CCNPPS

CENTRE DE COLLABORATION
NATIONALE SUR LES POLITIQUES
PUBLIQUES ET LA SANTÉ

Que peuvent faire les organisations pour améliorer leurs capacités à promouvoir des politiques publiques favorables à la santé?

RAPPORT

2025

Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé

National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy

Québec

AUTEUR ET AUTRICE
Martin Renauld
Laure Baglinière
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

SOUS LA COORDINATION DE
Marianne Jacques
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

RÉVISION
Francis Dionne
Direction régionale de santé publique de Montréal

Myrianne Peloquin-Richard
Vancouver Island Health Authority

Le réviseur et la réviseuse et le ont été conviés à apporter des commentaires sur la version préfinale de ce document et, en conséquence, n'en ont pas révisé ni approuvé le contenu final.

L'auteur, l'autrice, la réviseuse et le réviseur ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts, et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

SOUTIEN À L'ÉDITION
Mylène Maguire
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

MISE EN PAGE
Marie-Cloé Lépine, agente administrative
Direction du développement des individus et des communautés
Institut national de santé publique du Québec

REMERCIEMENTS
Le CCNPPS tient à remercier Nicole F. Bernier, Institut national de santé publique du Québec et un expert anonyme pour leurs conseils dans la rédaction de ce document.

CITATION SUGGÉRÉE
Renauld, M. et Baglinière, L. (2025). *Que peuvent faire les organisations pour améliorer leurs capacités à promouvoir des politiques publiques favorables à la santé?* Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) par l'intermédiaire du financement du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Le CCNPPS est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'ASPC.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur les sites Web de l'INSPQ (https://www.inspq.qc.ca) et du CCNPPS (https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/).

An English version of this paper is also available on the National Collaborating Centre for Healthy Public Policy website at: https://ccnpps-ncchpp.ca/ *and on the INSPQ website at: https://www.inspq.qc.ca/english.*

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec en écrivant un courriel à : droit.dauteur.inspq@inspq.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal — 2e trimestre 2025
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-555-00810-6 (English PDF)
ISBN : 978-2-555-00809-0 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2025)

AVANT-PROPOS

Cette publication du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) s'adresse aux décideurs, aux gestionnaires et aux professionnels de la santé publique pour leur fournir des exemples concrets et un répertoire sur les meilleures pratiques pour soutenir l'action sur les politiques publiques favorables à la santé (PPFS) dans leurs activités. Elle a été réalisée dans le cadre de la programmation scientifique régulière du CCNPPS.

Le CCNPPS est un pôle d'expertise et de partage des connaissances sur les politiques publiques favorables à la santé. Son mandat consiste à soutenir les acteurs de la santé publique au Canada dans leurs efforts visant à élaborer et à promouvoir des politiques publiques favorables à la santé. Il réalise ce mandat en développant, synthétisant et partageant des connaissances, en ciblant les lacunes dans la recherche et en favorisant le développement de réseaux entre les professionnels de la santé publique, les chercheurs et les décideurs à travers le Canada.

Le CCNPPS fait partie d'un réseau canadien de six Centres de collaboration nationale en santé publique financés par l'Agence de la santé publique du Canada et répartis à travers le Canada. Sa programmation scientifique est informée par des analyses des besoins en connaissance des acteurs de la santé publique au Canada et guidée par un conseil d'orientation pancanadien. Le CCNPPS est hébergé par l'Institut national de santé publique du Québec.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX V

MESSAGES CLÉS 1

SOMMAIRE 2

1 INTRODUCTION : POURQUOI S'INTÉRESSER AUX CAPACITÉS D'ACTION DES ORGANISATIONS DE SANTÉ PUBLIQUE POUR AGIR SUR LES PPFS? 3

2 MÉTHODOLOGIE 4

2.1 Considérations conceptuelles 4

2.2 Démarche méthodologique 6

2.3 Cadre d'analyse 6

2.4 Limites du travail 8

3 RÉSULTATS ET ANALYSE 9

3.1 Partenariats 9

3.1.1 Inventorier et cartographier l'écosystème des acteurs 9

3.1.2 Participer à des espaces de collaboration ou les mettre en place 11

3.1.3 Établir et maintenir des liens continus avec des acteurs hors santé publique 14

3.1.4 Faire appel à des courtiers de connaissances 16

3.1.5 Prioriser des approches participatives 19

3.2 Structures organisationnelles et ressources 21

3.2.1 Créer des équipes ou des postes attitrés aux PPFS 23

3.2.2 Favoriser un financement pérenne 26

3.3 Main-d'œuvre 28

3.3.1 Cartographier les acteurs au sein même des organisations 28

3.3.2 Soutenir des initiatives de décloisonnement à l'intérieur des organisations 30

3.3.3 Former les professionnels pour améliorer leurs compétences essentielles pour promouvoir les PPFS 32

3.4 Développement des connaissances 36

3.4.1 Recueillir des données locales significatives en faveur des PPFS 37

3.4.2 Utiliser des indicateurs pertinents pour tirer parti des données en faveur des PPFS 39
3.4.3 Rendre accessibles et utilisables les données et les connaissances de santé publique en faveur des PPFS 41
3.4.4 Développer des outils pour d'autres acteurs afin de promouvoir les PPFS 43
3.4.5 Éclairer la prise de décision et influencer l'agenda politique 45
3.5 Leadership et gouvernance 53
3.5.1 Prioriser l'équité en santé dans la gouvernance des organisations 53
3.5.2 Clarifier les rôles de la santé publique en matière de PPFS 55
3.5.3 Impliquer des leaders engagés en faveur des PPFS au sein de l'organisation 56
3.5.4 Valoriser le rôle du plaidoyer de la santé publique 58
4 CONCLUSION 61
5 RÉFÉRENCES 62
ANNEXE 1 DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE 77
ANNEXE 2 PLAN DE CONCEPTS – RECHERCHE DOCUMENTAIRE 78
ANNEXE 3 GRILLE D'ANALYSE 79

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Cinq dimensions des capacités d'action des organisations de santé publique en matière de PPFS (inspirées du cadre d'Aluttis et ses collaborateurs) 7
Tableau 2 Dimension « partenariats » 9
Tableau 3 À retenir : dimension « partenariats » 21
Tableau 4 Dimension « structures organisationnelles et ressources » 22
Tableau 5 À retenir : dimension « structures organisationnelles et ressources » 27
Tableau 6 Dimension « main-d'œuvre » 28
Tableau 7 À retenir : Dimension « main-d'œuvre » 36
Tableau 8 Dimension « développement des connaissances » 37
Tableau 9 À retenir : Dimension « développement des connaissances » 52
Tableau 10 Dimension « leadership et gouvernance » 53
Tableau 11 À retenir : dimension « leadership et gouvernance » 60

MESSAGES CLÉS

- Les politiques publiques favorables à la santé (PPFS) désignent des politiques qui dépassent le cadre strictement sanitaire pour inclure des actions dans d'autres secteurs, tels que l'économie, l'éducation, les transports ou encore l'environnement. L'objectif principal de ces politiques est d'améliorer la santé des populations en influençant les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. En créant des environnements qui favorisent des modes de vie sains et réduisent les inégalités sociales de santé, ces politiques permettent d'avoir un impact positif sur l'état de santé des populations.
- Ce rapport fournit des pistes de réflexion et d'action que les décideurs, les gestionnaires et les professionnels de la santé publique peuvent adapter à leurs contextes spécifiques pour mieux influencer et mettre en œuvre des PPFS.
- L'analyse présentée dans ce rapport s'appuie sur la littérature scientifique et met en lumière une variété de stratégies et d'outils pouvant être mis en place par les organisations de santé publique. Les principales conclusions du rapport sont regroupées autour de cinq dimensions clés des capacités en santé publique afin de soutenir les efforts pour renforcer les capacités en matière de PPFS :
  - **Partenariats** : Collaborer avec des acteurs intersectoriels est crucial pour favoriser la mise en œuvre des PPFS.
  - **Structures organisationnelles et ressources** : Financer de manière durable les initiatives de santé publique et créer des équipes consacrées aux PPFS sont des activités clés pour renforcer les capacités.
  - **Main-d'œuvre** : Former les professionnels à la promotion des PPFS et encourager la collaboration au sein des équipes sont des points clés pour renforcer les capacités.
  - **Développement des connaissances** : Recueillir des données locales et rendre les informations accessibles permet d'influencer les décisions politiques.
  - **Leadership et gouvernance** : L'engagement des leaders à tous les niveaux est essentiel pour la réussite des initiatives de PPFS, avec un accent sur la priorisation de l'équité en santé.

SOMMAIRE

Ce rapport a pour objectif de fournir aux décideurs, aux gestionnaires et aux professionnels de la santé publique des stratégies et des outils qu'ils peuvent adapter à leurs contextes spécifiques pour renforcer leurs capacités organisationnelles à promouvoir les politiques publiques favorables à la santé (PPFS). À l'aide d'un cadre analytique comportant cinq dimensions clés – les partenariats, les ressources et la structure organisationnelle, la main-d'œuvre, le développement des connaissances, ainsi que le leadership et la gouvernance –, ce rapport examine les structures, les pratiques, les outils et les compétences à la disposition des organisations de santé publique pour agir sur les PPFS. Les principales conclusions du rapport sont regroupées autour des cinq dimensions afin de soutenir les efforts pour renforcer les capacités en matière de PPFS.

1. **Partenariats** : La collaboration intersectorielle est cruciale pour la mise en œuvre des PPFS. Le rapport souligne l'importance de cartographier l'écosystème des acteurs, de participer à des espaces de collaboration, et de maintenir des relations continues au-delà du secteur de la santé. L'utilisation de courtiers de connaissances ainsi que la mise en place d'approches participatives sont également présentées comme des moyens potentiels pour faciliter les partenariats.
2. **Structures organisationnelles et ressources** : La création d'équipes ou de postes consacrés à la promotion des PPFS ainsi que l'obtention de financements pérennes sont des leviers importants pour soutenir ces politiques à long terme.
3. **Main-d'œuvre** : Le renforcement des compétences spécifiques des professionnels en matière de promotion des PPFS, notamment à travers des formations ciblées, est essentiel pour développer les capacités dans ce champ. De plus, la création d'espaces d'échange, tels que des communautés de pratique, pourrait encourager le travail collaboratif et soutenir l'innovation au sein des équipes. Des initiatives visant à décloisonner les équipes au sein des organisations et à cartographier les compétences internes permettent de maximiser le potentiel de collaboration.
4. **Développement des connaissances** : Recueillir et rendre accessibles des données locales et pertinentes pour éclairer la prise de décision est particulièrement important pour promouvoir les PPFS. L'utilisation de données probantes permet de mieux influencer l'agenda politique.
5. **Leadership et la gouvernance** : L'engagement de leaders actifs et la clarification des rôles de la santé publique dans la promotion des PPFS peuvent renforcer les capacités organisationnelles. Intégrer l'équité en santé dans la gouvernance peut également améliorer la capacité des organisations à agir sur les PPFS.

1 INTRODUCTION : POURQUOI S'INTÉRESSER AUX CAPACITÉS D'ACTION DES ORGANISATIONS DE SANTÉ PUBLIQUE POUR AGIR SUR LES PPFS?

La promotion et la mise en œuvre de politiques publiques favorables à la santé (PPFS) font partie des stratégies d'action essentielles de promotion de la santé selon la Charte d'Ottawa (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 1986). Ce type de politiques désigne des politiques publiques qui dépassent le cadre strictement sanitaire pour inclure des actions dans d'autres secteurs, tels que l'économie, l'éducation, les transports ou encore l'environnement. L'objectif principal de ces politiques est d'améliorer la santé des populations en influençant les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. Par la création d'environnements qui favorisent des modes de vie sains et réduisent les inégalités sociales de santé, ces politiques permettent d'avoir un impact positif sur l'état de santé des populations (OMS, 1986).

Les acteurs de la santé publique constituent des acteurs incontournables pour promouvoir l'adoption de ce type de politiques, notamment en raison de leurs mandats, de leurs responsabilités et de leurs expertises. Pour soutenir ces acteurs dans leurs efforts de promotion des PPFS, ce rapport présente des informations sur les structures, les processus, les pratiques, les outils et les compétences dont se sont dotées diverses organisations de santé publique au Canada et à l'international pour agir sur les PPFS. Le contenu met en lumière des stratégies susceptibles d'inspirer des décideurs, des gestionnaires et des professionnels de la santé publique dans leurs réflexions pour renforcer leurs capacités d'action pour agir sur les PPFS.

Le rapport débute par une brève présentation de la méthodologie utilisée pour mener à bien ce projet. Par la suite, il décrit les stratégies recensées dans la littérature et les illustre au moyen d'exemples de mise en œuvre par des organisations de santé publique.

2 MÉTHODOLOGIE

Cette section présente d'abord les concepts clés mobilisés dans ce rapport, puis expose brièvement la démarche méthodologique et le cadre d'analyse retenus pour recenser les stratégies. Elle se termine par un survol des limites de l'étude.

2.1 Considérations conceptuelles

Ce rapport se concentre sur le concept clé des politiques publiques favorables à la santé (PPFS), qui est apparu dans les années 1980 avec l'objectif de proposer une façon d'influencer les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé[1] (Milio, 1987; 2001, p. 622). Les déterminants sociaux de la santé réfèrent aux facteurs non médicaux qui ont un impact sur la santé des populations. Ils englobent les conditions dans lesquelles les individus naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, ainsi que les forces et les systèmes qui façonnent ces conditions au quotidien (OMS, s. d.). Dans ce contexte, les PPFS désignent des politiques qui dépassent le cadre strictement sanitaire pour inclure des actions dans d'autres secteurs, tels que l'économie, l'éducation, les transports ou encore l'environnement. En créant des environnements qui favorisent des modes de vie sains et réduisent les inégalités sociales de santé[2], ces politiques permettent d'avoir un impact positif sur l'état de santé des populations (OMS, 1986). La promotion et la mise en œuvre des PPFS font ainsi partie des stratégies d'action essentielles de promotion de la santé selon la Charte d'Ottawa (OMS, 1986).

Pour se développer, elles prennent appui sur les actions d'une grande variété d'acteurs dans de nombreux secteurs, qui sont souvent amenés à entretenir des relations et à collaborer. Un survol des acteurs impliqués dans le développement et la mise en œuvre des PPFS est présenté dans l'encadré 1.

---

1 L'équité en santé signifie que l'ensemble de la population (individus, groupes de population et collectivités) a des possibilités équitables d'atteindre un état de santé optimal sans être défavorisé par les conditions sociales, économiques, environnementales et culturelles en raison de facteurs socialement construits, comme la race, le genre, l'orientation sexuelle, les croyances relieuses, le rang social et autres (Réseau francophone international pour la promotion de la santé [RÉFIPS] et Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé [CCNDS], *Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé*, 2022).

2 Les inégalités de santé désignent les différences, c'est-à-dire les variations dans la mesure des résultats de santé des individus et des collectivités (CCNDS, *Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé*, 2022).

ENCADRÉ 1. LES ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LE DÉVELOPPEMENT ET LA MISE EN ŒUVRE DES POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ

Le développement et la mise en œuvre des PPFS mobilisent une variété d'acteurs de plusieurs secteurs. D'abord, les autorités politiques (ministres, maires, conseillers municipaux et politiques, fonctionnaires, etc.) définissent les priorités et élaborent les lois et les règlements. Ensuite, les organisations de santé publique, incluant les décideurs, les gestionnaires et les praticiens, fournissent les expertises et les connaissances nécessaires pour favoriser la santé des populations et l'équité en santé.

Par exemple, la Direction régionale de santé publique de Montréal (DRSPM), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) sont des organisations de santé publique qui influencent directement les politiques publiques en matière de santé, en fournissant des recommandations fondées sur des données probantes et des analyses de santé.

La frontière entre ces organisations de santé publique et les acteurs ou autorités politiques est parfois mince, car ces organisations peuvent jouer un rôle actif dans la définition des priorités politiques, l'élaboration de stratégies, voire la mise en œuvre de certaines politiques publiques. Leur influence s'étend souvent au-delà du simple rôle consultatif, ce qui les place parfois en position de décision, parallèlement aux acteurs politiques.

Des secteurs autres que la santé, comme l'éducation, le logement et le transport, incluant les décideurs, les gestionnaires et les professionnels, sont également des acteurs politiques incontournables. Ils agissent sur les déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé dans leurs domaines respectifs, et leurs actions sont essentielles pour l'adoption et la mise en œuvre des PPFS.

Les acteurs de la société civile (organisations non gouvernementales, mouvements sociaux et regroupements citoyens, etc.) jouent également un rôle important en mobilisant les communautés et représentent leurs intérêts pour que les politiques publiques tiennent compte de leurs besoins et des réalités locales, tout en contribuant à réduire les inégalités sociales.

Enfin, la population, y compris les groupes marginalisés, peut contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques. Elle peut en effet être consultée et participer aux processus de développement et de mise en œuvre des PPFS.

Le succès des PPFS repose sur la collaboration de tous ces acteurs pour promouvoir la santé et l'équité.

Le second concept clé du rapport est la capacité d'action des organisations, définie comme leur aptitude à fonctionner de manière optimale pour atteindre leurs buts et leurs objectifs (Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé [CCNDS], 2020, p. 2). Si l'on reprend la définition retenue des PPFS dans ce rapport, la capacité d'action des organisations vise spécifiquement l'habileté d'une organisation à fonctionner de manière optimale pour faciliter la mise en place de politiques publiques qui s'inscrivent hors du cadre formel de la santé, dans des secteurs comme l'éducation et les transports ou dans les politiques fiscales, et qui ont un impact sur la santé. Sur le plan organisationnel, cela inclut de « former le personnel, de fournir des ressources, de concevoir des politiques et des procédures pour institutionnaliser la promotion de la santé et de développer des structures pour la planification et l'évaluation […] » (Smith *et al.*, 2006, p. 342). En somme, la capacité d'action des organisations implique de mobiliser une variété de stratégies pour développer des ressources et créer des environnements appropriés pour faciliter la mise en place de PPFS. Le rapport s'appuie sur une sélection d'articles et un cadre d'analyse pour identifier et classer les stratégies nécessaires à cette mobilisation.

2.2 Démarche méthodologique

Le rapport s'appuie sur une analyse qualitative de la littérature scientifique visant à identifier et à catégoriser des stratégies développées par des organisations de santé publique et des exemples concrets de mise en œuvre pour renforcer les capacités d'action des organisations pour agir sur les PPFS. Cette démarche a permis de répertorier et de catégoriser des stratégies et des exemples de mise en œuvre par des organisations de santé publique. Le choix des exemples illustrant les stratégies a été fait en fonction de leur potentiel d'applicabilité par les organisations de santé publique. L'analyse de ces stratégies et exemples a aussi permis de mettre en lumière pour chacune des dimensions des réflexions pratiques pour mieux promouvoir les PPFS. Pour des détails sur la démarche méthodologique, voir l'annexe 1 de ce rapport.

2.3 Cadre d'analyse

Pour catégoriser les stratégies des organisations de santé publique, ce rapport s'est appuyé sur le cadre d'Aluttis et coll., qui identifie sept dimensions clés des capacités en santé publique : les ressources, les structures organisationnelles, la main-d'œuvre, les partenariats, le leadership et la gouvernance, le développement des connaissances, et le contexte spécifique du pays (Aluttis *et al.*, 2014, p. 40).

Ce cadre a été choisi parce qu'il cible les dimensions les plus pertinentes pour évaluer les capacités de santé publique. Il a été adapté pour se concentrer sur les capacités d'action des organisations de santé publique pour agir sur les PPFS, et cinq dimensions clés ont été retenues : les partenariats, les structures organisationnelles et les ressources, la main-d'œuvre, le développement des connaissances, et le leadership et la gouvernance. La sixième dimension du cadre – le contexte spécifique du pays – a été écartée, car les exemples recensés proviennent de contextes nationaux très diversifiés. De plus, cette dimension ne s'intégrait pas à l'objectif de ce rapport, qui se concentre sur la catégorisation des stratégies pouvant être mises en œuvre par

des organisations de santé publique. Les dimensions « ressources » et « structures organisationnelles » ont été regroupées, car les sources recensées dans ce travail montraient leur recoupement. Les dimensions « leadership » et « gouvernance » ont également été regroupées, car elles sont souvent considérées comme interreliées (Geneau *et al.*, 2009, p. 18). Le leadership en santé publique réfère à la capacité des personnes clés « à guider, inspirer, influencer et orienter les autres vers la réalisation d'un but ou d'un objectif commun » (Public Health Wales NHS Trust, 2023, p. 6). La gouvernance, quant à elle, est « un processus dans lequel […] les organisations prennent des décisions, déterminent qui sera concerné par ces décisions et comment la responsabilité des actions pourra être assurée » (OMS, 2011, p. 13). Dans cette analyse, regrouper leadership et gouvernance permet de rassembler et de mieux mettre en lumière les stratégies liées au rôle des dirigeants et aux processus décisionnels et stratégiques.

Ce cadre a d'abord permis de structurer la cueillette de données, puis d'analyser les différentes stratégies et d'y associer des exemples de mise en œuvre. Le tableau 1 permet de visualiser le cadre et les définitions retenues pour les besoins du projet.

Tableau 1 Cinq dimensions des capacités d'action des organisations de santé publique en matière de PPFS (inspirées du cadre d'Aluttis et ses collaborateurs).

DIMENSIONS	DÉFINITIONS
Partenariats	La collaboration entre les organisations et les différents acteurs de la santé publique ainsi qu'avec des organisations et des acteurs d'autres secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux.
Structures organisationnelles et ressources	La capacité infrastructurelle des organisations de santé publique de contribuer à la promotion et à la mise en œuvre de PPFS (capacité organisationnelle, structures d'exécution des programmes et des processus), combinée à l'allocation et à la mise à disposition des ressources humaines et financières nécessaires à la réalisation des PPFS.
Main-d'œuvre	Les ressources humaines disposant de compétences et de connaissances suffisantes pour promouvoir et mettre en œuvre des PPFS.
Développement des connaissances	La production et la diffusion des connaissances permettant de soutenir la mise en œuvre de PPFS fondées sur les données probantes.
Leadership et gouvernance	La capacité et la volonté des organisations de mettre en œuvre des PPFS se manifestant à travers un leadership fort (guider, inspirer, influencer et orienter les autres) et une réflexion stratégique par la prise de décisions réfléchies sur le quoi, le pour qui et le comment.

2.4 Limites du travail

La méthodologie utilisée comporte deux limites principales. Premièrement, certains articles pertinents pourraient ne pas avoir été repérés si les mots-clés utilisés ne figuraient pas dans les titres ou les résumés. Par exemple, la notion de PPFS est vaste et difficile à circonscrire, et les organisations de santé publique n'utilisent pas toujours ce terme pour des politiques qui pourraient y être associées.

Deuxièmement, l'approche méthodologique s'est basée uniquement sur l'analyse de la littérature scientifique pour identifier les stratégies des organisations de santé publique. Cette utilisation exclusive de la littérature scientifique présente des limites, car elle ne reflète pas toute la diversité des pratiques en santé publique. Le corpus d'articles analysés ne couvre donc pas l'intégralité du sujet ni toutes les initiatives réalisées sur le terrain. Par exemple, peu d'études de cas ou de recherches empiriques ont été trouvées sur les thèmes abordés. Les stratégies et les outils inclus dans le rapport manquent parfois de détails concrets (résultats, idéation, ressources, etc.), mais offrent des pistes d'action à explorer. De plus, la littérature scientifique consultée n'a pas permis suffisamment de répertorier les stratégies mises en place par des communautés et des acteurs des Premières Nations, métis et inuits. Cela peut être attribuable à des lacunes dans la recherche en santé publique sur les perspectives autochtones et/ou aux choix méthodologiques visant à circonscrire le nombre d'articles scientifiques à analyser. Des recherches axées directement sur les initiatives menées par des communautés ou des organisations autochtones pourraient contribuer à mieux comprendre et à renforcer les capacités d'action sur les PPFS partout au Canada.

Le choix d'analyser exclusivement la littérature scientifique s'explique par des contraintes de temps et de ressources. L'objectif était de fournir une synthèse théorique solide, en se concentrant sur des stratégies déjà mises en œuvre et validées. Intégrer des exemples concrets issus de la littérature grise aurait nécessité une recherche plus large, difficile à réaliser dans les limites de temps et de ressources disponibles. Toutefois, bien que cette première phase soit théorique, la littérature grise pourrait être incluse dans des analyses futures pour enrichir l'étude avec des exemples pratiques. En dépit de ces deux limites, l'analyse a été pertinente, puisqu'elle a permis à la fois de tester le cadre d'analyse retenu et d'identifier des pratiques pertinentes.

3 RÉSULTATS ET ANALYSE

Cette section mobilise les cinq dimensions des capacités d'action des organisations de santé publique inspirées du cadre d'Aluttis et ses collaborateurs (tableau 1) pour présenter les stratégies recensées dans notre analyse de la littérature. Pour chacune des dimensions, nous présentons les stratégies qui y sont associées et des exemples concrets pour illustrer la manière dont elles ont été mises en œuvre dans des contextes spécifiques. Des encadrés intitulés « à retenir » mettent en lumière des réflexions pratiques et les stratégies abordées pour chacune des dimensions.

3.1 Partenariats

La mise en place et le maintien de partenariats peuvent contribuer à soutenir les capacités des organisations de santé publique en matière de PPFS, notamment parce qu'ils favorisent la créativité, la fusion de perspectives diverses et les synergies (Gugglberger *et al.*, 2016, p. 11). Ces partenariats impliquent une diversité d'acteurs issus des secteurs gouvernementaux, universitaires et de la société civile avec lesquels les acteurs de la santé publique sont susceptibles d'interagir pour promouvoir les PPFS. Le tableau 2 rappelle la définition de la dimension *partenariats* et offre un aperçu des cinq stratégies détaillées dans cette section.

Tableau 2 Dimension « partenariats »

Définition	La collaboration entre les organisations et les différents acteurs de la santé publique ainsi qu'avec des organisations et des acteurs d'autres secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux.
Stratégies de renforcement des capacités d'action des organisations pour agir sur les PPFS	• Inventorier et cartographier l'écosystème des acteurs • Participer à des espaces de collaboration ou les mettre en place • Établir et maintenir des liens continus avec des acteurs hors santé publique • Faire appel à des courtiers de connaissances • Prioriser des approches participatives

Dans les prochaines sections, les cinq stratégies identifiées dans la dimension « partenariats » sont présentées et détaillées avec des exemples plus concrets.

3.1.1 Inventorier et cartographier l'écosystème des acteurs

Pour guider les initiatives en matière de partenariats et ainsi bien comprendre les contextes dans lesquels des collaborations potentielles peuvent se développer, il importe d'explorer et d'inventorier l'« écosystème » des acteurs (Provan *et al.*, 2005, p. 604). Pour ce faire, deux outils ont été repérés dans la littérature : l'analyse des parties prenantes et l'analyse des réseaux.

L'analyse des parties prenantes

L'analyse des parties prenantes est « un outil permettant de cartographier les acteurs qui ont un intérêt dans une politique, une organisation ou un programme et de décrire les caractéristiques de ces acteurs » (Hoeijmakers *et al.*, 2007, p. 115). Par exemple, l'analyse peut s'intéresser aux caractéristiques suivantes : leurs idées sur la politique de santé locale, leur collaboration avec d'autres acteurs de la santé publique, leur influence et leur contribution à l'élaboration de la politique (Hoeijmakers *et al.*, 2007, p. 115). Elle permet de livrer ainsi des informations sur l'ensemble des acteurs concernés par un enjeu particulier de santé ou de bien-être (Hoeijmakers *et al*, 2007, p. 115) et de prévoir leur degré d'appui ou d'opposition à cet égard (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], s.d.). Les encadrés 2 et 3 abordent deux exemples de déploiement de cet outil.

ENCADRÉ 2. L'ANALYSE DES PARTIES PRENANTES POUR PROMOUVOIR LA MARCHE

La Direction régionale de santé publique de Montréal a « dressé l'inventaire et cartographié des interventions communautaires pour promouvoir des quartiers plus verts et plus propices à la marche dans le Grand Montréal » (Miro e*t al.* 2015, p. 55). Cette analyse a mené à des dialogues soutenus avec une diversité de parties prenantes et à la mise en œuvre de solutions « susceptibles d'améliorer le potentiel piétonnier » (Miro e*t al.* 2015, p. 55).

ENCADRÉ 3. L'ANALYSE DES PARTIES PRENANTES POUR AMÉLIORER LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Dans le cadre d'un projet visant à établir une coalition nommée Healthy Equity Collective, 200 entrevues avec des parties prenantes ont été réalisées, accompagnées d'une analyse des sources de données sur les déterminants sociaux de la santé. Ce projet avait pour objectif de favoriser l'échange d'information et la concertation afin d'améliorer les déterminants sociaux de la santé dans la région de Houston, au Texas, avec un accent particulier mis sur la réduction de l'insécurité alimentaire (Jemina *et al.*, 2021, p. 873). L'analyse a permis de « mieux comprendre et [d']établir d'éventuelles relations de partage de données qui profiteraient à la communauté » (Jemina *et al.*, 2021, p. 873).

L'analyse des réseaux

Les réseaux sont « un regroupement d'individus et/ou d'organisations liés par des connexions allant de relations informelles à des protocoles formellement acceptés » (Huerta, 2005, p. 9 cité par Khotari *et al.*, 2016, p. 2). L'analyse des réseaux fournit des informations sur les interactions entre différents acteurs. Elle décrit l'intégration de ces acteurs par rapport à un enjeu tandis que l'analyse des parties prenantes décrit la différenciation des acteurs (Hoeijmakers *et al.*, 2007, p. 116). Dans l'analyse des réseaux, on décrit d'abord une interaction spécifique comme la communication ou l'échange de ressources pour un ensemble d'acteurs particuliers. Ensuite, les caractéristiques structurelles du réseau comme sa densité et sa centralité peuvent être calculées (Hoeijmakers *et al.*, 2007, p. 116). Un exemple de cet outil se trouve dans l'encadré 4.

ENCADRÉ 4. L'ANALYSE DES RÉSEAUX POUR IDENTIFIER LES ORGANISATIONS CENTRALES

Le bureau de santé Southwestern Public Health en Ontario a réalisé une analyse situationnelle des services liés aux opioïdes dans le comté d'Oxford, y compris une analyse des réseaux, en réalisant deux séances de cartographie avec 14 organisations. Cette analyse a permis d'identifier les organisations centrales et les liens les unissant et de suggérer des stratégies pour renforcer ce réseau tout en le pérennisant (Gibbs et Urbantke, 2018, p. 41-42).

L'analyse des parties prenantes et l'analyse des réseaux permettent de mieux connaître les acteurs impliqués (ou potentiellement impliqués) et d'établir un répertoire de personnes clés ou de mettre en place des mécanismes pour faciliter la communication entre des acteurs (Austin *et al.*, 2019, p. 11-12). Ces deux outils procurent des informations cruciales concernant les particularités de certains acteurs (mission, objectifs, culture administrative, etc.) pour s'adapter notamment à leurs cultures organisationnelles internes (Molnar *et al.*, 2016, p. 8-9). D'ailleurs, une analyse détaillée des caractéristiques, des perceptions et du positionnement des acteurs en présence peut contribuer à identifier les occasions d'action et à orienter les choix stratégiques pour influencer les PPFS (Wegener *et al.*, 2012, p. 4109-4110).

3.1.2 Participer à des espaces de collaboration ou les mettre en place

Pour stimuler les échanges d'information, établir des liens de confiance ou encore faire avancer des initiatives précises en vue de développer des PPFS, les organisations de santé publique peuvent participer à différentes formes d'espaces de collaboration ou encore les mettre en place. En ce sens, trois initiatives ont été repérées dans la littérature : les réseaux, les communautés de pratique, et les alliances ou les coalitions.

Les réseaux

Les réseaux permettent d'établir et de renforcer les contacts avec un grand nombre d'acteurs. Ils peuvent être structurés différemment selon le nombre de participants ou les objectifs poursuivis, mais dans tous les cas ils procurent des bénéfices tels que « briser les silos, encourager les relations latérales et faire preuve de souplesse pour susciter des collaborations créatives » (Khotari *et al.*, 2016, p. 2). Certains réseaux visent explicitement à faciliter les échanges entre des secteurs œuvrant sur des problématiques différentes, comme l'illustre l'exemple dans l'encadré 5. D'autres permettent la connexion d'acteurs d'un même secteur désirant accéder à des ressources et à des expertises, et les partager, comme illustré dans l'encadré 6.

ENCADRÉ 5. LE RÉSEAU QUÉBÉCOIS « PRENDRE SOIN DE NOTRE MONDE »

Au Québec, il est de plus en plus reconnu que la santé et la qualité de vie doivent être intégrées dans les préoccupations des municipalités (Lévesque *et al.*, 2022, p. 10). Le réseau québécois « Prendre soin de notre monde » lancé en 2015 par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec avait pour but de favoriser la collaboration entre les acteurs de différents secteurs, par exemple en promouvant des stratégies de sensibilisation et de mobilisation des acteurs de tous les milieux aux paliers local, régional et national[3]. Le réseau a permis de « promouvoir la collaboration entre le milieu municipal et le secteur de la santé » (Lévesque *et al.*, 2022, p. 10) ainsi qu'avec des acteurs non gouvernementaux, dans le but de travailler à la création d'environnements municipaux favorables à la santé et à la qualité de vie.

ENCADRÉ 6. LA DIVISION NORVÉGIENNE DU HEALTHY CITIES NETWORK DE L'OMS

Les municipalités de Levanger et Verdal ont joint la division norvégienne du Healthy Cities Network de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui rassemble une centaine de villes phares et une trentaine de réseaux nationaux (OMS, WHO European Healthy Cities Network). Ces municipalités ont reçu des conseils spécialisés de l'Institute of Health Equity de l'University College of London pour développer des stratégies locales et adaptées et réduire les inégalités en santé (Von Heimburg et Hakkebo, 2017, p. 73).

[3] Pour plus de détails sur ce réseau, voir : https://prendresoindenotremonde.com/.

Les communautés de pratique

Les communautés de pratique « sont des groupes de personnes qui interagissent régulièrement pendant une période prolongée afin de partager des préoccupations communes, de consolider leur expertise et de développer de nouveaux savoirs » (Chaire d'étude sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et de familles en difficulté, 2015). Comparativement aux réseaux, plutôt axés sur la mise en contact et la communication, les communautés de pratique tendent à inclure un nombre plus restreint de participants et à mettre en relief les savoirs, les pratiques professionnelles et les préoccupations communes. Ce modèle de collaboration répond parfois à la nécessité de formaliser ou de pérenniser certains processus afin de mobiliser divers acteurs sur une problématique en particulier, comme l'illustre l'exemple présenté dans l'encadré 7.

ENCADRÉ 7. LA COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE RÉGIONALE SUR LES CHANGEMENTS CLIMATIQUES

Dans le district de Simcoe Muskoka, en Ontario, une communauté de pratique régionale sur les changements climatiques a été mise en place, regroupant des partenaires communautaires et le bureau de santé du district. Cette initiative s'inscrit dans le cadre des consultations menées par le bureau de santé du district de Simcoe Muskoka avec des informateurs clés dans les domaines de la santé et des changements climatiques, incluant des représentants de municipalités, d'établissements d'enseignement, d'offices de protection de la nature, d'organisations environnementales, de ministères provinciaux et d'organismes communautaires. Cette communauté de pratique a contribué à soutenir l'action régionale et la planification du travail d'adaptation aux changements climatiques en prenant en compte la santé (Levison *et al.*, 2018, p. 10).

Les alliances et les coalitions

Comparativement au réseau ou à la communauté de pratique axés sur un rassemblement plus formel, les alliances et les coalitions constituent davantage un partenariat stratégique visant à promouvoir une politique, ou plus globalement un positionnement sur un ou des enjeux. Les « logiques de construction d'alliances » (Clavier *et al.*, 2019, p. 13) permettent aux acteurs de la santé publique de combiner leurs arguments et leurs savoirs à ceux d'autres acteurs possédant une expertise complémentaire au moment de soutenir publiquement et politiquement une position ou une PPFS. Certaines organisations de santé publique, comme la Direction régionale de santé publique de Montréal, ont ouvertement promu l'adoption de cette stratégie : « En établissant des alliances avec les groupes communautaires, les chercheuses et les ONG, nous augmentons le poids du secteur santé dans les forums de délibérations politiques, et vice-versa » (Gagnon *et al.*, 2012, p. 54), notamment dans le développement et la mise en œuvre de politiques liées à l'aménagement urbain et au transport.

3.1.3 Établir et maintenir des liens continus avec des acteurs hors santé publique

Pour les organisations de santé publique, établir et maintenir des liens continus sans chercher à faire avancer des projets en particulier constitue une avenue pour construire des partenariats liés aux PPFS avec des acteurs hors santé publique. En effet, apprendre à connaître des partenaires potentiels et développer des canaux de communication sont parfois des préalables à la définition d'objectifs communs précis et à la planification de politiques spécifiques. L'objectif peut être simplement d'entretenir des liens pouvant mener à des collaborations concrètes dans le futur, mais indéterminées au moment de nouer ces relations. Les communications répétées et informelles pour bâtir un climat de confiance mutuelle entre différents acteurs sont en effet essentielles pour construire des partenariats (Loncarevic *et al.*, 2021, p. 12). Trois outils, parfois utilisés de manière complémentaire, ont été identifiés dans la littérature pour aider au maintien des liens continus entre organisations de santé publique et acteurs hors de ce champ : l'offre d'une perspective externe, les tables rondes et le partage d'objectifs communs.

Offrir une perspective externe aux partenaires

Dans le but d'établir des liens durables avec des acteurs non sanitaires, une organisation de santé publique peut mettre à profit les expertises de ses professionnels pour soutenir les initiatives de partenaires issus d'autres secteurs. Cette approche permet non seulement d'intégrer une perspective de santé dans des dossiers non sanitaires, mais aussi de poser les bases d'une collaboration pérenne, comme l'illustre l'exemple présenté dans l'encadré 8.

ENCADRÉ 8. OFFRIR UN SOUTIEN A UN PARTENAIRE EXTERNE

Lors de sa participation au projet « Bâtir un Canada en santé », l'autorité de santé Fraser Health en Colombie-Britannique a offert un soutien à la Ville de Surrey, notamment par la formulation de commentaires qui ont contribué à améliorer les plans d'urbanisme. Ce travail s'est effectué dans le but explicite de « tisser des liens avec le personnel de planification municipal, de se renseigner sur les moyens de s'impliquer efficacement, et de contribuer à renforcer le potentiel de promotion de la santé des plans en cours de mise au point ». Cette contribution s'inscrivait en parallèle avec d'autres initiatives de réseautage et de partage de connaissances, notamment « un déjeuner-causerie pour le personnel de l'autorité de santé et les [urbanistes] de la Ville de Surrey » (Miro *et al.*, 2015, p. eS48).

Les tables rondes

La mise en place de tables rondes est une deuxième façon de maintenir des liens dans le temps. Une table ronde est « une réunion caractérisée par le principe d'égalité entre les participants rassemblés pour discuter d'un sujet d'intérêt commun dans le but de dégager une vue d'ensemble de la question » (Office québécois de la langue française, s. d.). Ce format permet habituellement des échanges relativement informels favorisant une meilleure compréhension des perspectives et des préoccupations des différents participants. Cette dynamique d'échanges informels et de recherche d'une vue d'ensemble se distingue des rencontres formelles, axées sur des projets précis. En ce sens, les tables rondes facilitent la compréhension mutuelle et peuvent permettre l'émergence de nouveaux liens entre des acteurs, comme l'illustre l'exemple présenté dans l'encadré 9.

ENCADRÉ 9. LA TABLE RONDE POUR FAVORISER LA COLLABORATION

Afin de rendre le « milieu bâti » (urbanisme, logement, transport, etc.) torontois plus sain, une variété d'initiatives a été mise en place par la Ville de Toronto. Dans ce contexte, la table ronde *Planning a Healthier Toronto*, composée de spécialistes de la santé et de l'urbanisme, s'est avérée être un espace clé permettant à des acteurs issus de différents secteurs de la Ville de « repérer les enjeux hautement prioritaires, lesquels ont été présentés au Conseil de la santé et ont servi à fournir une rétroaction au planificateur en chef de la ville » (Macfarlane *et al.*, 2015, p. 8).

Les échanges issus de la table ronde ont permis à la Division de l'urbanisme de la Ville de Toronto de « reconnaître que le Plan officiel doit mieux aborder les quartiers dont la conception actuelle est sous-optimale pour la santé et où il se fait peu d'aménagements nouveaux, y compris les secteurs moins propices à la marche [...] » (Macfarlane *et al.*, 2015, p. 8).

La création et le partage d'objectifs communs pour une vision partagée avec d'autres secteurs

Une organisation peut aussi miser sur le dialogue en créant des objectifs communs avec des secteurs autres que la santé publique pour graduellement en venir à des collaborations ou à des contributions plus ciblées.

L'articulation d'objectifs communs peut, par exemple, se faire à partir d'un mandat municipal que les organisations et les secteurs gouvernementaux utilisent pour orienter leurs décisions, leurs politiques et leurs projets en intégrant des priorités stratégiques (Guglielmin *et al.*, 2022, p. 2655). Cette création d'objectifs peut aussi se faire à partir des discussions prolongées entre les organisations et les secteurs (communication) ou à travers le travail collectif et la communication intersectorielle (Guglielmin *et al.*, 2022, p. 2655). Cela peut mener à une meilleure compréhension de l'impact des décisions, des politiques et des actions de chacun des

secteurs sur un ensemble d'aspects, notamment sur la santé des populations. L'exemple décrit dans l'encadré 10 illustre l'importance du dialogue et de la compréhension mutuelle dans le processus de partage d'objectifs communs.

ENCADRÉ 10. LA CRÉATION D'OBJECTIFS COMMUNS POUR LA MISE EN ŒUVRE DE L'APPROCHE DE SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES (SDTP)

Une analyse sur la mise en œuvre de l'approche de SdTP dans la municipalité finlandaise de Kuopio a conclu que le partage d'objectifs communs constitue un facteur de réussite pour le travail avec des secteurs autres que celui de la santé. L'analyse a mis l'accent sur trois outils pour la création d'objectifs communs : la stratégie de Kuopio 2030, la communication intersectorielle et la collaboration intersectorielle (Guglielmin *et al.*, 2022, p. 2655). La stratégie de Kuopio[4] est un document de mandat municipal utilisé par les organisations et les secteurs gouvernementaux pour guider leurs décisions, leurs politiques et leurs projets.

À travers la communication intersectorielle, les différents « secteurs ont mieux compris les objectifs de l'autre secteur et ce qu'ils font [*sic*], ce qui a permis de définir des objectifs communs » (Guglielmin *et al.*, 2022, p. 2655). Enfin, lorsque ces discussions se déroulaient parallèlement au travail sur un projet avec un autre secteur (collaboration intersectorielle), les secteurs non sanitaires ont mieux appréhendé comment leurs décisions, leurs politiques et leurs actions sectorielles avaient un impact sur la santé des habitants de Kuopio. Les objectifs partagés ont donc été le produit de relations basées sur une compréhension mutuelle (Guglielmin *et al.*, 2022, p. 2655).

Ces trois outils ont permis de créer et de définir des objectifs communs sans que le secteur de la santé soit perçu comme tentant d'imposer sa propre vision. Dans ce cas précis, les résultats concrets ont été une prise en compte des besoins gériatriques dans la planification et les services dans les secteurs autres que celui de la santé (Guglielmin *et al.*, 2022, p. 2655). De plus, les objectifs partagés ont permis d'améliorer le travail intersectoriel de promotion de la santé et du bien-être (Guglielmin *et al.*, 2022, p. 2655).

3.1.4 Faire appel à des courtiers de connaissances

Considérant les défis de communication et de négociation inhérents à la collaboration, les partenariats permettant de faire progresser les PPFS peuvent parfois bénéficier d'une aide extérieure. Cela peut se faire grâce au courtage de connaissances, qui se définit comme suit dans le contexte de la santé publique :

[4] Pour plus de détails concernant cette initiative, voir : https://www.kuopio.fi/en/city-of-kuopio/strategy-and-development/strategy/.

> Un processus qui vise, via un intermédiaire, à favoriser les relations et les interactions entre les différents acteurs en promotion de la santé (chercheurs, acteurs de terrain, décideurs) dans le but de produire et d'utiliser au mieux les connaissances basées sur les preuves. Les actions de cet intermédiaire visent toutes à créer du lien et de la communication, à valoriser les connaissances et les compétences de chacun (sans critère de priorisation ou de hiérarchisation) et à améliorer les pratiques (Munerol *et al.*, 2013, p. 595).

Trois types de courtiers de connaissances ont été relevés dans la littérature : le consultant externe, l'employé d'une organisation et une organisation externe.

Consultant externe comme courtier de connaissances

Pour promouvoir les PPFS, une organisation peut avoir recours à un consultant externe qui servira d'intermédiaire entre plusieurs secteurs ou organisations. En tant que tierce partie, le consultant externe apporte une perspective unique qui favorise une meilleure compréhension des besoins de chaque partenaire tout en mettant à profit une expertise complémentaire. Cette approche est illustrée dans l'encadré 11.

ENCADRÉ 11. FAIRE APPEL À UN CONSULTANT EXTERNE

Dans le cadre du projet « Bâtir un Canada en Santé », des autorités de santé de la Colombie-Britannique ont bénéficié de l'appui d'une consultante externe spécialiste en planification urbaine. L'une de ses responsabilités liées au développement de l'environnement bâti favorable à la santé (EBFS) était de « collaborer avec des municipalités sur des projets pertinents d'élaboration de politiques et de planification » (Gagnon *et al.*, 2012, p. 26).

Cette expérience illustre le potentiel du recours à un consultant externe, qui permet d'accélérer l'implication de la santé publique dans un nouveau secteur et de s'adapter rapidement aux exigences du secteur de l'EBFS. À partir d'évaluations situationnelles, la consultante a contribué à l'élaboration de plans de travail pour renforcer les capacités des autorités de santé. La mise en œuvre de ces plans a conduit à la création de ressources, de rapports et d'espaces de rencontre intersectorielle (Miro *et al.*, 2015, p. eS46). Dans le but de pérenniser le renforcement des capacités, cette consultante a aussi :

> **directement formé et soutenu trois ou quatre membres du personnel de chaque autorité de santé. Ces personnes, en retour, se sont servies de l'expérience et des connaissances acquises grâce au projet pour se prononcer sur les structures et les pratiques organisationnelles du travail sur le milieu bâti au sein de chaque autorité de santé (Miro *et al.*, 2015, p. eS48).**

Employé de l'organisation comme courtier de connaissances

La mise en place d'un courtier de connaissances peut aussi se faire en confiant cette mission à un employé de l'organisation. L'embauche d'une personne mandatée pour établir des ponts entre différents secteurs ou acteurs peut accélérer les collaborations et la mise en œuvre de nouvelles politiques ou approches (Langeveld *et al.*, 2016, p. 11), comme l'illustre l'exemple décrit dans l'encadré 12.

ENCADRÉ 12. FAIRE APPEL À UN EMPLOYÉ DE L'ORGANISATION

Le district municipal d'Amsterdam (Pays-Bas) a engagé une courtière de connaissances pour jouer le rôle de *boundary spanner* (passeur de frontières) entre le monde universitaire et les fonctionnaires municipaux avec l'objectif de mettre en place des PPFS au niveau local. Son travail a permis une mise à l'agenda des enjeux de santé (Langeveld *et al.*, 2016, p. 11), notamment en rapprochant les considérations scientifiques et politiques et en proposant des mesures concrètes ciblant la promotion de la santé (Langeveld *et al.*, 2016, p. 6.).

Organisation comme courtière de connaissances

La fonction de courtier de connaissances peut aussi être exercée par une organisation dotée d'une expertise particulière pour agir sur les PPFS et des capacités pour favoriser les interactions entre différents acteurs. Ce type d'organisation peut fournir un véritable éclairage sur des thématiques précises et servir d'appui aux autorités locales de santé publique. L'organisation québécoise Ouranos[5], spécialisée dans les changements climatiques, a été identifiée comme un exemple d'organisation pouvant jouer un tel rôle (Austin *et al.*, 2015, p. 639), comme on le voit dans l'encadré 13.

ENCADRÉ 13. FAIRE APPEL À UNE ORGANISATION SPÉCIALISÉE

En tentant de « créer un pont entre la science et les politiques afin d'accroître l'engagement des décideurs, de renforcer la capacité d'adaptation et de créer un réseau de connaissances » (Austin *et al.*, 2015, p. 639), l'organisation Ouranos contribue à intégrer les notions et les préoccupations liées à la santé dans la recherche et l'action portant sur les changements climatiques. Le développement d'Ouranos au Québec a permis de caractériser et de quantifier les impacts des changements climatiques sur la santé humaine dans la province et de fournir une base de connaissances solide pour les plans d'action ultérieurs (Austin *et al.*, 2015, p. 643).

[5] Pour plus de détails sur Ouranos, voir : https://www.ouranos.ca/fr.

3.1.5 Prioriser des approches participatives

Les organisations de santé publique peuvent favoriser des approches participatives pour agir sur les PPFS. Cela implique de faire une place significative aux différentes parties prenantes concernées par une politique, et en particulier aux communautés ayant traditionnellement eu moins voix au chapitre[6]. Cette volonté de faire une plus grande place aux parties prenantes s'inscrit en continuité avec les orientations en santé publique axées sur les déterminants sociaux et l'équité en santé, promues depuis des décennies (Loignon *et al.*, 2018). Pour prioriser les approches participatives, deux outils développés par des organisations ont été relevés dans la littérature : les comités locaux et les ateliers.

Les comités locaux

Les processus d'élaboration et de mise en œuvre des PPFS impliquent de nombreux acteurs et s'opèrent parfois à des échelles éloignées des citoyens. Pour remédier aux difficultés de connexion avec les parties prenantes, la constitution de comités locaux peut contribuer à une plus grande implication citoyenne. Les organisations de santé publique peuvent à la fois instaurer des espaces de collaboration ou se joindre à ceux mis en place par d'autres acteurs. Par exemple, une municipalité pourrait lancer un appel public pour inviter les citoyens à s'impliquer dans de tels comités (Lemire, 2017, p. 24), comme en témoigne l'exemple dans l'encadré 14.

ENCADRÉ 14. COMITÉS LOCAUX POUR CRÉER UN ENVIRONNEMENT PARTICIPATIF

Des comités locaux ont été constitués dans le cadre d'une initiative lancée dans la municipalité régionale du comté (MRC) d'Argenteuil au Québec. Ces comités ont été mis en place dans un contexte où le territoire est vaste, et les communautés impliquées nombreuses. Ces comités, portés par le leadership d'élus, « ont permis de créer un environnement participatif favorable à l'expression du point de vue de citoyens et à l'engagement de citoyens dans l'action subséquente sur le terrain, pour la mise en œuvre des plans d'action » (Lemire, 2017, p. 7).

L'atelier

En tant qu'outil pouvant favoriser une approche participative, l'atelier peut être utile pour mettre en lumière les différentes connaissances et les points de vue de partenaires, de communautés, de citoyens, etc., sur des questions liées à un phénomène social en particulier. L'atelier mène ainsi à la réalisation d'une cartographie conceptuelle de groupe des systèmes (le résultat final est co-créé par tous les participants) (Rivas *et al.*, 2019). Les consultations et les échanges réalisés dans le cadre d'ateliers contribuent à établir un portrait plus juste de phénomènes

[6] De manière générale, les approches participatives réfèrent aux tentatives de réaliser des initiatives « par et pour » les parties prenantes.

sociaux complexes tout en promouvant la collaboration. L'atelier permet notamment de mieux comprendre des problématiques concrètes par l'inclusion d'une variété de perspectives et la reconnaissance de l'interconnectivité des facteurs influençant la santé de ces populations. Ces échanges et ces consultations offrent un espace aux différentes voix des parties prenantes, facilitent la transmission bidirectionnelle de l'information et l'établissement de liens de confiance. Un exemple d'utilisation de cet outil figure dans l'encadré 15.

ENCADRÉ 15. L'ATELIER COMME OUTIL DE SOUTIEN D'UNE APPROCHE PARTICIPATIVE POUR ÉTABLIR UNE CARTOGRAPHIE CONCEPTUELLE DE GROUPE

Au Royaume-Uni, des ateliers de cartographie conceptuelle de groupe[7] ont été organisés dans le cadre d'une étude portant sur les déterminants des inégalités des enfants au niveau local (Jessiman *et al.*, 2021, p. 5). Les participants à ces ateliers ont été invités en amont à réfléchir à des questions prédéterminées en lien avec la santé et les inégalités en matière de santé infantile. Ils ont été encouragés à considérer et à recenser des facteurs déterminants pour la santé de l'enfant (par exemple : services de santé, éducation, facteurs environnementaux locaux, comportements et influences, etc.). Ces ateliers ont mené à la création de cartes systémiques des déterminants des inégalités de santé chez l'enfant au niveau local. Ces cartes sont le fruit d'une cocréation entre les participants.

[7] La cartographie conceptuelle de groupe est utilisée depuis longtemps dans le domaine de la santé publique pour aborder des questions avec un éventail de parties prenantes divergentes qui s'intéressent à un sujet particulier ou sont affectées par un enjeu donné (Jessiman *et al.*, 2021, p. 5).

Tableau 3 À retenir : dimension « partenariats »

Stratégies de renforcement des capacités d'action	Outils	Réflexions pratiques
Inventorier et cartographier l'écosystème des acteurs	• L'analyse des parties prenantes • L'analyse des réseaux	• Les acteurs de la santé publique gagneraient à comprendre adéquatement les préoccupations et les besoins des parties prenantes. Il en résultera une intégration effective de la santé publique dans tous les secteurs, une plus grande prise en compte de la santé de la population et une mise en œuvre des PPFS en accord avec les intérêts spécifiques des acteurs hors santé publique (Hoeijmakers *et al.*, 2007). • Les acteurs de la santé publique ont avantage à prioriser leur rôle d'appui aux secteurs ou aux acteurs hors santé publique en s'adaptant aux objectifs sectoriels. Ils auront ainsi plus d'impact et « surtout, [ils pourront] soutenir les parties prenantes qui ont le pouvoir d'agir » en faveur des PPFS. Cet appui est important pour que ces acteurs soient plus réceptifs aux arguments et aux initiatives compatibles avec leurs propres objectifs, atteignent leurs objectifs d'équité et favorisent l'adoption de PPFS (Litvak *et al.*, 2020, p. 69).
Participer à des espaces de collaboration ou les mettre en place	• Les réseaux • Les communautés de pratique • Les alliances et les coalitions	
Établir et maintenir des liens continus avec des acteurs hors santé publique	• L'offre d'une perspective externe dans le but de développer des relations à long terme • Les tables rondes • La création et le partage d'objectifs communs	
Faire appel à des courtiers de connaissances	• Le consultant externe comme courtier de connaissances • L'employé de l'organisation comme courtier de connaissances • L'organisation comme courtière de connaissances	
Prioriser des approches participatives	• Les comités locaux • L'atelier	

3.2 Structures organisationnelles et ressources

Les structures organisationnelles et les ressources peuvent contribuer à soutenir les capacités des organisations de santé publique en matière de PPFS, notamment parce qu'elles permettent d'appuyer des initiatives consacrées exclusivement à ce type de politique, par exemple l'équité en santé (Van Roode *et al.*, 2016, p. 7). Le tableau 4 rappelle la définition de la dimension

« structures organisationnelles et ressources », et présente les deux stratégies détaillées dans cette section.

Tableau 4 Dimension « structures organisationnelles et ressources »

Définition	La capacité infrastructurelle des organisations de santé publique de contribuer à la promotion et à la mise en œuvre de PPFS (capacité organisationnelle, structures d'exécution des programmes et des processus) combinée à l'allocation et à la mise à disposition des ressources humaines, financières et intellectuelles nécessaires à la réalisation des activités liées aux PPFS.
Stratégies de renforcement des capacités d'action des organisations pour agir sur les PPFS	• Créer des équipes ou des postes consacrés aux PPFS • Favoriser un financement pérenne

Dans les prochaines sections, les deux stratégies identifiées dans la dimension « structure organisationnelle et ressources » sont présentées et détaillées avec des exemples plus concrets.

3.2.1 Créer des équipes ou des postes attitrés aux PPFS

Concernant les structures organisationnelles, trois stratégies ont été identifiées pour promouvoir les PPFS : la mise en place d'une équipe spécifiquement attitrée aux PPFS, l'établissement d'une équipe possédant des expertises multidisciplinaires nécessaires pour agir sur ce type de politiques et la création d'un poste consacré à promotion des PPFS.

La mise en place d'une équipe spécifiquement attitrée à la promotion des PPFS

La création d'une équipe attitrée à la promotion de PPFS permet d'éviter que les efforts liés à ce type de politique ne soient relégués au second plan face à d'autres priorités. La création d'une telle équipe représente toutefois un coût qui n'est pas à la portée de toutes les organisations. Elle reste une option pour les organisations voulant prioriser de grandes orientations ou faire avancer une thématique précise liée aux PPFS. Un exemple concret est présenté dans l'encadré 16.

ENCADRÉ 16. LA CONSTITUTION D'UNE DIVISION ATTITRÉE À DES ENJEUX LIÉS AUX PPFS

Le bureau de santé de la région de Waterloo en Ontario a mis sur pied la Health Determinants Division (division des déterminants de la santé) visant à améliorer l'accès et l'équité au sein du système alimentaire durable. Cette structure a permis aux membres du personnel « de dépasser leur démarche habituelle axée sur la sécurité alimentaire individuelle pour explorer plus largement les facteurs et les conditions qui façonnent la sécurité alimentaire de la communauté » (Wegener *et al.*, 2012, p. 4104). La création de cette nouvelle division a maximisé l'influence des acteurs gouvernementaux de santé publique qui :

> **sont devenus des champions passionnés dans leurs efforts pour s'assurer que tous les résidents de la communauté obtiennent un régime alimentaire sûr, culturellement acceptable et adéquat sur le plan nutritionnel grâce à un système alimentaire durable qui maximise l'autonomie de la communauté et la justice sociale (Wegener *et al.*, 2012, p. 4104).**

La création d'une équipe possédant des expertises multidisciplinaires

Lorsque l'on considère les ressources humaines nécessaires au travail sur les PPFS, la notion de multidisciplinarité revient très souvent dans la littérature recensée. En effet, le travail portant sur les PPFS implique la mise en commun d'une diversité d'expertises et de types de connaissances dans différents domaines (santé publique, environnement bâti, politiques publiques, éducation, services sociaux, etc.). Par conséquent, les organisations de santé publique gagneraient à réfléchir aux expertises nécessaires à la mise en œuvre concrète de ce type de politiques et à les rassembler en fonction des besoins dans leur organisation. Les exemples des encadrés 17 et 18

illustrent la mise en commun d'expertises complémentaires et multidisciplinaires pour promouvoir les PPFS.

ENCADRÉ 17. FORMATION D'UNE ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

Dans le cadre de sa collaboration avec la Ville de Saskatoon autour du transport et du développement territorial, la Saskatoon Health Region (aujourd'hui intégrée à la Saskatchewan Health Authority) a mis l'accent sur la manière dont l'équité en santé pouvait être intégrée aux approches de promotion de la santé des populations dans les travaux liés aux environnements bâtis. Pour ce faire, elle a formé une équipe multidisciplinaire provenant de différentes divisions de santé publique comme point départ pour déterminer collectivement les enjeux prioritaires en matière d'équité. Ainsi :

> **des leaders et des praticiens de la promotion de la santé, de la santé publique environnementale, de l'observatoire de la santé publique et des médecins hygiénistes ont formé une équipe de projet, examiné la littérature et consulté les partenaires afin d'identifier les questions pertinentes en matière d'équité dans le domaine de la santé (Janzen *et al.*, 2018, p. 592).**

La formation de cette équipe a permis de développer quatre projets porteurs : 1) L'élaboration d'un cadre pour l'équité en santé dans l'environnement bâti; 2) Une campagne avec des partenaires de différents secteurs pour promouvoir l'environnement bâti et l'équité en santé lors d'une élection municipale; 3) La réalisation d'une évaluation d'impact sur l'équité en santé; 4) L'élaboration d'un cadre de surveillance et d'évaluation de l'environnement bâti sain portant sur les retombées en équité en santé (Janzen *et al.*, 2018, p. 590).

ENCADRÉ 18. FORMATION D'UN GROUPE DE TRAVAIL MULTIDISCIPLINAIRE AUTOUR DE L'OUTIL HEART DE L'OMS

Le Urban HEART Barcelona Working Group en Espagne a été créé pour mettre en place l'outil *Urban Health Equity Assessment and Response Tool* (HEART) développé par l'OMS. Cet outil se présente sous la forme d'un guide destiné aux responsables politiques et aux décideurs pour leur permettre d'identifier et d'analyser les inégalités de santé en contexte urbain et de faciliter la prise de décision quant aux mesures visant à réduire les inégalités de santé intra-urbaines et interurbaines[8].

La mise en place du Urban HEART Barcelona Working Group visait à s'appuyer sur la participation citoyenne pour mieux évaluer les besoins de la population et les mesures nécessaires pour diminuer les inégalités de santé dans les quartiers de la capitale catalane. Ce groupe de travail était composé de :

> **techniciens travaillant dans différents départements de l'Agence de santé publique de Barcelone possédant une expérience approfondie sur plusieurs questions de santé publique, ainsi que d'autres institutions et organisations de la ville travaillant dans les domaines des services sociaux, des statistiques [...], ou en environnement et en urbanisme (Novoa *et al.*, 2018, p. 650-651).**

L'expertise multidisciplinaire des membres du groupe de travail a permis de revoir la version provisoire de Urban HEART Barcelona pour mieux répondre aux exigences du manuel d'utilisation de Urban HEART produit par l'OMS (efficacité, indicateurs exploitables) (Novoa *et al.*, 2018, p. 650). Cette expertise a aussi permis de fournir des données détaillées sur les inégalités de santé et a amené la municipalité à prioriser certains quartiers dans l'objectif d'y réduire les inégalités sociales et de santé.

La création d'un poste consacré à la promotion des PPFS

Pour les organisations souhaitant assurer une coordination efficace, que ce soit entre les différentes équipes ou divisions au sein d'une nouvelle structure (équipe, division, comité, etc.) ou avec des partenaires externes, la création d'un poste consacré à la promotion des PPFS représente une option intéressante à envisager. L'expérience de la région de Peel en Ontario, présentée dans l'encadré 19, illustre ce type d'initiative.

[8] Pour plus de détails sur cet outil, voir : https://www.who.int/publications/i/item/9789241500142.

ENCADRÉ 19. LA CRÉATION D'UN POSTE DE FACILITATEUR DE LA PLANIFICATION EN MATIÈRE DE SANTÉ

En 2012, le bureau de santé de la région de Peel en Ontario a créé un poste de « facilitateur de la planification en matière de santé » pour « assurer la liaison entre les services de planification [de la municipalité régionale] et ceux de santé publique » (Gagnon *et al.*, 2012, p. 35). Le facilitateur a permis une meilleure circulation de l'information et a facilité les contacts entre les différentes divisions. Cela a notamment facilité la participation du bureau de santé « à diverses études continues à l'échelle régionale et à l'échelle municipale » (Gagnon *et al.*, 2012, p. 35).

3.2.2 Favoriser un financement pérenne

Un financement adéquat et pérenne est essentiel pour soutenir la mise en place et la mise en œuvre de nouvelles initiatives promouvant les PPFS (Austin *et al.*, 2019, p. 9-10; Frieden, 2014, p. 17; Van Roode *et al.*, 2016, p. 7). Un tel financement peut permettre le maintien en poste d'un nombre approprié de professionnels qualifiés en promotion de la santé dans les organisations en leur assurant des opportunités de développement professionnel (Minke *et al*, 2007, p. 489). L'allocation de financement visant la création de postes permanents consacrés à la promotion de la santé apparaît également essentielle pour promouvoir les PPFS (Carstensen *et al.*, 2019, p. 511). *A contrario*, le manque de financement tout comme le financement temporaire d'initiatives en matière de PPFS constituent des obstacles majeurs à la progression de ce type de politiques (Minke *et al*, 2007, p. 489). Certains bénéfices engendrés par les PPFS n'apparaissant qu'à plus longue échéance, les gestionnaires ou les décideurs peuvent être tentés de transférer des fonds vers des activités engendrant des services et des résultats plus immédiats.

Deux propositions ont été documentées dans la littérature pour pallier les difficultés liées à l'absence de financement pérenne. D'abord, il est possible de diminuer ce risque en protégeant administrativement[9] les fonds consacrés à des initiatives visant à promouvoir à long terme les PPFS pour éviter qu'ils ne soient attitrés à des initiatives à plus court terme (Germann et Wilson, 2004, p. 295). Par ailleurs, Tabak et coll. soulignent l'importance de la flexibilité dans l'utilisation des financements. Leur analyse de la mise en œuvre de programmes et de politiques de prise de décision fondée sur les données probantes, y compris ceux liés aux PPFS, dans les unités locales de santé aux États-Unis, révèle que davantage de flexibilité et de latitude dans l'utilisation des financements sont associées à de meilleurs résultats pour ces départements (Tabak *et al.*, 2016, p. 5).

[9] Plusieurs mécanismes peuvent être utilisés pour protéger des fonds, par exemple, affecter spécifiquement par règlement des fonds à des projets ou à des initiatives de PPFS, ou prévoir des budgets sur plusieurs années permettant de garantir la disponibilité des fonds pour des projets à long terme, ou encore mettre en place des mécanismes d'audit régulier pour s'assurer que les fonds sont utilisés conformément à leur destination, etc.

Tableau 5 À retenir : dimension « structures organisationnelles et ressources »

Stratégies de renforcement des capacités d'action	**Outils**	**Réflexions pratiques**
Créer des équipes ou des postes consacrés aux PPFS	• La mise en place d'une équipe spécifiquement attitrée à la promotion des PPFS • L'établissement d'une équipe possédant des expertises multidisciplinaires • La création d'un poste consacré à la promotion des PPFS	• Les acteurs de la santé publique pourraient tirer parti de l'allocation de ressources financières et humaines au soutien des stratégies qui améliorent la capacité d'agir en matière de PPFS (Minke *et al.* 2007, p. 489). • Les stratégies identifiées dans la littérature, toutes dimensions confondues, sont soutenues par des ressources réservées et pérennes ainsi que par des structures organisationnelles favorables à la mise en œuvre de PPFS. Par exemple, en matière de main-d'œuvre, Minke et coll. soulignent l'importance du financement en ces termes : Le financement détermine le nombre de praticiens de la promotion de la santé dans une organisation, leurs priorités professionnelles et les possibilités de développement professionnel. Un financement inadéquat ou à court terme a été associé à la perte de praticiens compétents en promotion de la santé dans les organisations de santé, ainsi qu'à des descriptions de poste de plus en plus divergentes dans lesquelles la promotion de la santé n'est pas une priorité (Minke *et al.*, 2007, p. 489).
Favoriser un financement pérenne	• Le maintien en poste de personnel qualifié • La création de postes permanents • La protection de fonds réservés à des initiatives visant à promouvoir à long terme les PPFS	

3.3 Main-d'œuvre

La main-d'œuvre qualifiée peut contribuer à soutenir les capacités des organisations de santé publique en matière de PPFS, notamment parce qu'elle rend possible l'action collective indispensable pour influencer ce type de politiques (Winnipeg Regional Health Authority, 2017, p. 4). Avoir une main-d'œuvre qualifiée implique de maximiser le potentiel du capital humain de l'organisation tant sur le plan individuel que sur le plan du travail collaboratif. Le tableau 6 rappelle la définition de main-d'œuvre et offre un aperçu des trois stratégies détaillées dans cette section.

Tableau 6 Dimension « main-d'œuvre »

Définition	Les ressources humaines disposant de compétences et de connaissances suffisantes pour promouvoir et mettre en œuvre des PPFS.
Stratégies de renforcement des capacités d'action des organisations pour agir sur les PPFS	• Cartographier les acteurs au sein même des organisations • Soutenir des initiatives de « décloisonnement[10] » à l'intérieur des organisations • Former les professionnels afin d'améliorer leurs compétences pour promouvoir les PPFS

Dans les prochaines sections, les trois stratégies identifiées dans la dimension « main-d'œuvre » sont présentées et détaillées avec des exemples plus concrets.

3.3.1 Cartographier les acteurs au sein même des organisations

La cartographie vise généralement à mieux comprendre les acteurs externes et les contextes dans lesquels les organisations de santé publique évoluent. Elle peut aussi être utilisée à l'intérieur même de ces organisations pour améliorer la compréhension des ressources et des dynamiques existantes. Deux outils facilitant la cartographie des acteurs au sein des organisations ont été identifiés : l'analyse des réseaux sociaux et les groupes de discussion.

L'analyse des réseaux sociaux

L'analyse des réseaux sociaux se penche sur les « interactions et l'échange de ressources » entre différents groupes, personnes ou organisations (Yousefi-Nooraie *et al*. 2012, p. 1). Elle permet d'améliorer la compréhension de la structure de réseautage au sein d'une organisation et la fluidité des connexions et des échanges entre les unités ou les divisions. Ces interactions professionnelles influencent le processus de renforcement des capacités en vue d'une prise de décision éclairée par des données probantes. Dans le contexte du développement des PPFS, une

[10] Nous avons utilisé le terme « décloisonnement » pour traduire *boundary spanning*. Le décloisonnement fait référence aux efforts visant à faciliter les collaborations entre les secteurs ou les équipes d'une même organisation.

meilleure compréhension de ces dynamiques internes peut faciliter la collaboration interdisciplinaire, renforcer le partage d'expertises et contribuer à briser les silos organisationnels. Yousefi-Nooraie et coll. ont utilisé l'analyse des réseaux sociaux pour explorer comment les membres du personnel d'un service de santé publique en Ontario sollicitent l'aide de ses pairs pour intégrer les données de la recherche dans leur pratique (Yousefi-Nooraie *et al.*, 2012, p. 1). C'est ce qu'illustre l'exemple présenté dans l'encadré 20.

ENCADRÉ 20. L'ANALYSE DES RÉSEAUX SOCIAUX POUR MIEUX COMPRENDRE LE PERSONNEL D'UNE ORGANISATION

Yousefi-Nooraie et coll. ont mobilisé l'analyse des réseaux sociaux pour appréhender la structure de réseautage au sein d'un bureau de santé en Ontario et améliorer la fluidité des connexions et des échanges entre les unités. Le personnel a été invité à remplir un questionnaire en ligne portant sur les personnes clés impliquées dans ses pratiques de recherche d'informations, la reconnaissance de l'expertise de ces personnes et les relations d'amitié existantes avec celles-ci (Yousefi-Nooraie *et al.*, 2012, p. 3).

Cette analyse a permis de mettre en lumière la structure subtile de la communication interpersonnelle et interdivisionnelle entre les membres du personnel (Yousefi-Nooraie *et al.*, 2012, p. 14). Elle a également démontré qu'au sein de ce bureau de santé, les membres du « personnel de santé publique se tourne[nt] généralement vers une poignée de personnes au sein de leur propre division pour obtenir des informations qui les aideront à prendre des décisions dans leur pratique » (Yousefi-Nooraie *et al.*, 2012, p. 10). Ce type d'analyse des réseaux sociaux contribue à cibler les meilleurs candidats à former en tant que courtiers de connaissances (Yousefi-Nooraie, *et al.*, 2012, p. 13) et à élargir les réseaux existants en identifiant des personnes clés actives dans plusieurs réseaux internes. Par exemple, ces individus clés peuvent être utiles pour « former des communautés de pratique pour surmonter les barrières actuelles entre les divisions et également harmoniser et renforcer [...] efforts pour développer la capacité de [prise de décision fondée sur des données probantes] dans le département de la santé » (Yousefi-Nooraie, *et al.*, 2012, p. 12).

Les groupes de discussion

Les groupes de discussion sont un deuxième outil repéré pour cartographier les acteurs au sein d'une organisation. Cet outil permet de cibler et de relever les ressources internes (expertises, connaissances, relations, etc.) pouvant être mobilisées au profit des PPFS. L'expérience du bureau de santé du district de Simcoe Muskoka en Ontario présenté dans l'encadré 21 est un exemple concret de mise en œuvre d'un tel outil.

ENCADRÉ 21. CARTOGRAPHIE DES ACTEURS À L'AIDE DE GROUPES DE DISCUSSION

Le bureau de santé du district de Simcoe Muskoka en Ontario a mené une évaluation locale des vulnérabilités de santé face aux changements climatiques[11] (Levison *et al.*, 2018). Afin de déterminer la capacité d'adaptation actuelle et future face à ces changements, les parties prenantes internes du bureau de santé publique local (incluant le personnel, tant les professionnels que les administrateurs, les membres de la direction et du conseil de santé, ainsi que les médecins hygiénistes) ont été consultées sur les actions de ce bureau de santé publique en matière de changements climatiques ainsi que sur les améliorations possibles des programmes en faveur du climat. Des groupes de discussion ont été menés avec deux objectifs : identifier des actions ou des collaborations potentielles avec des partenaires externes, mais aussi « les connaissances actuelles du personnel concernant les liens entre le changement climatique et la santé; et identifier les domaines clés de l'action climatique future dans les programmes du bureau de santé existants » (Levison *et al.*, 2018, p. 7).

En plus d'obtenir le point de vue des acteurs internes, ces groupes ont mis en lumière la nécessité d'intégrer la planification climatique dans la pratique de la santé publique. Le processus a aussi contribué à déterminer les capacités nécessaires à une meilleure compréhension de la littérature et des modèles climatiques et a révélé l'importance du mentorat pour renforcer les compétences d'évaluation (Levison *et al.*, 2018, p. 14). Les connaissances des membres de l'organisation sur une thématique précise ont ainsi été approfondies pour les maximiser dans la planification et le développement d'actions liées aux PPFS (Levison *et al.*, 2018, p. 14).

3.3.2 Soutenir des initiatives de décloisonnement à l'intérieur des organisations

Le décloisonnement vise spécifiquement le travail collaboratif « au-delà des frontières départementales et sectorielles » (Holt *et al.*, 2018, p. 55). Si la fonction de décloisonnement s'applique habituellement aux relations entre organisations, elle peut aussi s'appliquer au sein même d'une organisation pour y faciliter la collaboration interne. En effet, en plus d'améliorer la communication et de permettre de surmonter les barrières entre les équipes ou les divisions d'une organisation, le décloisonnement facilite la compréhension du rôle de chacun à l'intérieur d'un espace collaboratif (Haynes *et al.*, 2020, p. 10). Deux façons de faire pour soutenir des initiatives de décloisonnement au sein d'une organisation ont été identifiées : désigner des coordinateurs locaux qui faciliteraient les collaborations et les échanges d'information et créer des espaces d'échange pour les professionnels afin de les mobiliser à l'interne.

[11] Pour plus de détails concernant l'approche en changements climatiques de ce bureau de santé, voir : https://www.simcoemuskokahealth.org/topics/ClimateChange.

Désigner des coordinateurs locaux en réservant des ressources

La désignation de coordinateurs locaux via des ressources réservées est une première option pour soutenir les initiatives de décloisonnement. Yousefi-Nooraie et coll. ont démontré que des personnes clés dans une organisation de santé publique tendent à être sur sollicitées par leurs collègues, entraînant une surcharge et une baisse de la productivité au fil du temps (Yousefi-Nooraie *et al.*, 2012, p. 11). Afin d'améliorer la performance au sein de l'organisation, ces auteurs suggèrent « de réduire la charge de travail des personnes centrales en redéfinissant d'autres voies pour le flux d'informations » (Yousefi-Nooraie *et al.*, 2012, p. 11). Il s'agirait alors d'identifier les « personnes centrales[12] » et de leur donner les moyens et le temps pour qu'ils puissent jouer le rôle informel de coordinateurs locaux facilitant les échanges d'information et les connexions entre les employés afin de « réduire le nombre de niveaux hiérarchiques dans le flux » d'information (Yousefi-Nooraie *et al.*, 2012, p. 12). Le travail lié à l'élaboration et à la mise en œuvre des PPFS exigeant la contribution de plusieurs disciplines et de différentes équipes au sein d'une organisation pourrait ainsi être plus efficace.

Créer des espaces d'échange pour les professionnels

La création d'espaces d'échange pour les professionnels d'une organisation est une deuxième façon de faire pour soutenir le décloisonnement (Peirson *et al.*, 2012, p. 6). Il s'agit de s'assurer que les professionnels brisent les silos organisationnels en établissant des espaces favorables aux échanges. Cela peut prendre différentes formes (rencontres informelles ou formelles, ponctuelles ou régulières, virtuelles ou présentielles, etc.) qui ont en commun de faciliter les interactions et les échanges d'information pour élargir les possibilités de collaboration et de valorisation des ressources existantes. L'expérience du bureau de santé de la région de Peel en Ontario présentée dans l'encadré 22 en est un exemple concret.

[12] Les auteurs réfèrent à des personnes et non à des postes.

ENCADRÉ 22. CRÉATION D'ESPACES D'ÉCHANGE POUR LES PROFESSIONNELS

Le bureau de santé de la région de Peel en Ontario a déployé une initiative pour étendre la prise de décision éclairée par des données probantes au sein de l'organisation. Le personnel et les contenus thématiques de différentes divisions (ou même au sein de certaines divisions) du bureau de santé de la région de Peel étaient considérés comme insuffisamment intégrés dans l'organisation (Peirson *et al.*, 2012, p. 6). Pour pallier ces difficultés d'intégration, des événements ont été organisés (ex. : clubs de lecture ou dîners-conférences) « afin de faciliter la communication, la coordination et la collaboration permanentes » (Peirson *et al*, 2012, p. 6) entre les divisions et à l'intérieur de celles-ci, ainsi qu'entre personnes assumant des rôles différents. De cette manière, les membres de clubs et de communautés de pratique se penchant sur diverses thématiques se sont réunis « régulièrement pour permettre au personnel ayant des responsabilités et des intérêts communs de développer et de mettre en pratique des compétences et de discuter des défis et des stratégies » (Peirson *et al*, 2012, p. 6). La plus grande fluidité entre les unités et les professionnels créée par ces espaces d'échange a facilité l'organisation des initiatives impliquant des expertises diverses nécessaires pour faire progresser les PPFS et, conséquemment, les a particulièrement améliorées.

3.3.3 Former les professionnels pour améliorer leurs compétences essentielles pour promouvoir les PPFS

La formation et le développement des compétences de la main-d'œuvre en santé publique sont un élément clé du renforcement des capacités en matière de promotion de la santé (Gugglberger *et al.*, 2016, p. 3; Potter et Brough, 2004, p. 340) et de PPFS (Kamwa Ngne et Morrison, 2021). Deux types d'initiatives orientées vers le développement des compétences de la main-d'œuvre en matière de PPFS ont été identifiées dans la littérature : celles visant à cerner et encourager l'acquisition de compétences essentielles en matière de politiques publiques et celles axées sur le développement de formations à thématiques précises.

Pour renforcer les capacités d'action de la main-d'œuvre en matière de PPFS, il s'avère essentiel de posséder les connaissances et les compétences nécessaires à l'élaboration, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques publiques. Le développement des compétences essentielles en politiques publiques est fondamental pour renforcer les capacités des acteurs et des organisations de santé publique en matière de PPFS. Elles permettent de développer les connaissances, les habiletés et les attitudes à maîtriser pour que les acteurs de la santé publique puissent contribuer à la promotion, au développement et à la mise en œuvre de politiques publiques qui permettent d'agir sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. Le manque de compréhension des processus de développement des politiques publiques représente en effet un plus grand obstacle à l'avancement des PPFS qu'un manque de connaissances de la santé et des déterminants sociaux (Von Heimburg et

Hakkebo, 2017, p. 74). Il est donc crucial d'identifier et de classer les compétences essentielles permettant aux acteurs et aux organisations d'influencer les politiques publiques et les PPFS. Les organisations sont ainsi davantage en mesure de recruter du personnel qualifié et d'intégrer ces compétences dans leurs référentiels internes.

Le CCNPPS a mené une revue de la littérature scientifique et grise sur les compétences en politiques publiques pour la santé publique, incluant les PPFS. Trois cent soixante et une compétences citées dans la littérature ont été divisées en huit catégories : analyse/développement des politiques publiques, influence/plaidoyer, partenariat/collaboration, communication, contexte politique, déterminants sociaux/équité, théories politiques et autre (Kamwa Ngne et Morrison, 2021, p. 5-6). Ces catégories illustrent l'amplitude des compétences nécessaires pour influencer le développement des politiques publiques, incluant les PPFS. Puisque la capacité à comprendre et à intervenir dans le domaine des politiques publiques est devenue une exigence pour les acteurs de la santé publique, ces catégories de compétences peuvent être utiles à ces acteurs qui cherchent à préciser leur travail dans ce domaine (Kamwa Ngne et Morrison, 2021, p. 13).

Il est ainsi impératif de proposer des formations aux professionnels de la santé publique. Voici trois exemples concrets de formations relevés dans la littérature : l'encadré 23 présente un exemple de formation portant sur le plaidoyer, l'encadré 24 présente un exemple de formation conjointe entre les secteurs de santé publique et de l'environnement bâti et l'encadré 25 présente un exemple de formation développée en santé publique, mais destinée aux autres secteurs.

ENCADRÉ 23. FORMATION AXÉE SUR LE PLAIDOYER

Le projet *Acción Para la Salud* (Action pour la santé) est issu d'un partenariat entre un collectif universitaire et des organisations de santé (dont un département de santé publique) en Arizona. L'objectif de ce projet était de proposer une formation de 18 mois, structurée autour d'ateliers et de la supervision d'actions sur le terrain, offerte à des travailleurs de santé communautaire. Cette formation visait principalement à outiller les travailleurs communautaires pour qu'ils en viennent à mieux communiquer avec les membres des communautés de migrants vivant sur la frontière américano-mexicaine et à développer des stratégies de plaidoyer pour promouvoir des PPFS.

Le projet a permis une consultation et une participation accrue des membres des communautés. Il les a menés à « réfléchir de manière holistique à leur santé et à identifier des solutions axées vers le plaidoyer afin d'améliorer les conditions de vie dans les quartiers, de renforcer les opportunités communautaires et d'accroître l'accès aux services » (Ingram *et al.*, 2014, p. 5). Les professionnels de la santé publique ont approfondi leurs connaissances et ont amélioré leurs compétences à interagir et à mobiliser diverses parties prenantes. Des groupes citoyens ont mobilisé des stratégies de plaidoyer visant des thématiques et des politiques liées aux infrastructures de transport, à la sécurité routière, au soutien pour les victimes de violence conjugale et à la vente de boissons énergisantes aux mineurs (Ingram *et al.*, 2014, p. 5).

ENCADRÉ 24. FORMATION CONJOINTE POUR LES ACTEURS DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT BÂTI

Pour accroître la capacité conjointe des professionnels de la santé publique et de l'environnement bâti, le South West Public Health Teaching Network au Royaume-Uni a élaboré une série de « cours de courte durée portant sur l'urbanisme favorable à la santé [...] conçus pour aider les professionnels de la santé et de l'urbanisme/design à intégrer à leur réflexion et à élaborer des stratégies territoriales cohérentes de promotion de la santé » (Pilkington *et al.*, 2008, p. 549). En plus d'améliorer la compréhension mutuelle des acteurs participants dans le but de faciliter leur collaboration, ces formations ont simplifié les connexions entre les deux secteurs (Pilkington *et al.*, p. 549).

ENCADRÉ 25. OFFRE DE FORMATION À D'AUTRES SECTEURS

L'initiative PromoGob menée par des infirmières dans une municipalité du nord de l'Espagne visait à former les gouvernements locaux pour accroître leur capacité en matière d'approches intersectorielles de la santé. Les employés et les décideurs de la municipalité ont participé à des formations portant sur trois différentes thématiques et visant à : (i) améliorer leurs connaissances en matière de déterminants sociaux de la santé dans le but de développer un langage commun susceptible de créer une conscience collective sur ces enjeux; (ii) bonifier l'apport des gouvernements locaux aux questions de santé en améliorant leur engagement; et (iii) les responsabiliser en tant que promoteurs de la santé (Hernantes *et al.*, 2022, p. 1801-1803).

L'initiative a entraîné des répercussions significatives sur les capacités des participants à reconnaître les impacts de leurs secteurs sur les déterminants sociaux de la santé ainsi que sur leur façon d'évaluer leurs capacités à agir en faveur des PPFS (Hernantes *et al.*, 2022, p. 1808). En outre, les résultats de cette initiative ont mis en exergue le fait que la « sensibilisation au sujet » était un élément clé de la capacité des participants (Hernantes *et al.*, 2022, p. 1808-1809).

Tableau 7 À retenir : Dimension « main-d'œuvre »

Stratégies de renforcement des capacités d'action	Outils	Réflexions pratiques
Cartographier les acteurs au sein même des organisations	• L'analyse des réseaux sociaux • Les groupes de discussion	• Les acteurs de la santé publique gagneraient à acquérir des compétences essentielles pour influencer les politiques publiques et à se former pour mieux promouvoir les PPFS. • Les organisations de santé publique ont avantage à favoriser l'autonomie professionnelle pour permettre la plus grande flexibilité d'action possible. Non seulement la flexibilité offerte aux professionnels dans un cadre de collaboration intersectorielle a des impacts positifs, mais le travail intersectoriel et la multidisciplinarité intrinsèques aux PPFS nécessitent une adaptation constante des professionnels de la santé publique aux contextes changeants et aux besoins et caractéristiques de partenaires multiples.
Soutenir des initiatives de décloisonnement à l'intérieur des organisations	• La désignation de coordinateurs locaux grâce à l'allocation de ressources. • La création d'espaces d'échange pour les professionnels	
Former les professionnels afin d'améliorer leurs compétences pour promouvoir les PPFS	• L'acquisition de compétences essentielles pour influencer les résultats liés aux politiques publiques, notamment en proposant des formations aux professionnels de la santé publique. • L'offre de formations thématiques orientées vers le développement des PPFS	

3.4 Développement des connaissances

Le développement des connaissances contribue à soutenir les capacités d'action des organisations en matière de PPFS. Les stratégies et les outils présentés dans cette section porteront en particulier sur la production et la diffusion des données probantes utiles à la décision, car ce sont les thèmes les plus largement documentés dans les sources analysées. Ces données probantes sont cruciales pour la prise de décision et la compréhension adéquate des enjeux de santé publique, en incluant notamment les données sur les déterminants sociaux de la santé. Cette section aborde spécifiquement la façon dont le développement des connaissances peut être mobilisé pour soutenir les capacités d'action en faveur des PPFS. Le tableau 8 définit cette dimension et présente les cinq stratégies détaillées dans cette section.

Tableau 8 Dimension « développement des connaissances »

Définition	La production et la diffusion des connaissances fournissant des informations susceptibles de soutenir la mise en œuvre de PPFS fondées sur les données probantes.
Stratégies de renforcement des capacités d'action des organisations pour agir sur les PPFS	• Recueillir des données locales significatives en faveur des PPFS • Utiliser des indicateurs pertinents pour tirer parti des données en faveur des PPFS • Rendre accessibles et utilisables les données et les connaissances de santé publique en faveur des PPFS • Développer des outils pour d'autres acteurs afin de promouvoir les PPFS • Éclairer la prise de décision et influencer l'agenda politique

Dans les prochaines sections, les cinq stratégies identifiées dans la dimension « développement des connaissances » sont présentées et détaillées avec des exemples plus concrets.

3.4.1 Recueillir des données locales significatives en faveur des PPFS

Plusieurs auteurs mettent l'accent sur l'utilité et l'intérêt de recueillir davantage de données locales pour mieux comprendre les environnements spécifiques et les utiliser pour jouer certains rôles stratégiques. Il s'agit d'informations reflétant les réalités sociales, physiques, économiques, etc., d'un territoire en particulier (quartier, MRC, ville, région, etc.). Par exemple, les données locales peuvent contribuer à rejoindre ou à influencer des acteurs clés, notamment des décideurs : « En situant les données probantes dans leur contexte local, avec les données locales et les coûts et avantages de la politique proposée, on peut plus facilement obtenir l'appui des décideurs municipaux » (MacFarlane *et al.*, 2015, p. 7). Les deux exemples présentés dans les encadrés 26 et 27 illustrent l'importance du rôle des données locales**.**

ENCADRÉ 26. UTILISATION DES DONNÉES LOCALES POUR PROMOUVOIR L'ACTION FACE AUX CHANGEMENTS CLIMATIQUES

Le bureau de santé du district de Simcoe Muskoka en Ontario a mené une évaluation des vulnérabilités locales face aux changements climatiques. Il s'agissait de recueillir des données locales décrivant les effets actuels et futurs des changements climatiques sur la santé et visant à soutenir la classification des vulnérabilités climat-santé spécifiques à la région. Cette évaluation a permis de brosser un portrait d'ensemble des bénéfices relatifs au recueil et à l'analyse des données locales :

> **Parmi les avantages indirects de l'évaluation de la vulnérabilité, citons la collaboration interdépartementale, un changement de paradigme où le changement climatique n'était plus considéré comme un problème environnemental, mais comme une question de santé publique d'une importance plus large, et la possibilité de s'engager avec des partenaires et des parties prenantes de la communauté pour soutenir l'adaptation de la santé dans un large éventail de secteurs (Levison *et al.*, 2018, p. 15).**

ENCADRÉ 27. UTILISATION DES DONNÉES LOCALES POUR PROMOUVOIR LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE

Dans le cadre d'une étude portant sur le rôle des acteurs de la santé publique dans l'émergence et la mise en œuvre des politiques de transport actif, des auteurs ont procédé à des entretiens semi-directifs avec les principaux acteurs de Montréal et de Toronto impliqués dans les initiatives étudiées dans chaque ville. De nombreux intervenants montréalais ont ainsi fait « référence à une étude, dirigée par un médecin de la direction de santé publique de Montréal, sur la répartition géographique et la prévalence des collisions avec blessés à Montréal (…) » (Clavier *et al.*, 2019, p. 11). Cette enquête, menée par l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal en 2013 (Morency *et al.*, 2013), recueillait des données locales sur les aménagements routiers aux intersections et portait plus généralement sur la sécurité des piétons en milieu urbain.

Les cartes élaborées dans cette étude ont enrichi le débat sur la sécurité des piétons en fournissant des données qui n'étaient pas disponibles jusqu'alors. Elles ont trouvé un écho concret auprès des citoyens et des groupes soutenant le transport actif, car elles illustrent de manière visuelle la dangerosité des intersections pour les piétons. Les données locales recueillies ont ainsi servi de déclencheur dans un processus d'amélioration des infrastructures de transport (Clavier et *al.*, 2019).

3.4.2 Utiliser des indicateurs pertinents pour tirer parti des données en faveur des PPFS

La mise en place d'indicateurs[13] mesurant des enjeux dans des contextes spécifiques peut aider à articuler les données et à en tirer parti. Ces indicateurs permettent de regrouper une variété de données pertinentes, d'offrir un portrait plus clair et simplifié d'une situation donnée et ainsi de mesurer des réalités relatives aux PPFS. Trois exemples d'indicateurs particulièrement intéressants ont été recensés dans la littérature. L'encadré 28 décrit le processus *Measuring What Matters* pour mettre en place des indicateurs d'équité urbaine; l'encadré 29 présente l'utilisation du Panier de provisions nutritif (*Nutritious Food Basket*), notamment pour promouvoir l'équité en matière de santé, la réduction de la pauvreté et de l'insécurité alimentaire; et l'encadré 30 présente le *Heat Vulnerability Index* afin d'améliorer les interventions de santé publique lors de vagues de chaleur.

ENCADRÉ 28. MEASURING WHAT MATTERS

La Ville de Richmond en Californie a utilisé le processus de consultation et d'élaboration d'indicateurs impliquant des organisations communautaires *Measuring What Matters*[14] pour souligner les priorités de la communauté. Le processus a permis à des organisations communautaires d'identifier les questions prioritaires, de choisir les indicateurs recueillis au préalable, d'analyser les données et de publier un rapport (Corburn et Cohen, 2012, p. 3). Il a contribué à l'adoption d'objectifs et d'indicateurs pour évaluer l'évolution de la santé de la population, les enjeux d'iniquité en santé et les questions de formation sur l'équité en santé (Corburn et Cohen, 2012, p. 3).

[13] Un indicateur se définit « comme une variable présentant des caractéristiques de qualité, de quantité et de temps, utilisée pour mesurer, directement ou indirectement, des changements dans la santé et les situations liées à la santé » (Corburn et Cohen, 2012, p. 2). La définition de ces auteurs est inspirée de la définition de l'OMS.

[14] Pour plus de détails sur cet outil, voir : https://pacinst.org/wp-content/uploads/2009/06/measuring-what-matters.pdf.

ENCADRÉ 29. EXEMPLES D'UTILISATION DU PANIER DE PROVISIONS NUTRITIF

Le Panier de provisions nutritif[15] est un outil d'enquête qui mesure le coût d'une alimentation saine de base prenant en considération les recommandations nutritionnelles actuelles et les habitudes d'achat alimentaires moyennes au Canada. Il peut être utile pour promouvoir l'équité en matière de santé, et la réduction de la pauvreté et de l'insécurité alimentaire (Power *et al.*, 2019, p. 295). À partir d'une analyse de l'utilisation du Panier de provisions nutritif par des bureaux de santé publique locaux en Ontario, Power et coll. soulignent la capacité de cet indicateur à « fournir des preuves solides, décrire une histoire locale convaincante, favoriser des liens avec la communauté et soutenir les mandats d'équité en matière de santé des bureaux de santé publique » (2019, p. 297), en particulier dans une logique de mobilisation communautaire. Il illustre de façon objective et tangible « l'insuffisance des revenus des personnes vivant de l'aide sociale et du salaire minimum » (Power *et al.*, 2019, p. 295). Par exemple, le bureau de santé du district de Simcoe Muskoka en Ontario a mis à profit son analyse du Panier de provisions nutritif pour devenir le premier bureau de la province à réclamer un revenu de base en 2015 et lancer sa campagne de plaidoyer « No Money for Food is Cent$less » (Power *et al.*, 2019, p. 295). Un second exemple vient des diététistes en santé publique de l'Ontario. Ceux-ci se sont appuyés sur le Panier de provisions nutritif pour se positionner en faveur d'un revenu garanti de base pour lutter contre l'insécurité alimentaire et pour soutenir la campagne Cent$less afin de faire de l'insécurité alimentaire un enjeu électoral en 2018 (Power *et al.*, 2019, p. 295-296).

ENCADRÉ 30. L'INDICATEUR HEAT VULNERABILITY INDEX

L'équipe *Climate and Health Program* de la santé publique de San Francisco en Californie s'est appuyée sur le cadre *Building Resilience Against Climate Effects* pour développer le *Heat Vulnerability Index*[16]. Celui-ci regroupe des données liées à de multiples dimensions (ethnicité, anomalies de température, prévalence du diabète, densité de bâtiments, etc.) en un seul indicateur (Kristoffersen, 2022). Cet indicateur permet de cibler les quartiers les plus vulnérables aux vagues de chaleur et ainsi de contribuer à de nombreux efforts d'adaptation pour, entre autres, déterminer où mener des actions de sensibilisation et mettre en place des centres de refroidissement (Brown, 2016, p. 103).

[15] Pour plus de détails sur cet outil, voir : https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/surveillance-aliments-nutrition/panier-provisions-nutritif-canada.html.

[16] Pour plus de détails sur cet outil, voir : https://www.arcgis.com/apps/StorytellingTextLegend/index.html?appid=87e184e8ee7e47e6a21379c85b149aed.

3.4.3 Rendre accessibles et utilisables les données et les connaissances de santé publique en faveur des PPFS

Certains auteurs mettent l'accent sur l'utilité de rendre accessibles et utilisables les données et les connaissances que possèdent la santé publique ou ses partenaires. Dans leur analyse de l'utilisation des indicateurs par des unités de santé locales, Cohen et coll. nomment le manque de disponibilité et de qualité des données, y compris des données en temps opportun et portant spécifiquement sur les populations prioritaires, comme étant des barrières considérables à l'action de la santé publique (2018, p. 281). Les données recueillies peuvent jouer pleinement leur rôle lorsqu'elles sont accessibles à tout acteur désirant faire progresser les PPFS. Loncarevic et coll. établissent cet élément comme un principe à la base d'une approche participative et collaborative : « Les parties prenantes devraient plus facilement pouvoir utiliser les résultats de recherche et adapter les interventions de promotion de la santé aux besoins de leurs communautés » (2021, p. 1). Deux outils favorisent la diffusion, l'accessibilité et la praticité des données : l'utilisation de plateformes virtuelles et de cadres visuels.

L'utilisation de plateformes virtuelles

L'utilisation de plateformes virtuelles peut faciliter le partage des données ainsi que le regroupement et l'alignement des efforts de différentes organisations de santé publique, communautaires et de la société civile. C'est ce qu'illustre l'exemple présenté dans l'encadré 31.

ENCADRÉ 31. L'UTILISATION DU THRIVING COLORADO DASHBOARD

Au Colorado, la collaboration entre des agences de santé publique locales dans leur mise en œuvre et leur pratique de la Santé dans toutes les politiques a permis de prioriser le partage de données en partie grâce à l'utilisation de plateformes virtuelles. Certaines agences utilisent le *Thriving Colorado Dashboard*[17], « un outil qui permet le partage des données ayant un impact collectif à l'échelle de l'État » (Mundo *et al.*, 2019, p. 4). Il s'agit d'un tableau de bord de données sur la santé communautaire géré par The North Colorado Health Alliance Community[18].

Cet outil permet aux agences du Colorado de mieux coordonner leurs efforts avec les partenaires communautaires à travers l'État. Il aide à obtenir un impact collectif, à améliorer la collaboration sur les questions clés, à développer des objectifs et un système de mesure communs, à éviter la duplication des stratégies et des activités, et à soutenir les stratégies fondées sur des données probantes. Il améliore la responsabilité et la transparence des organisations, fournit des outils pour faciliter les réunions internes et externes, renforce la collaboration et l'engagement des équipes ainsi que le partage et la disponibilité des données pour la rédaction de demandes de subventions et de rapports (North Colorado Health Alliance, s. d.).

L'utilisation d'un cadre visuel

L'utilisation d'un cadre visuel comme une carte interactive ou un tableau intelligible permet parfois d'imager une problématique complexe. Ce type d'outil peut contribuer aux efforts communicationnels d'une organisation, notamment dans le but de promouvoir les PPFS. Des partenaires de la société civile ou d'autres secteurs peuvent aussi récupérer ces cadres visuels pour les intégrer à leurs propres stratégies. L'encadré 32 illustre la mise en place de l'outil Urban HEART à Détroit et à Barcelone.

[17] Pour plus de détails sur cet outil, voir : http://milehighhealthalliance.org/wp-content/uploads/2016/06/Thriving-Colorado-Dashboard-Presentation.pdf.

[18] Pour plus de détails sur cette alliance, voir : https://northcoloradohealthalliance.org/

ENCADRÉ 32. L'UTILISATION DE CADRES VISUELS LORS DE LA MISE EN PLACE DE L'OUTIL URBAN HEART

L'outil Urban HEART[19] a été mis en œuvre et adapté à la réalité de la Ville de Détroit pour documenter la répartition géographique des déterminants sociaux de la santé. À Barcelone, l'équipe responsable a inclus dans l'outil Urban HEART un index résumant les données et les conclusions décrivant « les résultats des indicateurs d'une manière très simple et visuelle, ce qui facilite la compréhension et la mise en évidence des inégalités de santé et de leurs causes sociales auprès d'un public non expert » (Novoa *et al.*, 2018, p. 659).

La mise en œuvre de l'outil à Détroit « a produit un ensemble d'outils informatifs – matrices, graphiques de distribution et cartes – pour les chercheurs et les organisations communautaires afin de mettre en évidence les écarts en matière d'équité en santé » (Mehdipanah *et al.*, 2021, p. 152-153). À Barcelone, l'inclusion de l'index à l'outil HEART a contribué à une meilleure identification des inégalités urbaines dans la ville et à une priorisation des quartiers aux besoins les plus élevés, tout en permettant d'inclure les inégalités de santé dans le débat public (Novoa *et al.*, 2018, p. 659).

3.4.4 Développer des outils pour d'autres acteurs afin de promouvoir les PPFS

Divers acteurs peuvent contribuer au développement de PPFS à partir de leurs propres champs d'action. Dans cette optique, la santé publique peut partager ses connaissances ou son savoir-faire pour outiller des acteurs d'autres secteurs (éducation, transport, économie, etc.) et les soutenir pour promouvoir les PPFS, et ainsi réduire les inégalités sociales de santé. À titre d'illustration, les organisations de santé publique peuvent mettre à profit leurs expertises pour développer des outils adaptés aux besoins de leurs partenaires en termes de données et d'analyse. Deux outils ont été identifiés dans la littérature : l'élaboration de guides ou de trousses à outils ainsi que la mise en place d'« outils sur mesure ».

[19] Pour rappel, le *Urban Health Assessment Response Tool* (Urban HEART) est un guide destiné aux responsables politiques et aux décideurs pour leur permettre d'identifier et d'analyser les inégalités de santé en contexte urbain, et de faciliter la prise de décision quant aux mesures pour réduire les inégalités de santé intra-urbaines et interurbaines. Pour plus de détails sur cet outil, voir : https://www.who.int/publications/i/item/9789241500142. Sa fonction et son fonctionnement sont abordés plus en détail dans l'encadré 18.

Élaboration de guides ou de trousses à outils

L'élaboration de guides ou de trousses à outils contribue à soutenir d'autres acteurs, notamment en fournissant des lignes directrices, des conseils pratiques et des informations techniques pertinentes pour faire progresser les PPFS. En rendant publiques ou accessibles ce type de ressources, les organisations partagent des connaissances utiles et contribuent à guider l'action de partenaires existants ou potentiels dans leur action en faveur des PPFS. L'exemple de l'*Ontario Climate Change and Health Toolkit* présenté dans l'encadré 33 en est une illustration.

ENCADRÉ 33. PRODUIRE UNE TROUSSE À OUTILS CONSACRÉE À UNE PROBLÉMATIQUE SPÉCIFIQUE

Pour soutenir les régions de santé et la santé publique, le ministère de la Santé de l'Ontario « a mis au point la *Ontario Climate Change and Health Toolkit*[20] comprenant deux outils complémentaires pour l'évaluation de la vulnérabilité et de l'adaptation et une étude qui modélise les impacts spécifiques des changements climatiques » (Awuor *et al.*, 2020, p. 4). Cette trousse a outillé les organisations de santé publique et d'autres acteurs concernés par les impacts des changements climatiques (autorités locales ou provinciales travaillant sur les infrastructures, la santé, l'environnement ainsi que des groupes de citoyens, des Premières Nations ou des ONG) en fournissant des lignes directrices et des conseils pratiques pour mettre en œuvre le cadre d'action en matière de santé environnementale et de changements climatiques.

Développer des outils sur mesure pour des partenaires

Les actions concrètes des partenaires en faveur des PPFS peuvent aussi être soutenues par le développement d'outils sur mesure. Les outils développés en soutien aux partenaires permettent de faciliter l'accès aux données et aux connaissances et ainsi de raffiner leur positionnement face à des problématiques diverses pour tenter de faire avancer des PPFS, notamment en améliorant leur efficacité à influencer les politiques ou en influençant l'agenda politique. La Direction régionale de santé publique de Montréal a mis de l'avant une telle approche pour renforcer les capacités des acteurs de la société civile dans le cadre du projet « Bâtir un Canada en santé[21] ». Cette approche est présentée dans l'encadré 34.

[20] Pour plus de détails sur cette trousse à outils, voir : https://www.ontario.ca/page/ontario-climate-change-and-health-toolkit.

[21] Pour plus de détails sur cette initiative, voir : https://www.ccnpps.ca/docs/BCES_DescriptionProjets2011.pdf.

ENCADRÉ 34. DÉVELOPPER DES OUTILS SUR MESURE POUR RAPPROCHER LES SECTEURS DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT BÂTI

La Direction régionale de santé publique de Montréal, dans une perspective de rapprochement entre la santé publique et le secteur de l'environnement bâti[22], a :

- **développé des outils sur mesure pour les groupes citoyens, tels qu'un instrument d'audit[23] pour estimer le potentiel piétonnier des rues ainsi qu'un atlas traçant le portrait de 180 projets montréalais de mobilisation communautaire visant à créer des quartiers verts et actifs (Gagnon *et al.*, 2012, p. 53).**

L'audit de potentiel piétonnier[24] est une grille visant à analyser certains aspects de l'aménagement physique d'un secteur ou d'un quartier et à évaluer sa capacité à favoriser ou non la pratique de la marche (Paquin et Pelletier, 2012, p. iii). Cet outil est « éclairé par les données probantes pour évaluer le potentiel de tronçons de rues de favoriser les déplacements à pied ou en fauteuil roulant » (Miro *et al.*, 2015, p. eS56). L'instrument d'audit offre aux groupes communautaires œuvrant dans les quartiers la possibilité de cibler des problématiques ou des solutions potentielles à petite échelle en termes d'environnement bâti, en complément aux analyses à plus grande échelle des organisations ou des institutions gouvernementales (Gagnon *et al.*, 2012, p. 53).

3.4.5 Éclairer la prise de décision et influencer l'agenda politique

Le travail sur les PPFS implique une dimension politique, puisque celles-ci exigent l'appui de décideurs dans une dynamique de collaboration intersectorielle et multisectorielle[25]. Cet appui permet notamment d'obtenir les ressources et le soutien essentiels pour coordonner, mettre en œuvre et maintenir les interventions de santé publique (Frieden, 2015, p. 20). Les connaissances et les données produites par les organisations de santé publique peuvent être utilisées et diffusées afin d'inscrire les enjeux liés aux PPFS à l'agenda politique et ainsi fournir aux acteurs politiques provinciaux et municipaux une base solide pour agir. Cinq façons de faire pour éclairer la prise de décision et influencer l'agenda politique ont été relevées dans la littérature : produire des résumés, mobiliser des connaissances pour soutenir une approche ou une

---

22 « L'environnement bâti se définit comme tout élément de l'environnement physique construit ou aménagé par l'être humain. Un environnement bâti propice à la santé favorise le développement de la communauté, l'épanouissement des individus et a des impacts connus sur la santé d'une population » (Institut national de santé publique du Québec, Environnement bâti).

23 L'audit de potentiel piétonnier est un outil permettant d'analyser les aspects de l'aménagement physique d'un secteur ou d'un quartier et d'évaluer sa capacité à encourager ou décourager la marche (Paquin & Pelletier, 2012, p. iii).

24 Pour en savoir plus sur cet outil, voir : https://societelogique.org/2017/11/01/ppas-au-audit-de-potentiel-pietonnier-actif-securitaire-et-accessible-universellement/.

25 Pour plus de détails sur cette dimension politique, voir la section 3.5 sur la gouvernance et le leadership.

politique, communiquer de manière stratégique, personnaliser les données et utiliser l'évaluation d'impact sur la santé (EIS).

Produire des résumés

Une option pour inscrire les enjeux liés aux PPFS à l'agenda politique consiste à produire des résumés concis des données et des interprétations utiles pour en faire une diffusion ciblée. Deux exemples concrets illustrent cette façon de faire. Le premier est présenté dans l'encadré 35 et vise les législateurs et décideurs, alors que le deuxième, présenté dans l'encadré 36, cible les citoyens.

ENCADRÉ 35. LA PRODUCTION DE NOTES DE SANTÉ

Le Pew Charitable Trusts[26], une organisation non gouvernementale basée aux États-Unis qui effectue des recherches sur les politiques publiques et les processus démocratiques, a piloté un programme visant l'évaluation et le développement de notes de santé (*health notes*[27]) dans plusieurs juridictions américaines. Les notes de santé sont un outil d'analyse politique consistant en de brefs résumés décrivant les effets positifs et négatifs d'un projet de loi. Ces résumés s'appuient sur les meilleures recherches disponibles pour aider les décideurs politiques à s'informer sur les impacts potentiels sur la santé de la législation et des politiques proposées dans une variété de domaines (éducation, logement, emploi, etc.). Les notes sont réalisées plus rapidement qu'une évaluation d'impact sur la santé, car elles n'incluent pas de recommandations et sont destinées principalement aux législateurs et à leur personnel à tous les niveaux du gouvernement.

Les notes de santé font progresser le plan d'action pour la santé en aidant les législateurs à comprendre comment les politiques en matière d'éducation, de logement et d'emploi peuvent influer sur la santé et le bien-être (Rogerson *et al.*, 2020, p. 5). Le Pew Charitable Trusts a conçu neuf notes dans deux États (Colorado, Indiana), une formation et une assistance technique pour trois organisations indépendantes à but non lucratif œuvrant dans les domaines de la recherche et du développement de politiques publiques (Rogerson *et al.*, 2020). Ces notes se sont notamment penchées sur les implications sur la santé et l'équité des projets de loi visant « [la création d'un] programme de préparation des jeunes à la vie active, l'interdiction de faire payer l'inscription à l'école maternelle publique et a facilité l'obtention par les jeunes sans-abris d'une pièce d'identité délivrée par l'État, comme un certificat de naissance ou un permis de conduire » (Rogerson *et al.*, 2020, p. 5).

[26] Pour plus d'information sur cette organisation, voir : https://www.pewtrusts.org/en/.
[27] Pour lire un guide sur la production de notes de santé, voir : https://www.pewtrusts.org/-/media/assets/2021/04/apractitionersguidereportfinal.pdf.

ENCADRÉ 36. L'ÉMISSION DE BULLETINS

À Saskatoon, en prônant une approche ouvertement politique, des professionnels du département de promotion de la santé et des médecins hygiénistes de la Saskatoon Health Region (maintenant intégré à la Saskatchewan Health Authority) ont soutenu un projet lancé par des groupes communautaires pour s'assurer que les enjeux du bien-être et de la qualité de vie seraient abordés lors des élections municipales de 2016. À partir de questions posées aux candidats et d'une analyse selon un prisme d'équité en santé, ils ont rendu publics des bulletins qui résumaient et « identifiaient les positions des candidats aux élections municipales [...] sur les questions ayant un impact sur l'habitabilité urbaine » (Janzen *et al.*, 2018, p. 593).

Le rôle et les responsabilités du gouvernement municipal en matière d'équité en santé ont été mis en avant (Janzen *et al.*, 2018, p. 594). De cette façon, les bulletins ont servi de moteur à la poursuite des conversations sur la façon dont la ville peut atteindre ses objectifs actuels tout en améliorant l'équité en matière de santé grâce à l'habitabilité urbaine (Janzen *et al.*, 2018, p. 594).

Mobiliser des connaissances pour soutenir une approche ou une politique

Les organisations de santé publique peuvent mobiliser leurs connaissances et leurs expertises pour soutenir une approche ou une politique qui s'inscrit dans un secteur autre que celui de la santé. L'encadré 37 propose un exemple illustrant cette façon de faire.

ENCADRÉ 37. MOBILISER DES CONNAISSANCES POUR SOUTENIR L'APPROCHE DES VILLES-SANTÉ

L'approche Villes-santé[28] est promue par l'OMS et vise à créer des espaces de vie à l'échelle locale plus favorables à la santé et à l'équité. Pour MacFarlane et coll. « l'approche des Villes-santé peut [...] être vue comme une tentative par les acteurs de la santé publique d'utiliser des données probantes pour influencer les perceptions et la compréhension et pour favoriser le changement par la formation de coalitions » (2015, p. 7). Ces auteurs ont ainsi examiné la démarche du bureau de santé publique de Toronto visant à promouvoir cette approche. Cette démarche comprenait, entre autres, la publication de trois rapports appuyant l'adoption de l'approche Villes-Santé. Ces rapports, publiés en 2012, mettent en lumière des données précises pour la promouvoir et une analyse en profondeur, soit *The Walkable City*, *Road to Health* et *Toward Healthier Apartment Neighbourhoods* (MacFarlane *et al.*, 2015, p. 7). En plus de susciter l'attention de la population, ces rapports ont fourni des informations adaptées au contexte torontois et favorisé des collaborations pour promouvoir des politiques visant un milieu bâti plus sain (MacFarlane *et al.*, 2015, p. 7).

Communiquer stratégiquement pour renforcer l'engagement politique

Une manière d'influencer l'agenda politique en matière de PPFS est de communiquer de manière stratégique pour faciliter l'utilisation des données et leur interprétation par des parties prenantes. Une communication ciblée peut viser : la transmission d'informations cruciales pour éclairer les décisions, la persuasion de personnes clés afin qu'elles soutiennent une initiative, ou encore l'influence sur le contexte de l'action de santé publique. Cette dernière action peut se faire en sensibilisant les parties prenantes à certains enjeux, en mobilisant des alliés stratégiques ou en modifiant les perceptions et les priorités au sein des débats publics (Frieden, 2014, p. 20). Par exemple, les organisations de la société civile, *Mothers Against Drunk Driving* et *Remove Intoxicated Drivers* ont modifié le contexte de la sécurité routière en transformant les perceptions sociétales de la conduite en état d'ivresse (Frieden, 2014, p. 20). Une communication ciblée efficace suppose, selon Frieden, d'adapter la manière de présenter les données en fonction du public cible. Par exemple, les décideurs ont besoin d'informations précises, opportunes et concises sur les effets sanitaires et fiscaux des différentes options politiques (Frieden, 2014, p. 20). La perception d'un problème peut ainsi être modifiée, car :

> en fournissant des informations précises, opportunes et convaincantes, y compris des données sur les résultats, les entités de santé publique peuvent accroître leur crédibilité auprès des parties prenantes potentielles, telles que les décideurs, les

[28] Pour plus de détails sur cette approche, voir : https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference/healthy-cities.

> prestataires de soins de santé, le public et les bailleurs de fonds publics et privés (Frieden, 2014, p. 20).

Ce type de communication contribue à une plus grande prise de conscience publique et à des engagements politiques soutenus (Frieden, 2014, p. 21). L'exemple présenté dans l'encadré 38 souligne l'impact positif de données transmises adéquatement et stratégiquement à des partenaires.

ENCADRÉ 38. UNE COMMUNICATION STRATÉGIQUE

Le bureau de santé du district de Simcoe Muskoka en Ontario a réalisé une évaluation de la vulnérabilité pour soutenir les politiques d'atténuation et d'adaptation aux changements climatiques. Afin de favoriser l'application des connaissances et un engagement des parties prenantes, une stratégie de communication des résultats clés a été mise en place; cette stratégie visait trois groupes prioritaires, soit le personnel du bureau de santé, les praticiens provinciaux de la santé publique et les parties prenantes municipales et communautaires locales (Levison *et al.*, 2018, p. 7). Les résultats ont été communiqués en interne au personnel, à la direction et au conseil de santé du bureau de santé, ainsi qu'à l'externe aux partenaires communautaires et à d'autres organismes de santé publique par le biais de conférences, de webinaires et de consultations individuelles (Levison *et al.*, 2018, p. 11).

La transmission des résultats au personnel a sensibilisé l'organisation aux impacts sanitaires locaux et à la résilience de la communauté (ex. : projections climatiques, populations vulnérables locales, actions visant à renforcer la résilience). La communication des résultats aux partenaires communautaires :

> **a permis la collaboration entre le bureau de santé et le personnel municipal pour la création de plans d'adaptation et de stratégies climatiques régionales. Elle a également conduit à l'inclusion de considérations relatives aux changements climatiques et à la santé dans les politiques publiques (Levison *et al.*, 2018, p. 11).**

Personnaliser les données pour rejoindre le public et les parties prenantes

La qualité des données et l'accessibilité de leur présentation (diligence, intelligibilité, etc.) peuvent contribuer à convaincre des partenaires et des décideurs de soutenir des PPFS, mais cela ne suffit pas toujours à changer les politiques. Personnaliser les données en y intégrant des émotions, des valeurs ou une accroche narrative (*storytelling*) peut renforcer leur impact. Cohen et Marshall s'inspirent de Chapman pour souligner l'importance de « reconnaître que les personnes ayant une expérience vécue sont des défenseurs plus convaincants que les experts, et [de] comprendre que les faits et les preuves doivent être fermement ancrés dans les valeurs qui

leur donneront de l'écho » (2017, p. 319). L'exemple des municipalités norvégiennes de Verdal et Levanger, présenté dans l'encadré 39, illustre cette stratégie.

ENCADRÉ 39. LA PERSONNALISATION DES DONNÉES

Les professionnels de la santé publique des municipalités norvégiennes de Verdal et Levanger ont cherché à établir un consensus afin de développer une vision holistique de la santé et de prioriser l'équité en santé au sein des différentes divisions, chez les décideurs et dans les communautés de ces municipalités. L'implication des parties prenantes concernées par l'élaboration du plan directeur municipal permettant d'institutionnaliser cette vision était essentielle et nécessitait de gagner leur cœur et leur esprit pour les amener à agir. Ainsi, les professionnels ont « personnalisé les statistiques » (données probantes), en donnant une voix aux personnes de leurs communautés : « des récits personnels ont ensuite été montés, adaptés et enregistrés dans un film avec de la musique locale, des décors locaux et des acteurs locaux jouant le rôle des citoyens interrogés » (Von Heimburg et Hakkebo, 2017, p. 72). Les deux municipalités ont intégré la santé publique comme un axe central de la planification municipale, situant l'équité en santé au cœur de leur gouvernance.

L'incorporation d'expériences vécues et de l'accroche narrative ne peut pas remplacer la centralité des données probantes dans le discours de la santé publique en faveur des PPFS, mais elle peut ajouter une dimension au message en tentant de convaincre les parties prenantes et les décideurs de participer à la mise en œuvre de PPFS.

Utiliser l'évaluation d'impact sur la santé pour éclairer la prise de décision

L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) peut contribuer au renforcement des capacités dans la plupart des dimensions de ce rapport, puisqu'elle permet d'analyser les implications de politiques ou de projets dans tout secteur, en particulier sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité. Il s'agit d'un outil particulièrement pertinent pour éclairer la prise de décision. Certains auteurs considèrent que la réalisation d'EIS « permet d'élaborer des recommandations fondées sur des données probantes afin d'aider les décideurs à combler le fossé entre les données et la politique » (Metcalfe et Higgins, 2009, p. 299). Tremblay et coll. identifient l'échange et le partage de connaissances et de données locales propres aux EIS comme un moyen pour les décideurs « d'acquérir de plus amples connaissances sur les impacts potentiels d'une politique ou d'un projet local sur la santé de leurs citoyens, et ce, avant sa mise en œuvre ». Pour les professionnels de la santé publique, elle donne « accès à des informations utiles relatives au contexte spécifique du projet ou de la politique » (Tremblay *et al.*, 2017, p. 68). Deux EIS réalisées en Oregon, présentées dans l'encadré 40, illustrent cette fonction de l'outil.

ENCADRÉ 40. LES EIS COMME OUTIL POUR ORIENTER LES DÉCISIONS FACE AUX CHANGEMENTS CLIMATIQUES

L'Oregon Health Authority a mené deux EIS afin d'éclairer les décideurs de l'État sur les politiques de lutte contre les changements climatiques. La première, réalisée en 2013, visait à intégrer une perspective de santé dans le processus décisionnel lié au plan de réduction des émissions de gaz à effet de serre de l'État. La deuxième, en 2014, avait pour objectif d'appuyer le gouvernement de la région métropolitaine de Portland dans l'élaboration de plans de transport et d'aménagement du territoire.

Ces EIS ont permis de mettre en lumière des dimensions auparavant négligées, telles que les impacts sur les personnes et les communautés à faible revenu, racisées ou en situation de handicap. Elles ont également permis aux décideurs de considérer des propositions supplémentaires, comme la promotion du transport actif et la construction d'infrastructures cyclables (Dannenberg *et al.*, 2020, p. 143).

Tableau 9 À retenir : Dimension « développement des connaissances »

Stratégies de renforcement des capacités d'action	**Outils**	**Réflexions pratiques**
Recueillir des données locales significatives en faveur des PPFS	• La collecte de données locales pour contribuer à rejoindre ou à influencer des acteurs clés • L'évaluation des vulnérabilités locales	Les acteurs de la santé publique pourraient tirer profit d'une réflexion sur leur utilisation des données et sur l'impact potentiel de celles-ci. Les données et les connaissances recueillies et partagées par les organisations de santé publique jouent un rôle multifonctionnel, s'adaptant à un large éventail de publics, englobant des chercheurs, des décideurs, des citoyens, des parties prenantes, etc. Ces organisations pourraient donc avoir avantage à se pencher attentivement sur les implications et les retombées potentielles des données et des connaissances qu'elles mettent en avant, afin d'en maximiser les bénéfices et de minimiser les risques liés à leur utilisation.
Utiliser des indicateurs pertinents pour tirer parti des données en faveur des PPFS	• Le processus *Measuring What Matters* • L'indicateur Panier de provisions nutritif • L'indicateur *Heat Vulnerability Index*	
Rendre accessibles et utilisables les données et les connaissances de santé publique en faveur des PPFS	• Les plateformes virtuelles • Les cadres visuels	
Développer des outils pour d'autres acteurs afin de promouvoir les PPFS	• L'élaboration de guides ou de trousses à outils • Le développement d'outils sur mesures pour des partenaires	
Éclairer la prise de décision et influencer l'agenda politique	• La production de résumés • La mobilisation de connaissances pour soutenir une approche ou une politique • L'établissement de communications stratégiques pour renforcer l'engagement politique • La personnalisation des données pour rejoindre le public et les parties prenantes • L'utilisation de l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) pour éclairer la prise de décision	

3.5 Leadership et gouvernance

Un bon leadership et une gouvernance efficace peuvent soutenir les capacités d'action des organisations pour agir sur les PPFS. En orientant clairement les priorités de l'organisation de manière transversale vers les PPFS, le leadership et la gouvernance favorisent des pratiques et des priorités organisationnelles adaptées à leur mise en œuvre. Le tableau 10 définit cette dimension et donne un aperçu des quatre stratégies abordées dans cette section.

Tableau 10 Dimension « leadership et gouvernance »

Définition	La capacité et la volonté des organisations de mettre en œuvre des PPFS se manifestant à travers un leadership fort (guider, inspirer, influencer et orienter les autres) et une réflexion stratégique en prenant des décisions réfléchies sur le quoi, le pour qui et le comment.
Stratégies de renforcement des capacités d'action des organisations pour agir sur les PPFS	• Prioriser l'équité en santé dans la gouvernance des organisations • Clarifier les rôles de la santé publique en matière de PPFS • Impliquer des leaders engagés en faveur des PPFS au sein de l'organisation • Valoriser le rôle de plaidoyer de la santé publique

Dans les prochaines sections, les trois stratégies identifiées dans la dimension « leadership et gouvernance » sont présentées et détaillées avec des exemples plus concrets.

3.5.1 Prioriser l'équité en santé dans la gouvernance des organisations

Les approches visant à prioriser l'équité en santé permettent notamment d'agir sur les PPFS à travers leur objectif d'influencer les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé (Milio, 1987). Deux approches de priorisation de l'équité ont été repérées dans la littérature : l'inclusion de l'équité en santé à la fois comme fonction explicite de la santé publique et dans les documents officiels, et l'adoption d'un cadre pour guider et promouvoir les initiatives d'équité en santé.

Inclure l'équité en santé comme fonction explicite de la santé publique et dans les documents officiels

La gouvernance est liée à la manière dont la santé publique est définie et encadrée (Di Ruggiero *et al.*, 2022, p. 16). Pour la renforcer et ainsi maximiser la légitimité des interventions en santé publique, les fonctions essentielles de santé publique doivent être clairement définies. L'équité en santé doit donc être incluse dans cette définition pour être priorisée, notamment afin de refléter l'importance croissante des déterminants sociaux et écologiques de la santé et, par conséquent, la promotion des PPFS (Di Ruggiero *et al.*, 2022, p. 17). C'est en ce sens que Di Ruggiero et coll. estiment que le Canada devrait réaffirmer et inclure « l'équité en santé comme fonction explicite de la santé publique afin de s'assurer qu'elle est prioritaire » (2022, p. 17). Van Roode et coll. (2020) mettent aussi de l'avant la nécessité de prendre en compte

l'équité en santé dans les processus de décision au sein des organisations de santé publique. Cette priorisation dans les orientations stratégiques des organisations peut ainsi favoriser l'attribution de ressources ainsi que la mise en place de nouvelles initiatives par l'ensemble des employés et des unités. C'est ce qui est illustré dans l'encadré 41.

ENCADRÉ 41. LA PRIORISATION DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ

La Colombie-Britannique a mis en œuvre une politique provinciale visant l'application d'une lentille d'équité en santé à tous les programmes de santé publique. Dans le cadre de cette initiative, des entretiens et des groupes de discussion ont été menés avec 55 cadres supérieurs et dirigeants pour examiner la priorisation de l'équité en santé au sein de six autorités de santé et du ministère de la Santé.

Cette analyse conclut qu'il est nécessaire de « désigner explicitement l'équité en santé comme une priorité » à tous les niveaux du système de santé, dans les documents officiels (mandats, plans de service et plans stratégiques), et d'exiger sa prise en compte dans le processus de prise de décision afin qu'elle soit mise de l'avant au sein d'une organisation (Van Roode *et al.*, 2020, p. 6). Par exemple, selon la structure organisationnelle, il peut être possible de prioriser l'équité en santé en attribuant des ressources avec « l'obligation pour les (…) autres programmes de travailler avec la santé de la population pour intégrer l'équité dans leur cadre de planification » (Van Roode *et al.*, 2020, p. 6). La représentation et l'inclusion des communautés et des personnes touchées par les inégalités en matière de santé (populations autochtones, personnes handicapées, etc.) dans les processus de prise de décision sont aussi une façon de prioriser l'équité en santé (Van Roode *et al.*, 2020, p. 7).

Adopter un cadre pour guider et promouvoir les initiatives d'équité en santé

L'adoption d'un cadre directeur pour encadrer les initiatives en matière d'équité en santé peut constituer une première étape vers une priorisation plus générale des PPFS au sein d'une organisation. Un cadre directeur peut contribuer à asseoir conceptuellement et graduellement les objectifs et les orientations liés aux PPFS. Cela peut contribuer à la priorisation de l'équité tout en opérant une fonction pédagogique pour le personnel de l'organisation et une plus grande mobilisation des partenaires. C'est ce qu'il ressort de l'exemple décrit dans l'encadré 42.

ENCADRÉ 42. L'ADOPTION D'UN CADRE DIRECTEUR

Depuis 2007, le bureau de santé du district Simcoe Muskoka en Ontario a pour objectif stratégique de s'attaquer aux déterminants de la santé à l'origine des inégalités de santé. Pour ce faire, un « cadre exhaustif en matière d'équité en santé » et un ensemble de recommandations ont été développés. Une de ces recommandations visait l'utilisation plus fréquente de l'outil d'évaluation de l'impact sur l'équité en santé (EIES) dans toutes les activités du bureau (Sadare *et al.*, 2020, p. 213).

L'adoption de ce cadre directeur a servi de point de départ pour promouvoir l'utilisation de l'outil d'EIES par le bureau de santé. Le cadre intitulé *Simcoe Muskoka District Health Unit's Approach to Addressing the Determinants of Health – A Health Equity Framework*[29] devait guider le personnel du bureau dans l'atteinte de l'objectif du plan stratégique 2012-2016 du ministère de la Santé et dans ses futures initiatives en matière d'équité en santé. Cela s'est ensuite traduit par l'intégration de l'EIES dans les processus de planification ainsi que par davantage de formation pour le personnel du bureau de santé dans le but de faire progresser les objectifs d'équité en santé à travers l'utilisation des EIES (Sadare *et al.*, 2020, p. 218).

3.5.2 Clarifier les rôles de la santé publique en matière de PPFS

La gouvernance ici réfère notamment à la manière dont les rôles et les responsabilités sont déclinés au sein d'une organisation pour promouvoir les PPFS et avoir une action structurante sur l'organisation, la mobilisation des partenaires et la planification des activités de manière générale. Ainsi, plusieurs sources consultées soulignent l'importance de définir et de délimiter les responsabilités et le rôle qu'assument la santé publique et ses différents collaborateurs en matière de PPFS. La clarté des rôles permet à la fois de déterminer plus facilement les partenaires à engager et de trouver des façons de les mobiliser (Mundo *et al.*, 2019, p. 4). L'élaboration d'une typologie des interventions de santé publique telle qu'effectuée par la Direction régionale de santé publique de Montréal illustre l'effet structurant que peut avoir la clarification des rôles et des initiatives. Cet exemple est présenté dans l'encadré 43.

[29] Pour des détails sur ce cadre, voir : https://nccdh.ca/resources/entry/simcoe-muskoka-district-health-units-approach-to-addressing-the-determinant#:~:text=The%20Simcoe%20Muskoka%20District%20Health,health%20inequities%20among%20population%20groups.

ENCADRÉ 43. METTRE EN VALEUR LA CONTRIBUTION SPÉCIFIQUE DE LA SANTÉ PUBLIQUE GRÂCE À UNE TYPOLOGIE DES INTERVENTIONS

Le rôle des professionnels de la santé publique dans la mise en œuvre des PPFS en partenariat avec d'autres secteurs est souvent méconnu. Les équipes de santé publique travaillent souvent dans l'ombre, en collaboration avec ceux qui détiennent les leviers (municipalités, secteurs de l'éducation, réseau de la santé, groupes communautaires, etc.) pour apporter des changements favorables à la santé (Litvak *et al.*, 2020, p. 66). Pour contribuer à une meilleure reconnaissance de ces actions de la santé publique, notamment en matière de PPFS, la Direction régionale de santé publique de Montréal a adopté une typologie en divisant ses interventions de santé publique en deux catégories : les interventions indirectes (ciblant de tierces parties) et les interventions directes (ciblant la population).

En définissant avec précision ses activités, la Direction régionale de santé publique de Montréal a été en mesure de mieux les planifier et de les structurer plus clairement. Le suivi d'un processus de planification rigoureux reposant sur la typologie a eu un effet structurant significatif sur l'organisation et a conduit à une plus grande synergie avec les partenaires d'autres secteurs. La typologie a contribué à la rédaction du Plan d'action 2016-2021 de la Ville de Montréal et a facilité « la communication avec les partenaires du réseau de santé et d'autres secteurs ». Il en résulte une planification de l'organisation et de ses équipes davantage conforme aux attentes et aux besoins des populations concernées (Litvak *et al.*, 2020, p. 71).

3.5.3 Impliquer des leaders engagés en faveur des PPFS au sein de l'organisation

L'implication et le soutien des leaders à tous les niveaux d'une organisation, en particulier les dirigeants, mais aussi les professionnels et les cadres intermédiaires, sont essentiels pour favoriser l'implantation effective des PPFS. Ces leaders, capables d'influencer et de mobiliser leurs équipes, jouent un rôle clé dans le succès des programmes et des politiques (Rhys et Boyne, 2010, p. 451). La littérature met en avant leur importance pour l'élaboration et le maintien d'initiatives de promotion de la santé (Carstensen *et al.*, 2019, p. 10), ainsi que pour le soutien des personnes clés dans leur travail ou l'attribution des ressources humaines et matérielles (Carstensen, 2019, p. 511; Tabak *et al.*, 2016, p. 7). Concrètement, le rôle ces leaders se manifeste par une communication claire et cohérente entre les dirigeants à tous les niveaux d'une organisation, ce qui influence la mise en œuvre des priorités organisationnelles (Tabak *et al.*, 2017, p. 7-8). L'encadré 44 décrit un exemple illustrant les retombées concrètes de l'implication et du soutien constant des dirigeants dans l'élaboration d'une politique d'alimentation et de boissons saines.

ENCADRÉ 44. IMPLICATION CONTINUE ET SOUTIEN DES LEADERS

En 2011, la Ville de Hamilton en Ontario a adopté une politique sur les aliments et les boissons sains en offrant plusieurs ressources et mesures de soutien visant à en faciliter la mise en œuvre dans les différents services municipaux. Par exemple, des listes de traiteurs, des fiches de conseils nutritionnels, des ateliers et des messages publicitaires télévisés locaux ont été mis à disposition pour faciliter l'intégration de cette politique. Ces mesures visaient à encourager l'adhésion à la politique et à soutenir sa mise en œuvre. De plus, la politique a été intégrée dans la culture organisationnelle par la tenue d'événements comme des concours de recettes, permettant ainsi de démontrer que les politiques sur les aliments sains peuvent être perçues comme positives, et non restrictives. (Atkey *et al.*, 2017, p. e 627).

L'implication continue et le soutien des leaders de haut niveau (le directeur de la division des modes de vie sains du bureau de santé publique, le directeur de la santé, de la sécurité et du bien-être, le médecin hygiéniste et le directeur général de la Ville) ont favorisé l'adoption et la mise en œuvre de la politique ainsi que la gestion des résistances à tous les niveaux (Atkey *et al.*, 2017, p. e 627). Par exemple, le fait que le directeur municipal prenne le temps de juger un concours de recettes a montré que la Ville prenait au sérieux la question de l'alimentation saine, contribuant à une évolution positive de la culture alimentaire de l'organisation (Atkey *et al.*, 2017, p. e 627).

3.5.4 Valoriser le rôle du plaidoyer de la santé publique

Le rôle du plaidoyer de la santé publique bénéficie d'un soutien théorique solide (Cohen et Marshall, 2017, p. 314). Il s'agit d'une stratégie puissante pouvant participer à influencer la prise de décision, à créer des environnements favorables à la santé et à obtenir des changements politiques, structurels et systémiques (Alberta Health Services, 2009, p. 1; CCNDS, 2015, p. 5). Le plaidoyer s'inscrit dans des dynamiques de pouvoir et est influencé par l'orientation organisationnelle et l'exercice du leadership. Un leadership efficace en santé publique nécessite de savoir quand et comment adopter une approche de plaidoyer pour obtenir les résultats escomptés (Tulane University, 2023). La mise en place d'initiatives de plaidoyer dans les limites des pouvoirs qui leur ont été conférés par la loi permet aux organisations de santé publique de renforcer leurs capacités d'action pour agir sur les PPFS en incitant d'autres acteurs à agir. Des moyens concrets peuvent ainsi être adoptés pour valoriser ce rôle et ainsi informer et influencer une panoplie d'acteurs. Parmi ces moyens, on compte la défense de positions précises dans l'espace public et la représentation auprès des décideurs ou d'acteurs influents.

Défense de positions précises dans l'espace public

D'abord, les organisations de santé publique peuvent exercer leur leadership en défendant des positions précises en matière de PPFS. Dans certaines circonstances, la prise de position publique constitue le moyen le plus direct de faire progresser les idées et les informations pertinentes aux thématiques sous-jacentes aux PPFS. Une option intéressante pour favoriser des prises de position ancrées dans des orientations stratégiques cohérentes est de cadrer les enjeux (*issue framing*) dans une optique favorable aux PPFS, tel que le démontre l'exemple dans l'encadré 45.

ENCADRÉ 45. CADRAGE DE L'ENJEU DE L'ÉTALEMENT URBAIN

Dans un contexte d'élaboration de nouveaux plans d'intensification urbaine et de conservation des terres agricoles, le bureau de santé de la région de Waterloo en Ontario a pu « cadrer stratégiquement l'enjeu d'étalement urbain comme une perte de "terres nourricières" rurales » et une menace pour la sécurité alimentaire de la communauté. Il a ainsi pu regrouper des préoccupations alimentaires, agricoles et de développement régional, alors que la santé publique se préoccupait initialement de l'accès aux aliments sains (Wegener *et al.*, 2012, p. 4113). En plaçant le problème de l'accès à l'alimentation au même niveau que d'autres priorités régionales importantes, le cadrage a permis à la santé publique d'attirer l'attention des décideurs sur les questions liées à l'alimentation et de proposer des changements de politiques au cours de la révision du plan régional officiel. La santé publique a aussi suscité l'intérêt du public et a mis en lumière des préoccupations concernant la viabilité de l'agriculture locale (Wegener *et al.*, 2012, p. 4114).

Représentation auprès des décideurs ou d'acteurs influents

En complément ou en parallèle à la prise de position dans l'espace public, le plaidoyer peut aussi être interprété comme une activité de représentation auprès des décideurs ou d'acteurs influents. Dans le but de faire avancer les PPFS, les organisations de santé publique ont parfois l'occasion de s'appuyer sur la légitimité que possède la santé publique pour exercer un plaidoyer auprès d'instances gouvernementales supérieures. La littérature consultée met de l'avant des initiatives ciblant les décideurs ou les partenaires locaux, afin de promouvoir des projets ou des mesures concrètes en faveur des PPFS. Deux exemples d'initiatives sont présentés dans l'encadré 46. Ces deux exemples illustrent le potentiel d'influence que possèdent les organisations de santé publique lorsqu'elles s'appuient sur leurs connaissances et leur légitimité pour faire progresser leurs priorités face à une variété d'acteurs, notamment en termes de PPFS.

ENCADRÉ 46. INITIATIVES DE PLAIDOYER EN FAVEUR DE L'ÉQUITÉ EN SANTÉ

Mundo et coll. mentionnent l'accès aux décideurs et les échanges avec les fonctionnaires à propos des conséquences de politiques diverses sur les iniquités en santé comme un vecteur de succès pour des autorités de santé publique locales mettant en œuvre une approche de Santé dans toutes les politiques (SdTP) au Colorado (Mundo *et al.*, 2019, p. 4).

Von Heimburg et Hakkebo en viennent à une conclusion similaire à propos de l'expérience de deux municipalités norvégiennes ayant priorisé l'équité en santé dans leurs orientations stratégiques. En soulignant l'acharnement des efforts de plaidoyer à l'échelle locale : « La santé publique et l'équité en matière de santé ont été inscrites à plusieurs reprises à l'ordre du jour des réunions de dialogue avec les responsables politiques et d'autres parties prenantes dans les municipalités. » (2017, p. 71).

Tableau 11 À retenir : dimension « leadership et gouvernance »

Stratégies de renforcement des capacités d'action	**Outils**	**Réflexions pratiques**
Prioriser l'équité en santé dans la gouvernance des organisations	• L'inclusion de l'équité en santé comme fonction explicite de la santé publique et dans les documents officiels • L'adoption d'un cadre pour guider et promouvoir les initiatives d'équité en santé	• Les orientations stratégiques, les valeurs privilégiées par les organisations, le rôle et les façons de faire des décideurs se répercutent sur l'ensemble des dimensions abordées. • Les acteurs de la santé publique, quand cela est possible, gagneraient à s'appuyer sur la légitimité de la santé publique, et l'établissement de cette légitimité en matière de PPFS peut permettre de soutenir leurs actions. En effet, les autorités de santé publique ne sont pas toujours à l'aise quand il s'agit de participer à l'élaboration de politiques publiques ou ne conçoivent pas clairement ce rôle à l'intérieur de leur travail (Guyon, 2012, p. 460). Il s'agit de reconnaître et de mettre à profit les capacités de la santé publique à influencer la prise de décision en prenant acte des types de légitimité (théorique, législative, administrative et scientifique) qu'elle possède pour agir, incluant notamment les leviers à caractère politique. Guyon suggère ainsi d'établir « la légitimité des autorités de santé publique » en matière de PPFS (Guyon, 2012, p. 460).
Clarifier les rôles de la santé publique en matière de PPFS	• L'élaboration d'une typologie des interventions de santé publique	
Impliquer des leaders engagés en faveur des PPFS au sein de l'organisation	• L'établissement d'une communication claire et cohérente entre les leaders à tous les niveaux d'une organisation	
Valoriser le rôle de plaidoyer de la santé publique	• La défense de positions précises en matière de PPFS • Les représentations auprès des décideurs ou d'acteurs influents	

4 CONCLUSION

Dans ce rapport, nous avons proposé un survol des stratégies à la disposition des organisations de santé publique pour renforcer leurs capacités d'action pour agir sur les PPFS. Bien que les stratégies abordées soient toutes distinctes et catégorisées par dimensions, il est tout de même possible de distinguer certains points de convergence.

D'abord, la grande majorité des stratégies mentionnées s'inscrivent en continuité avec les mandats et le travail qui s'effectue déjà au sein des organisations de santé publique. Dans ce contexte, il s'agit généralement de s'appuyer sur l'expertise et les compétences des professionnels de la santé publique pour prioriser davantage le travail sur les PPFS. Une autre constance rencontrée dans la littérature, et cela en lien avec plusieurs des dimensions abordées, est l'importance de soutenir les partenaires hors du secteur de la santé publique. Il apparaît en effet que les organisations de santé publique peuvent jouer un rôle de soutien pour d'autres acteurs, notamment en partageant leurs savoirs, en accentuant les efforts de plaidoyer de la santé publique et en appuyant des initiatives de collaboration. Finalement, une des manières d'exercer un leadership positif pour les organisations de santé publique semble être d'offrir à leurs équipes et à leurs professionnels les moyens pour contribuer au développement des PPFS. Cela peut se faire en y consacrant des ressources, en créant des équipes responsables des PPFS ou en développant des compétences, mais aussi en s'assurant que ces professionnels possèdent l'autonomie nécessaire pour défendre les principes sous-jacents aux PPFS dans l'espace public, pour prendre des initiatives dans leurs champs d'expertise ou pour construire des partenariats à long terme.

Nos connaissances dans ce domaine pourraient s'élargir en se fondant directement sur le travail effectué par les organisations de santé publique. En ce sens, des recherches ou des travaux futurs pourraient s'appuyer sur les expériences des professionnels de la santé publique agissant pour promouvoir l'avancement des PPFS. Des études de cas où des analyses comparatives centrées sur les organisations présenteraient le potentiel d'ajouter des données empiriques et de diffuser davantage de stratégies existantes.

5 RÉFÉRENCES

Atkey, K., Elliott-Moyer, P., Freimanis, M. et Raine, K. D. (2017). Stories of policy change: City of Hamilton's healthy food and beverage policy. *Canadian Journal of Public Health*, *108*(5), e625e629. https://doi.org/10.17269/CJPH.108.6074

Austin, S. E., Ford, J. D., Berrang-Ford, L., Biesbroek, R. et Ross, N. A. (2019). Enabling local public health adaptation to climate change. *Social Science and Medicine*, *220*, 236244. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.11.002

Austin, S. E., Ford, J. D., Berrang-Ford, L., Araos, M., Parker, S. et Fleury, M. D. (2015). Public health adaptation to climate change in Canadian jurisdictions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *12*(1), 623651. https://doi.org/10.3390/ijerph120100623

Awuor, L., Meldrum, R. et Liberda, E. N. (2020). Institutional engagement practices as barriers to public health capacity in climate change policy discourse: lessons from the Canadian Province of Ontario. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(17), 6338. https://doi.org/10.3390/ijerph17176338

Bilodeau, A., Galarneau, M., Lefebvre, C. et Potvin, L. (2019). Linking process and effects of intersectoral action on local neighbourhoods: Systemic modelling based on Actor-Network Theory. *Sociology of Health et Illness*, *41*(1), 165179. https://doi.org/10.1111/1467-9566.12813

Bourcier, E., Charbonneau, D., Cahill, C. et Dannenberg, A. L. (2015). An evaluation of health impact assessments in the United States, 2011-2014. *Preventing Chronic Disease*, *12*, E23. https://doi.org/10.5888/pcd12.140376

Brassolotto, J., Raphael, D. et Baldeo, N. (2014). Epistemological barriers to addressing the social determinants of health among public health professionals in Ontario, Canada: A qualitative inquiry. *Critical Public Health*, *24*(3), 321336. https://doi.org/10.1080/09581596.2013.820256

Brown, L. (2016). Preparing for the public health challenges of climate change: perspectives from local public health. *Journal of Public Health Management and Practice*, *22*(1), 102. https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000356

Campbell, A. C., Foggin, T. M., Elliott, C. T. et Kosatsky, T. (2011). Health promotion as practiced by public health inspectors: the BC experience. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, *102*(6), 432436. https://doi.org/10.1007/BF03404194

Carstensen, K., Brostrøm Kousgaard, M. et Burau, V. (2019). Sustaining an intervention for physical health promotion in community mental health services: A multisite case study. *Health and Social Care in the Community*, *27*(2), 502515. https://doi.org/10.1111/hsc.12671

Center for Research on Inner City Health. (2014). *Urban HEART @Toronto-Home, Executive Report*. http://www.torontohealthprofiles.ca/urbanheartattoronto.php

Chaisson, K., Gougeon, L., Patterson, S. et Allen Scott, L. K. (2022). Multisectoral partnerships to tackle complex health issues at the community level: Lessons from a Healthy Communities Approach in rural Alberta, Canada. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, *113*(5), 755763. https://doi.org/10.17269/s41997-022-00653-5

Cheadle, A., Hsu, C., Schwartz, P. M., Pearson, D., Greenwald, H. P., Beery, W. L., Flores, G. et Casey, M. C. (2008). Involving local health departments in community health partnerships: Evaluation results from the partnership for the public's health initiative. *Journal of Urban Health*, *85*(2), 162177. https://doi.org/10.1007/s11524-008-9260-4

Clavier, C., Gagnon, F., Paquin, S., Hayes, K., Poland, B., Savan, B. et Escoute, N. (2019). La santé publique, un acteur majeur des politiques urbaines de transport actif? *Revue francophone sur la santé et les territoires*. https://doi.org/10.4000/rfst.330

Cohen, B., Salter, K., Kothari, A., Janzen Le Ber, M., Lemieux, S., Moran, K., Wai, C., Antonello, D., Robson, J. et Salvaterra, R. (2018). Indicators to guide health equity work in local public health agencies: A locally driven collaborative project in Ontario. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*, *38*(78), 277285. https://doi.org/10.24095/hpcdp.38.7/8.02

Cohen, B. E. et McKay, M. (2010). The role of public health agencies in addressing child and family poverty: Public health nurses' perspectives. *The Open Nursing Journal*, *4*, 6071. https://doi.org/10.2174/1874434601004010060

Cohen, B. E. et Marshall, S. G. (2017). Does public health advocacy seek to redress health inequities? A scoping review. *Health and Social Care in the Community*, *25*(2), 309328. https://doi.org/10.1111/hsc.12320

Corburn, J. et Cohen, A. K. (2012). Why we need urban health equity indicators: Integrating science, policy, and community. *PLoS Medicine*, *9*(8), e1001285. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001285

Couture Ménard, M.-È. et Rioux Collin, J. (2019). Les compétences et les pouvoirs des municipalités pour créer des environnements favorables à la saine alimentation et au mode de vie physiquement actif. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2528_pouvoirs_municipalites_environnements_saine_alimentation_mode_vie_actif.pdf

Dannenberg, A. L., Rogerson, B. et Rudolph, L. (2020). Optimizing the health benefits of climate change policies using health impact assessment. *Journal of Public Health Policy*, *41*(2), 139154. https://doi.org/10.1057/s41271-019-00189-y

den Broeder, L., Uiters, E., ten Have, W., Wagemakers, A. et Schuit, A. J. (2017). Community participation in Health Impact Assessment. A scoping review of the literature. *Environmental Impact Assessment Review*, *66*, 3342. https://doi.org/10.1016/j.eiar.2017.06.004

Denis, J.– L., Usher, S. et Préval, J. (2023). Health reforms and policy capacity: The Canadian experience. *Policy and Society*, *42*(1), 6489. https://doi.org/10.1093/polsoc/puac010

Diallo, T. (2021). Outils et méthodes pour intégrer la santé dans les politiques et stratégies d'adaptation et d'atténuation relatives aux changements climatiques. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/outils-et-methodes-pour-integrer-la-sante-dans-les-politiques-et-strategies-dadaptation-et-dattenuation-relatives-aux-changements-climatiques/

Di Ruggiero, E., Bhatia, D., Umar, I., Arpin, E., Champagne, C., Clavier, C., Denis, J.-L. et Hunter, D. (2022). *Gouverner pour la santé du public : options de gouvernance pour un système de santé publique renforcé et renouvelé au Canada*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. https://ccnsp.ca/projets/rapport-2021-de-ladministratrice-en-chef-de-la-sante-publique-du-canada-et-rapports-associes/gouverner-pour-la-sante-du-public-options-de-gouvernance-pour-un-systeme-de-sante-publique-renforce-et-renouvele-au-canada/

Farhang, L., Bhatia, R., Scully, C. C., Corburn, J., Gaydos, M. et Malekafzali, S. (2008). Creating tools for healthy development: Case study of San Francisco's eastern neighborhoods community health impact assessment. *Journal of Public Health Management and Practice: JPHMP*, *14*(3), 255265. https://doi.org/10.1097/01.PHH.0000316484.72759.7b

Feinberg, E., Trejo, B., Sullivan, B. et Suarez, Z. F.-C. (2014). Healthy start in housing: A case study of a public health and housing partnership to improve birth outcomes. *Cityscape*, *16*(1), 141164. http://www.jstor.org/stable/26326861

Frieden, T. R. (2014). Six components necessary for effective public health program implementation. *American Journal of Public Health*, *104*(1), 1722. https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301608

Gagnon, F. (2011). *Des partenariats exemplaires pour des services à bas seuil : la PHS Community Services Society et la Vancouver Coastal Health*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. https://ccnpps-ncchpp.ca/docs/2011-La-PHS-Community-Services-Society.pdf

Gagnon, F. et Bellefleur, O. (2014). Influencing public policies: Two (very good) reasons to look toward scientific knowledge in public policy. *Canadian Journal of Public Health*, *106*(Suppl 1), eS9-11. https://doi.org/10.17269/cjph.106.3839

Gagnon, F., Jacques, M. et Bellefleur, O. (2012). *Autorités de santé et environnement bâti : actions pour influencer les politiques*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. https://ccnpps-ncchpp.ca/docs/2012-Environnement-Bati-Autorites-de-Sante-Influencer-Politiques.pdf

Gamache, S., Diallo, T. A., Shankardass, K. et Lebel, A. (2020). The elaboration of an intersectoral partnership to perform health impact assessment in urban planning: The experience of Quebec City (Canada). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(20), 7556. https://doi.org/10.3390/ijerph17207556

Germann, K. et Wilson, D. (2004). Organizational capacity for community development in regional health authorities: A conceptual model. *Health Promotion International*, *19*(3), 289298. https://doi.org/10.1093/heapro/dah303

Gielen, A. C. et Green, L. W. (2015). The impact of policy, environmental, and educational interventions: A synthesis of the evidence from two public health success stories. *Health Education and Behavior*, *42*(1 suppl.), 20S-34S. https://doi.org/10.1177/1090198115570049

Gladwin, C. P., Church, J. et Plotnikoff, R. C. (2008). Public policy processes and getting physical activity into Alberta's urban schools. *Canadian Journal of Public Health*, *99*(4), 332338. https://doi.org/10.1007/bf03403767

Gore, D. M. et Kothari, A. R. (2013). Getting to the root of the problem: Health promotion strategies to address the social determinants of health. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, *104*(1), e52e54. https://doi.org/10.1007/BF03405654

Grêaux, K. M., de Vries, N. K., Bessems, K. M. H. H., Harting, J. et van Assema, P. (2021). Does partnership diversity in intersectoral policymaking matter for health promoting intervention packages' composition? A multiple-case study in the Netherlands. *Health Promotion International*, *36*(3), 616629. https://doi.org/10.1093/heapro/daaa083

Gugglberger, L., Sherriff, N., Davies, J. K., et Van den Broucke, S. (2016). Building capacity to reduce health inequalities through health promotion in Europe. *Journal of Public Health*, *24*(1), 7381. https://doi.org/10.1007/s10389-015-0699-y

Guglielmin, M., Shankardass, K., Bayoumi, A., O'Campo, P., Kokkinen, L. et Muntaner, C. (2022). A realist explanatory case study investigating how common goals, leadership, and committed staff facilitate health in all policies implementation in the municipality of Kuopio, Finland. *International Journal of Health Policy and Management*. https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.6355

Guyon, A. (2012). Intensifier l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé : des approches stratégiques pour les autorités de santé publique. *Canadian Journal of Public Health*, *103*(6), e 459-61. https://doi.org/10.1007/BF03405638

Harris-Roxas, B. et Harris, E. (2013). The impact and effectiveness of health impact assessment: A conceptual framework. *Environmental Impact Assessment Review*, *42*, 5159. https://doi.org/10.1016/j.eiar.2012.09.003

Harris-Roxas, B. F., Harris, P. J., Harris, E. et Kemp, L. A. (2011). A rapid equity focused health impact assessment of a policy implementation plan: An Australian case study and impact evaluation. *International Journal for Equity in Health*, *10*, 6. https://doi.org/10.1186/1475-9276-10-6

Haynes, A., Rowbotham, S., Grunseit, A., Bohn-Goldbaum, E., Slaytor, E., Wilson, A., Lee, K., Davidson, S. et Wutzke, S. (2020). Knowledge mobilisation in practice: An evaluation of the Australian Prevention

Partnership Centre. *Health Research Policy and Systems*, *18*(1), 13. https://doi.org/10.1186/s12961-019-0496-0

Heller, J. C., Little, O. M., Faust, V., Tran, P., Givens, M. L., Ayers, J. et Farhang, L. (2023). Theory in action: Public health and community power building for health equity. *Journal of Public Health Management and Practice*, *29*(1), 33. https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001681

Hernantes, N., Bermejo-Martins, E., Øvergård, K. I., Pumar-Mendez, M. J., Lopez-Dicastillo, O., Iriarte-Roteta, A., Antoñanzas-Baztan, E. et Mujika, A. (2022). Theory-based capacity building intervention for intersectoral action for health at local governments: An exploratory pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, *78*(6), 17981814. https://doi.org/10.1111/jan.15247

Heward, S., Hutchins, C. et Keleher, H. (2007). Organizational change - Key to capacity building and effective health promotion. *Health Promotion International*, *22*(2), 170178. https://doi.org/10.1093/heapro/dam011

Hoeijmakers, M., De Leeuw, E., Kenis, P. et de Vries, N. K. (2007). Local health policy development processes in the Netherlands: An expanded toolbox for health promotion. *Health Promotion International*, *22*(2), 112121. https://doi.org/10.1093/heapro/dam009

Holt, D. H., Carey, G. et Rod, M. H. (2018). Time to dismiss the idea of a structural fix within government? An analysis of intersectoral action for health in Danish municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, *46*(suppl. 22), 4857. https://doi.org/10.1177/1403494818765705

Jabot, F., Tremblay, E., Rivadeneyra, A., Diallo, T. A. et Lapointe, G. (2020). A comparative analysis of health impact assessment implementation models in the regions of Montérégie (Québec, Canada) and Nouvelle-Aquitaine (France). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(18). https://doi.org/10.3390/ijerph17186558

Janzen, C., Marko, J. et Schwandt, M. (2018). Embedding health equity strategically within built environments. *Canadian Journal of Public Health*, *109*(4), 590597. https://doi.org/10.17269/s41997-018-0116-8

Jemina, J., Kaleemullah, T., McPherson, H., Mahata, K., Morrow, R. B., Bujnowski, D., Johnston, A., Danho, M., Siddiqui, N., Walsh, M. T., Haley, S. A., Sirajuddin, A. M., Schauer, T., Wu, M.-J., Rechis, R., Galvan, E., Correa, N., Browning, N., Ganelin, D., … Sharma, S. V. (2021). Building and advancing coalition capacity to promote health equity: Insights from the health equity collective's approach to addressing social determinants of health. *Health Equity*, *5*(1), 872878. https://doi.org/10.1089/heq.2021.0012

Jessiman, P. E., Powell, K., Williams, P., Fairbrother, H., Crowder, M., Williams, J. G. et Kipping, R. (2021). A systems map of the determinants of child health inequalities in England at the local level. *PloS One*, *16*(2), e0245577. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245577

Kirkby, K., Schlotheuber, A., Vidal Fuertes, C., Ross, Z. et Hosseinpoor, A. R. (2022). Health equity assessment toolkit (HEAT and HEAT Plus): Exploring inequalities in the COVID-19 pandemic era. *International Journal for Equity in Health*, *21*(Suppl 3), 172. https://doi.org/10.1186/s12939-022-01765-7

Kokkinen, L., Freiler, A., Muntaner, C. et Shankardass, K. (2019). How and why do win-win strategies work in engaging policy-makers to implement Health in All Policies? A multiple-case study of six state- and national-level governments. *Health Research Policy and Systems*, *17*(1), 102. https://doi.org/10.1186/s12961-019-0509-z

Kothari, A., McPherson, C., Gore, D., Cohen, B., MacDonald, M. et Sibbald, S. L. (2016). A multiple case study of intersectoral public health networks: Experiences and benefits of using research. *Health Research Policy and Systems*, *14*, 11. https://doi.org/10.1186/s12961-016-0082-7

Langeveld, K., Stronks, K. et Harting, J. (2016). Use of a knowledge broker to establish healthy public policies in a city district: A developmental evaluation. *BMC public health*, *16*, 271. https://doi.org/10.1186/s12889-016-2832-4

Lavis, J. N., Boyko, J. A. et Gauvin, F.-P. (2014). Evaluating deliberative dialogues focussed on healthy public policy. *BMC Public Health*, *14*, 1287. https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1287

Lemire, M. (2017). Pratiques novatrices pour la création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie et à la santé dans la MRC d'Argenteuil. Étude de cas : démarches prendre soin de notre monde. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/publications/2252

Lévesque, J., Gervais, M.-J., Robitaille, É. et Couture-Ménard, M.-E. (2022). *L'action municipale pour créer des environnements favorables à la santé et à la qualité de vie*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/publications/3262

Levison, M. M., Butler, A. J., Rebellato, S., Armstrong, B., Whelan, M. et Gardner, C. (2018). Development of a climate change vulnerability assessment using a public health lens to determine local health vulnerabilities: An Ontario health unit experience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(10). https://doi.org/10.3390/ijerph15102237

Linzalone, N., Ballarini, A., Piccinelli, C., Viliani, F. et Bianchi, F. (2018). Institutionalizing health impact assessment: A consultation with experts on the barriers and facilitators to implementing HIA in Italy. *Journal of Environmental Management*, *218*, 95102. https://doi.org/10.1016/j.jenvman.2018.04.037

Litvak, E., Dufour, R., Leblanc, É., Kaiser, D., Mercure, S.-A., Nguyen, C. T. et Thibeault, L. (2020). Making sense of what exactly public health does: A typology of public health interventions. *Canadian Journal of Public Health*, *111*(1), 6571. https://doi.org/10.17269/s41997-019-00268-3

Loncarevic, N., Andersen, P. T., Leppin, A. et Bertram, M. (2021). Policymakers' research capacities, engagement, and use of research in public health policymaking. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(21), 11014. https://doi.org/10.3390/ijerph182111014

Macfarlane, R. G., Wood, L. P. et Campbell, M. E. (2015). Toronto, une ville saine à dessein : pour un milieu bâti plus sain. *Canadian Journal of Public Health*, *106*(1), eS5eS8. https://doi.org/10.17269/cjph.106.3855

Mahendra, A., Tin, V., Weppler, J., Gillen, P., Ryan, L. et Haley, K. (2017). Projet Santé publique et planification 101 : renforcer la collaboration entre les secteurs de la santé publique et de la planification urbaine. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, *371*. https://doi.org/10.24095/hpcdp.37.1.02f

McPherson, C., Ndumbe-Eyoh, S., Betker, C., Oickle, D. et Peroff-Johnston, N. (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*, *15*(1), 129. https://doi.org/10.1186/s12939-016-0419-4

Mehdipanah, R., Israel, B. A., Richman, A., Allen, A., Rowe, Z., Gamboa, C. et Schulz, A. J. (2021). Urban HEART Detroit: The application of a health equity assessment tool. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, *98*(1), 146157. https://doi.org/10.1007/s11524-020-00503-0

Metcalfe, O. et Higgins, C. (2009). Healthy public policy – Is health impact assessment the cornerstone? *Public Health*, *123*(4), 296301. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2008.12.025

Miller J, Bryant MacLean L, Coward P et Broemeling A. (2009). Developing strategies to enhance health services research capacity in a predominantly rural Canadian health authority. *Rural et Remote Health*, *9*(4), 1266. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20028187/

Minke, S. W., Raine, K. D., Plotnikoff, R. C., Anderson, D., Khalema, E. et Smith, C. (2007). Resources for health promotion: Rhetoric, research and reality. *Canadian Journal of Public Health*, *98*(6), 489494. https://doi.org/10.1007/BF03405445

Miro, A., Kishchuk, N. A., Perrotta, K. et Swinkels, H. M. (2015). La coalition Bâtir un Canada en santé : leçons de la première phase d'une initiative intersectorielle et interprovinciale sur le milieu bâti. *Revue canadienne de santé publique*, *106*(1), eS54eS63. https://doi.org/10.17269/cjph.106.4555

Miro, A., Perrotta, K., Evans, H., Kishchuk, N. A., Gram, C., Stanwick, R. S. et Swinkels, H. M. (2015). Pour que les autorités sanitaires influencent davantage l'aménagement du territoire et la planification des transports : leçons du projet Bâtir un Canada en santé de l'initiative COALITION en Colombie-Britannique. *Revue canadienne de santé publique*, *106*(1), eS43eS53. https://doi.org/10.17269/cjph.106.4566

Molnar, A., Renahy, E., O'Campo, P., Muntaner, C., Freiler, A. et Shankardass, K. (2016). Using win-win strategies to implement health in all policies: A cross-case analysis. *PloS One*, *11*(2), e0147003. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0147003

Morrison, V. (2011). *Le cadrage des quartiers centraux : les inégalités de santé et la pauvreté dans les quartiers à faible revenu de Saskatoon*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/le-cadrage-des-quartiers-centraux-les-inegalites-de-sante-et-la-pauvrete-dans-les-quartiers-a-faible-revenu-de-saskatoon/

Mundo, W., Manetta, P., Fort, M. P. et Sauaia, A. (2019). A qualitative study of health in all policies at the local level. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, *56*. https://doi.org/10.1177/0046958019874153

Novoa, A. M., Pérez, G., Espelt, A., Echave, C., de Olalla, P. G., Calvo, M. J., Pasarín, M., Diez, È., Borrel, C., Cormenzana, B., Cortéz I., Gòmez, J., Novoa, A. M., Pallarès, M. et Rodríguez-Sanz, M. (2018). The experience of implementing urban HEART Barcelona: A tool for action. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, *95*(5), 647661. https://doi.org/10.1007/s11524-017-0194-6

Orme, J., Pilkington, P., Gray, S. et Rao, M. (2009). Teaching public health networks in England: An innovative approach to building public health capacity and capability. *Public Health*, *123*(12), 800804. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2009.10.008

Peirson, L., Ciliska, D., Dobbins, M. et Mowat, D. (2012). Building capacity for evidence informed decision making in public health: A case study of organizational change. *BMC Public Health*, *12*(137), 1-13. https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-137

Pilkington, P., Grant, M. et Orme, J. (2008). Promoting integration of the health and built environment agendas through a workforce development initiative. *Public Health*, *122*(6), 545551. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2008.03.004

Politis, C. E., Halligan, M. H., Keen, D. et Kerner, J. F. (2014). Supporting the diffusion of healthy public policy in Canada: The Prevention Policies Directory. *Online Journal of Public Health Informatics*, *6*(2), e177. https://doi.org/10.5210/ojphi.v6i2.5372

Power, E., Belyea, S. et Collins, P. (2019). « It's not a food issue; it's an income issue »: using nutritious food basket costing for health equity advocacy. *Canadian Journal of Public Health*, *110*(3), 294302. https://doi.org/10.17269/s41997-019-00185-5

Pursell, L. et Kearns, N. (2013). Impacts of an HIA on inter-agency and inter-sectoral partnerships and community participation: Lessons from a local level HIA in the Republic of Ireland. *Health Promotion International*, *28*(4), 522532. https://doi.org/10.1093/heapro/das032

Raine, K. D., Nykiforuk, C. I. J., Vu-Nguyen, K., Nieuwendyk, L. M., VanSpronsen, E., Reed, S. et Wild, T. C. (2014). Understanding key influencers' attitudes and beliefs about healthy public policy change for obesity prevention. *Obesity*, *22*(11), 24262433. https://doi.org/10.1002/oby.20860

Raphael, D., Brassolotto, J. et Baldeo, N. (2015). Ideological and organizational components of differing public health strategies for addressing the social determinants of health. *Health Promotion International*, *30*(4), 855867. https://doi.org/10.1093/heapro/dau022

Ramirez-Rubio, O., Daher, C., Fanjul, G., Gascon, M., Mueller, N., Pajín, L., Plasencia, A., Rojas-Rueda, D., Thondoo, M. et Nieuwenhuijsen, M. J. (2019). Urban health: An example of a « health in all policies » approach in the context of SDGs implementation. *Globalization and Health*, *15*(1), 87. https://doi.org/10.1186/s12992-019-0529-z

Rantala, R., Bortz, M. et Armada, F. (2014). Intersectoral action: Local governments promoting health. *Health Promotion International*, *29 (Suppl 1)*, i92-102. https://doi.org/10.1093/heapro/dau047

Rasanathan, K., Posayanonda, T., Birmingham, M. et Tangcharoensathien, V. (2012). Innovation and participation for healthy public policy: The first National Health Assembly in Thailand. *Health Expectations*, *15*(1), 8796. https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00656.x

Regan, S., MacDonald, M., Allan, D. E., Martin, C. et Peroff-Johnston, N. (2014). Public health human resources: A comparative analysis of policy documents in two Canadian provinces. *Human Resources for Health*, *12* (13), 1-11 https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-13

Rhys, A. et Boyne, G. A. (2010). Capacity, leadership, and organizational performance: Testing the black box model of public management. *Public Administration Review*, *70*(3), 443454. https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2010.02158.x

Richmond, S. A., Carsley, S., Prowse, R., Manson, H. et Moloughney, B. (2020). How can we support best practice? A situational assessment of injury prevention practice in public health. *BMC Public Health*, *20*(431), 1-10. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08514-x

Rideout, K., Kosatsky, T. et Lee, K. K. (2016). What role for environmental public health practitioners in promoting healthy built environments? *Canadian Journal of Public Health*, *107*(1), e126e129. https://doi.org/10.17269/cjph.107.5221

Rogerson, B., Lindberg, R., Baum, F., Dora, C., Haigh, F., Simoncelli, A. M., Parry Williams, L., Peralta, G., Pollack Porter, K. M. et Solar, O. (2020). Recent advances in health impact assessment and health in all policies implementation: Lessons from an international convening in Barcelona. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(21), 7714. https://doi.org/10.3390/ijerph17217714

Royer, A. (2009). Évaluation d'une mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé dans le cadre de l'approche 0-5-30 combinaison prévention de la région de la Capitale-Nationale. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique. https://www.deslibris.ca/ID/223016

Sadare, O., Williams, M. et Simon, L. (2020). Implementation of the Health Equity Impact Assessment (HEIA) tool in a local public health setting: Challenges, facilitators, and impacts. *Canadian Journal of Public Health*, *111*(2), 212219. https://doi.org/10.17269/s41997-019-00269-2

Saddi, F. da C., Peckham, S., Bloom, G., Turnbull, N., Coelho, V. S. et Denis, J.-L. (2023). Employing the policy capacity framework for health system strengthening. *Policy and Society*, *42*(1), 113. https://doi.org/10.1093/polsoc/puac031

Salter, K., Salvaterra, R., Antonello, D., Cohen, B. E., Kothari, A., LeBer, M. J., LeMieux, S., Moran, K., Rizzi, K., Robson, J. et Wai, C. (2017). Organizational level indicators to address health equity work in local public health agencies: A scoping review. *Canadian Journal of Public Health*, *108*(3), e306e313. https://doi.org/10.17269/CJPH.108.5889

Smits, P., Denis, J.-L., Couturier, Y., Touati, N., Roy, D., Boucher, G. et Rochon, J. (2019). Implementing public policy in a non-directive manner: Capacities from an intermediary organization. *Canadian Journal of Public Health*, *111*(1), 7279. https://doi.org/10.17269/s41997-019-00257-6

Sohn, E. K., Stein, L. J., Wolpoff, A., Lindberg, R., Baum, A., McInnis-Simoncelli, A. et Pollack, K. M. (2018). Avenues of influence: The relationship between health impact assessment and determinants of health and health equity. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, *95*(5), 754764. https://doi.org/10.1007/s11524-018-0263-5

St-Pierre, L. (2017). *Quelques outils pour faciliter l'intégration de la santé dans toutes les politiques publiques*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/quelques-outils-pour-faciliter-lintegration-de-la-sante-dans-toutes-les-politiques-publiques/

Tabak, R. G., Duggan, K., Smith, C., Aisaka, K., Moreland-Russell, S. et Brownson, R. C. (2016). Assessing capacity for sustainability of effective programs and policies in local health departments. *Journal of public health management and practice: JPHMP*, *22*(2), 129137. https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000254

Tenbensel, T. et Silwal, P. R. (2023). Cultivating health policy capacity through network governance in New Zealand: Learning from divergent stories of policy implementation. *Policy and Society*, *42*(1), 4963. https://doi.org/10.1093/polsoc/puab020

Thomson, C. (2017). *Assessing the use of the health equity impact assessment tool in Ontario Public Health Units*. Wilfrid Laurier University. https://www.porticonetwork.ca/documents/49988/0/Catie+Thomas+Thesis/7ddedea3-b17a-48bb-b215-a20dca4828fd. [Ce lien n'est plus accessible]

Tremblay, É., St-Pierre, L. et Viens, C. (2017). L'évaluation d'impact sur la santé en Montérégie : un processus appuyé sur le courtage de connaissances. *Global Health Promotion*, *24*(2), 6674. https://doi.org/10.1177/1757975917693164

Van Roode, T., Pauly, B. M., Marcellus, L., Strosher, H. W., Shahram, S., Dang, P., Kent, A. et MacDonald, M. (2020). Values are not enough: Qualitative study identifying critical elements for prioritization of health equity in health systems. *International Journal for Equity in Health*, *19*(1), 162. https://doi.org/10.1186/s12939-020-01276-3

Von Heimburg, D. et Hakkebo, B. (2017). Health and equity in all policies in local government: Processes and outcomes in two Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, *45*(suppl.18), 6876. https://doi.org/10.1177/1403494817705804

Yousefi-Nooraie, R., Dobbins, M., Brouwers, M. et Wakefield, P. (2012). Information seeking for making evidence-informed decisions: A social network analysis on the staff of a public health department in Canada. *BMC Health Services Research*, *12*, 118. https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-118

Wegener, J., Raine, K. D. et Hanning, R. M. (2012). Insights into the government's role in food system policy making: Improving access to healthy, local food alongside other priorities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *9*(11), 41034121. https://doi.org/10.3390/ijerph9114103

SOURCES COMPLÉMENTAIRES

Alberta Health Services. (2009). *Public health advocacy, healthy public policy*. https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/07/Public-Health-Advocacy.pdf

Aluttis, C., Broucke, S. van den, Chiotan, C., Costongs, C., Michelsen, K. et Brand, H. (2014). Public health and health promotion capacity at national and regional level: A review of conceptual frameworks. *Journal of Public Health Research*, *3*(1), Article 1. https://doi.org/10.4081/jphr.2014.199

CCNDS – Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2020). *Apprenons ensemble : cadre d'exercice pour renforcer la capacité organisationnelle d'agir sur l'équité en santé*. https://nccdh.ca/images/uploads/comments/OCI-Knowledge-Product-1-Practice-Framework-FR.pdf

CCNDS – Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2015). *Le plaidoyer et équité en santé : parlons-en*. https://nccdh.ca/fr/resources/entry/lets-talk-advocacy-and-health-equity

CCNPPS – Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. (2014). *Méthodes d'évaluation économique : quelles sont les implications éthiques pour les politiques publiques favorables à la santé?* https://www.ccnpps.ca/docs/2014_EvalEcon_Methodes_Fr.pdf

Chaire d'étude sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et des familles en difficulté. (2015). *Communauté de pratique*. http://www.saco.uqam.ca/activite/communaute-de-pratique.

Fafard, P. (2008). Données probantes et politiques publiques favorables à la santé : pistes fournies par les sciences de la santé et la science politique. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/donnees-probantes-et-politiques-publiques-favorables-a-la-sante-pistes-fournies-par-les-sciences-de-la-sante-et-la-science-politique/

Gakh, M. (2015). Law, the health in all policies approach, and cross-sector collaboration. *Public Health Reports*, *130*(1), 96-100. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4245294/

Geneau, R., Fraser, G., Legowski, B. et Stachenko, S. (2010). *Mobilizing intersectoral action to promote health: The case of ActNowBC in British Columbia*. Public Health Agency of Canada. https://publications.gc.ca/site/eng/379819/publication.html

Gibbs, L. et Urbantke, E. (2018). *Experiences of delivering and accessing opioid-related services in Oxford County working together to meet people's unique needs*. Southwestern Public Health. https://www.swpublichealth.ca/media/cchnhdp3/rep-experiences-of-delivering-and-accessing-opioid-related-services-in-oxford-county-20181113.pdf

Ingram, M., Schachter, K. A., Sabo, S. J., Reinschmidt, K. M., Gomez, S., Guernsey De Zapien, J. et Carvajal, S. C. (2014). A community health worker intervention to address the social determinants of health through policy change. *The Journal of Primary Prevention*, *35*(2), 119123. https://doi.org/10.1007/s10935-013-0335-y

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (s. d.). *Analyser des partenariats : quels sont les partenaires concernés et comment les mobiliser selon leurs intérêts et leur influence?* https://www.inspq.qc.ca/en/node/6339#:~:text=L'analyse%20des%20parties%20prenantes%20(stakeholders)% 20permet%20de%20pr%C3%A9voir,% C5%93uvre%2C%20voire%20la%20faire%20%C3%A9chouer.

Institut national de santé publique du Québec (INSQP). (s. d.). *Environnement bâti*. https://www.inspq.qc.ca/saine-alimentation-mode-vie-actif/environnements-favorables-sante/environnement-bati#:~:text=L'environnement%20b%C3%A2ti%20se%20d%C3%A9finit,la%20sant%C3%A9%20d'une%20population.

Kamwa Ngne, A. et Morrison, V. (2021). *Compétences en politiques publiques pour la santé publique : une revue de la littérature*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/competences-en-politiques-publiques-pour-la-sante-publique-une-revue-de-la-litterature/

Kokkinen, L., Shankardass, K., O'Campo, P. et Muntaner, C. (2017). Taking health into account in all policies: Raising and keeping health equity high on the political agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *71*(8), 745746. https://doi.org/10.1136/jech-2016-207736

Kristoffersen, M. (2022). *National heat vulnerability index reveals neighborhoods at high vulnerability to heat*. https://ysph.yale.edu/news-article/new-national-heat-vulnerability-index-reveals-neighborhoods-at-high-vulnerability-to-heat/

Lauwerier, E., Willems, S. et Verloigne, M. (2021). Health equity in times of a pandemic: A plea for a participatory systems approach in public health. *Frontiers in Public Health*, *9*, 689237. https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.689237

Loignon, C., Dupéré, S., Godrie, B. et Leblanc, C. (2018). « Dés-élitiser » la recherche pour favoriser l'équité en santé. Les recherches participatives avec des publics en situation de pauvreté en santé publique. *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, *20(2)*. https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.4058

Milio, N. (2001). Glossary: Healthy public policy. *Journal of Epidemiology et Community Health*, *55*(9), 622-623. https://doi.org/10.1136/jech.55.9.622

Milio, N. (1987). Making healthy public policy; developing the science by learning the art: An ecological framework for policy studies. *Health Promotion International*, *2*(3), 263-274. https://doi.org/10.1093/heapro/2.3.263

Morency, P., Archambault, J., Cloutier, M.-S., Tremblay, M., Plante, C. et Dubé, A. S. (2013), *Sécurité des piétons en milieu urbain : enquête sur les aménagements routiers aux intersections,* Agence de la santé et des services sociaux de Montréal https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2279417

Munerol, L., Cambon, L. et Alla, F. (2013). Le courtage en connaissances, définition et mise en œuvre? : une revue de la littérature, 5(25), *Santé publique*. http://labos.ulg.ac.be/apes/wp-content/uploads/sites/4/2014/03/SPUB_135_0587.pdf

Norman, C. D. et Huerta, T. (2006). Knowledge transfer and exchange through social networks: Building foundations for a community of practice within tobacco control. *Implementation Science*, *1*(1), 20. https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-20

North Colorado Health Alliance. (s. d.). Thriving Colorado dashboard. http://milehighhealthalliance.org/wp-content/uploads/2016/06/Thriving-Colorado-Dashboard-Handout.pdf

Office québécois de la langue française. (s. d.). Table ronde. https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/1298918/table-ronde

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2021). *Health promotion glossary of terms*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350161/9789240038349-eng.pdf?sequence=1

Organisation mondiale de la Santé. (2011). *Combler le fossé : de la politique à l'action sur les déterminants sociaux de la santé*. https://www.yumpu.com/fr/document/read/16656950/combler-le-fosse-de-la-politique-a-laction-sur-les-determinants-

Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe. (1986). *Promotion de la santé : Charte d'Ottawa*. https://iris.who.int/handle/10665/349653

Organisation mondiale de Santé. (s. d.). *Social determinants of health*. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1

Paquin, S. et Pelletier, A. (2012). *L'audit de potentiel piétonnier actif et sécuritaire du quartier Mercier-Est : un quartier qui marche*. Direction de santé publique régionale de Montréal. https://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2226190

Pelletier, G. (2018). Le leadership éducatif et la gouvernance des systèmes éducatifs : un regard pluriel. *Éducation et francophonie*, *46*(1), 1-10. https://doi.org/10.7202/1047132ar

Potter, C. et Brough, R. (2004). Systemic capacity building: A hierarchy of needs. *Health Policy and Planning*, *19*(5), 336345. https://doi.org/10.1093/heapol/czh038

Provan, K. G., Veazie, M. A., Staten, L. K. et Teufel-Shone, N. I. (2005). The use of network analysis to strengthen community partnerships. *Public Administration Review*, *65*(5), 603613. https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2005.00487.x

Public Health Wales NHS Trust. (2003). *Skills for public health system's leadership: Reflections on practice – A qualitative research report*. https://phwwhocc.co.uk/wp-content/uploads/2023/12/Skills-for-Public-Health-Systems-Leadership_report.pdf

Réseau francophone international pour la promotion de la santé et Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2022). *Glossaire des principaux concepts liés à l'équité en santé*. RÉFIPS et CCNDS. https://nccdh.ca/fr/learn/glossary

Rivas, C., Tkacz, D., Antao, L., Mentzakis, E., Gordon, M., Anstee, S. et Giordano, R. (2019). Group concept-mapping workshops and interviews. Dans *Automated analysis of free-text comments and dashboard representations in patient experience surveys: A multimethod co-design study*. NIHR Journals Library. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK543263/

Smith, B. J., Tang, K. C. et Nutbeam, D. (2006). WHO health promotion glossary: New terms. *Health promotion international*, *21*(4), 340–345. https://doi.org/10.1093/heapro/dal033

Saint-Pierre, L. et Gauvin, F.-P. (2010). La gouvernance intersectorielle dans le cadre de la santé dans toutes les politiques, un cadre conceptuel intégrateur. CCNPPS. https://ccnpps-ncchpp.ca/docs/HiAP_FR.pdf

Tulane University Celia Scott Weatherhead School of Public Health and Tropical Medicine. (2023). *The role of leadership in public health advocacy*. https://publichealth.tulane.edu/blog/role-of-leadership-public-health-advocacy/

Volenzo, T. E. et Odiyo, J. (2018). Ecological public health and participatory planning and assessment dilemmas: The case of water resources management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(8), 1635. https://doi.org/10.3390/ijerph15081635

WHO European Healthy Cities Network (s.d.). https://www.who.int/europe/groups/who-european-healthy-cities-network

Winnipeg Regional Health Authority. (2017). *Healthy public policy toolkit: Understanding & engaging in healthy public policy*. https://professionals.wrha.mb.ca/old/extranet/publichealth/files/UnderstandingandEngaginginHealthyPublicPolicy.pdf

ANNEXE 1 DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

La démarche méthodologique couvre la période de 2004 à 2022. Les bases de données Pubmed, EBSCO, Ovid ainsi que le moteur de recherche Google ont été utilisés pour recenser les articles scientifiques portant sur les actions des organisations de santé publique en matière de PPFS à l'aide de mots-clés prédéterminés (voir le plan de concepts détaillé à l'annexe 2). Une fois la première version du corpus d'articles scientifiques constituée à partir des titres et des résumés, la lecture des articles a permis de réviser le contenu et les références bibliographiques pour repérer et ajouter des sources additionnelles en utilisant la méthode boule de neige. Ce processus de recherche documentaire dynamique a permis d'inclure des articles couvrant la thématique centrale du projet qui n'avaient pas été identifiés à partir de la recherche par mots-clés.

La recherche par mots-clés combinée à la méthode boule de neige a mené à la sélection de 106 articles scientifiques examinés au moyen d'un cadre d'analyse. Pour chacun des articles, une grille (voir annexe 3) a été remplie selon les dimensions proposées par ce cadre. Ce processus a permis à la fois de répertorier et de catégoriser des stratégies et des exemples de mise en œuvre par des organisations de santé publique. Des stratégies génériques ont ainsi été déduites à partir de ce travail à l'intérieur de chaque dimension du cadre d'analyse pour structurer la rédaction. Le choix des exemples illustrant les stratégies présentées dans ce rapport a été fait en fonction de leur potentiel d'applicabilité par les organisations de santé publique. L'analyse de ces stratégies et de ces exemples a aussi permis de mettre en lumière, pour chacune des dimensions, des réflexions pratiques pour mieux promouvoir les PPFS. Il en résulte ainsi un portrait non exhaustif mais varié des moyens à la disposition des organisations de santé publique pour renforcer leurs capacités d'agir sur les PPFS.

ANNEXE 2 PLAN DE CONCEPTS – RECHERCHE DOCUMENTAIRE

	Concept 1	**Concept 2**	**Concept 3**	**Concept 4**
Mots-clés en anglais	Healthy public policies: public health policies, health policies, health promotion, public health practice	Organizational capacities: institutional capacities, organizational capacities	Public health organizations: health authorities, public health authorities, public authority, local government, health organization, organization, municipality, city	Strategy, tool: strategies, strategic approaches, policy instruments, action, approach, initiative, best practices or promising practices
Mots-clés en français	**Politiques publiques favorables à la santé** : politiques de santé publique, politiques de santé, promotion de la santé	**Capacités organisationnelles** : capacités institutionnelles	**Organisations de santé publique** : autorités de santé, autorités de santé publique, autorité publique, gouvernements locaux, organisations de santé, organisation, municipalité, ville	**Stratégie, outil** : stratégies, approches stratégiques, instruments de politique, action, approche, initiative, meilleures pratiques ou pratiques prometteuses

ANNEXE 3 GRILLE D'ANALYSE

DIMENSIONS	STRATÉGIES FAVORISANT LA MISE EN ŒUVRE DE PPFS	EXEMPLES EMPIRIQUES
Partenariats		
Structures organisationnelles et ressources		
Main-d'œuvre		
Développement des connaissances		
Leadership et gouvernance		
ÉLÉMENTS DE CONTEXTE		
Compétences organisationnelles et pouvoirs		
Contexte sociopolitique		
Obstacles et facteurs de réussite		

Pour en savoir plus, visitez **ccnpps.ca**

Institut national de santé publique Québec

Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

National Collaborating Centre for Healthy Public Policy