques abordées par Meyer et ses collaborateurs dans leurs travaux au sujet de la capacité de la santé publique<sup>18</sup>. L'outil est conçu pour aider les organismes à intégrer la perspective de l'équité en santé dans leurs priorités stratégiques et opérationnelles<sup>12,13,15,17-19</sup>. Pour aider à comprendre le cadre, nous traiterons dans les pages qui suivent des huit composantes l'une à la suite de l'autre.



À la lecture, il importe cependant de garder à l'esprit que les organisations sont des systèmes complexes et dynamiques. Il faut en outre noter l'interrelation et l'influence réciproque des huit éléments (voir l'encadré 1). Par exemple, si vous améliorez la façon dont les collectivités concernées exercent leur pouvoir dans le processus décisionnel, vous verrez sans doute se transformer les partenariats organisationnels et la vision de l'organisme quant à la gouvernance. Les organismes doivent mettre en place les mécanismes utiles pour surveiller les effets qu'auront sur les autres les décisions prises au sujet d'un aspect de la capacité organisationnelle.

## Encadré 1 : Complexité et capacité et changement organisationnels

Les organisations sont des systèmes complexes comportant de nombreuses couches et parties interdépendantes qui s'adaptent constamment les unes aux autres, mais aussi à l'environnement externe<sup>24,25</sup>.

En tant que systèmes autoadaptatifs complexes, les organisations présentent les caractéristiques suivantes<sup>25,26</sup> :

- elles comportent un grand nombre d'éléments qui interagissent entre eux et qui réagissent les uns et aux autres constamment, ce qui influence l'ensemble du réseau;
- elles peuvent s'organiser elles-mêmes et adapter certaines parties du système sans effectuer un changement en profondeur;
- elles montrent des tendances émergentes à la suite de mesures collectives prises par différentes parties du système;
- elles sont telles que les composantes du système ne sont pas toujours conscientes de ce qui se passe dans le système en général et agissent en fonction de ce qu'elles connaissent;
- elles puisent dans le passé pour guider leur comportement;
- elles répondent aux pressions externes différemment d'une partie de l'organisation à une autre.

La situation appelle les organisations à être à l'écoute du changement sur divers plans : individuel, des processus et organisationnel (Diane LeBlanc, 17 septembre 2018)<sup>27</sup>. Ces plans varient en fonction de leur sphère d'influence au sein de l'organisation :

- organisationnel : stratégie, valeurs et comportements et leadership;
- des processus : mode de fonctionnement et systèmes en place pour soutenir des pratiques cohérentes;
- individuel : compétences, connaissances, description de poste de chaque individu.

Une approche axée sur les processus visera à assurer la cohérence de la capacité en matière d'équité en santé dans tous les services et sous-services de l'organisation. Les stratégies qui se déploient en plusieurs couches et qui prévoient un suivi et de la formation continus donneront sans doute des effets qui se feront sentir à plus long terme.

## 1 DIRIGER ET GOUVERNER AVEC ÉQUITÉ

On entend par *gouvernance* un mécanisme par lequel « les sociétés ou les organisations prennent des décisions, déterminent qui sera concerné par ces décisions et comment la responsabilité des actions pourra être assurée<sup>28(p131)</sup> ». On peut également l'entendre comme étant « toute forme de processus décisionnel structuré ayant des objectifs sociaux communs<sup>9(p67)</sup> ». En tant que concept, la gouvernance concerne essentiellement la répartition, l'exercice et les effets du pouvoir<sup>29(p897)</sup>, et elle se trouve au cœur des considérations prises en compte par les organismes de la santé publique pour améliorer leur capacité d'agir sur l'équité en santé.

La gouvernance est étroitement liée et répond aux valeurs et aux croyances associées au fonctionnement dans une organisation ou une situation<sup>30</sup>. Elle s'avère le mécanisme employé par l'organisation pour décider des mesures à prendre ou à ne pas prendre sur une question. À l'échelle de la gouvernance et de la direction d'une organisation, les priorités et les normes prennent forme et sont transposées en politiques, en stratégies et en valeurs.

En termes d'équité en santé, la gouvernance implique ce qui suit<sup>13,19,20,28</sup> :

- l'engagement organisationnel envers l'équité en santé, ce qui se reflète dans les énoncés de vision et de mission, les valeurs et les plans stratégiques;
- la mise sur pied de structures de gouvernance officielles (p. ex. des conseils, des comités et des groupes consultatifs) qui sont guidées par des principes d'équité, de sécurité culturelle, d'inclusion et de non-tolérance à l'oppression;
- un processus décisionnel partagé entre les partenaires et les collectivités concernées;
- des responsabilités claires énoncées dans des objectifs, des cibles et des processus explicites.

Les organisations peuvent faire participer des partenaires et des membres de la collectivité directement aux processus de gouvernance et de prise de décision de diverses façons :

- en tant que membres du conseil d'administration<sup>15</sup>;
- en leur demandant de faire partie de groupes consultatifs mis sur pied pour des projets précis;
- en prenant part à des activités réciproques et continues dans l'organisation.

Une telle participation renvoie le pouvoir dans les mains mêmes des collectivités concernées qui peuvent ainsi prendre les décisions qui auront des répercussions sur leur vie.

Qu'il s'agisse d'un leadership individuel ou organisationnel, les deux formes de leadership renforcent et soutiennent la démarche pour l'équité en santé<sup>31,32</sup>. Cependant, un leadership individuel qui se transforme en leadership organisationnel consolidera le tout. En ce sens, les structures et processus organisationnels peuvent aider<sup>31</sup>. Par exemple, les conversions du leadership doivent soutenir l'équité en santé de manière à ce que celle-ci se trouve au cœur du nouveau leadership.

L'un des grands défis pour une organisation normale sera de vraiment reconnaître et valoriser diverses formes de leadership, particulièrement celui des personnes qui mettent à profit leur expérience vécue dans l'exercice de leur leadership. Pour certaines formes de leadership adaptées à la culture, l'exercice du leadership s'effectue selon des pratiques qui sont collectives de nature et campées dans des mécanismes de résolution de problèmes tout aussi collectifs et il repose sur les relations et les collectivités<sup>33,34</sup>. Même si ce genre de leadership qui est exercé par de nombreuses personnes marginalisées reflète le genre de leadership habituellement indispensable à l'amélioration de l'équité, les grandes organisations en font fi et ne s'en préoccupent pas. L'agente du changement selon l'approche de la décolonisation, Lesley Varley, par exemple, fait remarquer ce qui suit : « Les grandes organisations embauchent des leaders autochtones en raison des connaissances, des compétences et du savoir-faire de ces Autochtones, mais elles les évaluent ensuite selon les valeurs, les normes et les façons d'agir dominantes<sup>34(p976)</sup> » (traduction libre).

## 2 INSTAURER UNE CULTURE D'ÉQUITÉ

La culture organisationnelle compte parmi les principaux facteurs de réussite ou d'échec du changement organisationnel<sup>24</sup>. Selon Schien<sup>35</sup>, la culture organisationnelle se définit notamment comme suit :

- une culture visible dans les structures, les processus et les façons d'agir;
- des valeurs enchâssées dans les stratégies, les objectifs et les idéaux;
- des idées reçues et des croyances inconscientes qui sont les fondements des valeurs et de l'(in)action.

Dans les organisations, les valeurs de justice sociale, de solidarité, de réciprocité et d'inclusion soutiennent la démarche pour l'équité en santé<sup>12,31,36</sup>. Si un bon nombre d'organisations font état de ces valeurs dans leurs déclarations, on constate souvent un écart entre les valeurs exprimées officiellement et les structures, processus et façons d'agir. Pour combler cet écart, les organisations doivent s'engager dans un processus d'introspection authentique et de discussions au sujet des valeurs, des façons d'agir, des pratiques et des politiques qui tradiraient les valeurs exprimées. Cela s'avère particulièrement important pour les cadres de direction qui donnent le ton et l'orientation de l'organisation.

Les valeurs de l'organisation fluctuent sous l'influence des valeurs et des idéologies des individus qui y évoluent et aussi de la société dans laquelle elle se situe. Les cadres de direction qui incarnent des valeurs de justice sociale et de solidarité façonnent et influencent la démarche individuelle et organisationnelle faite pour améliorer l'équité en santé<sup>14,31,32,36,37</sup>.

En effet, les valeurs et les idéologies de chaque cadre de direction influencent les mesures prises relativement aux déterminants sociaux de la santé et aux iniquités de santé<sup>14</sup>. En donnant l'exemple en passant à l'action en matière d'équité en santé et en étant disposés à faire profiter les tables de discussion de leur expérience, les cadres de direction sont particulièrement bien placés pour jouer un rôle de premier plan dans la mise en relief des valeurs exprimées. Cette stratégie montrera aux autres que l'équité en santé constitue une priorité pour l'organisation.

Une culture organisationnelle centrée sur l'apprentissage, l'innovation et la gestion des risques favorise le changement et l'action en vue d'atteindre l'équité en santé<sup>19,31,34,38</sup>. Une telle culture fait en sorte que le personnel disposera du temps nécessaire pour réfléchir aux pratiques et y intégrer divers types de savoir et de savoir-faire qui viendront bousculer les normes établies. Une communication ouverte et multidirectionnelle au sein de l'organisation – et avec la collectivité – renforce les apprentissages et donne lieu à la prise de mesures pour améliorer l'équité en santé<sup>19,28</sup>.



### 3 SUBVENTIONNER LES PROGRAMMES ET LES POLITIQUES AXÉES SUR L'ÉQUITÉ EN SANTÉ

La capacité d'une organisation à agir efficacement pour améliorer l'équité en santé dépend des ressources à sa disposition<sup>15</sup>. Ainsi, il faut assurer la continuité et le financement adéquat des programmes et des projets axés sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé<sup>39</sup>. Si les programmes et organismes de santé publique doivent pouvoir compter sur des ressources suffisantes et continues, les activités subventionnées en matière d'équité en santé doivent aussi être celles les plus susceptibles de réduire les iniquités de santé.

En ce qui concerne les ressources financières et économiques, il faut réfléchir à la façon dont se matérialisent ces ressources, que ce soit par l'entremise d'enveloppes budgétaires, de recettes, ou de contributions en nature. Ainsi, les outils d'analyse budgétaire et de planification aident les organisations à prendre des décisions sur les types et les parts de financement appropriés ou sur l'attribution des ressources nécessaires. Il est possible d'adapter les processus budgétaires classiques de manière à y inclure l'analyse de l'équité, ce qui permettra d'assurer que les ressources attribuées aux mesures à prendre seront proportionnelles à l'ampleur des iniquités de santé<sup>15</sup>.

Par exemple, la Ville de Portland (Oregon, États-Unis) utilise en matière budgétaire un outil d'évaluation de l'équité qui lui sert à évaluer les demandes de fonds en termes d'avantages et de fardeau pour la collectivité<sup>40</sup>. L'outil aide la Ville à :

- s'appuyer sur un système de gestion des actifs pour assurer une répartition plus équitable des services à fournir dans chaque communauté et zone géographique;
- effectuer le suivi et à dresser le rapport du niveau de services et d'investissements par communauté et par zone géographique, en étendant notamment son processus pour cartographier ses budgets;
- mesurer les impacts sociaux et sur l'équité des demandes de fonds afin que les programmes, projets et autres investissements mis en place pour réduire les disparités et promouvoir l'équité dans l'établissement des niveaux de service améliorent la participation et appuient le développement du leadership;

- déterminer si les demandes de fonds permettront de faire avancer l'équité, d'amener un changement stratégique de manière à améliorer l'efficacité et les niveaux de service ou sont nécessaires pour assurer la santé et le bien-être de base de la population ou satisfont à toutes les normes réglementaires nationales ou de l'État applicables<sup>40(p1)</sup>.

### 4 METTRE SUR PIED UNE ÉQUIPE SOLIDE ET COMPÉTENTE

Les connaissances, compétences et attitudes du personnel et leur capacité à mobiliser ces compétences pour atteindre les objectifs d'équité en santé jouent un rôle prépondérant dans la capacité d'une organisation à réduire les iniquités de santé.

Il faut du personnel compétent et déterminé au sein de l'organisation pour susciter un changement axé sur l'équité en santé. Les compétences des membres du personnel varieront selon leurs fonctions (voir les exemples dans l'encadré 2). Il faudra sans doute les amener à acquérir des compétences structurelles qui les doteront de la capacité nécessaire pour analyser et comprendre les résultats et les expériences vécues sur le plan social et de la santé comme faisant partie des systèmes et des structures du pouvoir et du privilège en général<sup>41-44</sup>. Les organisations peuvent s'appuyer sur les partenariats avec d'autres organisations et les établissements d'enseignement supérieur qui font du perfectionnement professionnel pour renforcer les capacités de leur propre personnel.

#### Encadré 2 : Quelques-unes des compétences liées à l'équité en santé

- Équité en santé et justice sociale
- Déterminants de la santé qui sont structurels, liés aux Autochtones, sociaux, écologiques et politiques
- Antiracisme et sécurité culturelle axée sur la réalité et les droits de groupes précis (p. ex. sécurité culturelle des Autochtones)
- Leadership
- Analyse, élaboration et mise en place des politiques
- Plaidoyer et analyse politique
- Communications
- Établissement de partenariats et de réseaux
- Analyse des données liées à l'équité

Les compétences des membres du personnel ne suffisent pas à elles seules à entraîner et à soutenir les efforts de changement. Les organisations doivent aussi mettre en place des pratiques en matière de ressources humaines qui viendront :

- intégrer des principes d'équité depuis l'embauche jusqu'à la rétention et à la promotion afin d'assurer une diversité et une représentation équitable au sein de l'effectif, quels que soient le poste ou l'échelon hiérarchique;
- perfectionner, cautionner et reconnaître les qualifications du personnel – nouveau ou non – qui correspondent aux compétences et aux attributs nécessaires pour s'attaquer aux iniquités de santé;
- renforcer, par le mentorat, la supervision et la formation, les connaissances et les compétences du personnel pour ce qui est de travailler à l'atténuation des iniquités de santé;
- encourager la responsabilisation en intégrant la question de l'équité en santé dans les attentes et les processus de gestion du rendement;
- offrir un salaire de subsistance, de même que la sécurité d'emploi et la formation continue, pour tous les postes de l'organisation<sup>45</sup>.

L'équité en santé doit faire participer tout le monde, sans oublier qu'il faut prévoir une structure et un leadership clairs pour favoriser le renforcement de la capacité et la stratégie en matière d'équité en santé<sup>15,46,47</sup>.

## 5 GÉNÉRER ET UTILISER LES CONNAISSANCES ET L'INFORMATION POUR FAVORISER L'ÉQUITÉ

Les démarches, les politiques et les programmes axés sur l'équité en santé exigent de prévoir des mécanismes de suivi, de surveillance et d'élaboration de rapports qui sont solides et efficaces et dotés d'outils de mesure et d'analyse de l'équité<sup>13,48</sup>. Les normes épidémiologiques classiques qui sont fondées sur des moyennes et des données globales cachent souvent les iniquités et n'arrivent pas à interroger les systèmes qui créent les iniquités<sup>49</sup>. Les rapports sur l'état de santé des populations qui tiennent compte de la perspective d'équité présentent les caractéristiques suivantes<sup>50,51,39</sup> :

- des pratiques participatives qui permettent aux membres de la collectivité de prendre part aux décisions sur les données les plus pertinentes et les meilleures façons de collecter et de communiquer les données et l'information;

- une stratification de l'équité selon le revenu, le handicap, la race, l'orientation sexuelle et l'identité de genre et les pressions systémiques afférentes que sont le classisme, le capacitisme, le racisme, l'homophobie, l'hétérosexisme et la transphobie;
- un modèle d'indicateurs aux fins d'analyse de l'équité en santé et qui corrige les lacunes dans les données des indicateurs (p. ex. stigmatisation, accès aux services) et la capacité de collecter et d'analyser les données, de même que les limites des données;
- une analyse intersectorielle;
- la capacité de réunir et d'analyser toutes les données supplémentaires requises lors d'une situation de crise touchant la santé.

Pour surveiller les déterminants sociaux de la santé — au-delà des indicateurs en aval —, il faut intégrer des indicateurs et des modèles plus généraux aux systèmes de surveillance. De telles approches permettent de concentrer le regard et les actions sur les systèmes sociaux, culturels, économiques et politiques plutôt que sur les individus et les collectivités négativement frappées par les systèmes oppressifs<sup>52</sup>. Par exemple, Chae et ses collaborateurs<sup>53,54</sup> ont recours à une mesure spatiale de la « zone de racisme<sup>53(p1)</sup> » pour analyser les effets du racisme systémique sur le poids à la naissance et la mortalité infantile. Leur modèle met l'accent sur les effets qu'auront pour la santé les divers degrés de racisme dans les collectivités et l'importance de se solidariser.

Il faut se baser sur des connaissances variées et étendues pour orienter la démarche pour l'équité en santé<sup>42,55</sup>. Plus précisément, les organismes de santé publique profiteront d'une approche qui tient compte de types et de sources de données probantes multiples. Par exemple, les collectivités se révèlent une source d'information essentielle pour connaître les actifs, les capacités, les besoins et les solutions. D'autres organisations doivent reconnaître que les décisions stratégiques s'appuient aussi sur des données autres que scientifiques<sup>56-58</sup>. Comme l'a déclaré un ancien ministre de la santé : « Les données probantes ne dictent pas les politiques de santé; elles ne l'ont jamais fait et ne le feront sans doute jamais. Elles étayent l'orientation stratégique<sup>56(p141)</sup> » (traduction libre). Ainsi, il importe que les acteurs de la santé publique intègrent les connaissances et les perspectives communicationnelles en matière de politique, de plaidoyer et de réseau dans leur processus de prise de décision et de changement organisationnel. Les organismes devront en outre savoir reconnaître les types de connaissances et d'information qui aideront le changement pour certains acteurs et secteurs du système.

Pour faciliter leur démarche et renforcer la responsabilité, les organisations doivent avoir accès aux données sur les populations qui intègrent des indicateurs d'équité en santé à un vaste éventail d'indicateurs et d'enjeux de santé publique. Les structures internes à l'échelle organisationnelle (tels les observatoires de la santé publique) peuvent faciliter l'obtention de ces données et de ces analyses essentielles. Dans les organisations, il faut avoir en place des processus pour diffuser et utiliser les travaux de recherche, les données, l'information et les outils tant à l'interne qu'à l'externe (p. ex. partenaires, collectivité)<sup>19,59-62</sup>.

Un milieu organisationnel qui encourage l'apprentissage continu grâce à de solides mécanismes de diffusion des connaissances fera en sorte d'aider ses acteurs à intégrer de nouvelles connaissances à leurs activités professionnelles quotidiennes<sup>22,63</sup>.

## 6 ÉTABLIR DES RELATIONS AVEC DE MULTIPLES SECTEURS ET LA COLLECTIVITÉ POUR AMÉLIORER LES MESURES PRISES EN MATIÈRE DE DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Les organismes de santé publique obtiennent de meilleurs résultats en matière de déterminants sociaux et structurels de la santé et d'iniquités de santé s'ils travaillent avec des partenaires d'autres secteurs et les collectivités concernées. Les partenariats stratégiques intersectoriels favorisent la participation des acteurs de la santé publique à une démarche stratégique à long terme<sup>30,61,64,65</sup>. En outre, les partenariats multisectoriels avec des organismes tant gouvernementaux que non gouvernementaux aident les organismes de santé publique à agir sur des déterminants sociaux et structurels de la santé bien précis. Tous les partenaires tirent profit de cette relation de réciprocité.

L'engagement communautaire et la participation collective sont des mécanismes propres aux pratiques transformatrices qui reposent sur le partage du pouvoir avec les collectivités. Cela est particulièrement important pour les collectivités moins susceptibles d'avoir voix au chapitre lorsque les décisions à prendre auront des répercussions sur leur vie et aussi moins susceptibles d'avoir accès aux décideurs et aux processus de prise de décision<sup>66</sup>.

Si l'engagement communautaire fait partie intégrante des processus organisationnels, cela facilitera la démarche et fera en sorte de consacrer le temps et les ressources nécessaires au partenariat et à l'établissement du réseau. La direction des organismes veillera à ce que la recherche d'efficience n'entrave pas la participation, l'engagement, ni la responsabilisation qu'il faut de la part de la collectivité pour atteindre l'équité en santé et la pérennité du système à long terme. Au lieu de considérer l'engagement et les partenariats comme un fardeau de plus et une dépense de temps, par exemple, les plans de travail peuvent inclure l'établissement de partenariats et l'engagement communautaire comme des éléments faisant partie intégrante des processus, des programmes, des projets et des initiatives stratégiques et prévoir suffisamment de temps et de ressources à cet effet.

Comme l'ont fait remarquer les membres du cercle d'apprentissage mis sur pied pour le projet<sup>50,51</sup>, l'engagement communautaire exige ce qui suit :

- déterminer les groupes de personnes défavorisées et marginalisées et s'engager auprès d'eux de manière à garder l'équité en santé au premier plan;
- établir des mécanismes d'engagement respectueux de manière à rectifier les pratiques courantes qui se révèlent purement symboliques et potentiellement préjudiciables pour les membres de la collectivité qui participent au processus;
- assurer la participation des acteurs de la santé publique aux tables communautaires en place tout en établissant de nouvelles structures;
- donner à l'interne de la formation sur le moment, la manière et l'intensité qui conviennent en termes d'engagement communautaire;
- mettre en place des approches participatives axées sur la collectivité afin de cerner les besoins des communautés et des groupes de population; le recours à une approche universelle à l'engagement pourrait se révéler problématique, parce qu'elle pourrait involontairement exclure certains groupes au profit d'autres;
- reconnaître que le changement est progressif en ce qui concerne l'engagement communautaire.

## 7 CONCEVOIR UNE INFRASTRUCTURE ET UN ESPACE ÉQUITABLES

L'infrastructure des organisations influence leur capacité d'agir sur l'équité en santé. On entend par infrastructure l'infrastructure matérielle et virtuelle.

Les milieux physiques inclusifs et adaptés facilitent leur accès et créent un sens d'appartenance, de sécurité et de valeurs qui cadre avec l'équité en santé<sup>15</sup>. Qui plus est, la mesure dans laquelle le personnel dispose des ressources nécessaires (p. ex., matériel informatique, connexion, logiciels, réseau de télécommunication) pour entreprendre de manière efficace un changement axé sur l'équité en santé entre en ligne de compte dans la capacité organisationnelle. Parmi les ressources attribuées à un programme, certaines peuvent favoriser des pratiques plus ou moins équitables. Par exemple, en gestion des catastrophes naturelles ou des situations d'urgence, nous devons examiner comment l'équité est abordée en termes de disponibilité des ressources et de priorité pour les fournitures de secours d'urgence.

L'infrastructure informatique compte dans la capacité d'une organisation de communiquer avec la population et d'aider l'apprentissage et la prise de décision à l'interne<sup>67</sup>. Dans certains organismes de santé publique, les praticiens n'ont aucun accès aux outils électroniques utiles pour échanger des connaissances sur l'équité en santé avec leurs collègues<sup>68</sup>. Une telle lacune diminue la capacité des membres du personnel à s'engager dans des activités d'apprentissage dynamique avec leurs collègues. Pour favoriser l'apprentissage, les organisations peuvent établir des pratiques plus ouvertes et plus inclusives qui facilitent les apprentissages et les échanges entre organisations.

## 8 COMPRENDRE ET INFLUENCER LE SYSTÈME EXTERNE

Les organisations font partie de systèmes plus larges et elles évoluent dans des régions et des contextes géopolitiques précis. La structure d'une organisation et les relations que celle-ci entretient avec le reste du système (p. ex. fédéral, provincial ou territorial, régional, local) fixent les conditions particulières dans lesquelles elle fonctionne, un lien exigeant une bonne compréhension des répercussions sur la capacité organisationnelle. Les éléments caractérisant le système dans son ensemble sont les suivants :

- régions desservies (géographie) et taille : les organisations peuvent desservir des régions de différentes provinces et territoires, ce qui exigera les compétences nécessaires pour s'adapter à divers organes de décision et à différentes priorités;
- géographie : certains lieux géographiques présentent pour les organisations des difficultés et des possibilités bien particulières en termes d'équité en santé; selon leur emplacement, les organisations devront s'ajuster aux spécificités des collectivités urbaines, rurales, suburbaines, éloignées et du Nord; pensons notamment aux tendances dans la mobilité géographique et aux tendances dans la prestation des services;
- population et démographie : la démographie d'une collectivité déterminera les priorités à donner pour les organisations; les considérations sont notamment la race, l'appartenance ethnique, le revenu, la culture et la langue.

Meyer et ses collaborateurs<sup>17</sup> soulignent que les limites et la taille du système changent lentement. Cependant, les refontes constantes dans le domaine de la santé publique au Canada ces dernières années ont généralement affaibli le système de santé publique<sup>69,70</sup>. Par conséquent, les organismes doivent assurer le perfectionnement des compétences et établir les processus nécessaires pour négocier et se familiariser avec les nouveaux systèmes et exercer une influence sur eux. Ils doivent connaître les systèmes et les collectivités au sein desquels ils évoluent. Les stratégies telles que les évaluations de l'état de santé des collectivités et les analyses contextuelles et médiatiques<sup>71</sup> peuvent aider en ce sens.

## CONTEXTE SOCIAL ET POLITIQUE EN TANT QUE MOTEURS DE L'INIQUITÉ ET DE LA CAPACITÉ ORGANISATIONNELLE

Les contextes social et politique, y compris les normes et les valeurs sociétales, constituent des déterminants fondamentaux (structurels) en matière d'iniquités de santé<sup>8</sup>. Qui plus est, l'engagement politique et l'attribution des ressources par le gouvernement relativement aux politiques d'équité en santé influent sur l'état de santé<sup>72,73</sup> et servent d'incitatifs à l'action organisationnelle<sup>58,74</sup>. Les lois et les politiques en place concernant les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé favorisent aussi le renforcement de la capacité organisationnelle<sup>12</sup>.

La capacité organisationnelle dépend en outre de facteurs comme les menaces émergentes pour la santé et les données épidémiologiques et scientifiques disponibles, qui peuvent faire tourner l'attention sur certains déterminants sociaux de la santé et certaines préoccupations en matière d'équité en santé<sup>17,18</sup>. La mesure dans laquelle l'opinion publique est favorable à la démarche axée sur l'équité en santé constitue un autre facteur à prendre en considération. Qu'il soit réel ou perçu, un soutien peut affermir la volonté des organisations d'agir pour réduire les iniquités et faire pencher la balance du côté du renforcement de la capacité.

Si les contextes social et politique comptent dans l'état de santé et les iniquités de santé, ils entrent aussi en ligne de compte dans la démarche des organisations. Le contexte externe se révèle un cadre favorable ou défavorable à l'action que lisent et auquel réagissent les organisations et les individus qui y gagnent leur vie<sup>31,58</sup>. Comme le souligne Smith<sup>58(p358)</sup> : « la "lecture" que font les acteurs des "contextes" social et politique semble influencer leurs actions et leurs interactions; par conséquent, ils ne font pas qu'interpréter passivement les "contextes" externes » (traduction libre). Bien qu'un bon nombre de travaux de recherche et d'expériences vécues montrent hors de tout doute la persistance des iniquités de santé<sup>8,75,76</sup> et la prise de conscience de la part des décideurs<sup>37,56</sup>, le changement dans les pratiques tarde à se faire sentir<sup>49,56,77</sup>.

Selon Baum et ses collègues<sup>56</sup>, les anciens ministres de la Santé en Australie indiquent que l'élaboration de politiques touchant les déterminants sociaux de la santé a été favorisée par des structures plurisectorielles, des entrepreneurs stratégiques et des données probantes. Les chercheurs ont fait remarquer que la formulation de la politique s'est révélée « entravée par la complexité de la politique sur les déterminants sociaux de la santé, la domination du pouvoir médical, ainsi que les paradigmes et les faiblesses de la communauté réunie pour plaider en faveur des déterminants sociaux de la santé<sup>56(p138)</sup> » (traduction libre).

En bout de piste, les iniquités de santé résultent des décisions ou des indécisions politiques et stratégiques<sup>6,77</sup>. Ainsi, les organismes de santé publique doivent améliorer leur « lecture » de l'influence exercée par les contextes politique<sup>56,78,79</sup> et stratégique sur la santé. Une telle reconnaissance pointe les organisations vers des démarches qui les font intervenir à l'extérieur de leurs murs dans les arènes politique, du pouvoir et de la prise de décisions<sup>6-9,49,80</sup> et repenser les systèmes politiques et les politiques sociales et économiques qui entraîneront des résultats plus équitables sur les plans social et de la santé.

## CONCLUSION

Dans le présent document, nous avons fait état de ce qui caractérise la capacité organisationnelle d'agir sur les déterminants sociaux de la santé pour améliorer l'équité en santé. En faisant preuve de courage, de créativité et d'innovation et en se fondant sur la justice sociale, les organismes de santé publique seront mieux outillés pour réussir à améliorer l'équité en santé.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2020). *Un modèle pour le renforcement de la capacité organisationnelle de changer pour favoriser l'équité en santé* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier [cité le 4 décembre 2019]. 8 p. Récupéré de <http://nccdh.ca/images/uploads/comments/OCI-Knowledge-Product-2-Model-for-change-EN.pdf>
- Association canadienne de santé publique. (2017). *La santé publique : un cadre conceptuel* [Internet]. Ottawa (Ont.) : ACSP [cité le 4 décembre 2019]. 16 p. Récupéré de [https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/policy/ph-framework/phcf\\_f.pdf](https://www.cpha.ca/sites/default/files/uploads/policy/ph-framework/phcf_f.pdf)
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2013). *L'équité en santé : Parlons-en* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : CCNDS [cité le 4 décembre 2019]. 6 p. Récupéré de [http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Lequite\\_en\\_sante\\_Parlons-en\\_2013.pdf](http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Lequite_en_sante_Parlons-en_2013.pdf)
- Organisation panaméricaine de la Santé. (2019). *Sociétés justes : équité en santé et vie digne. Rapport de la Commission de l'Organisation panaméricaine de la Santé sur l'équité et les inégalités en santé dans les Amériques* [Internet]. Washington (D.C.) : OPS [cité le 4 décembre 2019]. 314 p. Récupéré de <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/51614>
- Dahlgren, G. et M. Whitehead. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health* [Internet]. Stockholm (Suède) : Institute for Futures Studies [cité le 4 décembre 2019]. 69 p. Récupéré de <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf> (en anglais)
- Birn, A.-E. (Sept. 2009). Making it politic(al): closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Social Medicine* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 4, no 3, p. 166–182. Récupéré de <https://www.socialmedicine.info/socialmedicine/index.php/socialmedicine/article/view/365> (en anglais)
- Braveman, P., S. Egerter, et D.R. Williams. (Avril 2011). The social determinants of health: coming of age. *Annual Review of Public Health* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 32, p. 381–398. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21091195> (en anglais)
- Commission des déterminants sociaux de la santé. (2008). *Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé*. [Internet]. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé [cité le 4 décembre 2019]. 256 p. Récupéré de [https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/fr/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/)
- Labonté, R. et T. Schrecker. (2011). The state of global health in a radically unequal world: patterns and prospects. Dans : Benatar, S. et G. Brock, dir. *Global health and global health ethics* [Internet]. Cambridge (R.-U.) : Cambridge University Press [cité le 4 décembre 2019], p. 24–36. Récupéré de <http://dro.dur.ac.uk/11932/3/11932P.pdf?DDD45+DDC57+mqqm86+d700tmt>
- Raphael, D. (Nov. 2015). The political economy of health: a research agenda for addressing health inequalities in Canada. *Canadian Public Policy* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 41, no 2, p. S17–S25. Récupéré de <https://www.utpjournals.press/doi/abs/10.3138/cpp.2014-084> (en anglais)
- Baum, F.E., M. Bégin, T.A.J. Houweling, et S. Taylor. (Nov. 2009). Changes not for the fainthearted: reorienting health care systems toward health equity through action on the social determinants of health. *American Journal of Public Health* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 99, no 11, p. 1967–1974. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19762660> (en anglais)
- Cohen, B.E., A. Schultz, E. McGibbon, M. VanderPlaats, R. Bassett, K. GermAnn, et coll. (Mai 2013). A conceptual framework of organizational capacity for public health equity action (OC-PHEA). *Revue canadienne de santé publique* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 104, no 3, p. e262–e266. Récupéré de <https://link.springer.com/article/10.17269/cjph.104.3735> (en anglais, avec résumé en français)
- Pauly, B., S.Z. Shahram, T. van Roode, H.W. Strosher, et M. MacDonald. (2017). *Making health equity a priority* [Internet]. Victoria (C.-B.) : The Equity Lens in Public Health (ELPH) Research Project [cité le 4 décembre 2019]. 4 p. Récupéré de [https://www.uvic.ca/research/projects/elph/assets/docs/KTE%20Resource2\\_Making-health-equity-a-priority.pdf](https://www.uvic.ca/research/projects/elph/assets/docs/KTE%20Resource2_Making-health-equity-a-priority.pdf) (en anglais)
- Raphael, D., et J. Brassolotto. (Mars 2015). Understanding action on the social determinants of health: a critical realist analysis of in-depth interviews with staff of nine Ontario public health units. *BMC Research Notes* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 28, no 8, 14 p. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25885537> (en anglais)
- Wyatt, R., M. Laderman, L. Botwinick, K. Mate, et J. Whittington. (2016). *Achieving health equity: a guide for health care organizations. IHI white paper* [Internet]. Cambridge (MA) : Institute for Healthcare Improvement [cité le 4 décembre 2019]. Récupéré de <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/Achieving-Health-Equity.aspx> (en anglais)
- Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2019). *Capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé : une description sommaire* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier [cité le 4 décembre 2019], 4 p. Récupéré de <http://nccdh.ca/images/uploads/comments/OCI-Knowledge-Product-0-Summary-FR.pdf>
- Bureau de santé publique de Lambton. (2017). *Building organizational capacity for health equity action: a framework and assessment tool for public health* [Internet]. Point Edward (Ont.) : Bureau de santé publique de Lambton [cité le 4 décembre 2019]. 121 p. Récupéré de [http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Lambton-Public-Health-Building-Organizational-Capacity-for-Health-Equity\\_2017.pdf](http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Lambton-Public-Health-Building-Organizational-Capacity-for-Health-Equity_2017.pdf) (en anglais)

18. Meyer, A.-M., M. Davis, et G.P. Mays. (Nov. 2012). Defining organizational capacity for public health services and systems research. *Journal of Public Health Management and Practice* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 18, no 6, p. 535-544. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23023278> (en anglais)
19. Bay Area Regional Health Inequities Initiative. (2010). *Local health department organizational self-assessment for addressing health inequities. Toolkit and guide to implementation* [Internet]. Oakland (CA) : BARHII [cité le 4 décembre 2019], 154 p. Récupéré de <http://www.phi.org/uploads/application/files/sf2tnhvfddmmnj4cwel7t13o85jet6xs90ar0yztc2mm7o0zsvl.pdf> (en anglais)
20. Anderson, B., et C. Ward. (1 mars 2017). *Operationalizing quality: creating an organizational cultural safety framework. Quality forum: best of both worlds* [Internet]. Vancouver (C.-B.) [cité le 4 décembre 2019], 35 p. Récupéré de <https://www.slideshare.net/bcpsqc/c1-operationalizing-quality-creating-an-organizational-cultural-safety-framework> (en anglais)
21. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2016). *Programme commun pour soutenir l'action de la santé publique en matière d'équité en santé* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier [cité le 4 décembre 2019], 42 p. Récupéré de [http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Common\\_Agenda\\_FR\\_May\\_15-Edited-May31.pdf](http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Common_Agenda_FR_May_15-Edited-May31.pdf)
22. Klarner, P., G. Probst, et R. Soparnot. (2007). *From change to the management of organizational change capacity: a conceptual approach* [Internet]. Genève (Suisse) : Université de Genève [cité le 4 décembre 2019]. 36 p. Récupéré de <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:5739> (en anglais)
23. Lundberg, O. (Juin 2018). The next step towards more equity in health in Sweden: how can we close the gap in a generation? *Scandinavian Journal of Public Health* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 46, no 22\_suppl, p. 19-27. Récupéré de <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1403494818765702> (en anglais)
24. Steckler, A., R. Goodman, et M. Kegler. (c2002). Mobilizing organizations for health enhancement: theories of organizational change. Dans : Glanz, K., B.K. Rimer, F.M. Lewis, dir. *Health behavior and health education: theory, research and practice*. 3rd Ed. San Francisco (CA) : Jossey-Bass, p.335-360.
25. Osifo, S.J., et O. Omoregbe. (Avril 2011). Organizational change with the system and complexity theories in mind. *Knowledge Review* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 22, no 2, p. 52-58. Récupéré de <https://pdfs.semanticscholar.org/6feb/095118c69b1d6eebd9be07a6373900404c0e.pdf> (en anglais)
26. The Health Foundation. (2010). Evidence scan: complex adaptive systems [Internet]. London (R.-U.) : The Health Foundation [cité le 4 décembre 2019], 33 p. Récupéré de <https://www.health.org.uk/sites/default/files/ComplexAdaptiveSystems.pdf> (en anglais)
27. Rummmler-Brache. (Date inconnue). *The three levels of performance* [Internet]. Dallas (Texas) : Rummmler-Brache Group [cité le 4 décembre 2019], 15 p. Récupéré de <https://www.rummmlerbrache.com/sites/default/files/Overview%20Three%20levels%20of%20Performance.pdf> (en anglais)
28. Organisation mondiale de la Santé. (2011). *Comblant le fossé : De la politique à l'action sur les déterminants sociaux de la santé* [Internet]. Genève (Suisse) : OMS [cité le 4 décembre 2019], 49 p. Récupéré de [https://www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion-Paper-FR.pdf](https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-FR.pdf)
29. Barten, F., M. Akerman, D. Becker, S. Friel, T. Hancock, M. Mwatsama et coll. (Sept. 2011). Rights, knowledge, and governance for improved health equity in urban settings. *Journal of Urban Health* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 88, no 5, p. 896-905. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21901507> (en anglais)
30. de Leeuw, E. (Mars 2017). Engagement of sectors other than health in integrated health governance, policy, and action. *Annual Review of Public Health* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 38, p. 329-349. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28125390> (en anglais)
31. Betker, R.C. (2016). *Public health leadership to advance health equity: a scoping review and metasummary* [dissertation on the Internet]. Saskatoon (Sask.) : Université de la Saskatchewan [cité le 4 décembre 2019]. 262 p. Récupéré de <https://harvest.usask.ca/handle/10388/7642> (en anglais)
32. Betker, R.C. et Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2018). *Leadership de la santé publique pour favoriser l'équité en santé : Une revue de la littérature* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier [cité le 4 décembre 2019], 14 p. Récupéré de [http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Public\\_health\\_leadership\\_for\\_action\\_on\\_health\\_equity\\_-\\_A\\_literature\\_review\\_FR\\_Final.pdf](http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Public_health_leadership_for_action_on_health_equity_-_A_literature_review_FR_Final.pdf)
33. Meehan, D., C. Reinelt, et E. Perry. (2009). *Developing a racial justice and leadership framework to promote racial equity, address structural racism and health racial and ethnic divisions in communities* [Internet]. Oakland (CA) : Leadership Learning Community [cité le 4 décembre 2019], 23 p. Récupéré de <http://leadershiplearning.org/system/files/Racial%20Equity%20and%20Leadership%20Scan.pdf> (en anglais)
34. Varley, L. (2016). *The challenge of Indigenous leadership within mainstream organizations. Challenging Organisations and Society* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 5, no 2, p. 976-987. Récupéré de [https://www.cos-collective.com/cms/wp-content/uploads/COS\\_2016\\_Volume\\_5\\_Issue\\_2\\_Connecting\\_Leadership\\_Style\\_Stakeholder\\_Perspective.pdf](https://www.cos-collective.com/cms/wp-content/uploads/COS_2016_Volume_5_Issue_2_Connecting_Leadership_Style_Stakeholder_Perspective.pdf) (en anglais)
35. Schein, E.H. (c2010). *Organizational culture and leadership*. 4<sup>e</sup> éd. San Francisco (CA) : Jossey-Bass.

36. Betker, R.C. et Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2018). *Leadership de la santé publique pour favoriser l'équité en santé : Un sommaire de la revue de la littérature* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier [cité le 4 décembre 2019], 16 p. Récupéré de [http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Public\\_health\\_leadership\\_to\\_advance\\_health\\_equity\\_-\\_A\\_review\\_summary\\_-\\_FR.pdf](http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Public_health_leadership_to_advance_health_equity_-_A_review_summary_-_FR.pdf)
37. Raphael, D., J. Brassolotto, et N. Baldeo. (Déc. 2015). Ideological and organizational components of differing public health strategies for addressing the social determinants of health. *Health Promotion International* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 30, no 4, p. 855–867. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24740752> (en anglais)
38. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2013). *Le rôle de la santé publique dans l'amélioration de l'équité en santé : Parlons-en* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier [cité le 4 décembre 2019], 6 p. Récupéré de <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/lets-talk-public-health-roles>
39. Equity Lens in Public Health. (2019). *The 5 building blocks for equity in collective impact* [Internet]. Victoria (C.-B.) : Université de Victoria [cité le 4 décembre 2019], 3 p. Récupéré de [https://www.uvic.ca/research/projects/elph/assets/docs/KTE-Resource-3\\_Health-Equity-and-Collective-Impact.pdf](https://www.uvic.ca/research/projects/elph/assets/docs/KTE-Resource-3_Health-Equity-and-Collective-Impact.pdf) (en anglais)
40. Office of Equity and Human Rights. (2015). *Budget equity assessment tool* [Internet]. Portland (OR) : Ville de Portland [cité le 4 décembre 2019], 3 p. Récupéré de <https://www.portlandoregon.gov/transportation/article/556892> (en anglais)
41. Baba, L. (2013). *Sécurité culturelle en santé publique chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis : État des lieux sur la compétence et la sécurité culturelles en éducation, en formation et dans les services de santé* [Internet]. Prince George (C.-B.) : CCNSA [cité le 4 décembre 2019], 44 p. Récupéré de <https://www.ccnsa-nccah.ca/docs/emerging/RPT-CulturalSafetyPublicHealth-Baba-EN.pdf>
42. Churchill, M., M. Parent-Bergeron, J. Smylie, C. Ward, A. Fridkin, D. Smylie et coll. (2017). *Evidence brief: wise practices for Indigenous-specific cultural safety training* [Internet]. Toronto (Ont.) : Well Living House Action Centre for Indigenous Infant, Child and Family Health and Wellbeing, Centre for Urban Health Solutions, St. Michael's Hospital [cité le 4 décembre 2019], 21 p. Récupéré de [https://soahac.on.ca/wp-content/uploads/2015/01/CS\\_WisePractices\\_FINAL\\_11.02.17.pdf](https://soahac.on.ca/wp-content/uploads/2015/01/CS_WisePractices_FINAL_11.02.17.pdf) (en anglais)
43. Kurtz, D.L.M., R. Janke, J. Vinek, T. Wells, P. Hutchinson, et A. Froste. (Oct. 2018). Health sciences cultural safety education in Australia, Canada, New Zealand, and the United States: a literature review. *International Journal of Medical Education* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 25, no 9, p. 271–85. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30368488> (en anglais)
44. Metzl, J.M., J. Petty, et O.V. Olowojoba. (Fév. 2018). Using a structural competency framework to teach structural racism in pre-health education. *Social Science & Medicine* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 199, p. 189–201. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28689630> (en anglais)
45. Nelson, J., et S. Tyrell. (2015). *Public sector jobs: opportunities for advancing racial equity* [Internet]. [Endroit inconnu] : Government Alliance on Race and Equity [cité le 4 décembre 2019], 14 p. Récupéré de <https://www.racialequityalliance.org/resources/public-sector-jobs-opportunity-for-advancing-racial-equity> (en anglais)
46. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2015). *Renforcer la capacité organisationnelle d'améliorer l'équité en matière de santé dans quatre bureaux de santé de l'Ontario* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier [cité le 4 décembre 2019], 22 p. Récupéré de [http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Ontario\\_Case\\_Study\\_FR.pdf](http://nccdh.ca/images/uploads/comments/Ontario_Case_Study_FR.pdf)
47. Mendell, A., L. Dyck, S. Ndumbe-Eyoh, et V. Morrison. (2012). *Outils et approches pour évaluer et soutenir les mesures de santé publique en matière de déterminants de la santé et d'équité en santé : Tableaux comparatifs* [Internet]. Antigonish (N.-É.) et Montréal (Qc) : CCNDS et CCNPPS [cité le 4 décembre 2019], 23 p. Récupéré de [http://www.ccnpps.ca/docs/Equite\\_Outils\\_CCNDS-CCNPPS.pdf](http://www.ccnpps.ca/docs/Equite_Outils_CCNDS-CCNPPS.pdf)
48. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2015). *Cadre d'action axé sur l'équité pour l'élaboration de rapports sur l'état de santé des populations* [Internet]. Antigonish (N.-É.) : CCNDS, Université St. Francis Xavier [cité le 4 décembre 2019], 40 p. Récupéré de [http://nccdh.ca/images/uploads/comments/PHSR\\_Action\\_Framework\\_FR\\_final.pdf](http://nccdh.ca/images/uploads/comments/PHSR_Action_Framework_FR_final.pdf)
49. Plamondon, K.M., C.S. Caxaj, I.D. Graham, et J.L. Botorff. (Déc. 2019). Connecting knowledge with action for health equity: a critical interpretive synthesis of promising practices. *International Journal for Equity in Health* [Internet], [cité le 6 janvier 2020]. Vol. 18, no 1, 10 p. Récupéré de <https://equityhealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12939-019-1108-x> (en anglais)
50. Membres du cercle d'apprentissage du Projet sur la capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé. Rencontre du cercle d'apprentissage du PCO, numéro 1 de 9. Téléconférence dans le cadre du Projet sur la capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé, 31 mai 2018, Antigonish (N.-É.) : PCO mis sur pied par le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé.
51. Membres du cercle d'apprentissage du Projet sur la capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé. Rencontre du cercle d'apprentissage du PCO, numéro 2 de 9. Téléconférence dans le cadre du Projet sur la capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé, 1 juin 2018, Antigonish (N.-É.) : PCO mis sur pied par le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé.

52. Stime, B., N. Laliberte, J. Mackie, et S. Waters. Surveillance and the settler state: monitoring structures that impede Indigenous well-being. *Canadian Medical Association Journal*. [À paraître sous peu en anglais]
53. Chae, D.H., S. Clouston, M.L. Hatzenbuehler, M.R. Kramer, H.L.F. Cooper, S.M. Wilson et coll. (Avril 2015). Association between an internet-based measure of area racism and Black mortality. *PLOS ONE* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 10, no 4, 12 p. Récupéré de <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0122963&type=printable> (en anglais)
54. Chae, D.H., S. Clouston, C.D. Martz, M.L. Hatzenbuehler, H.L.F. Cooper, R. Turpin et coll. (Avril 2018). Area racism and birth outcomes among Blacks in the United States. *Social Science & Medicine* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 199, p. 49–55. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28454665> (en anglais)
55. C.M. Davison, S. Ndumbe-Eyoh et C. Clement. (Mai 2015). Critical examination of knowledge to action models and implications for promoting health equity. *International Journal for Equity in Health* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 14, no 1, 11 p. Récupéré de <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-015-0178-7> (en anglais)
56. Baum, F.E., P. Laris, M. Fisher, L. Newman et C. MacDougall. (Juin 2013). « Never mind the logic, give me the numbers » : Former Australian health ministers' perspectives on the social determinants of health. *Social Science & Medicine* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 87, p. 138–146. Récupéré de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953613002025> (en anglais)
57. Fafard, P. (Nov. 2015). Beyond the usual suspects: using political science to enhance public health policy making. *Journal of Epidemiology and Community Health* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 69, no 11, p. 1129–1132. Récupéré de <https://jech.bmj.com/content/69/11/1129> (en anglais)
58. Smith, K.E. (Août 2015). Understanding responses to the political context of health inequalities in research and policy: Can post-structural theories of power help? *Social Theory & Health* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 13, no 3, p. 355–376. Récupéré de <https://link.springer.com/article/10.1057/sth.2015.24> (en anglais)
59. Andruszkiewicz, N., C. Ogunniyi, C. Carfagnini, A. Branston, et M.M. Hirji. (Juin 2019). Utilizing public health core competencies to share data effectively with community organizations to promote health equity. *Revue canadienne de santé publique* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 110, no 3, p. 303–313. Récupéré de <https://link.springer.com/article/10.17269/s41997-019-00190-8> (en anglais, avec résumé en français)
60. Locally Driven Collaborative Project Team. (2016). *Health equity indicators for Ontario local public health agencies. User guide* [Internet]. [Endroit inconnu] : LDCP [cité le 4 décembre 2019]. 70 p. Récupéré de <http://nccdh.ca/resources/entry/health-equity-indicators-for-ontario-local-public-health-agencies> (en anglais)
61. Centers for Disease Control and Prevention - Division of Community Health. (2013). *A practitioner's guide for advancing health equity: community strategies for preventing chronic disease* [Internet]. Atlanta (GA) : ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis [cité le 4 décembre 2019]. 132 p. Récupéré de <https://www.cdc.gov/nccdphp/dch/pdf/HealthEquityGuide.pdf> (en anglais)
62. Ross, Á. (2017). *Powering health equity action with online data tools: 10 design principles* [Internet]. Portland (OR) : PolicyLink, Ecotrust [cité le 4 décembre 2019]. 20 p. Récupéré de <https://nationalequityatlas.org/sites/default/files/10-Design-Principles-For-Online-Data-Tools.pdf> (en anglais)
63. Brown, C., D. Harrison, H. Burns, et E. Ziglio. (2014). Governance for health equity: in the WHO European Region [Internet]. Copenhague (Danemark) : Bureau régional de l'Europe de l'Organisation mondiale de la Santé [cité le 4 décembre 2019]. 80 p. Récupéré de [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/235712/e96954.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/235712/e96954.pdf) (en anglais)
64. Ndumbe-Eyoh, S., et H. Moffatt. (Nov. 2013). Intersectoral action for health equity: a rapid systematic review. *BMC Public Health* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 13, no 1, 13 p. Récupéré de <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-1056> (en anglais)
65. Agence de la santé publique du Canada, Réseau de connaissances sur les systèmes de santé, EQUINET. (2017). *Au croisement des secteurs - Expériences en action intersectorielle, en politique publique et en santé* [Internet]. Ottawa (Ont.) : ASPC [cité le 4 décembre 2019]. 54 p. Récupéré de [https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/2007/cro-sec/pdf/cro-sec\\_f.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/publicat/2007/cro-sec/pdf/cro-sec_f.pdf)
66. Holley, K. [Date inconnue]. *The principles for equitable and inclusive civic engagement. A guide to transformative change* [Internet]. Columbus (OH) : Kirwan Institute [cité le 4 décembre 2019]. 76 p. Récupéré de <http://kirwaninstitute.osu.edu/wp-content/uploads/2016/05/ki-civic-engagement.pdf> (en anglais)
67. Peirson, L., D. Ciliska, M. Dobbins, et D. Mowat. (Fév. 2012). Building capacity for evidence informed decision making in public health: a case study of organizational change. *BMC Public Health* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 12, no 1, 13 p. Récupéré de <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-137> (en anglais)

68. Ndumbe-Eyoh, S., et A. Mazzucco. (Nov. 2016). Social media, knowledge translation, and action on the social determinants of health and health equity: a survey of public health practices. *Journal of Public Health Policy* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 37, suppl. no 2, p. 249–259. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27899797> (en anglais)
69. Guyon, A., T. Hancock, M. Kirk, M. MacDonald, C. Neudorf, P. Sutcliffe et coll. (Janv. 2017). L'affaiblissement de la santé publique : une menace pour la santé des populations et la viabilité du système de soins de santé. *Revue canadienne de santé publique* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 108, no 1, p. e1–6. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28425892>
70. Potvin, L. (Déc. 2014). La santé publique canadienne en état de siège. *Revue canadienne de santé publique* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 105, no 6, p. e401–e403. Récupéré de [https://chairecacis.org/fichiers/publications/potvin\\_sante\\_pub\\_siege\\_4960-16298-2-pb.pdf](https://chairecacis.org/fichiers/publications/potvin_sante_pub_siege_4960-16298-2-pb.pdf)
71. Blidook, K. (Juin 2008). Media, public opinion and health care in Canada: how the media affect “the way things are.” *Revue canadienne de science politique* [Internet]. 2008 Jun [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 41, no 2, p. 355–374. Récupéré de <https://www.jstor.org/stable/25166258?seq=1> (en anglais, avec résumé en français)
72. Navarro, V. et L. Shi. (Fév. 2001). The political context of social inequalities and health. *Social Science & Medicine* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 52, no 3, p. 481–491. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11330781> (en anglais)
73. Cinaroglu, S. (Nov. 2018). Politics and health outcomes: A path analytic approach. *International Journal of Health Planning and Management* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 34, no 1, p. e824–e843. Récupéré de <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hpm.2699?af=R> (en anglais)
74. McPherson, C., S. Ndumbe-Eyoh, C. Betker, D. Oickle, N. Peroff-Johnston. (Août 2016). Swimming against the tide: a Canadian qualitative study examining the implementation of a province-wide public health initiative to address health equity. *International Journal for Equity in Health* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 15, no 1, 18 p. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27539080> (en anglais)
75. Link, B.G. et J. Phelan. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Numéro spécial, p. 80–94. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7560851> (en anglais)
76. Mikkonen, J., et D. Raphael. (2010). *Les réalités canadiennes* [Internet]. Toronto (Ont.) : École de gestion et de politique de la santé de l'Université York [cité le 4 décembre 2019]. Récupéré de <https://thecanadianfacts.org/>
77. Navarro, V. (2009). What we mean by social determinants of health. *International Journal of Health Services* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 39, no 3, p. 423–441. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19771949> (en anglais)
78. Kickbusch, I. (Janv. 2015). The political determinants of health—10 years on. *BMJ* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 350, p. h81. Récupéré de <https://www.bmj.com/content/350/bmj.h81> (en anglais)
79. Mackenbach, J.P. (Fév. 2014). Political determinants of health. *European Journal of Public Health* [Internet], [cité le 4 décembre 2019]. Vol. 24, no 1, p. 2–2. Récupéré de <https://academic.oup.com/eurpub/article/24/1/2/494976>
80. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. (2016). *Les approches politiques de réduction des inégalités de santé* [Internet]. Montréal (Qc) : CCNPPS [cité le 4 décembre 2019], 22 p. Récupéré de [http://www.ccnpps.ca/docs/2016\\_Ineq\\_Ineq\\_ApprochesPPInegalites\\_Fr.pdf](http://www.ccnpps.ca/docs/2016_Ineq_Ineq_ApprochesPPInegalites_Fr.pdf)

Le projet sur la capacité organisationnelle (PCO) d'agir sur l'équité en santé vise à examiner les facteurs entourant la capacité organisationnelle et le changement organisationnel, par exemple l'importance d'entreprendre le changement ensemble, la communication du changement, les valeurs, la gouvernance, la sécurité psychologique et les évaluations organisationnelles.

Consultez le site Web du CCNDS au [www.ccnps.ca](http://www.ccnps.ca) pour voir la liste des ressources sur le PCO.

#### Coordonnées

Centre de collaboration nationale  
des déterminants de la santé  
Université St. Francis Xavier  
Antigonish (N.-É.) B2G 2W5  
Téléphone : 902-867-6133  
Télécopieur : 902-867-6130  
[ccnds@stfx.ca](mailto:ccnds@stfx.ca)  
[www.ccnps.ca](http://www.ccnps.ca)  
Twitter : @NCCDH\_CCNDS

Rédigé par Sume Ndumbe-Eyoh (spécialiste principale du transfert des connaissances). Passé en revue par Claire Betker (directrice scientifique) et Katrina Plamondon. Révisé par Jaime Stief.

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

Veuillez citer l'information contenue dans le présent document comme suit : Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2016). *Cadre d'exercice pour renforcer la capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé*. Antigonish (N.-É.), CCNDS, Université St. Francis Xavier.

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de l'Agence de la santé publique du Canada, qui finance le CCNDS. Les points de vue exprimés dans le présent document ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

ISBN : 978-1-989241-27-1

Une version électronique (en format PDF) du présent document est disponible dans le site Web du CCNDS à l'adresse [www.ccnps.ca](http://www.ccnps.ca).

A PDF format of this publication is also available in English at [www.nccdh.ca](http://www.nccdh.ca) under the title *A practice framework for building organizational capacity for health equity*.