



AU CROISEMENT DES SECTEURS

– EXPÉRIENCES EN ACTION
INTERSECTORIELLE, EN POLITIQUE
PUBLIQUE ET EN SANTÉ

*Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership,
aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière
de santé publique.*

Agence de santé publique du Canada

Also available in English under the title:

Crossing Sectors – Experiences in intersectoral action, public policy and health

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé (2007)

N° de cat. HP5-45/2007F-PDF

ISBN 978-0-662-09512-5

AU CROISEMENT DES SECTEURS

– EXPÉRIENCES EN ACTION INTERSECTORIELLE, EN POLITIQUE PUBLIQUE ET EN SANTÉ



Agence de santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada



Commission on
Social Determinants of Health



Table des matières

Remerciements	iv
Préface	v
Résumé	vi
1. Introduction	1
2. Définition des termes clés et description des méthodes	3
Définitions	3
Méthodologie	4
3. Action intersectorielle pour la santé : une large gamme d’approches	5
L’action intersectorielle à divers échelons de la prise de décisions	6
Coopération entre divers échelons	8
Problèmes réglés grâce à l’AS : mise en contexte des questions relatives à la politique publique	8
4. Action intersectorielle : contournement des obstacles et facilitateurs	9
Moteurs de l’action intersectorielle	9
Paramètres du succès	10
5. Approches visant à faciliter l’action conjointe	14
Soutiens de l’action intersectorielle	14
Outils d’information	14
Mesures institutionnelles	15
Mécanismes financiers	18
Lois et règlements	19
Cadres de responsabilisation	19
Planification et établissement des priorités	20
Approches en matière d’action intersectorielle	20
Approches axées sur le lieu ou le cadre	20
Approches par étapes	21

Approches ciblées	22
Approches axées sur la population	22
Action axée sur des maladies ou des facteurs de risque précis	23
Cadres stratégiques généraux	23
Combinaison d'approches	28
6. Rôles et responsabilités	29
Ministères et secteurs participant habituellement à l'action intersectorielle	29
Partenaires politiques	30
Le secteur de la santé à titre de dirigeant, de partenaire, de soutien et de défenseur	31
Autres intervenants gouvernementaux	32
Ministères axiaux	32
Organismes centraux	33
Intervenants non gouvernementaux	33
Organismes privés	34
Médias	34
7. Questions découlant de l'action intersectorielle	35
Atteindre une cohérence stratégique	35
Cibler les efforts intersectoriels	36
Maintenir l'engagement	36
Renforcer les capacités	37
Équilibrer des objectifs et des intérêts concurrentiels	37
Rendre compte des résultats	38
8. Pleins feux sur l'avenir	39
Questions à régler	39
Conclusion	40
Annexe A : Glossaire et abréviations	41
Annexe B : La Commission de l'Organisation mondiale de la santé sur les déterminants sociaux de la santé	44
Annexe C : Le réseau de connaissances sur les systèmes de santé	45
Abréviations	46
Sources	47

Remerciements

Les auteurs tiennent à souligner l'importante contribution au présent document de M^{me} Lucy Gilson et de M^{me} Jane Doherty du réseau de connaissances sur les systèmes de santé de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'OMS. Nous remercions en particulier les membres du réseau régional de l'est et du sud de l'Afrique (EQUINET), qui ont fait des recherches extensives pour cerner les sources utilisées aux fins du présent examen, de même que M^{me} Jane Doherty et M^{me} Bronwyn Harris pour les sommaires des principaux documents et expériences. M^{me} Gilson et M^{me} Doherty ont toutes deux fourni des observations et de conseils utiles au sujet du synopsis et des versions antérieures de la présente synthèse. Les membres du réseau susmentionné nous ont généreusement communiqué leurs points de vue sur leurs expériences en matière d'action intersectorielle pour la santé et l'équité. Merci à M^{me} Nicole Valentine, M^{me} Alexandra Nolen, M^{me} Orielle Solar et M^{me} Jeanette Vega du secrétariat de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé qui nous ont fourni la documentation et les commentaires ayant permis de façonner la synthèse et l'analyse présentées en l'occurrence.

Préface

Le présent document a été préparé pour le réseau de connaissances sur les systèmes de santé (RCSS)¹ de la Commission de l’OMS sur les déterminants sociaux de la santé, et a été examiné par au moins un examinateur du RCSS et un examinateur externe. Nous tenons à remercier ces examinateurs de leurs conseils sur les sources additionnelles d’information et sur différentes perspectives d’analyse, et de leur aide dans la clarification des messages clés.

1 Le travail du RCSS a été réalisé grâce à une subvention du Centre de recherches pour le développement international (CRDI), Ottawa, Canada. Les vues exprimées dans le présent document sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement les décisions, la politique ou les vues du CRDI, de l’Organisation mondiale pour la santé ou ses commissaires, du RCSS, d’EQUINET ou des examinateurs.

Résumé

Le présent document constitue la première étape d'une initiative canadienne sur l'action intersectorielle pour la santé et donne un aperçu des approches adoptées en matière d'action intersectorielle aux échelons mondial, infrarégional, national, infranational et communautaire. Il vise à contribuer au travail de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé (CDSS) de l'Organisation mondiale de la Santé et il est le fruit de la collaboration entre EQUINET, le réseau de connaissances sur les systèmes de santé de la CDSS et l'Agence de santé publique du Canada.

L'examen des expériences consignées par des universitaires, décideurs et praticiens de plus de 15 pays vise à analyser plus en profondeur les questions se rapportant aux :

- types de problèmes abordés à travers l'action intersectorielle (AS);
- conditions déterminant la collaboration horizontale et intergouvernementale;
- outils, mécanismes et approches à l'appui de l'AS; et
- rôles joués par le secteur de la santé et d'autres intervenants.

Comme l'illustre le présent document, l'expérience de l'action intersectorielle offre d'importantes leçons pouvant être mises à profit :

- **Questions de contexte.** Le contexte plus général de la prise de décisions (politiques, économiques ou socio-culturelles) influe sur le mode de

formulation des enjeux et la sélection des approches (y compris l'action intersectorielle), mécanismes ou outils en vue de la résolution du problème. Au nombre des variables devant être prises en considération, mentionnons la stabilité de l'environnement socio-politique, le niveau du revenu national du pays, les styles de prise de décision et le choix du moment (p. ex. avant ou après une élection). Les intervenants de la société politique ou civile sont les principaux moteurs de l'action intersectorielle.

- **L'AS est une stratégie pouvant résoudre une vaste gamme de problèmes de santé.** L'AS a permis de relever une vaste gamme de défis liés aux politiques publiques du domaine sanitaire ou socio-économique, entre autres, l'action touchant un ou des déterminant(s) précis de la santé, les populations, les collectivités, les maladies et les comportements de santé de même que les facteurs de risque. D'une façon moins considérable, les cadres stratégiques généraux traitant explicitement de l'équité en matière de santé (p. ex. ceux du RU et de la Suède) font de l'AS une stratégie clé. L'adoption de l'équité en matière de santé en tant qu'objectif explicite varie considérablement. Au nombre des problèmes circonscrits, signalons la promotion de la santé, la prévention des maladies, la protection de la santé, la santé publique, les soins primaires, le développement communautaire, la prévention du crime,

la sécurité publique, le développement économique, la cohésion sociale, l'éducation, l'emploi et le développement durable.

- ***L'action intersectorielle est dynamique et exige également de nombreuses ressources.*** L'expérience acquise en matière d'action intersectorielle (AS) nous apprend que, dans ce domaine, la nature des efforts varie au fil des étapes de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation des politiques. Les tâches, intervenants, compétences et ressources nécessaires aux fins du lancement de l'AS sont très différents de ceux dont on a besoin aux étapes de la mise en application de l'AS et de l'évaluation de son incidence. L'AS exige énormément de ressources, tant humaines que financières et temporelles. Les compétences indispensables à l'étape de l'élaboration—p. ex. en vue de la négociation et de la désignation des ressources—sont fort différentes de celles nécessaires pour la mise en œuvre et la prise en considération des répercussions. Signalons trois défis clés, à savoir définir les objectifs et les rôles, poursuivre sur sa lancée et évaluer les résultats. À la lumière de ces considérations, une évaluation critique doit être effectuée afin de déterminer quand, où et comment l'action intersectorielle doit être entreprise.
- ***Le degré de difficulté de l'AS est fonction de la complexité de l'environnement politique.*** Plus les partenaires et les intérêts sont nombreux, plus les problèmes logistiques entravent le lancement et la poursuite de l'action intersectorielle. Les AS couronnées de succès et documentées sont plus nombreuses à l'échelon communautaire que national ou planétaire et bon nombre de sources font état du problème de la complexité accrue aux

niveaux supérieurs de gouvernance. Le nombre de partenaires et la complexité des modèles de prise de décision sont vraisemblablement des facteurs contributifs : il est plus facile d'avoir une collectivité en santé qu'un monde en santé. Toutefois, bon nombre des leviers à l'origine d'améliorations massives dans le domaine de l'équité en matière de santé sont tributaires de l'action intersectorielle aux niveaux local, infranational, national et planétaire et entre ceux-ci. Pour être efficace, l'AS doit être fondée sur une analyse approfondie du contexte. La complexité du processus décisionnel doit être vue comme une occasion plutôt qu'un risque.

Les expériences passées en revue dans le présent document témoignent du succès remporté par certaines initiatives verticales ou horizontales en matière de santé. Cependant, compte tenu des répercussions sur les ressources des efforts intersectoriels, on doit faire preuve d'esprit critique lorsque vient le moment d'évaluer quand, où et comment on doit agir. Bien que diverses méthodes aient été utilisées, à divers niveaux de gouvernance, il ne semble pas qu'il y ait un modèle « taille unique ».

Bon nombre de questions demeurent sans réponse. Les renseignements contenus dans le présent document permettront de formuler les questions devant être étudiées plus à fond dans le cadre de l'initiative, en se fondant sur les études de cas et les analyses subséquentes et le compte rendu des expériences nationales et régionales en matière d'AS. On s'attend également à ce que le présent document éclaire le rapport final que les responsables du réseau de connaissances des systèmes de santé présenteront à la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé.

1

Introduction

En 1997, les raisons pour lesquelles il est nécessaire de promouvoir l'action intersectorielle pour la santé ont été exposées à la Conférence internationale sur l'action intersectorielle sur la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (OMS, 1997) :

- Nous avons besoin d'une nouvelle vision de la santé en vertu de laquelle le secteur de la santé serait l'un des nombreux intervenants intersectoriels d'une « toile » qui tire parti d'un leadership, de compétences, de données et de renseignements d'un nouveau genre.
- Nous avons besoin de nouveaux systèmes de gestion des partenariats et des alliances, débouchant sur de nouveaux rôles ou responsabilités, de nouvelles méthodes de prestation ou de financement et de nouveaux outils ou mesures de suivi, de responsabilisation et des résultats.
- Nous avons besoin de meilleurs éléments probants pour donner à voir l'incidence de l'action intersectorielle sur la santé et les interventions sanitaires.
- Nous devons mieux comprendre et mieux utiliser les indicateurs sanitaires et sociaux qui, souvent, sont étroits et faussés par les facteurs économiques, afin d'éclairer et de renforcer les décisions touchant les politiques et les programmes.
- Dans le domaine de la santé, nous devons saisir les occasions tout en assumant les fardeaux.

Au cours des dix années qui ont suivi la Conférence, de nombreuses régions, nations et collectivités ont mené une action intersectorielle. Les résultats ont été variables. La nécessité d'une action intersectorielle a fait l'objet d'une ample documentation, ce qui n'est toutefois pas le cas des expériences visant à lancer ou poursuivre des efforts intersectoriels pour la santé, dans divers contextes décisionnaires, et à évaluer leur incidence.

Le présent document vise à faire la synthèse des expériences et apprentissages documentés en matière d'action intersectorielle (AS) pour la santé et à les analyser. Le document s'inspire d'une gamme de contextes sociaux et politiques différents et, dans la mesure du possible, étudie l'action intersectorielle sous l'angle des déterminants sociaux de la santé en visant la réalisation de l'objectif de l'équité en santé. Il tente de répondre aux questions clés suivantes :

- Quels sont les problèmes de santé publique qui ont été résolus grâce à l'AS?
- Quels sont les outils, les mécanismes et les stratégies qui ont été utilisés pour faciliter l'AS?
- Quel(s) rôle(s) le secteur de la santé et les autres secteurs ont-ils joué en vue de lancer et d'appuyer l'AS?
- Qu'a-t-on appris?

Le présent document, qui est la première étape d'une initiative canadienne sur l'action intersectorielle pour la santé, se veut une contribution à la Commission sur les déterminants sociaux de la santé (DSS) de l'Organisation mondiale de la Santé. Il est le fruit de la collaboration entre le réseau de connaissances sur les systèmes de santé de la Commission sur les DSS et l'Agence de santé publique du Canada. Les renseignements contenus dans le présent document permettront de formuler les questions devant être étudiées plus à fond dans le cadre de l'initiative, en se fondant sur les études de cas et les analyses subséquentes et le compte rendu des expériences nationales et régionales en matière d'AS. On s'attend également à ce que le présent document éclaire le rapport final que les responsables du réseau de connaissances des systèmes de santé présenteront à la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé.

Le présent document est structuré comme suit :

- Chapitre un : Introduction;
- Chapitre deux : Définition des termes et description des méthodes;
- Chapitre trois : Action intersectorielle pour la santé : une large gamme d'approches;
- Chapitre quatre : Action intersectorielle : contournement des obstacles et facilitateurs;
- Chapitre cinq : Approches visant à faciliter l'action conjointe;
- Chapitre six : Rôles et responsabilités;
- Chapitre sept : Questions découlant de l'action intersectorielle; et
- Chapitre huit : Pleins feux sur l'avenir.

2

Définition des termes clés et description des méthodes

Définitions

Les définitions suivantes sont tirées des travaux de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS.

■ Action intersectorielle pour la santé

Mettant à contribution le travail effectué à la Conférence de 1997, le présent document adopte la définition suivante de l'action intersectorielle pour la santé :

Lien reconnu entre une partie ou des parties du secteur de la santé et une partie ou des parties d'un autre secteur, qui a été noué pour intervenir dans un problème en vue d'atteindre des résultats en matière de santé (ou des résultats intermédiaires en matière de santé) d'une manière plus efficace, plus efficiente et plus durable que le pourrait le secteur de la santé s'il devait agir seul. (*WHO Health*, 1997, p. 3)

Aux fins de la présente synthèse, les secteurs suivants sont réputés faire partie de la catégorie générale du secteur public (ou gouvernemental) : santé, environnement, éducation, finances ou trésorerie, défense et ressources naturelles. Font partie du secteur non gouvernemental des intervenants du secteur privé, entre autres des professionnels et des organismes du secteur des médias.

■ Déterminants sociaux de la santé

Par déterminants sociaux de la santé (DSS), on entend les « conditions sociales dans lesquelles les personnes vivent et travaillent » (*Commission on SDH*, 2005a, p. 4), qui peuvent avoir une incidence sur la santé de la population ou des particuliers. Au nombre des déterminants sociaux de la santé souvent mentionnés, signalons l'éducation, le statut socio-économique, le développement du jeune enfant, les environnements physique et social, le sexe et la culture.

■ Équité en santé

L'équité en santé est définie comme « l'absence d'écart injustes et évitables, ou qui peuvent être corrigés, en ce qui a trait à la santé parmi les populations ou les groupes définis sur le plan social, économique, démographique ou géographique. » (*WHO Commission on SDH*, 2005a, p. 5)

Bien que ces termes soient tous trois censés être les points centraux d'une discussion sur l'AS dans le contexte de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé, la présente synthèse est en majeure partie essentiellement centrée sur l'AS. Signalons toutefois que même si bon nombre des expériences dont il fait état en l'occurrence ne sont pas expressément axées sur les DSS ou l'équité en santé, elles pourraient contribuer à l'avancement des objectifs en matière d'équité en santé.

L'annexe A (Glossaire des termes) renferme des définitions ad hoc d'autres termes connexes utilisés dans le présent document.

Méthodologie

Le présent document porte sur les expériences documentées par des universitaires, décideurs et praticiens de plus de 15 pays. Parmi les sources consultées, datant du milieu des années 1990 jusqu'à présent, mentionnons plus de 100 articles, publications gouvernementales ou non-gouvernementales, présentations et communications commandées, de même que des travaux en cours qui sont destinés à la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé. Ces expériences sont, en majeure partie, celles de pays à revenu élevé. La documentation se rapporte surtout à des initiatives européennes et canadiennes, même si sont également abordées d'importantes initiatives d'AS mises en œuvre en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Sri Lanka et au Brésil.

La recherche de documentation est une tâche à laquelle ont collaboré EQUINET, le centre de coordination du réseau de connaissances sur les systèmes de santé et l'Agence de santé publique du Canada. Font partie des mots clés : « action intersectorielle pour la santé »; « équité en santé »; « inégalités en santé »; « évaluation des incidences sur la santé »; « zones d'action pour la santé »; « sécurité sociale »; « développement social »; « exclusion sociale »; « renforcement/mise en œuvre des initiatives, mesures et mécanismes : gouvernement »; et « secteur public ». EQUINET a effectué des recherches dans toutes les bases de données – accessibles sur l'Internet, tous les sites des Nations Unies, un éventail de sites d'établissements de recherche et de la société civile exploités d'ordinaire par EQUINET et Google. Le centre de coordination du réseau de connaissances sur les systèmes de santé a consulté certains documents additionnels par l'entremise des personnes-ressources de la Commission de l'OMS sur les DSS et a vérifié manuellement les listes récapitulatives des

documents importants. Ces trois organismes collaborateurs ont fourni des documents additionnels. Parmi les types de source, mentionnons les articles, les rapports d'organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, les consultants et les organismes donateurs.

En dépit de l'ampleur assez considérable de sa portée, le présent document comporte trois limitations principales :

1. Il est possible que les mots clés utilisés aux fins de sélection des sources aient restreint le champ d'application du document à des expériences dans lesquelles le secteur de la santé assumait manifestement le rôle de leader ou de partenaire. Les sources de documentation sur les politiques publiques plus générales traitant de la collaboration intersectorielle ou intergouvernementale n'ont pas été systématiquement mises à profit aux fins de la rédaction du présent document. En raison de cette limitation, il se peut que des expériences documentées en matière d'action intersectorielle visant la réalisation d'objectifs de politique sociale plus généraux – secteur dans lequel la santé est un indicateur important du progrès – aient été négligées.
2. La présente synthèse étant une étude sur papier, elle ne porte que des expériences documentées et faciles d'accès. Dans la plupart des pays, la nature confidentielle des documents officiels de décision, par exemple, les documents du Cabinet et du Trésor, limite l'accès à l'information contenant des détails sur les questions en jeu, les mécanismes de collaboration intersectorielle et les dispositions prises concernant la responsabilisation.
3. Les renseignements se rapportant au processus et aux évaluations des résultats des efforts intersectoriels sont relativement rares. Les expériences documentées peuvent apporter une réponse aux questions étudiées en l'occurrence, du moins en partie. On s'attend que la phase deux du projet, qui comprendra des études de cas propres au contexte, fournira des réponses additionnelles à ces questions.

3

Action intersectorielle pour la santé : une large gamme d'approches

Le concept de l'action intersectorielle a été introduit à la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, tenue à Alma-Ata au Kazakhstan en 1978. Le modèle de soins de santé primaires fait explicitement état de la nécessité d'avoir une « stratégie détaillée en matière de santé qui, non seulement prévoit la prestation de services de santé, mais s'attaque également aux causes sociales et économiques fondamentales d'un mauvais état de santé » (WHO, 2005b, p. 11). Dans les années 1980, la nécessité d'une collaboration entre les secteurs aux fins de réalisation de gains en matière de santé a de nouveau été mise en lumière à des conférences ayant pour thème l'AS et la Charte d'Ottawa. Selon l'OMS, « Bon nombre de pays ont intégré un engagement formel en matière d'AS à leurs cadres officiels de politique sanitaire dans les années 1980. Le bilan des résultats réels de la mise en œuvre de l'AS dans ces pays est toutefois peu reluisant... L'AS axée sur des déterminants sociaux et environnementaux de la santé s'est d'ordinaire avérée, dans la pratique, le volet le plus faible des stratégies associées à la Santé pour tous » (WHO, 2005b, p. 15). Dans les années 1990, les efforts en vue d'une action intersectorielle se sont multipliés, à mesure que s'accumulaient les connaissances sur les déterminants de la santé. En 1997, l'OMS a organisé une conférence spéciale sur l'AS (comme mentionné dans les commentaires introductifs du présent document). En 2000, la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé a confirmé la nécessité de transcender les limites sectorielles.

Des politiques particulières visant à remédier aux inégalités en matière de santé ont par la suite été élaborées dans un certain nombre de pays de l'OCDE. Les politiques du Royaume-Uni et de la Suède sont souvent données en exemple.

En 2006, l'Union européenne a introduit *La santé dans toutes les politiques*, une directive de vaste portée ayant des répercussions sur l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques intersectorielles (Evans et Vega, 2006, diapo 6). Une conférence ayant pour thème « La santé dans toutes les politiques » a été organisée par l'Union européenne en septembre 2006, pour laquelle le ministre des affaires sociales et de la santé de la Finlande a produit un ouvrage intitulé *Health in all Policies – Prospects and Potentials*. Ce dernier décrit les expériences sectorielles en santé dans toutes les politiques, par exemple, celles ayant trait à la santé du cœur ou à la santé en milieu de travail. Une partie est également consacrée aux possibilités et aux défis liés à la gouvernance en santé, une autre à l'évaluation des répercussions du point de vue de la santé. Dans les conclusions, il est admis que même si dans bon nombre de stratégies la combinaison de la santé et d'autres politiques se traduira par un « gain mutuel », dans d'autres cas il est possible que les valeurs et les objectifs des diverses stratégies soient incompatibles. Dans ces cas, on suggère que les buts et les objectifs doivent faire l'objet de négociations et que des compromis doivent être établis (Ståhl, T. et coll. 2006).

Principaux événements liés à l'action intersectorielle pour la santé

- Années 1970 : Alma Ata, soins de santé primaires
- Années 1980 : Conférences sur l'AS, Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé
- Années 1990 : Action intersectorielle pour la santé au 21^e siècle de l'OMS (conférence de Halifax)
- Années 2000 : Charte de Bangkok pour la promotion de la santé, politiques relatives aux inégalités en matière de santé dans les pays de l'OCDE; Santé dans toutes les politiques – UE (2006)

(Evans et Vega, 2006)

Le présent document porte sur des efforts récents—c.-à-d. ceux entrepris au cours des dix dernières années—visant à cerner les variables et les schémas pour mieux comprendre les faits nouveaux en matière d'AS dans divers contextes socio-politiques. Plus précisément, il traite des questions suivantes :

- Quel genre de problèmes l'action intersectorielle a-t-elle permis de résoudre?
- Quelles sont quelques-unes des diverses approches en matière d'action intersectorielle qui ont été utilisées?
- Comment ces diverses formes de collaboration ont-elles été catégorisées?
- Comment peut-on renforcer l'action intersectorielle?

Les prochains chapitres cernent une gamme de défis en matière de politiques publiques, de même que des approches intersectorielles précises pour les relever.

L'action intersectorielle à divers échelons de la prise de décisions

Des approches intersectorielles pour la santé ont été mises en application à bon nombre de niveaux de gouvernance ou de juridiction différents : par exemple, à travers des programmes internationaux lancés par l'Organisation mondiale de la Santé ou d'autres organismes des Nations Unies, des cadres stratégiques régionaux ou nationaux, des initiatives infranationales et l'élaboration et la mise en œuvre de politiques communautaires ou institutionnelles.

Voici des exemples d'action intersectorielle pour la santé à l'échelon planétaire :

- le Sommet mondial pour le développement durable de 2002, qui a réuni une vaste gamme d'intervenants, entre autres des représentants du secteur de la santé;
- l'Alliance en faveur d'un environnement sain pour les enfants, faisant office de plate-forme de mise à exécution qui facilite le travail intersectoriel sur les questions touchant la santé des enfants et la salubrité de l'environnement (van Schirnding, 2005);
- le mouvement prônant la Santé pour tous; et
- le Programme des cités durables relevant du Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE). (Huchzermayer, Burton et Harpham, 2001).

À l'échelon planétaire/régional, l'Union européenne a fait de l'évaluation des incidences sur la santé (EIS) un outil dont elle se sert pour circonscrire les liens entre la santé et les autres politiques sectorielles. La discussion porte sur l'utilisation des évaluations des répercussions sur la santé et également sur les fondements législatifs des évaluations des répercussions sur la santé dont font l'objet des politiques censées avoir une incidence sur la santé. Le centre régional de l'OMS pour les activités en matière de salubrité de l'environnement, qui fait la promotion de la salubrité de l'environnement grâce à un soutien technique dans 23 pays membres, est un exemple de la manière dont ce genre de collaboration a été institutionnalisé. Cette collaboration découle de la nécessité

qu'on tienne compte, aux fins du développement durable et de la gestion des ressources naturelles, non seulement des questions de développement, mais également de la complexité des considérations environnementales et sanitaires en jeu. (Lock et McKee, 2005, p. 356-60).

À l'échelon national, le recours à des approches intersectorielles visait à résoudre des problèmes complexes et polyvalents grâce à la conjugaison des efforts des ministères et organismes gouvernementaux pertinents en une seule stratégie coordonnée :

- Au Royaume-Uni et en Suède, des cadres stratégiques généraux ou des approches pangouvernementales ont été adoptés pour corriger les inégalités ou les injustices grâce à l'action intersectorielle et aux stratégies connexes.
- Au Canada et en Australie, les expériences du domaine de l'action intersectorielle décrites dans la documentation consultée portent essentiellement sur des populations particulières, comme les enfants, ou des contextes particuliers (collectivités à faible revenu, écoles et lieux de travail).

À l'échelon infranational, l'action intersectorielle a permis de relever une gamme de défis stratégiques ayant trait à l'équité en santé :

- La *Loi sur la santé publique* adoptée en 2001 au Québec « reconnaît que divers textes de loi et règlements d'autres organismes gouvernementaux peuvent influencer sur la santé et le bien-être de la population. Elle autorise donc le ministre de la Santé et des Services sociaux à se tourner vers l'action intersectorielle pour appuyer l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé » (Bernier, 2006, p. 26). Deux stratégies favorisent sa mise en œuvre : le lancement d'une évaluation intragouvernementale des répercussions sur la santé et les contributions à l'élaboration de la recherche. Le volet de la recherche comprend notamment « le soutien financier au titre de la conception de nouveaux outils d'évaluation des effets de la politique publique sur la santé. Font partie

du programme de transfert du savoir, des examens et des mémoires ayant pour objet d'aviser les ministères gouvernementaux des répercussions possibles sur la santé des lois et règlements en voie d'élaboration » (Bernier, 2006, p. 32).

À l'échelon communautaire, les réseaux rassemblent souvent une vaste gamme d'intervenants, par exemple, des cliniciens, des chercheurs, des décideurs sectoriels (p. ex. santé, éducation, services sociaux et environnement), de même que des représentants de la société civile et du secteur privé. Ces réseaux donnent à des groupes qui passent inaperçus, comme les professionnels de la santé, les organismes sanitaires des collectivités ou les services communautaires, l'occasion de travailler de concert à la résolution de problèmes qui les concernent tous. Entre autres exemples, mentionnons :

- En Australie, le projet de réseautage *Here for Life Networking Project* (Queensland) et les projets *High Street Community Linkage* (Sydney) et *Connexions* (Melbourne).
- La désignation, par le ministre de la Santé de la Nouvelle-Zélande, de trois types d'action (ministre de la santé de la Nouvelle-Zélande, 2001) relevant de l'action intersectorielle communautaire pour la santé :
 - secteur très important, ou initiatives axées sur un cadre : *Health Action Zones* (zones d'action pour la santé), *Healthy Cities* (villes-santé), et *Healthy Schools* (écoles-santé);
 - initiatives axées sur des enjeux : programmes communautaires liés à la lutte contre l'alcoolisme, la prévention des blessures, la nutrition, la santé et au logement; et
 - services de gestion des cas : consolidation des familles, gestion coopérative des cas, travailleurs sociaux dans les écoles, centres de services aux familles et services complets aux enfants souffrant de troubles émotionnels, mentaux et comportementaux, ou aux enfants ayant de multiples difficultés et besoins, ou les deux.

Coopération entre divers échelons

La collaboration *horizontale* s'établit entre divers secteurs (ou sous-secteurs d'un même secteur). D'ordinaire, ce type de collaboration met en cause des particuliers ou groupes de même niveau de prise de décisions ou de compétence, qui travaillent ensemble à la réalisation d'une série d'objectifs.

La collaboration *verticale* consiste à relever des défis stratégiques nécessitant la prise de décisions par plus d'un ordre de gouvernement sans égard aux limites de compétence. Il peut s'agir d'établissements internationaux qui travaillent avec des administrations régionales ou nationales, ou de gouvernements nationaux qui collaborent avec l'administration d'un État, d'une province ou d'une municipalité en vue de surmonter des obstacles stratégiques complexes. La collaboration verticale permet de « regrouper des partenaires ayant des caractéristiques et des exigences uniques indissociables du rôle qu'ils jouent dans le secteur public...elle doit respecter les mandats et responsabilités juridictionnels des partenaires des divers ordres de gouvernement tout en misant sur les valeurs, les intérêts et les objectifs communs » (Comité consultatif [canadien] fédéral-provincial-territorial sur le sida, 1999, p. 4). Il arrive souvent que l'engagement horizontal des autres parties en soit le complément, par exemple celui des organismes non gouvernementaux et des donateurs de nations ayant un revenu faible ou moyen.

Si l'on se fie aux observations concernant la lutte contre le VIH/sida qui transcende les frontières organisationnelles, c'est la conjugaison de la collaboration verticale et horizontale qui permet d'atteindre le maximum d'efficacité du point de vue de l'action intersectorielle et d'obtenir les meilleurs résultats :

L'AS est plus fructueuse lorsqu'elle associe la collaboration verticale et la collaboration horizontale. La combinaison de ces deux dimensions maximise les chances de renforcer et potentialiser les effets (Comité consultatif [canadien] fédéral-provincial-territorial sur le sida, 1999, p. 4).

L'orchestration de ces éléments procure un produit final souple et durable ainsi qu'un bouclier contre l'inaction, l'intérêt défaillant ou la désintégration. Parallèlement, compte tenu de la vaste gamme d'intérêts en cause, un effort additionnel ou une négociation pourrait être nécessaires en vue de la compréhension commune des objectifs, des rôles respectifs et des responsabilités quant aux résultats.

Problèmes réglés grâce à l'AS : mise en contexte des questions relatives à la politique publique

L'action intersectorielle est une stratégie utilisée pour résoudre des problèmes stratégiques complexes qu'un pays, gouvernement, ministère ou secteur ne peut régler à lui seul. L'action intersectorielle permet de mettre le cap sur des déterminants précis de la santé, des maladies, des populations (p. ex. peuples autochtones, enfants), des collectivités géographiques, des comportements sanitaires et des facteurs de risque.

Qui plus est, suivant la documentation consultée, l'action intersectorielle a permis de renforcer le développement communautaire, la prévention du crime, la prévention des maladies, l'essor économique, le développement durable, l'éducation et l'emploi, la promotion de la santé, la protection de la santé, les soins primaires, la santé publique, la sécurité publique et la cohésion sociale.

Sont associés à chacune de ces politiques de « point d'entrée » une base conceptuelle particulière; des hypothèses connexes, un vocabulaire et des méthodes de mesure; une série d'intervenants institutionnels; et des instruments stratégiques d'usage courant. La manière de mettre en contexte une question détermine souvent quels organismes gouvernementaux et autres organismes prendront la tête des efforts en vue de relever le défi stratégique. L'incidence de la mise en contexte est débattue plus en profondeur au chapitre 5 : Approches visant à faciliter l'action conjointe.

4

Action intersectorielle : contournement des obstacles et facilitateurs

Moteurs de l'action intersectorielle

La nécessité de passer à l'action est un moteur fondamental des efforts faits dans le cadre d'une AS. Voici quelques autres catalyseurs de l'action intersectorielle :

- le lobbying et les pressions politiques du public, des parties d'opposition, des organismes non gouvernementaux, des médias, ou des coalitions de groupes intéressés qui ont pour objet de relever un important défi stratégique;
- des conditions économiques favorables favorisant une action intersectorielle qui vise à surmonter des obstacles stratégiques complexes. Étant donné que l'AS est souvent plus onéreuse à court terme que des solutions, « miracles » plus simples, ce sont les économies fortes qui peuvent investir en permanence des ressources dans le travail intersectoriel. Dans les périodes de réduction budgétaire, des approches novatrices en matière d'action intersectorielle peuvent être adoptées pour remédier au chevauchement et à l'entrecroisement des mandats organisationnels;
- l'existence d'une boucle de « rétroaction » entre les citoyens et le gouvernement, afin d'orienter et de définir les enjeux et d'y donner suite. La communication en temps opportun de renseignements entre les citoyens et le gouvernement est nécessaire;
- des organismes centraux forts qui supervisent et guident les approches pour garantir le respect des mandats, pouvoirs et obligations redditionnelles des organisations. Même si ce ne sont pas nécessairement les organismes centraux qui tiennent les rênes de ces approches, ils jouent souvent un rôle de soutien important en fournissant des ressources adéquates au titre des initiatives; en orientant les politiques à travers le processus décisionnel formel; et en concevant et supervisant l'application des cadres de responsabilisations; et
- des données tirées de rapports de commissions ou de groupes de travail, des études, des statistiques, des résultats de sondage qui sont défavorables. Les mauvaises nouvelles attirent parfois plus l'attention du public et des politiciens que les exemples de réussite. La comparaison de l'état de santé et des conditions sanitaires des nations peut susciter de l'intérêt à l'égard des efforts intersectoriels axés sur la résolution des problèmes communs et la promotion de conditions équitables en matière de santé et de développement social.

Les expériences documentées démontrent clairement que le contexte et la culture sont des éléments essentiels du succès des initiatives intersectorielles. Des conditions ou approches procurant des résultats dans un certain secteur ou milieu peuvent ne pas avoir le même effet dans un autre. La documentation laisse supposer que, même s'il n'y a pas de manière unanimement « correcte » de faire des efforts associés à une AS, le respect de certains principes favorise le succès de l'AS.

La documentation des exposés liée à la promotion de la santé dans les écoles (Rowling et Jeffreys, 2005) illustre ce point. Au nombre des obstacles devant être surmontés aux fins d'établissement d'une collaboration entre les secteurs de la santé et de l'éducation, mentionnons : « le financement vertical; la diversité des paradigmes et opinions professionnels; les priorités et processus décisionnels concurrents; et les processus complexes de l'engagement. » Même si la recherche sur la santé est fondée sur l'hypothèse voulant que les stratégies de promotion de la santé peuvent être aussi efficaces dans n'importe quelle école, la recherche effectuée dans le domaine de l'éducation a fait ressortir un facteur crucial, à savoir que les écoles ont des cultures très différentes [p. ex. écoles rurales, comparativement aux écoles d'un centre-ville]—et que ces cultures dépendent d'une foule de facteurs changeants. La collaboration effective entre les secteurs n'est possible qu'à condition qu'elle soit synonyme, aux yeux des partenaires, de « résultats mutuellement bénéfiques, de stratégies de mise en application faisables et de méthodes de suivi et d'évaluation compatibles. »

Dans des États déchirés par des conflits et fragiles sur le plan politique, les actions intersectorielles ont fait la preuve qu'elles

étaient essentielles au rétablissement de la sécurité et à la promotion de l'équité en santé. Dans certaines circonstances, la décentralisation du gouvernement a contribué à faire de l'AS une méthode de travail acceptée—chose qui n'a pas toujours été possible dans des environnements mieux établis (*WHO: Health Systems Knowledge Network, 2006*).

La consultation de la documentation nous apprend que les bonnes intentions ne sont pas un gage de réussite des initiatives intersectorielles. La stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes en Australie (*National Youth Suicide Prevention Strategy*) n'a pas atteint les objectifs fixés en raison d'une foule de facteurs non intentionnels : manque de consultation avec les états et les territoires; insuffisance du réseautage; manque d'expérience du personnel affecté au projet; et insuffisance des processus de planification gouvernementaux. Les expériences de l'Australie où cette stratégie a été adoptée sont une leçon précieuse sur l'importance de la planification préalable qui permet d'éviter les pièges et d'atténuer les risques.

Paramètres du succès

De nombreuses sources fournissent des conseils sur les conditions du succès de l'AS aux échelons local, national et régional, et dans l'ensemble des secteurs de compétence (Comité consultatif FPT sur le VIH/sida, 1999; OMS, 1997; Agence de coopération en vue du développement international de la Suède, 1999, Rychetnik et Wise, 2004, Association canadienne de santé publique, 1997). L'ouvrage intitulé : « *Working together: Intersectoral Action for Health* » (Harris et coll. 1995) renferme une liste exhaustive de ces facteurs habilitants, ou conditions de succès.

Paramètres de l'efficacité de l'action intersectorielle

- Les parties ont cerné la *nécessité* de travailler ensemble pour réaliser leurs objectifs. Pour ce faire, elles doivent avoir des objectifs individuels clairs de même que des objectifs conjoints.
- Dans un cadre d'utilisation plus général, il se présente des *chances* de promouvoir la collaboration intersectorielle, p. ex. lorsque la collectivité fait preuve de compréhension et de coopération.
- Les organismes ont la *capacité*—les ressources, compétences et connaissances nécessaires—de passer à l'action.
- Les parties ont établi une *relation* sur laquelle elles peuvent fonder une action coopérative et planifiée. Il s'agit d'une relation clairement définie qui repose sur la confiance et le respect.
- L'*action planifiée* est bien conçue et peut être mise en œuvre et évaluée. L'action est claire et les parties s'entendent pour l'entreprendre. Les rôles et les responsabilités sont bien définis.
- Il existe des plans pour *suivre* et *étayer les résultats*.

(Adapté de Harris *et coll.* 1995)

D'autres textes et listes de vérification proposent des variations et des considérations additionnelles (Rachlis, 1999; FPT, 1999; Bauld, 2005 et Goumans, 1997). Certains des éléments sous-mentionnés figurent sur bon nombre de listes de « facilitateurs » :

1. **Créer un cadre et une approche philosophiques en matière de santé qui favorisent l'AS.** Par exemple, en mettant l'accent sur les déterminants de la santé plutôt que sur une approche axée sur la maladie, on peut automatiquement nouer des liens avec d'autres secteurs et ces derniers sont en mesure d'envisager le rôle qu'ils peuvent jouer dans la résolution de ce problème.
2. **Insister sur les valeurs, les intérêts et les objectifs qu'on en commun les partenaires et les éventuels partenaires.** Beaucoup de rédacteurs ont mis en lumière l'importance de cultiver la confiance et des valeurs communes : les personnes qui prennent part à l'AS doivent avoir des vues similaires. Pour les particuliers, les valeurs

personnelles sont des indicateurs plus significatifs que l'adhésion à des valeurs organisationnelles. Les valeurs sociétales qui sont alignées sur les objectifs de l'AS peuvent également avoir de l'influence.

3. **Assurer le soutien politique; miser sur les facteurs positifs de l'environnement politique.** Souvent, les politiciens mènent ou défendent les initiatives progressives du domaine de l'AS, tant dans le secteur de la santé qu'à l'extérieur de ce dernier. C'est en établissant de solides liens avec les leaders politiques, les administrateurs et les médias qu'on peut s'assurer de leur appui.

Un mandat clair et un environnement politique coopératif sont tout aussi souhaitables pour établir un climat de solidarité, faciliter une action collective, reconnaître la nécessité d'un investissement à long terme dans l'AS et susciter un climat économique favorable. Subsidiairement, il est possible que les initiatives intersectorielles fassent de l'établissement d'un environnement politique plus coopératif un de leurs objectifs futurs.

Une attitude proactive est recommandée. Il pourrait s'agir, par exemple, d'aider les décideurs et les responsables de l'élaboration des politiques de tous les secteurs à découvrir les avantages de l'AS, et de les inciter à promouvoir l'action intersectorielle dans les domaines de la recherche, des politiques et de la pratique.

4. **Mobiliser les partenaires clés au tout début : être inclusif.** Des partenaires solides et dévoués sont des éléments essentiels du succès de l'action intersectorielle. La participation des bonnes personnes et des bons établissements et le recours, non pas seulement au secteur public, mais également à la société civile et au secteur bénévole sont des étapes cruciales.
5. **Assurer l'établissement de liens horizontaux pertinents dans l'ensemble des secteurs, de même que de liens verticaux au sein des secteurs.** Lorsque des liens sont établis *dans l'ensemble* des secteurs et *entre* les ordres de gouvernement, la « structure » qui en résulte est plus solide. Toutefois, il est essentiel qu'on soit conscient de la possibilité d'un échec attribuable à une insuffisance sur les plans de la communication ou de la consultation, à un manque de cohérence politique, à un manque de clarté quant aux rôles respectifs et à l'insensibilité aux déséquilibres de pouvoirs.
6. **Investir dans le processus d'établissement d'une alliance en tentant d'en arriver à un consensus à l'étape de la planification.** L'assurance que l'action est bien planifiée, ou que les parties entretiennent de bonnes relations, n'est pas un gage de succès. Les efforts peuvent être consolidés grâce à la mobilisation de tous les intervenants dès le début, l'affrontement des divergences et l'incitation à collaborer au processus de planification.
7. **Mettre l'accent sur les objectifs concrets et les résultats tangibles.** En soi, le fait de fixer des objectifs en santé est peu utile aux fins de la promotion de l'action intersectorielle. Certaines provinces canadiennes ont décidé de se fixer d'importants objectifs pangouvernementaux, mais il est trop tôt pour qu'on puisse conclure à l'efficacité, ou l'inefficacité, de cette approche. Le suivi de l'avancement de la réalisation de ces objectifs est également difficile.

Bien que les gains à court terme puissent être très motivants, ils peuvent également aller à l'encontre du but recherché, comme cela est le cas pour les zones d'action en matière de santé établies au Royaume-Uni.
8. **S'assurer les partenaires se partagent le leadership, les responsabilités et les récompenses.** Les particuliers et les organismes du secteur de la santé jouent de plus en plus des rôles différents en ce qui a trait à l'AS. Les partenaires doivent apprendre à être efficaces, quel que soit le rôle qu'ils jouent : catalyseurs, leaders, partenaires ou partisans. Tous les partenaires du travail intersectoriel doivent constater que le processus est mutuellement bénéfique et que les responsabilités et les récompenses sont équitablement réparties.
9. **Former des équipes stables composées de personnes qui travaillent bien ensemble et dotées de réseaux de soutien pertinents.** Goumans (1997) établit une distinction entre les membres du « groupe central » et ceux du « groupe périphérique ». Idéologiquement, les membres du groupe central souscrivent au concept de l'AS. Pour leur part, les personnes qui font partie du groupe périphérique prennent part à l'activité parce que celle-ci est apparentée à leurs intérêts particuliers. Cette observation met en

lumière le rôle important de chaque participant sur le plan de l'efficacité de l'action intersectorielle. L'accès à des capacités et ressources suffisantes, des objectifs communs, le respect mutuel et la confiance sont des éléments qui incitent les personnes à s'engager à long terme à travailler dans les différents secteurs.

10. **Élaborer des modèles pratiques, des outils et des mécanismes à l'appui de la mise en œuvre de l'action intersectorielle.** La pénurie de mécanismes de soutien appropriés peut être un obstacle à l'action intersectorielle. En guise d'exemples de soutien tangible, signalons les modèles de planification coopérative, les cadres d'évaluation permettant d'examiner de nombreux indicateurs, les modèles de responsabilité partagée et les structures de gouvernance novatrices.
11. **Garantir la participation du public; éduquer la population, et la sensibiliser aux déterminants de la santé et à l'action intersectorielle.** Il doit y avoir une voie de communication claire entre les citoyens et le gouvernement – pour transmettre et recevoir de la rétroaction, pour évaluer correctement le succès de l'action intersectorielle et pour prendre des mesures correctives, au besoin.

Les approches pangouvernementales imposent de nouveaux impératifs dont dépend le succès de l'action intersectorielle. Une fois convenue la nécessité de travailler ensemble, la façon de procéder doit être soigneusement déterminée. Voici quelques-unes des mesures proposées afin de créer les conditions du succès (*National Audit Office*, 2001; Exworthy, Berney et Powell, 2002; Bauld, 2005) :

- renforcer les directives en y assortissant l'obligation de collaborer prévue par la loi, le cas échéant;
- s'assurer que les organismes partenaires alignent leur vision et leurs objectifs stratégiques et que les organismes centraux évitent toute ingérence injustifiée dans les partenariats (tout en fournissant une orientation pertinente);
- fournir des incitatifs à travailler conjointement (p. ex. incitatifs financiers, processus décisionnel flexible ou évaluation pertinente du rendement). La restriction de la diversité des voies de financement, l'établissement de budgets communs et la réduction des fardeaux administratif et redditionnel sont également des incitatifs efficaces;
- fixer des délais réalistes en vue de l'obtention des résultats; et
- s'assurer que des voies de recours claires sont mises à la disposition des citoyens et qu'un cadre redditionnel clair est mis en place.

5

Approches visant à faciliter l'action conjointe

Le présent document qui passe en revue l'expérience acquise en matière d'approches intersectorielles met en lumière l'existence d'une gamme d'outils, de stratégies et de mécanismes interdépendants. Les *outils* sont définis en l'occurrence comme des catalyseurs ayant facilité l'AS; les *mécanismes* comme des structures et des mesures institutionnelles; et les *processus et stratégies* comme une combinaison plus générale de mesures ou d'initiatives planifiées en vue de la réalisation d'un ou de plusieurs objectifs précis.

Soutiens de l'action intersectorielle

■ Outils d'information

L'information—qui se présente sous diverses formes, depuis les renseignements non scientifiques concernant l'incidence sur les iniquités dans le domaine de la santé des déterminants sociaux de la santé, jusqu'aux données plus formelles et aux outils fondés sur le savoir—a fait office de catalyseur de la participation de parties multiples à l'élaboration de saines politiques publiques, tant au sein du secteur de la santé qu'à l'extérieur de ce dernier. Les documents examinés étaient surtout centrés sur les outils d'évaluation de l'impact, qui étaient présentés comme un moyen de saisir l'information essentiellement axée sur la santé ou comprenant un volet santé. Mentionnons, par exemple, les évaluations des incidences sur la santé, les évaluations des incidences sur l'environnement, les évaluations des incidences intégrées et les systèmes d'information géographique. Chacun de ces outils fait l'objet d'une brève description ci-dessous.

L'évaluation des incidences sur la santé (EIS) a été décrite comme « un mélange de procédures, de méthodes et d'outils permettant d'évaluer une politique, un programme ou un projet en fonction de ses effets potentiels sur la santé d'une population et de la répartition de ces effets au sein de la population » (Centre européen de l'OMS pour la politique sanitaire 1999). Elle peut s'appliquer de manière prospective, simultanée ou rétrospective. Lock et McKee font remarquer que dans les cas où, pour des raisons stratégiques, la décision a été prise de mettre en œuvre une politique ayant des répercussions défavorables sur la santé, l'AS a contribué à faire connaître le processus et à le rendre plus clair (2005). Au nombre des avantages observés de l'EIS, mentionnons une meilleure compréhension, par les décisionnaires, la manière dont les divers secteurs de politique influent sur la santé, l'élaboration subséquente d'un programme d'action commun et l'amélioration des relations intersectorielles (Lock et MacKee, 2005). L'EIS a été utilisée comme un mécanisme de mobilisation de multiples intervenants, tant au sein du secteur public qu'à l'extérieur de ce dernier.

Lorsqu'elle est axée sur l'équité, l'EIS « permet de déterminer, grâce à la méthodologie, les répercussions qu'une politique, un programme ou un projet peut avoir sur la santé de la population et celle d'un groupe en particulier au sein de cette population, de divers points de vue y compris de celui de la répartition, et d'évaluer si elles sont inéquitables » (Harris-Roxas, Simpson et Harris, 2004, p. 1). L'étude réalisée par Harris-Roxas, Simpson et Harris analyse quatre modèles : les *Merseyside Guidelines*; le *Bro Taf Health*

Inequalities Impact Assessment, la vérification de l'équité; et le *Equity Gauge*. Ils ont signalé « l'absence de directives claires et systématiquement unifiées sur le mode d'évaluation des répercussions sur la santé et des répercussions sur l'équité en santé d'un projet » (2004, p. 43), et en viennent à la conclusion suivante,

Bon nombre de ceux qui sont à l'origine de l'intérêt international accru envers l'EIS font également la promotion d'un plan d'action favorisant l'équité en santé. De surcroît, la manière dont ces deux éléments pourraient être combinés retient de plus en plus l'attention. En dépit des suggestions voulant que l'équité soit prise en considération dans chaque EIS, peu de directives d'exécution ont été émises. Des directives claires, structurées et pratiques doivent être données concernant l'intégration de l'équité dans les EIS, en particulier dans les cas où aucun engagement explicite de réduire les inégalités en santé n'a été pris (Harris-Roxas, Simpson et Harris, 2004, p. ix).

Parmi les autres types d'évaluation des incidences, signalons les évaluations des incidences sur l'environnement (EIE), dont un volet traite de la santé des humains, et les évaluations des incidences intégrées (EII). Les EII tentent de saisir une gamme de facteurs complexes de même que les liens entre ces facteurs et l'intervention stratégique en cause. Les EII regroupent les connaissances et les opinions d'un éventail de secteurs sociaux et économiques en vue de l'évaluation des multiples incidences des projets ou décisions stratégiques. La *Health Development Agency* du Royaume-Uni signale qu'étant donné que l'EII « traite expressément de l'éducation, du logement, du transport et des autres déterminants, il peut être utile qu'on considère l'EII comme un outil d'évaluation des incidences des déterminants de la santé » (*NHS Health Development Agency*, 2004, p. 4).

Une vaste gamme de secteurs utilisent de plus en plus fréquemment les systèmes d'information géographique (SIG) pour cartographier des variables, comme des données démographiques,

l'emploi, le revenu, les structures de la santé et de la morbidité. Étant de nature visuelle, les cartes des SIG permettent de cerner la répartition et le degré de concentration des multiples variables. Les SIG sont reconnus comme des outils indispensables qui facilitent le dialogue entre les secteurs concernant les sujets de préoccupation communs et lancent la collaboration, d'où leur influence sur la santé, l'éducation, le logement et d'autres indicateurs du développement social ou économique.

Parmi les autres exemples du genre d'information ayant facilité l'action intersectorielle, signalons les profils des catastrophes naturelles, à la fois dans les pays développés et non développés; les données de la surveillance des risques pour la santé humaine; les résultats de l'évaluation; et, les plates-formes à utilisation partagée des réseaux électroniques.

Tous conviennent, semble-t-il, de la nécessité d'une vaste gamme d'outils d'information dans le secteur de la santé en vue de la conversion des données et des connaissances en éléments probants grâce auxquels des liens pourront être établis entre les politiques sectorielles et la santé. Lorsqu'ils ont passé en revue les innovations dans les services ruraux associés aux zones d'action pour la santé (*Health Action Zones*) au RU, Asthana et Halliday ont signalé la nécessité d'établir une distinction entre l'information destinée aux professionnels [du secteur de la santé et d'ailleurs] et celle destinée aux utilisateurs (2004, p. 462-463). Outre les utilisateurs particuliers, signalons, entre autres publics, la population, les médias, les décideurs et les autres organismes non gouvernementaux. Les outils d'information mis en lumière dans ces exemples illustrent les liens entre une politique proposée ou mise en œuvre et la santé des humains, l'équité en santé et la répartition équitable des déterminants de la santé.

■ Mesures institutionnelles

La création de nouvelles entités organisationnelles ou mesures institutionnelles à l'appui de l'action intersectorielle a été documentée à plus d'un niveau de prise de décisions. À l'échelon planétaire, le Sommet sur le développement durable de

2002 organisé par les NU est un exemple d'un événement dans le cadre duquel les intervenants institutionnels des secteurs de l'environnement, de l'énergie, de la santé et de l'industrie se sont réunis pour relever les défis stratégiques à long terme du développement durable (von Schirnding, 2005).

À l'échelon régional, EuroHealthNet est un organisme sans but lucratif ayant pour objet de contribuer à l'assainissement de l'Europe en

faisant la promotion d'une plus grande équité en santé entre les pays européens et au sein de ces derniers, et en facilitant le réseautage et la coopération parmi les organismes nationaux, régionaux et locaux pertinents et responsables des pays membres de l'Union européenne (UE), les pays candidats à l'adhésion et les pays de l'EEE (*Welsh Assembly Government, 2003*). Même si les membres de ce réseau sont des organismes des services sanitaires et

Pleins feux sur le SRI LANKA

Cadre national de la santé

Le Sri Lanka a fait la preuve qu'il donne une place de choix à l'action intersectorielle dans le domaine de la santé. En 1980, le premier ministre du Sri Lanka et l'Organisation mondiale de la Santé ont signé la charte visant l'amélioration des soins de santé. Le gouvernement du Sri Lanka s'est engagé à faire en sorte que tous ses citoyens atteignent des niveaux de santé acceptables d'ici 2000 et a privilégié à cette fin l'approche axée sur les soins de santé primaires. Le réseau national d'amélioration de la santé, dirigé par le conseil national de la santé (présidé par le premier ministre), a été établi pour garantir l'engagement politique envers l'action intersectorielle pour la santé.

Le conseil national de la santé fixe les politiques gouvernementales concernant les soins de santé et la mobilisation des secteurs autres que celui de la santé; coordonne l'action multisectorielle; et encourage la participation aux soins de santé. Siègent à ce conseil les ministres de la santé, du développement de l'agriculture et de la recherche agricole; de l'éducation supérieure; des finances et de la planification; de l'administration locale, du logement et de la construction; des affaires domestiques; du travail; et du développement rural.

Le rôle de la décentralisation dans l'AS

La décentralisation fournit un puissant élan pour l'AS. Le conseil régional de santé a été établi en 1981 afin de promouvoir l'action multisectorielle et la coordination intersectorielle dans 24 régions administratives au Sri Lanka. Quatre interventions clés ont eu une incidence sur l'équité depuis ce temps : l'investissement dans le développement humain, grâce à l'accès à l'éducation, aux services de santé et aux suppléments alimentaires; le développement d'une infrastructure de la santé; l'accès aux médicaments essentiels; et, l'approvisionnement continu en fournitures médicales et en vivres durant les périodes de conflit armé (Perera, 2006, p. 40).

Les conseils provinciaux de la santé ont été établis par une modification constitutionnelle en 1987 et l'administration de la santé a été entièrement dévolue. Le ministre responsable s'occupe de la formulation des politiques, de la gestion des hôpitaux, des campagnes spécialisées, des établissements de formation technique et des achats en vrac des fournitures médicales. L'effort de décentralisation le plus récent date de 1992, année de la création des directions divisionnaires des services de santé.

Au nombre des principaux faits nouveaux liés à la santé et à l'équité, mentionnons l'élaboration du premier programme en vue de l'élimination de la pauvreté (1989); l'utilisation du marketing social pour éliminer la lèpre (1990); l'établissement des directions divisionnaires de la santé (1992); l'adoption d'une politique relative à la santé de la population et à l'hygiène de la reproduction (1998); le recours à une approche de mise en œuvre intersectorielle de la politique des personnes âgées. Une commission nationale sur la macro-économie et la santé a été formée (2002) afin de renforcer les engagements nationaux ayant trait aux investissements dans la santé, visant en particulier les pauvres.

suite à la page suivante...

...suite de la page précédente

Plan directeur pour la santé et le développement

L'an 2002 marque le lancement du plan directeur décennal pour le développement de la santé. Cinq objectifs stratégiques ont été fixés : garantir la prestation et la promotion de services de santé complets afin de réduire le fardeau de la maladie; permettre aux collectivités de participer plus activement au maintien de l'état de santé; renforcer les fonctions de gérance et de gestion du système de santé; de veiller au perfectionnement des ressources humaines affectées au développement et à la gestion de la santé; et, d'améliorer le financement de la santé de même que la répartition et l'utilisation des ressources.

En dépit du fait que le plan ne fixe pas d'objectif stratégique précis concernant l'action intersectorielle, on prévoit que l'AS sera abordée dans le cadre des discussions entourant les deuxième et troisième objectifs. Entre autres plans, signalons une plus large participation de la société civile et des organismes non gouvernementaux à la promotion des modifications aux comportements et aux modes de vie. L'amélioration de la coordination et l'établissement de partenariats avec d'autres secteurs sont les solutions envisagées en vue du renforcement de la gérance de la santé. Le projet de développement du secteur de la santé, établi en 2004, vise à renforcer la capacité du secteur de la santé de jouer ce rôle d'intendance.

Améliorations attribuables à des facteurs internes ou externes au secteur de la santé

Au Sri Lanka, les indicateurs de la santé ont subi d'importantes améliorations en raison du rendement du secteur de la santé et de bouleversements socio-économiques dans le domaine de l'éducation et de l'agriculture ainsi que dans d'autres secteurs. L'éducation est désormais accessible à tous les citoyens et fait l'objet d'une intense promotion et de solides liens ont été tissés avec le secteur de la santé. Des organismes gouvernementaux (tant nationaux que locaux), communautaires et non gouvernementaux jouent en permanence un fort rôle dans la promotion de l'action intersectorielle pour la santé et l'équité.

Un leadership politique fort de même que des synergies intersectorielles positives entre le secteur de la santé et les autres secteurs semblent être les éléments clés de l'AS au Sri Lanka. La gratuité de l'enseignement depuis 1945, à l'origine des taux élevés d'alphabétisation des femmes, a transformé les attitudes et permis d'établir une base de connaissances qui est demeurée stable en dépit des périodes de déclin économique. Des améliorations spectaculaires ont été apportées à l'état nutritionnel des familles pauvres, aux taux de mortalité et à une foule de services sociaux (entre autres, aux réseaux d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement), et également au système de soins de santé.

De multiples défis sont associés aux autres améliorations à l'équité en santé et à l'action intersectorielle. Le conflit dans le Nord-Est (guerre qui sévit depuis 20 ans) a débouché sur la détérioration de l'état de santé, de l'infrastructure et des ressources humaines dans la région. À l'échelon national, on a assisté à une transition épidémiologique vers les maladies non transmissibles, à laquelle sont liés des problèmes influant sur la qualité des services de santé. Même si la prévalence du VIH est faible au Sri Lanka à l'heure actuelle, bon nombre des facteurs de risque sont présents. Les réponses intersectorielles sont prises en considération dans le projet de politique visant à contrer le VIH/sida.

(Pour obtenir d'autres détails, consultez : Perera, 2006, *Intersectoral action for health in Sri Lanka*, Institute for Health Policy, Sri Lanka).

sociaux de gouvernements nationaux, l'établissement de partenariats avec d'autres secteurs est un facteur crucial de l'avancement de leurs priorités.

À l'échelon national, le RU a mis en place un service, le *Social Exclusion Unit*, qui préconise des approches pluriorganisationnelles pour les zones d'action pour la santé (*Health Action Zones*), zones d'action pour l'éducation (*Education Action Zones*) et les équipes qui travaillent avec de jeunes délinquants (*Young Offender teams*). Au Canada, un certain nombre de tables rondes intersectorielles et interjuridictionnelles ont été organisées aux fins de la détermination de la politique à suivre, entre autres celle des ministres fédéral-provinciaux-territoriaux (FPT) de la Santé et de l'Environnement ou des ministres FPT responsables du Sport, de l'Activité physique et des Loisirs. Ces tables rondes favorisent la discussion des enjeux stratégiques intéressant les secteurs participants et la prise de décisions à ce sujet. Le Brésil a récemment établi la commission nationale des déterminants sociaux de la santé (*Comissao Nacional sobre Determinantes Siciuaks da Saude*), qui a pour mission d'assurer l'égalité et l'équité en matière de santé pour tous les citoyens (Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé 2006a).

Les documents passés en revue aux fins de la rédaction du présent document mettent en lumière un éventail de *nouveaux* mécanismes institutionnels. En dépit de l'indisponibilité des résultats d'évaluation portant sur l'incidence de ces établissements assez récents, deux observations sont de mise :

1. Ces établissements ne portent pas toujours des titres spécifiques à la santé. Bien que le secteur de la santé soit un participant actif, il n'est pas nécessairement celui qui assume la direction.
2. Peu de sources faisaient allusion à des tables rondes décisionnelles *existantes*, sur la scène politique ou bureaucratique. Bien que les nouveaux mécanismes visent, semble-t-il,

à combler les écarts dont les tables rondes décisionnelles ne peuvent s'occuper, l'interaction entre les mécanismes nouveaux et existants doit être prise en considération. La documentation n'étudiait pas cette dynamique et ne fournissait aucune lumière à ce sujet.

■ Mécanismes financiers

L'absence de mécanismes financiers à l'appui de l'action intersectorielle a été désignée comme un obstacle commun à l'AS. Toutefois, des exemples tirés de documents sources mettent l'accent sur des outils et des mécanismes financiers pouvant être prometteurs :

- *Des affectations financières exclusives* à l'action intersectorielle, assorties de paramètres clairs quant à ce qui constitue ou ne constitue pas une AS, qui peuvent être combinées à des *règlements* fournissant des instruments légaux aux fins de l'application de l'action intersectorielle dans certaines situations (OMS 2004, p. 19).
- Faire de l'action intersectorielle une *condition de financement* est le moyen qu'utilisent les établissements financiers internationaux pour obliger les secteurs à collaborer à la résolution des questions épineuses (OMS 2004, p. 19). Cette approche fondée sur des incitatifs établit des paramètres qui soutiennent le travail intersectoriel. Le gouvernement du Canada s'en sert pour son Fonds pour la santé de la population, qui offre des subventions et des contributions à des organismes universitaires, communautaires ou bénévoles aux fins de l'avancement des objectifs de la politique et du programme ayant trait aux enfants, aux personnes âgées et à d'autres groupes de population et enjeux. Par ailleurs, certains pays ont adopté une approche fondée sur des pénalités prévoyant des sanctions gouvernementales pour le manque de transparence et les erreurs systématiques allant à l'encontre de la collaboration intersectorielle (OMS 2004, p. 19-20).

- *Le partage des frais ou la mise en commun des ressources* nécessite des contributions financières d'une gamme d'organismes gouvernementaux et non gouvernementaux à l'appui d'une population ou d'un enjeu en particulier qui s'aligne sur les mandats de ces derniers.
- Les *ressources concrètes* sont celles que fournissent les secteurs dont la contribution est limitée, par les accords financiers, à des ressources non financières (p. ex. des ressources humaines, de l'information, de l'expertise, des locaux et des technologies) à l'appui de la réalisation des objectifs communs. En ce qui a trait aux ressources concrètes, les exigences relatives à la responsabilisation sont souvent moins rigoureuses que celles associées aux investissements de ressources financières. Les mesures concrètes prises par des organismes peuvent offrir une plus grande flexibilité, ce qui permet à ces derniers de s'adapter aux besoins changeants du travail intersectoriel aux diverses étapes de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation des politiques.

La documentation ne contenait pas beaucoup de détails sur ces outils et mécanismes fiscaux dans le contexte de l'information en matière de santé ou des mesures institutionnelles. Toutefois, les incitatifs ou désincitatifs financiers ont une solide influence sur les comportements des organismes et des particuliers qui prennent part à l'action intersectorielle.

■ Lois et règlements

Combinés aux autres outils et mécanismes, les lois et règlements peuvent avoir des répercussions du point de vue de l'action intersectorielle. Le *Règlement sanitaire international* de l'Organisation mondiale de la Santé a une incidence sur les politiques sanitaires de toutes les nations et des répercussions qui vont au-delà du secteur de la santé (p. ex. secteurs des voyages, de l'alimentation et du tourisme). Toutefois, le règlement n'impose pas nécessairement la collaboration intersectorielle.

Les textes de lois ont été mis à profit pour officialiser la prise de mesures institutionnelles intersectorielles. C'est ce qui s'est produit, par exemple, dans l'Union européenne (UE), avec l'établissement de la Commission de la santé de l'UE et les règlements régissant l'application de l'EIS aux positions de principe adoptées au sein du secteur de santé et à l'extérieur (Lock et McKee, 2005, p. 357). Lock et McKee soulignent cependant qu'en dépit du fondement juridique de l'EIS dans l'UE, les problèmes de capacité entravent souvent sa mise en application.

■ Cadres de responsabilisation

Les cadres de responsabilisation des secteurs public et privé varient considérablement. Dans bien des pays, on s'attend de plus en plus à ce que les organismes optimisent leurs ressources et attribuent les résultats aux interventions en matière de politique. Le fait de devoir rendre compte d'initiatives conjointes auxquelles plus d'une administration prend part peut susciter des tensions entre la vérification de la conformité (comportant des règles et des principes établis) et la reddition de comptes fondée sur les résultats. Fox et Lenihan soulignent que « de nos jours, les citoyens s'intéressent autant au « quoi » qu'au « comment » ...ils se préoccupent de l'issue des résultats atteints » (Fox et Lenihan, 2006, p. 3) :

La prise de décisions en commun ne semble pas être un élément essentiel des initiatives conjointes comme cela est le cas dans le secteur du développement communautaire. Au contraire, l'exécution de la plupart des tâches est encore compartimentée...la collaboration réelle s'effectue en majeure partie aux stages préliminaires, alors que les partenaires tentent encore de décider ce qu'ils veulent faire ensemble. Même s'il n'est peut-être pas toujours possible de fournir un compte rendu complet de la manière dont ces décisions sont prises, il n'est vraisemblablement pas nécessaire de le faire...s'il y a un problème de transparence, il est

probablement marginal et nous sommes prêts à nous en accommoder pour pouvoir établir un partenariat qui se traduit par l'obtention de bien meilleurs résultats (2006, p. 7).

Les défis liés à la responsabilisation sont particulièrement évidents lorsque la collaboration est à la fois horizontale et verticale. Au Canada, l'Accord de Vancouver est un exemple d'initiative socio-économique qui regroupe trois ordres de gouvernement, plusieurs ministères et des organismes communautaires et du secteur privé en vue de la revitalisation du quartier Downtown Eastside. Dans le cadre de ce réseau complexe d'organismes, mandat et efforts, des cadres d'évaluation conjointe ont été négociés aux fins d'évaluation, tant du processus que des résultats.

■ Planification et établissement des priorités

La documentation contient peu de renseignements sur le recours à des processus continus de planification et d'établissement des priorités. Elle porte surtout sur les mécanismes *novateurs* plutôt que sur ceux qui *existent* déjà; l'hypothèse étant peut-être que les thèmes de la santé et de l'équité en santé sont des volets établis des cycles pangouvernementaux de la planification et de l'établissement des priorités. Elle n'accorde pas beaucoup d'importance au degré et au mode d'institutionnalisation de l'AS au sein des mécanismes ou rouages gouvernementaux de planification et d'établissement des priorités.

Dans la plupart des contextes socio-politiques, les processus décisionnels permettent de fixer les principales orientations stratégiques et les affectations financières connexes. Les services de trésorerie jouent un rôle de premier plan ou significatif en ce qui a trait à la planification des budgets et à l'établissement des priorités dans l'ensemble du gouvernement. Le chapitre 6 : Rôles et responsabilités, étudie plus en détail la nature de leur rôle dans les secteurs de la santé et dans d'autres secteurs gouvernementaux.

Approches en matière d'action intersectorielle

Outre une gamme d'outils et de mécanismes à l'appui de l'action intersectorielle, le présent examen des expériences permet de découvrir un éventail d'approches en matière d'AS visant à surmonter les obstacles ayant trait à la santé et à l'équité en santé – y compris les approches dirigées par les collectivités, par étapes et ciblées, de même que les cadres stratégiques généraux.

■ Approches axées sur le lieu ou le cadre

Le projet des collectivités/villes-santé de l'Organisation mondiale de la Santé est mis en œuvre à l'échelon local. Ce concept général se fonde sur l'utilisation du « cadre » en tant que structure de la prestation de méthodes permettant d'atteindre des populations définies. Depuis son lancement, le projet villes-santé a été mis en exécution dans des villes, des municipalités, des villages, des îles et des collectivités, des écoles et des lieux de travail (Werna *et coll.* 1998, p. 74 dans Huchzemeyer *et coll.* 2001, p. 12).

L'initiative des zones d'action pour la santé du RU s'inspire du modèle des villes-santé et illustre des approches gérées à l'échelon local qui visent à améliorer l'équité en santé. Sous le gouvernement travailliste, les efforts de redistribution nationale ont été complétés par l'action locale dans des zones défavorisées qualifiées de collectivités ayant des besoins cruciaux. L'établissement de ces zones était considéré comme un moyen clé de « s'attaquer aux causes fondamentales du mauvais état de santé – la pauvreté, le chômage, l'itinérance et l'éclatement de la famille. Cette mesure faisait suite à des initiatives gouvernementales prises dans d'autres secteurs sociaux – les zones d'action pour l'éducation, les zones d'action pour l'emploi et les équipes qui travaillent auprès de jeunes délinquants ... [et] les ministres espèrent qu'elles déboucheront sur une coopération plus étroite à l'échelon local en vue de s'attaquer à la privation sociale » (Dean, 1998,

p. 1111). Des initiatives axées sur le revenu, l'emploi, l'éducation, le développement du jeune enfant et la revitalisation [communautaire] ont été combinées et des partenariats ont été formés entre le gouvernement, le secteur privé et les collectivités (Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé, 2006c).

Dahlgren et Whitehead font remarquer que l'approche axée sur le cadre « a été utilisée pour s'attaquer aux risques pour la santé au travail et porte essentiellement sur les principaux déterminants de la santé dans un lieu de travail en particulier, plutôt que sur un seul facteur de risque. » Ils font cependant la mise en garde suivante : « pour ce qui est du volet santé de ces programmes – lieux de travail sains, écoles saines et hôpitaux sains – l'équité a parfois été faible ». Ils soulignent également « la nécessité de cerner, dans le cadre de cette approche, les déterminants des inégalités sociales en santé ... des efforts spéciaux devraient être faits pour lancer des initiatives axées sur le cadre dans des collectivités défavorisées » (2006, p. 101).

L'ampleur des approches axées sur le lieu peut varier considérablement et il est possible qu'une gamme de secteurs et d'instances gouvernementales y soient associés. Toutefois, le cadre fait office de plate-forme commune pour l'action. L'AS axée sur le lieu a l'avantage d'être concrète et visible : elle est propice à l'organisation de visites sur place à l'intention des décideurs, des médias et des intervenants en vue d'étudier le problème d'intérêt public et les interventions connexes.

■ Approches par étapes

D'autres projets à l'échelon planétaire, national ou local ont recours à des approches structurées selon les étapes de la planification et de la préparation conjointes aux fins d'élaboration d'options, de recommandations et de plans d'action. Participent aux discussions mondiales concernant l'eau, l'hygiène et la protection sanitaire de l'environnement humain des représentants des secteurs de la santé, de l'agriculture,

de l'environnement, des ressources naturelles et des secteurs économiques, entre autres des organismes multilatéraux gouvernementaux ou non gouvernementaux. Grâce au Forum politique-développement, des cadres supérieurs ont pris part à des discussions informelles sur des questions de politique publique à facettes multiples ayant trait à l'eau, à l'hygiène et à la protection de la santé. Cette initiative, qui date de 2001, a réuni des représentants de secteurs qui ont des intérêts communs et subissent les mêmes répercussions. Un rapport aux participants a été soumis au Forum mondial de l'eau, à Mexico en 2006.

Bos (2006) signale que cette approche comporte deux éléments essentiels :

- procéder à un *examen conjoint de toutes les politiques sectorielles* afin de promouvoir l'harmonisation et de tenir compte des questions de santé dans l'élaboration des politiques sectorielles, au besoin; et
- élaborer des mesures institutionnelles dans le contexte d'un cadre stratégique renforcé afin de cerner le potentiel des mesures existantes; élaborer des mesures institutionnelles précises concernant des questions de santé en voie d'élaboration; identifier les partenaires et cerner le contenu de la collaboration; et mettre en place les mécanismes et les ressources. L'expérience a démontré qu'en l'absence de ressources adéquates, les actions intersectorielles ont rarement une incidence durable. En dernier lieu, Bos recommande d'élaborer des protocoles d'entente clairs afin d'officialiser des mesures plus permanentes, de définir clairement les liens avec des organismes intersectoriels, d'établir des mandats clairs et de fournir les ressources nécessaires.

Les trois étapes suivantes font partie du processus : analyse de la situation en ce qui a trait aux mesures institutionnelles; désignation des obstacles à la collaboration intersectorielle; et mise au point des idées suggérées pour combler les lacunes intersectorielles (OMS 2004, p. 18).

Pleins feux sur la NORVÈGE

En 2005, la direction de la santé et des affaires sociales de la Norvège a adopté une approche par étapes en vue de réduire les inégalités sociales en santé.

Première étape

La première étape consistait à recueillir plus de données sur les inégalités sociales en santé en renforçant l'expertise, la recherche et la documentation. L'évaluation des incidences a été utilisée comme un outil d'évaluation des incidences des politiques, programmes et projets visant à lutter contre les inégalités sociales en santé. La direction a veillé à ce que les inégalités sociales soient prises en considération dans ses propres politiques et à préparé l'assise professionnelle de la stratégie nationale regroupant tous les secteurs.

Deuxième étape

Au printemps 2007, le gouvernement de la Norvège a soumis un rapport [budget national] au parlement norvégien, le Storting, dans lequel il expose sa stratégie visant à réduire les inégalités sociales en santé.

Le gouvernement de la Norvège a accordé la priorité au renforcement des responsabilités et du rôle du secteur public dans des secteurs clés du bien-être, à savoir la santé, les soins médicaux et l'éducation. La stratégie visant la réduction des inégalités sociales en santé fixe les lignes directrices relativement à l'orientation du gouvernement et de l'administration centrale en matière d'égalité sociale et à leur promotion de ce principe comme l'un des plus importants déterminants de la santé pour une période de dix ans (2007-2017).

(Pour des détails additionnels, consultez Directorate for Health and Social Affairs 2005 et The Ministry of Health and Care Services 2006).

Ces approches par étapes semblent avoir été utilisées dans les cas où il était reconnu que les secteurs devaient agir de concert pour améliorer la santé et l'équité en santé et lorsque de fortes pressions étaient exercées en vue de la présentation d'éléments probants à l'appui de la sélection du secteur dans lequel une collaboration conjointe était de mise et du moment de passer à l'action. Au nombre des risques associés à cette approche, mentionnons la perte potentielle de soutien entre les résultats scientifiques, l'élaboration des options et la prise de décisions. Font partie des avantages que comporte cette méthode, l'élaboration d'éléments probants plus solides pour l'ensemble d'une vaste gamme de déterminants de la santé et de l'équité, la prise de décisions plus judicieuses et l'utilisation plus efficace des ressources.

■ Approches ciblées

Compte tenu des ressources limitées et du désir d'obtenir des résultats opportuns et concrets, il est possible que les décideurs choisissent de centrer ou *cibler* les efforts sur une population ou un enjeu en particulier. La documentation passée en revue comprend deux types principaux d'approches ciblées : les approches axées sur la population ou le groupe, et celles axées sur les maladies ou les facteurs de risque.

Approches axées sur la population

Au Chili, le ministère de la planification et de la coordination a établi le fonds de la solidarité et des investissements éthiques, soit le *Programa Puente* (programme passerelle), qui vise les familles vivant dans une extrême pauvreté. Tous les secteurs responsables de l'élaboration de

politiques ayant une incidence sur la santé sont associés à ce programme qui prône des interventions sélectives en vue de combattre les inégalités. Les conseillers travaillent avec les familles afin d'établir des liens avec les services et de faciliter l'accès à ces derniers. Des incitatifs financiers sont offerts aux employeurs qui engagent des chômeurs chefs de familles qui sont visés par le programme. Le nombre de familles participant à ce programme a considérablement augmenté. Aucune donnée n'est disponible concernant les répercussions sanitaires, sociales et économiques de ce dernier (Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé, 2006b).

Il est bien connu que, dans bon nombre de pays, les autochtones sont dans un piètre état de santé. La Nouvelle-Zélande, l'Australie et le Canada sont au nombre des nations qui ont misé sur des approches intersectorielles ciblées pour résoudre les problèmes sociaux et économiques complexes des peuples autochtones. Les organismes communautaires autochtones, régionaux, nationaux et internationaux étudient des manières de réduire les iniquités. Au nombre des partenaires gouvernementaux, signalons les secteurs de l'éducation, de la santé, des services sociaux, du développement économique, des ressources naturelles, de l'environnement et des ministères se préoccupant essentielles des populations, p. ex. Affaires indiennes et du Nord Canada.

Action axée sur des maladies ou des facteurs de risque précis

De nombreux pays ont utilisé des stratégies axées sur une maladie, un facteur de risque ou un groupe de facteurs de risque précis. Dahlgren et Whitehead observent que les approches axées sur des maladies spécifiques mettent l'accent sur les facteurs en aval de l'enchaînement causal; toutefois, ils reconnaissent qu'« une approche généralisée coordonnée axée sur une maladie précise est parfois efficace sur le plan de la mobilisation de l'action publique » (2006, p. 101).

Le chevauchement des efforts et un objectif restreint axé sur les conséquences en aval font partie des risques courants liés à cette approche.

Ce type d'approche ciblée peut se révéler utile lorsque le public et les intervenants ont une solide perception de la nécessité de prendre des mesures à l'égard d'un groupe démographique, d'une maladie ou d'un facteur de risque spécifique, p. ex. les familles à faible revenu, le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), le VIH-sida et le tabagisme.

■ **Cadres stratégiques généraux**

Le programme Action 21 des Nations unies (plan pour atteindre le développement durable) et le plan d'action national européen en matière d'environnement et de santé offrent des exemples de cadres stratégiques généraux. Les cadres du Royaume-Uni (R.U.) et de la Suède sont les plus fréquemment cités à titre de cadres stratégiques axés sur l'équité en matière de santé. Les principaux points de ces approches sont énoncés dans les encadrés des pages qui suivent.

L'approche de la Nouvelle-Zélande à l'égard des inégalités en matière de santé comporte quatre niveaux d'intervention (Crombie *et coll.* p. 22-23). Les éléments structuraux englobent l'éducation, la sécurité sociale et les politiques du marché du travail qui favorisent les personnes les plus vulnérables au chômage. Les professionnels de la santé demandent que d'autres secteurs adoptent des politiques qui permettront d'améliorer la santé et de réduire les inégalités en matière de santé. Les mesures axées sur des voies intermédiaires comportent des politiques visant à améliorer les conditions de vie et de travail, ainsi que des programmes communautaires et scolaires, complétés par des services touchant la santé et l'invalidité qui garantissent un accès équitable et l'élimination des obstacles. Ces mesures visent à réduire au minimum les conséquences de l'invalidité et de la maladie sur la position socio-économique.

Pleins feux sur le Royaume-Uni

En 1980, *le rapport Black*, qui cernait les inégalités en matière de santé parmi la population du Royaume-Uni, a déclenché un débat sur l'étendue des inégalités et sur leurs facteurs déterminants. Le rapport Wanless, examen transsectoriel des politiques nationales et des rapports d'évaluation touchant les inégalités qui portait sur la pauvreté chez les enfants et le transport, a également suscité de l'action. Cependant, même si l'on reconnaissait la situation, et malgré le débat continu dont celle-ci faisait l'objet, ce n'est que lorsque le parti travailliste a accédé au pouvoir, en 1997, que le Royaume-Uni a élaboré une politique nationale visant expressément à réduire les inégalités en matière de santé. Jusqu'en 2005, aucun autre pays n'avait adopté ce type d'approche.

Le gouvernement décloisonné adopte l'action intersectorielle (AI) en guise de stratégie fondamentale

La politique attribue la responsabilité en matière de santé au gouvernement dans son ensemble. Dans ce contexte, l'AI est reconnue comme une stratégie fondamentale en vue d'éliminer les inégalités en matière de santé. De plus, le concept de « gouvernement décloisonné », défini comme étant « la réunion d'un certain nombre d'entités publiques, privées et bénévoles afin de mettre en œuvre des démarches intersectorielles en vue d'atteindre un but commun » (National Audit Office, 2001), s'est révélée à titre de mécanisme facilitant la mise en œuvre de l'AI. Le mouvement axé sur l'AI était considéré comme faisant partie du processus de modernisation du gouvernement. Le Bureau du Conseil des ministres et le Conseil du Trésor se sont vu confier la responsabilité de la promotion et de la surveillance. Des politiques nationales connexes touchant les enfants et le renouvellement des quartiers ont été adoptées pendant la même période.

De nombreux obstacles ont entravé le progrès

La politique constituait le principal obstacle à la réalisation d'une action intersectorielle au Royaume-Uni. Jusqu'à ce qu'un gouvernement travailliste soit en place, l'AI n'était pas prioritaire. L'établissement de zones d'action en santé (HAZ) compte parmi les exemples d'initiatives les mieux documentées du gouvernement en matière d'AI. On a créé 26 zones d'action en santé (ZAS) afin d'organiser des initiatives sectorielles axées sur les déterminants sociaux de la santé. Ces initiatives étaient liées à l'unité d'exclusion sociale responsable de la promotion d'approches inter-organismes touchant les équipes des zones d'action en santé, des zones d'action en éducation et des jeunes contrevenants. Les zones d'action en santé, censées favoriser la collaboration intersectorielle et entre les organismes et canaliser l'expérience et les ressources communautaires, devaient être exploitées pendant au moins sept ans. Après un démarrage très médiatisé, accompagné d'un enthousiasme considérable à l'égard du concept, la plupart des zones ont été fermées au bout de trois ans, compte tenu d'un changement de cap du point de vue des priorités gouvernementales.

Bauld (2005) observe que l'expérience de chaque zone était largement spécifique au contexte, et que des données probantes attestent d'avantages à long terme du point de vue de la familiarisation avec les méthodes de fonctionnement intersectorielles. Bref, les zones constituaient un « bon point de départ dans des circonstances difficiles », compte tenu, notamment des objectifs irréalistes, d'un financement insuffisant, d'objectifs et de partenariats changeants, de systèmes de gestion du rendement qui ne reconnaissaient guère l'action intersectorielle, des lacunes des capacités organisationnelles et de la tension entre l'exécution de changements locaux et la détermination des causes structurelles des inégalités à l'échelle nationale.

suite à la page suivante...

...suite de la page précédente

Obstacles et résultats positifs

La plupart des zones d'action en santé ont été fermées avant que leur incidence ne puisse être évaluée d'une manière appropriée. Cependant, certains évaluateurs, tout en reconnaissant la nature ambiguë des données obtenues des zones, affirment que des éléments probants attestent des avantages durables du point de vue de l'acquisition de connaissances touchant les initiatives intersectorielles, notamment : l'adoption d'un modèle amélioré de prestation de services à l'égard de groupes démographiques auparavant omis et l'établissement d'un contexte qui appuie des méthodes nouvelles et plus constructives de collaboration (Bauld *et coll.* 2005, p. 438).

De plus, les zones ont permis de faire ressortir davantage les inégalités en matière de santé sur le plan politique, du moins à l'échelon local.

Bien que des groupes de travail interministériels axés sur des enjeux thématiques aient été mis sur pied, et que des ministres de divers ministères signent de concert des documents stratégiques, il semble que les ministères puissent continuer de travailler d'une manière cloisonnée, et qu'ils soient dépourvus de sentiment de responsabilité collective à l'égard des politiques intersectorielles (Exworthy, Berney et Powell, 2002). Le gouvernement du Royaume-Uni maintient son engagement envers une administration décloisonnée et l'action intersectorielle, en prenant appui sur l'expérience antérieure afin de renforcer la collaboration intersectorielle et interorganisationnelle aux échelles nationale et locale.

Leçons tirées de l'expérience

Parmi les leçons documentées touchant l'action intersectorielle sous l'administration travailliste au Royaume-Uni (National Audit Office, 2001), (Exworthy, Berney et Powell, 2002) et (Bauld, 2002), notons :

- la conception de la forme de collaboration la plus appropriée;
- renforcer cette approche à l'aide d'une obligation réglementaire de collaborer, le cas échéant;
- veiller à ce que les partenaires fassent concorder leurs visions et leurs objectifs stratégiques, et à ce que le gouvernement central évite l'ingérence abusive, tout en fournissant une orientation appropriée;
- encourager la collaboration à l'aide de mesures incitatives, p. ex. des incitations financières, de la souplesse sur le plan de la prise de décisions et l'évaluation appropriée du rendement;
- réduire au minimum le fardeau administratif imposé aux ministères et aux partenariats locaux;
- établir des échéanciers réalistes (les avantages de l'AI peuvent exiger plusieurs années pour se concrétiser);
- former des dirigeants solides et renforcer les capacités organisationnelles;
- mettre en place des systèmes de surveillance et d'évaluation;
- veiller à ce qu'il existe des voies claires de recours pour les citoyens; et
- veiller à ce qu'un cadre de responsabilisation précis soit mis en place.

(Pour de plus amples renseignements, consultez le National Audit Office 2001, Exworthy, Berney et Powell, 2002, et Bauld, 2005).

Dahlgren et Whitehead traitent de « stratégies intégrées axées sur les déterminants de la santé », en précisant qu'une des approches les plus efficaces consiste à « intégrer les objectifs axés sur l'équité en matière de santé aux politiques et aux programmes sociaux et économiques existants sur les plans de la croissance économique, de la fiscalité, de l'emploi, de l'éducation, du logement, de la protection sociale, du transport et des services de santé » (2006, p. 100). Les auteurs soulignent qu'« il faut attribuer la priorité absolue

à l'élaboration et à l'utilisation d'analyses d'impacts sur l'équité en matière de santé ... l'évaluation des impacts sur l'équité en matière de santé – tout comme les analyses des impacts sur l'hygiène du milieu – doit être considérée comme un aspect normal de l'évaluation de politiques et de programmes publics et commerciaux susceptibles d'avoir une incidence favorable ou néfaste sur la santé. Il faudra peut-être rendre ce type d'analyse des impacts sur la santé obligatoires en vertu d'une loi ou d'un règlement ».

Pleins feux sur la Suède

Mise en œuvre, par un gouvernement proactif, d'initiatives intersectorielles touchant la santé du point de vue des déterminants sociaux

Les administrations nationales et locales de la Suède ont utilisé des approches intersectorielles bien avant la publication du *rapport Black*. La stratégie nationale actuelle de la Suède en matière de santé publique a découlé d'un modèle d'aide sociale et de la reconnaissance des inégalités liées à la santé définies au cours des années 1980. Des recherches significatives touchant la nature de ces inégalités et les approches connexes en matière d'intervention ont permis de dégager des éléments probants à l'appui d'objectifs généraux relatifs à la santé publique. En fin de compte, cette orientation était liée à un cadre de déterminants sociaux et comportant un volet fondamental d'action intersectorielle.

Les facteurs suivants ont contribué à l'élaboration des objectifs en matière de santé publique : des antécédents liés à un gouvernement socio-démocrate; une relation solide avec le mouvement travailliste; un système d'aide sociale très élaboré; la demande d'objectifs nationaux touchant la santé publique de la part des municipalités; la participation des politiques de toutes allégeances; une connaissance civique solide; un processus très démocratique; un engagement politique à l'égard de l'équité; un organisme de surveillance de niveau supérieur; l'établissement de buts intersectoriels; des éléments probants solides et une préférence axée sur les approches collectives et généralisées (Östlin, 2003).

Une stratégie nationale globale

La commission nationale de la santé publique a déclaré ce qui suit : « Nous jugeons que la responsabilité de la santé personnelle est partagée entre l'individu et la société, bien que la responsabilité de l'injustice sur le plan de la répartition de la santé entre les groupes relève avant tout de la société ». (Comité national de la santé publique, 2001).

Le document faisant état de la stratégie et des buts touchant la santé publique de la Suède, « conditions d'égalité en matière de santé (*Health on Equal Terms*) » fournissait un cadre théorique et pratique relatif à la coopération entre de nombreux secteurs et intervenants, du point de vue des principaux déterminants de la santé. Les buts, fondés sur des données scientifiques solides et élaborés selon un processus démocratique, précisaient les rôles et établissaient des objectifs liés aux déterminants de la santé.

La politique régit les initiatives intersectorielles aux niveaux des conseils de comté et des municipalités, de sorte que la santé publique relève de la responsabilité conjointe de plusieurs organismes centraux, des 21 conseils de comté et des 290 municipalités du pays. De plus, la politique regroupe les organismes non gouvernementaux, les syndicats et les universités. L'étendue de cette approche offre un modèle singulier de gouvernance de l'action intersectorielle axée sur la santé et sur l'équité.

...suite de la page précédente

Surmonter les obstacles grâce à des principes solides de recherche, de consultation et d'intégration

Initialement, la Suède ne possédait pas de stratégie globale à long terme en vue d'éliminer les inégalités en matière de santé. Le processus d'élaboration des buts comportait trois étapes fondamentales : élaboration et examen d'un cadre; valeurs éthiques, données scientifiques et établissement de l'ordre de priorité et achèvement de la stratégie. Des experts ont été chargés de recueillir des données scientifiques permettant de cerner les besoins. Des études pluridisciplinaires touchant les déterminants de la santé ont été mises en œuvre et analysées. La participation active des sept partis politiques a joué un rôle crucial dans l'établissement des orientations stratégiques.

Il y a lieu de souligner la nature inclusive du processus – c.-à-d. veiller à ce que les partis d'opposition, le public et d'autres intervenants « s'approprient » le processus. Des consultations publiques ont accru la sensibilisation et la participation des citoyens. Les documents essentiels ont été mis à la disposition du public selon divers formats, y compris en braille. Le processus d'élaboration de buts en matière de santé publique mis en œuvre en 1998 a mené à l'adoption de la loi de 2003 sur les objectifs de santé publique (*Public Health Objectives Act (2003)*), la première politique formelle de la Suède touchant la santé publique et l'une des premières stratégies officialisées en matière de santé du monde fondée sur une approche axée sur les déterminants de la santé. Par le biais de cette loi, le Parlement approuvait le but global, qui consistait à « fournir des conditions sociales propices à la santé selon des conditions équitables à l'égard de l'ensemble de la population ». Onze buts relatifs à la santé publique, regroupés dans trois catégories (structures sociales et conditions de vie; milieux et environnement et modes de vie et comportements en matière de santé) appuient ce but principal.

On a établi des objectifs mesurables et précis pour chacun des 11 buts. Plutôt que d'imposer de nouveaux buts aux autres secteurs, les responsables ont décidé les buts liés à l'emploi et au soutien social d'autres secteurs aux buts en matière de santé publique (Östlin, 2003).

La santé montre la voie

Le secteur de la santé a dirigé les étapes initiales et appuyé tout le processus, en demandant la mise en œuvre de recherches relatives aux inégalités en matière de santé et en offrant les connaissances spécialisées nécessaires à l'élaboration d'éléments probants qui permettraient aux milieux politiques de mener le processus. D'autres secteurs ont participé au processus : des recherches multisectorielles et pluridisciplinaires axées sur les enjeux ont permis de mettre en évidence les inégalités du système. La participation du gouvernement, d'organismes non gouvernementaux, d'experts et du public tout au long du processus a contribué à l'approbation et à la mise en œuvre initiale de la stratégie et des buts liés à la santé publique. Un comité directeur présidé par le ministre de la Santé publique, de concert avec des ministres d'autres secteurs participants, supervise la mise en œuvre continue des buts relatifs à la santé publique extérieurs au secteur de la santé.

Techniques de surveillance et d'évaluation en cours d'élaboration

Bien qu'il soit trop tôt pour évaluer les répercussions de la nouvelle politique, l'Institut national de la santé publique de la Suède s'est vu confier la responsabilité de la surveillance et de l'évaluation pour le compte du comité directeur. L'élaboration d'une méthode de surveillance et d'évaluation des composantes intersectorielles de la politique suédoise en matière de santé publique constitue une tâche complexe.

(Pour de plus amples renseignements, consultez Östlin, P. et F. Diderichsen, 2001, « Equity-oriented national strategy for public health in Sweden: A case study », *Policy Learning Curve Series Number 1*, Centre européen de l'OMS pour la politique en santé, Bruxelles. Accessible [en ligne] à l'adresse : <http://www.who.dk/Document/E69911.pdf>).

Les documents examinés n'ont pas fourni d'éléments probants attestant l'efficacité de ces cadres stratégiques généraux. Bien que les cadres offrent l'avantage d'intégrer les connaissances et les efforts vers des objectifs communs, ils peuvent également présenter des obstacles sur les plans de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation de politiques, compte tenu des nombreux participants et des divers points de vue qui entrent en jeu : par exemple, pour ce qui est de maintenir l'intérêt des divers intervenants, de mesurer l'impact et de fournir des éléments probants en temps opportun à l'appui des décisions prises dans un milieu dynamique. Parmi les risques, notons la perception d'une perte d'objectif axé sur les initiatives du secteur de la santé en vue d'assurer des politiques équitables. De toute évidence, les secteurs participants doivent posséder une solide capacité d'analyse pour définir les domaines qui seront évalués et pour fournir, de façon opportune, des conseils en ce qui concerne les options.

■ Combinaison d'approches

Dans de nombreux cas, on utilise une combinaison d'approches. À l'échelle nationale, les gouvernements peuvent choisir une approche ciblée sur un groupe spécifique, combinée avec une approche progressive à l'égard d'une question émergente. Les résultats de l'évaluation d'approches combinées étaient fournis, dans la mesure du possible; toutefois, d'une manière générale, il n'existe guère de preuves de l'efficacité des initiatives intersectorielles

comparativement à l'action intrasectorielle du point de vue des objectifs en matière d'équité. Des obstacles importants se posent sur le plan de l'attribution. Dans bien des cas, des décennies peuvent s'écouler entre la mise en œuvre d'une initiative et la réalisation des résultats.

L'expérience démontre que la collaboration entre les secteurs impose de lourdes exigences sur le plan des ressources. La limitation des ressources d'un secteur peut faire en sorte que ce dernier ne puisse pas intervenir à l'égard à toutes les questions, en tout temps et avec tous les intervenants concernés. Il faut faire des choix en ce qui concerne les questions à traiter, à quel moment et avec quels collaborateurs. Bien que les gains en matière de santé ne représentent pas nécessairement une priorité explicite pour d'autres secteurs, la santé constitue un indicateur critique de développement social et économique. L'équité peut servir de fondement commun appuyant les démarches des intervenants vers une répartition plus juste de la santé et les déterminants des disparités sur le plan de la santé.

Dans le cadre du présent document, il est difficile d'évaluer le caractère approprié de chacune de ces approches dans le contexte d'un processus décisionnel précis. Toutefois, les divers exemples cités jettent un certain éclairage sur la portée des initiatives intersectorielles. Manifestement, le contexte et la culture entrent en ligne de compte dans le choix d'une approche; en outre, ils influenceront également sur l'efficacité de celle qui sera retenue.

6

Rôles et responsabilités

Les origines de l'action intersectorielle remontent à la déclaration d'Alma-Ata de 1978 et au concept de « la santé pour tous », une stratégie mondiale qui réunissait les gouvernements et la communauté internationale pour reconnaître les aspects sociaux et économiques de la santé et pour collaborer à l'élimination des inégalités en matière de santé. Aujourd'hui, les intervenants reconnaissent plus largement que les déterminants et leur interaction exercent une influence considérable sur la santé de la population. De nombreux secteurs se sont engagés dans des initiatives intersectorielles, et leurs réussites, leurs quasi-succès et leurs déceptions ont été largement documentés. Un concept qui attribuait un rôle de premier plan au secteur public est devenu une stratégie qui regroupe la société civile et diverses institutions publiques et privées.

Bien que de nombreux pays se soient formellement engagés à l'égard de l'action intersectorielles et que nombre de secteurs aient relevé le défi relatif à la collaboration, la mise en œuvre a souvent été défailante ou négligée. Les objectifs dominants ont parfois cédé la place aux préoccupations en matière de ressources, de gouvernance et de mandats organisationnels :

La collaboration intersectorielle n'est pas un phénomène autogène, ni même auto-suffisant. En tant que concept, elle est à contre-courant de la plupart des systèmes gouvernementaux, particulièrement à l'échelle nationale. Les ministres, qui représentent généralement des disciplines et des groupes professionnels précis, doivent défendre les intérêts (légitimes) de leur secteur et se disputer des budgets restreints. Aux ordres de gouvernement inférieurs, les caractéristiques concurrentielles cèdent le pas une

perception selon laquelle la collaboration pourrait se révéler favorable, tandis qu'à l'échelon régional, les obstacles intersectoriels sont généralement inexistantes. À cet échelon, les bonnes intentions peuvent cependant être minées par des politiques nationales restrictives ou par des limites sur le plan de l'utilisation des fonds affectés (Bos, 1998, p. 1).

Ministères et secteurs participant habituellement à l'action intersectorielle

Le milieu de la santé collabore habituellement et le plus fréquemment avec certains secteurs, en particulier, afin de réaliser des gains en matière de santé. Les initiatives conjointes avec les secteurs de l'enseignement, des services sociaux, de l'agriculture et de l'environnement (y compris les autorités responsables de l'eau et de l'assainissement) sont documentées le plus couramment dans les ouvrages examinés traitant de l'action intersectorielle. Le secteur de la justice peut également participer aux initiatives, par exemple, dans le cas de la stratégie de prévention du suicide chez les jeunes de l'Australie.

D'autres secteurs brillent par leur absence. La documentation en matière d'AI examinée dans le cadre du présent rapport ne fait guère état d'une collaboration avec les secteurs des finances, de l'information et des communications, de l'emploi, de la fabrication, du transport et de la technologie. Cette collaboration inexistante est peut-être attribuable à l'absence d'initiatives intersectorielles, aux mots clés utilisés dans la détermination des documents à examiner ou à la participation limitée du milieu de la santé

à certaines initiatives intersectorielles dans le cadre desquelles les résultats liés à la santé et à l'équité en matière de santé sont considérés comme des objectifs secondaires, et non pas principaux.

Par exemple, le secteur culturel est de plus en plus perçu comme un intervenant qui contribue largement à la santé et au dynamisme des villes. Les stratégies culturelles sont souvent utilisées à titre de facteurs de cohésion sociale dans les collectivités minoritaires ou vulnérables. Cependant, ces initiatives ne sont peut-être pas citées dans la documentation sur la santé, car elles ne comportent pas nécessairement de volet explicitement lié à ce secteur. De même, les initiatives touchant le logement au Canada, en Europe et en Australie, menées par des secteurs autres que celui de la santé, ne s'inscrivaient pas dans la portée de la documentation sur l'AI examinée pour les besoins du présent document. Crombie *et coll.* offre un commentaire utile à ce sujet :

La plupart des pays possèdent des politiques distinctes sur la pauvreté, l'intégration sociale et la justice sociale. Contrairement à la politique portant sur les inégalités en matière de santé, ces politiques émanent rarement des ministères de la Santé; les politiques touchant l'inclusion et la justice sociales sont motivées par une préoccupation générale à l'égard des droits de la personne et de la dignité humaine, dans lesquelles la santé n'occupe qu'une petite place. Toutefois, comme ces politiques traitent des causes sous-jacentes des inégalités en santé... elles sont directement liées à la santé (2005, p. 40).

Partenaires politiques

Les ouvrages consacrés à l'action intersectorielle mettent en évidence le rôle critique des dirigeants politiques dans le déclenchement et le maintien de ce type d'initiatives, que ce soit par le biais de leur participation directe ou de relations avec les cadres supérieurs qui y sont affectés. La plupart des collaborations traitent d'enjeux ou

de problèmes de nature politique; l'engagement politique fournit à la fois la motivation d'agir et les ressources et les structures nécessaires pour appuyer l'intervention. Les politiques des niveaux décisionnels supérieurs donnent souvent le ton en ce qui concerne les questions d'orientations stratégiques et d'affectation de ressources. Les politiques dirigent les organismes centraux et les ministères axiaux qui, à leur tour, exécutent les engagements politiques envers les électeurs.

Lorsque le gouvernement possède des priorités précises et appuie généralement l'action intersectorielle, les dirigeants politiques jouent un rôle déterminant. Toutefois, la participation des politiques à l'action intersectorielle présente également des problèmes. Des conflits peuvent survenir entre les ministres en ce qui concerne les objectifs, la gestion et la responsabilité des initiatives. Il peut exister un malaise quant au bénéficiaire de la reconnaissance en ce qui a trait aux nouveaux programmes ou aux interventions fructueuses. Ce type de tensions peut se refléter dans des conflits entre des ministères censés collaborer.

D'autres problèmes surgissent lorsque des ministres ou des organismes centraux tentent d'imposer des priorités locales ou d'établir des programmes d'action communautaire. Comme diverses sources l'attestent, les initiatives intersectorielles sont les plus fructueuses dans les milieux décisionnels moins complexes, souvent à l'échelon communautaire. Bien que les politiques et les ministres de niveau national puissent appuyer une initiative, la planification de démarches communautaires devrait s'effectuer « sur le terrain », afin d'illustrer les besoins des citoyens. Ce type d'interférence a menacé la stabilité des zones d'action en santé du Royaume-Uni. Les personnes qui examinent l'expérience de la Nouvelle-Zélande ont observé qu'un appui « descendant » combiné avec une planification et une gestion « ascendantes » (ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande 2001) étaient essentiels.

Le secteur de la santé à titre de dirigeant, de partenaire, de soutien et de défenseur

L'OMS a déterminé qu'une action intersectorielle renforcée *au sein du* secteur de la santé constituait un élément important du leadership exercé *par* le secteur. Stahl *et coll.* offrent un aperçu des capacités internes que le milieu de la santé doit posséder pour être en mesure de diriger, d'influencer et d'appuyer d'autres secteurs et de collaborer avec eux :

Afin de jouer un rôle significatif dans la détermination de politiques et de propositions stratégiques susceptibles d'avoir une incidence sur la santé, le secteur de la santé doit posséder des capacités suffisantes du point de vue des effectifs de la santé publique à divers échelons administratifs; en outre, des effectifs doivent recevoir une formation appropriée en matière de santé publique et se voir attribuer des responsabilités et des mandats suffisants. Même si les considérations sanitaires constituent désormais un élément intrinsèque de l'élaboration de politiques dans certains secteurs, notamment sur le plan des politiques environnementales, les autres secteurs doivent généralement obtenir la collaboration du milieu de la santé pour être en mesure de prendre en compte les répercussions liées à la santé. Il en est ainsi, en particulier, dans les secteurs dépourvus d'une solide tradition axée sur la prise en compte des conséquences sanitaires, et en cas de nouveaux enjeux ou de problèmes éventuels (2006, p. 276).

Le rôle du secteur de la santé dans l'évaluation des répercussions sanitaires de politiques dirigées par d'autres secteurs peut l'obliger à défendre la santé et l'équité en matière de santé. Les tensions liées à ce rôle ont été documentées d'une manière détaillée dans le cadre de l'élaboration de la loi anti-tabac,

lorsque des conflits sont survenus entre les partenaires économiques et sociaux. Le rôle du secteur de la santé à titre de défenseur de la santé, de tenant de l'équité en matière de santé et de négociateur d'objectifs sociaux généraux est évident dans les ouvrages récents qui traitent d'études d'impact sur la santé aux États-Unis, ainsi que dans les stratégies de la Norvège et de la Finlande.

À l'échelon communautaire, la Nouvelle-Zélande a défini les rôles suivants à l'égard du secteur de la santé :

- *bailleur de fonds* à l'égard de projets d'AI, d'évaluations et de programmes pilotes;
- *soutien* à l'égard d'initiatives communautaires, en faisant preuve de leadership et en obtenant l'appui des échelons politiques supérieurs;
- *partenaire entre les partenaires*, en veillant à ce que la planification demeurent à l'échelon local et à ce que les échelons supérieurs ne sapent pas la confiance en faisant obstacle aux priorités locales et à la gestion de programmes; et
- *réalisateur de lignes directrices* à l'égard d'initiatives communautaires (ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande 2001, p. 140-141).

Rachlis examine le rôle du secteur de la santé à l'échelon communautaire du point de vue de l'établissement de liens avec les organismes communautaires :

C'est à l'échelon communautaire que l'action intersectorielle peut se révéler la plus fructueuse et qu'elle peut influencer le plus sur le processus décisionnel. Le secteur de la santé peut promouvoir les initiatives locales et stimuler les pressions politiques exercées sur les échelons supérieurs. L'établissement de liens entre les effectifs de la santé publique et les groupes communautaires constitue une étape cruciale dans le cadre de ce

processus. Relier les organismes de santé publique aux communautés qu'ils desservent correspond à « brancher » l'action intersectorielle dans une prise électrique. Ce type de connexion fournit l'énergie nécessaire pour concrétiser l'action intersectorielle en matière de santé (1999, p. 21).

En partant du principe que les problèmes sociaux les plus complexes se règlent le mieux par le biais d'approches intersectorielles, il y a lieu de s'attendre à ce que le secteur de la santé joue divers rôles dans le cadre de diverses initiatives. Une intervention de large portée est possible – du moins elle pourrait l'être – dans des secteurs qui débordent la prestation conventionnelle de services de santé, y compris la recherche, l'éducation (des professionnels de la santé et d'autres groupes), l'animation (habilitation des communautés ou renforcement des impacts favorables provenant d'autres secteurs sur la santé), la défense d'intérêts, la surveillance et l'évaluation (de l'état de santé, des conséquences des politiques, etc.) et la médiation (entre des intérêts conflictuels). Le secteur lui-même est hétérogène et compte de nombreux intervenants de divers milieux, y compris des politiques, des bureaucrates et des participants des secteurs bénévole et privé.

Bien que le milieu de la santé soit réceptif à la collaboration avec d'autres intervenants – de fait, il prend souvent l'initiative – il doit également veiller à ne pas imposer son leadership dans tous les cas. Les secteurs se font concurrence parce que chacun représente des intérêts légitimes, un certain poids politique, ainsi qu'un territoire et des ressources spécifiques. Cette concurrence sous-jacente existe également entre les ministères axiaux au sein du gouvernement.

Les ministres de la santé jouent un rôle différent selon la position de leurs gouvernements sur la question des déterminants sociaux et le niveau d'appui gouvernemental à l'égard de l'action intersectorielle et des objectifs en matière d'équité.

L'importance des obstacles auxquels les ministres font face varie en fonction de la divergence des points de vue et du soutien ambiant. Lorsque le secteur de la santé doit « faire cavalier seul » au sein du gouvernement, ses relations avec les intervenants d'organismes non gouvernementaux, de la société civile et du secteur privé constituent un facteur crucial de sa capacité d'exercer une influence positive sur l'équité en matière de santé.

Autres intervenants gouvernementaux

■ Ministères axiaux

Les intervenants gouvernementaux de l'extérieur du secteur de la santé ont en main bon nombre de leviers stratégiques touchant les déterminants de la santé et l'équité en matière de santé. Les ministères axiaux responsables de l'environnement, de l'éducation, des services sociaux, du logement et du développement communautaire et économique sont couramment cités à titre de participants aux initiatives intersectorielles relatives à la santé. Les sources d'information examinées ne contenaient pas de commentaires précis sur le rôle de ces autres participants dans le cadre de l'action intersectorielle en santé. Cependant, il est à noter que dans de nombreux cas, notamment des initiatives axées sur le problème des sans-abri, des ministères axiaux autres que le ministère de la Santé ont dirigé les efforts de revitalisation des communautés. Il semble que les ministères axiaux puissent diriger, appuyer et défendre des initiatives liées à leur mandat et participer à ces initiatives.

L'équité, la qualité de vie et le développement social et économique constituent des objectifs stratégiques généraux intersectoriels qui exigent la collaboration de nombreux ministères axiaux, organismes centraux, responsables politiques et organismes non gouvernementaux, ainsi que de la société civile dans l'atteinte de résultats.

■ Organismes centraux

Les organismes centraux, notamment les ministères des finances ou les conseils du trésor, jouent un rôle critique dans la mise en œuvre et le maintien d'initiatives intersectorielles. La culture et les cadres de responsabilisation de la fonction publique entravent souvent la collaboration et la coordination. En plus d'engager des initiatives horizontales touchant des enjeux complexes qui exigent la participation de nombreux ministères, les organismes centraux peuvent jouer un rôle axé sur la coordination et la surveillance pour appuyer l'action intersectorielle ou horizontale (Fox et Lenihan, 2006).

L'expérience révèle qu'il existe un écart entre le rôle possible et le rôle réel des organismes centraux. Ces organismes possèdent le pouvoir et la vision nécessaires pour choisir entre des priorités concurrentielles et réunir divers intervenants. Cependant, on est sceptique quant à leur capacité d'appuyer la collaboration horizontale et de faciliter la tâche plutôt que de juger les résultats. L'engagement à l'égard d'un processus peut exiger une participation essentielle des organismes centraux, un rôle pour lequel ils ne possèdent pas nécessairement les connaissances et les capacités requises.

Les organismes centraux pourraient accroître la probabilité de réussite en précisant davantage le mandat lié aux nouvelles initiatives, le pouvoir conféré aux structures ou aux ministères chargés de leur gestion et le niveau de décideurs dont ils relèvent. En ce qui concerne le soutien continu à l'égard des projets intersectoriels, les organismes centraux pourraient jouer un rôle plus efficace en contribuant davantage à la teneur des politiques, en établissant des procédures améliorées et plus stratégiques en matière de finances et de gestion et en mettant en place de nouveaux cadres de responsabilisation qui réduisent le fardeau lié à la présentation de rapports (Bakvis et Julliet, 2004, p. 64-65).

La documentation consultée n'a pas permis de dégager d'une manière évidente la manière dont les organismes centraux perçoivent la question

des dépenses de santé. Dans les pays où la santé occupe une place prépondérante dans le cadre du programme politique, le financement de la prestation de soins de santé constitue l'objectif primordial; on accorde très peu d'attention aux dépenses en matière de santé. Des études visant à examiner la mesure dans laquelle les dépenses de santé sont considérées comme un investissement (contrairement à un fardeau qui draine les fonds publics) fourniraient des renseignements utiles.

Bien qu'il existe des tensions évidentes entre les ministères axiaux et les organismes centraux, en ce qui concerne la mise en œuvre et la gestion d'initiatives horizontales, Fox et Lenihan (2006) observent que des dossiers stratégiques complexes exigent une intervention horizontale. Les ministères axiaux et les organismes centraux doivent s'engager à mieux comprendre la dynamique pertinente, afin d'améliorer l'exercice de leurs rôles respectifs. Compte tenu du fait que les organismes centraux sont considérés comme des intervenants importants sur les plans de la gestion du cadre organisationnel global, de l'établissement de mesures incitatives et de la création d'un climat axé sur le soutien et la promotion des priorités gouvernementales, leur engagement ferme est essentiel.

Intervenants non gouvernementaux

Les intervenants et les organismes non gouvernementaux (ONG) jouent un rôle fondamental dans le cadre de l'action intersectorielle. Leur influence et leur contribution croissantes contribuent à susciter un changement stratégique et une intervention à l'égard des déterminants de la santé. Dans les contextes économiques plus solides, les pressions exercées par ces intervenants et ces organismes peuvent inciter les gouvernements à agir. Dans les pays à faible revenu et les États fragiles, ils se font souvent le fer de lance d'initiatives importantes et influencent les décideurs. Des pays comme

le Sri Lanka ont établi des structures qui assurent la liaison avec les intervenants non gouvernementaux et collaborent à la coordination de leurs efforts. Les ONG peuvent constituer le principal moyen de prestation de services de santé critiques, ou un moyen de mettre en œuvre les politiques élaborées à l'aide d'approches intersectorielles (Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS, 2006c).

L'Initiative nationale pour les sans-abri du Canada, lancée en 1999 et renouvelée en 2003, illustre la manière dont les pressions exercées par les intervenants gouvernementaux et non gouvernementaux locaux peuvent inciter le gouvernement fédéral à intervenir. Cette initiative démontre le rôle important que les intervenants de l'extérieur du gouvernement (y compris les groupes du secteur bénévole) peuvent jouer (École de la fonction publique du Canada, 2006).

La documentation sur la santé analysée pour les besoins du présent rapport ne fait guère mention du rôle des organismes non gouvernementaux. Le rôle des ONG est examiné d'une manière plus approfondie dans des documents qui traitent de développement international et de développement durable. La prolifération d'organismes qui s'occupent d'intervention en cas de crise, de promotion de la santé, d'éducation et d'activisme communautaire révèle l'importance croissante de ces organismes des points de vue de l'intervention à l'égard des déterminants sociaux et de la promotion de l'équité en matière de santé. Les initiatives intersectorielles doivent prendre en compte les différences sur le plan de la gouvernance entre les ONG et les institutions gouvernementales.

La mesure dans laquelle le gouvernement demande les conseils et la collaboration des ONG varie d'un pays à l'autre; elle dépend, notamment, du climat politique et de la capacité des ONG d'offrir une contribution substantielle. Le déchargement des programmes et des services au sein de nombreuses démocraties

occidentales a entraîné une reconnaissance croissante de l'importance d'un secteur bénévole dynamique. Le rôle de « chien de garde » que jouent les organismes dans ce secteur pourrait constituer une question intéressante à examiner, à titre de mécanisme permettant de déterminer si l'action intersectorielle est utilisée à l'égard des déterminants sociaux et, le cas échéant, comment et par qui elle est utilisée.

Organismes privés

À l'échelle mondiale, on reconnaît l'incidence des organismes donateurs privés comme la fondation Gates sur les approches à l'égard de la santé et de l'équité en matière de santé. Les stratégies de financement ciblées axées sur des maladies particulières ont eu des répercussions importantes sur les modes d'investissement dans la santé; dans certains cas, ces stratégies ont peut-être accru les inégalités sur le plan de la santé. L'industrie pharmaceutique est reconnue comme un intervenant important; toutefois, elle n'était pas abordée d'une manière significative dans les expériences d'initiatives intersectorielles examinées.

Bien que l'importance des intervenants du secteur privé soit reconnue, les exemples de stratégies actives axées sur la collaboration ne sont pas évidents. Il semble que le secteur de la santé publique, la société civile et d'autres intervenants aient la responsabilité d'établir des liens entre les intérêts du secteur privé et les avantages relatifs à la santé et à l'équité.

Médias

Bien que l'on reconnaisse le rôle crucial des médias dans la communication et dans l'influence exercée sur la politique et l'opinion publiques, leur rôle n'était pas analysé d'une manière exhaustive dans les sources de documentation consultées. Ce secteur justifie un examen plus approfondi.

7

Questions découlant de l'action intersectorielle

Les ministères, les organismes et d'autres intervenants reconnaissent de plus en plus la nécessité de collaborer au-delà des limites sectorielles et organisationnelles afin d'obtenir des résultats. Selon les expériences examinées, deux leçons générales peuvent être tirées du travail horizontal accompli. Ces leçons sont les suivantes :

1. Les activités horizontales sont très exigeantes en termes de ressources : elles exigent du temps et de la paperasserie, de même que des ressources humaines, financières et liées à l'information; et
2. La gestion de politiques et d'activités exige l'établissement d'un équilibre minutieux entre des intérêts et des objectifs concurrentiels.

Les initiatives intersectorielles ne débouchent pas nécessairement sur des économies de temps et d'argent. Les gouvernements et les autres organisations devraient réfléchir sérieusement avant de s'engager dans ce type d'initiatives, et être prêts à les mener à bien, le moment venu. Bien que divers pays et ordres de gouvernement aient adopté diverses approches à l'égard de l'action intersectorielle, la documentation a révélé certaines répercussions générales. Nous examinons six questions ci-dessous : atteindre une cohérence stratégique, mettre l'accent sur les efforts intersectoriels, appuyer l'engagement, renforcer les capacités, équilibrer les objectifs et les intérêts concurrentiels et rendre compte des résultats.

Atteindre une cohérence stratégique

Comme de nombreux secteurs participent à l'action intersectorielle, il faut veiller à ce que les politiques gouvernementales concordent avec les objectifs communs généraux. Il faut faire preuve de sensibilité à l'égard des divers intervenants, options stratégiques et possibilités de collaboration, lesquels ont des répercussions importantes sur la conception d'organisations ou d'initiatives et sur l'affectation des ressources dans le secteur de la santé.

La formulation de politiques cohérentes touchant de nombreux secteurs peut comporter des mesures incitatives axées sur la collaboration intersectorielle, élaborées par les échelons supérieurs. Ces mesures incitatives sont plus susceptibles de porter fruit et de surmonter la concurrence entre les secteurs lorsqu'elles sont accompagnées d'un soutien financier actif et de crédits budgétaires clairement destinés à l'action intersectorielle (Rachlis, 1999). Bien qu'ils soient embarrassants, les examens stratégiques gouvernementaux qui visent à harmoniser les politiques pourraient produire un processus viable ayant une incidence durable. De plus, ce type d'examen pourrait permettre de définir des politiques à contre-courant.

Prenons, par exemple, la déclaration du Millénaire pour le développement, adoptée par 170 chefs d'État en 2000, qui a mené aux Objectifs du

Millénaire pour le développement (OMD). Ces objectifs illustrent le premier cadre stratégique mondial axé sur la réduction de la pauvreté, adopté à un niveau auquel « les divisions sectorielles peuvent être surmontées et les possibilités de collaboration, renforcées ». Toutefois, Bos conclut que le succès demeure limité, malgré l'existence du cadre (2006).

Cibler les efforts intersectoriels

Compte tenu des ressources et du temps exigés pour appuyer de nombreuses initiatives intersectorielles, et étant donné les obstacles liés à l'évaluation de leur incidence, les ouvrages traitant de la question semblent prôner l'adoption d'approches sélectives pragmatiques à l'égard de l'action intersectorielle. La Nouvelle-Zélande et les Pays-Bas ont déterminé que les évaluations de faisabilité constituaient un moyen d'évaluer les propositions d'initiatives ou de politiques intersectorielles et de d'établir leur ordre de priorité (ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande, 2001, p. 139), (van Herten *et coll.* 2001, p. 343-345). Dans Van Herten *et coll.* on souligne que « la faisabilité de politiques [intersectorielles sur la santé] dépend de l'accessibilité d'éléments probants, du degré de soutien et de la disponibilité d'outils en vue de leur mise en œuvre » (2001, p. 345). Choisir sciemment le moment opportun, le lieu et la méthode de collaboration entre les secteurs offre un moyen de veiller à ce que les ressources soient dirigées vers les aspects sur lesquels elles auront le plus d'impact, et à ce que les conditions soient propices à la réussite.

Le degré de participation retenu varie de la surveillance des possibilités à la mise en œuvre de programmes conjoints ou de modèles partagés d'évaluation. La collaboration peut convenir uniquement aux étapes de l'élaboration et de l'évaluation de politiques; la mise en œuvre des éléments sectoriels d'un cadre stratégique commun peut être axée sur un

secteur particulier. Ce degré de précision – c.-à-d. réfléchir au moment opportun, au lieu et à la méthode d'intervention – peut représenter une évolution naturelle prenant appui sur l'expérience d'initiatives intersectorielles antérieures. Néanmoins, une mise en garde s'impose. Quelques-uns des problèmes stratégiques les plus complexes, notamment celui de l'équité en matière de santé, peuvent exiger un effort soutenu de la part de nombreux intervenants, et ce, sur une période prolongée, si l'on veut obtenir des résultats. L'action intersectorielle doit être orientée vers des objectifs; elle ne doit pas être déterminée selon une démarche simple axée sur la collaboration avec des secteurs spécifiques. L'obtention de résultats tangibles, à court et à moyen terme, vers la réalisation d'objectifs primordiaux peut dépendre de la collaboration avec des secteurs qui partagent des intérêts communs avec le milieu de la santé.

Maintenir l'engagement

La mise en œuvre d'un soutien partagé et le maintien de l'engagement à l'égard d'initiatives intersectorielles constituent des facteurs importants de la réussite de ce type de démarche. Étant donné que l'action intersectorielle est plus coûteuse que d'autres approches et qu'elle met plus de temps à produire des résultats que celles-ci, il est essentiel d'obtenir l'engagement des secteurs et des intervenants concernés. L'orientation verticale de la plupart des relations hiérarchiques organisationnelles peut créer des tensions en ce qui concerne les initiatives et les rapports horizontaux ou multisectoriels.

Le maintien de l'engagement à l'égard de l'action intersectorielle peut poser un problème en raison de la possibilité d'un roulement politique et administratif élevé pendant le délai nécessaire à l'achèvement d'un projet. Les mandats de représentants élus et non élus

ou d'autres dirigeants sectoriels peuvent prendre fin avant que les initiatives intersectorielles ne portent fruit; en outre, les changements apportés au niveau du leadership sont susceptibles de menacer la poursuite de la collaboration. Les politiques peuvent changer avec les dirigeants; les organisations peuvent faire l'objet de remaniements, et des urgences peuvent survenir.

L'examen de la documentation a permis de dégager les méthodes suivantes pour assurer le maintien de l'engagement :

- faire participer les intervenants touchés à la détermination des priorités, vers la réalisation d'une vision commune;
- définir les avantages pour chaque secteur;
- favoriser la décentralisation de la prise de décisions et renforcer l'autonomie locale;
- accroître la sensibilisation à l'action intersectorielle grâce au rehaussement de l'image internationale, laquelle peut être établie par le biais de sommets et de déclarations nationales ou internationales; et
- établir un lien entre la rémunération et le rendement dans la réalisation des résultats.

Renforcer les capacités

Bien que les gouvernements et les milieux universitaires aient généralement reconnu, au cours des deux dernières décennies, que l'action intersectorielle convenait aux situations complexes, on observe un retard sur le plan de la mise en œuvre. Les initiatives intersectorielles exigent des compétences différentes, comparativement à l'action individuelle. Divers auteurs ont proposé que l'on utilise la capacité organisationnelle de mettre en œuvre des initiatives interorganisationnelles, en guise de critère pour l'exécution d'initiatives intersectorielles. L'exercice des fonctions de leadership, de partenariat, de soutien et de défense du secteur de la santé exige des connaissances et des compétences qui débordent les limites des enjeux sanitaires. Les organismes

du domaine de la santé doivent adopter une approche renforcée et plus généralisée en ce qui a trait à la connaissance des milieux social et économique, des facteurs politiques, ainsi que des possibilités et des risques connexes. Ainsi que le soulignent les auteurs de Stahl *et coll.* les organismes de la santé doivent également posséder le mandat et le soutien nécessaires pour influencer d'autres secteurs (2006).

La planification appropriée constitue un facteur crucial. Des approches interdisciplinaires et interorganisationnelles en matière de planification peuvent se révéler nécessaires pour renforcer les compétences des travailleurs du point de vue de l'élaboration de plans qui reconnaissent de nombreux secteurs. L'expérience souligne l'importance des communications et de la négociation à titre de compétences fondamentales dans le contexte de l'action intersectorielle. La collaboration entre les secteurs de l'environnement et de la santé s'est révélée fructueuse du fait qu'elle a permis de s'éloigner des approches théoriques et de réorienter les efforts vers des approches fondées sur les problèmes à l'égard de l'apprentissage. On a élaboré des ateliers, en prenant appui sur diverses disciplines et sur une gamme d'approches afin de régler des problèmes complexes touchant les politiques pratiques. Le déplacement d'approches expressément axées sur une discipline et sur un secteur à un apprentissage fondé sur les problèmes a eu une incidence positive sur le perfectionnement professionnel et sur les programmes de formation liés à l'action intersectorielle.

Équilibrer des objectifs et des intérêts concurrentiels

La gestion de politiques et d'activités qui touchent plusieurs secteurs exige l'établissement d'un équilibre minutieux entre des intérêts et des objectifs concurrentiels. Afin d'appuyer les initiatives intersectorielles, les membres du secteur de la santé doivent adopter une vision qui dépasse leurs propres buts, et prendre en

« Bien que l'évaluation des coûts et des avantages soit nécessaire, l'évaluation posera des problèmes majeurs dans le cadre de la plupart des projets latéraux. »

(Bakvis et Julliet, 2004)

compte d'autres objectifs. La détermination des liens entre les objectifs relatifs aux politiques sur la santé et les objectifs d'autres secteurs est essentielle à une collaboration fructueuse.

Le secteur de la santé devrait renforcer sa capacité de reconnaître les objectifs des autres secteurs, et de collaborer plus efficacement avec ceux-ci. Bos observe que « les composantes du secteur de la santé qui devraient collaborer directement avec le secteur agricole sont fréquemment sous-financés [*sic*]; ils n'ont pas de dispositions formelles à l'égard des rôles et des responsabilités intersectoriels, et leurs effectifs ne possèdent pas les compétences nécessaires aux négociations et à la prise de décisions intersectorielles [*sic*] » (Bos, 2006, p. 2).

Rendre compte des résultats

Dans nombre de pays, et à de nombreux niveaux décisionnels, on met davantage l'accent sur la démonstration des résultats. Les citoyens, les intervenants non gouvernementaux et les donateurs internationaux exigent de plus en plus une responsabilisation de la part des gouvernements à l'égard des résultats de leurs décisions stratégiques.

La présentation de rapports honnêtes sur les initiatives intersectorielles, qu'elles soient réussies ou qu'elles se soldent par un échec, constitue un facteur critique. En ce qui concerne les initiatives horizontales complexes, il est parfois difficile de reconnaître la responsabilité d'une réussite ou d'un échec. Les dossiers complexes exigent des buts clairement définis et doivent comporter une évaluation des

processus et des résultats. Dans un gouvernement, les voies hiérarchiques sont généralement structurées à la verticale, et une culture axée sur « les affaires courantes » peut nuire à la collaboration interministérielle et intersectorielle.

Il est essentiel de désigner une organisation responsable à l'égard des initiatives horizontales, afin de préciser les pouvoirs, d'instiller un sentiment de responsabilisation et d'affecter des fonds suffisants (Bakvis et Julliet, 2004).

De nombreuses questions touchant les rapports de responsabilisation dans le cadre d'initiatives intersectorielles restent encore à examiner. Qui est reconnu comme étant responsable d'une réussite ou d'un échec? Les obligations de rendre compte devraient-elles toucher les collaborateurs individuels, ou peut-on établir des systèmes selon lesquels les intervenants partagent collectivement les risques et les récompenses? Manifestement, les initiatives conjointes repoussent les limites des pratiques conventionnelles en matière de responsabilité. Faut-il compromettre la conformité au profit de la collaboration. Probablement pas. Au cours des dernières années, les gouvernements ont raffiné leurs pratiques en ce qui concerne la planification et la mise en œuvre d'approches horizontales; ils se familiarisent encore avec l'intégration de freins et de contrepoids. Néanmoins, il semble qu'[ils] s'améliorent sur le plan du partenariat, et du point de vue de l'élaboration de moyens créatifs de produire des rapports fiables (Fox et Lenihan, 2006, p. 15).

8

Pleins feux sur l'avenir

Questions à régler

Bien que le présent document ne précise pas d'une manière concluante des modèles appropriés de classement des initiatives intersectorielles, il met en relief les avantages de l'utilisation des niveaux mondial, régional, national, sous-national et communautaire ou local de gouvernance, en guise de point de départ de la mise en œuvre d'une action intersectorielle. Il présente des descriptions générales d'approches, à titre de démarches progressives, ciblées, générales et intégrées qui offrent un moyen pratique de relever le défi lié à l'équité en matière de santé, d'aborder les déterminants sociaux de la santé et, le cas échéant, de transcender les barrières sectorielles afin de réaliser des gains en matière de santé.

Ce document a permis de dégager les questions suivantes :

Quels arguments à l'appui de l'action intersectorielle ont été les plus convaincants?

Les discussions de cabinet se tiennent à huis clos dans de nombreux pays; ainsi, en général, le « fond de l'histoire » en ce qui concerne les arguments les plus convaincants n'est pas saisi dans les documents gouvernementaux qui font état des leçons tirées, dans les évaluations ou dans les ouvrages théoriques.

Quels leviers stratégiques se sont révélés les plus efficaces, efficaces et équitables sur le plan de la promotion de l'équité en matière de santé? Lorsqu'il s'agit de traiter de problèmes liés à la politique publique, les leviers stratégiques sont habituellement évalués du point de vue de leur *efficacité*; par exemple, l'intervention fonctionnera-t-elle dans le contexte visé? Le critère d'*efficacité* permet de déterminer si l'investissement de ressources offre un

avantage conséquent : les avantages justifient-ils l'investissement ? Enfin, quelles sont les conséquences de l'intervention sur l'*équité*, c.-à-d. la répartition équitaine des déterminants sociaux? Le secteur de la santé peut hausser le critère d'équité en contribuant à l'élaboration et à la mise en œuvre de propositions de politiques destinées à d'autres secteurs.

Quel rôle les autres intervenants ont-ils joué? Comment le secteur de la santé peut-il raffiner son rôle en l'absence de la considération et de la sensibilisation de partenaires clés (p. ex. le public, les médias, les décideurs centraux, d'autres intervenants des milieux sociaux et les intervenants du secteur économique)? Une meilleure connaissance des secteurs qui n'ont pas participé au processus – et des raisons pour lesquelles ils n'y ont pas participé – peut contribuer à mettre au point les approches en vue d'une action intersectorielle efficace, en regard d'objectifs partagés.

Comment l'engagement a-t-il été maintenu au fil du temps? Certains documents de référence offrent des exemples, en mettant l'accent sur les dirigeants du secteur de la santé et d'autres milieux. Dans le cadre du développement d'organisations de la santé, il faudrait accorder la priorité aux types de leadership et aux autres contributions nécessaires aux initiatives mises en œuvre à l'intérieur des limites organisationnelles et de concert avec des secteurs clés.

Comment le secteur de la santé peut-il renforcer ses capacités en matière d'action intersectorielle? Si le secteur de la santé fait appel à d'autres milieux en vue de répartir équitement les déterminants de la santé, il doit cibler, dans le cadre de ses initiatives internes axées sur l'équité d'accès, les services de santé qui

relèvent directement de sa responsabilité. Cette exigence, conjuguée à la complexité et à interdépendance croissantes des secteurs et des problèmes sociaux, présente un défi considérable au secteur de la santé.

Le rôle du secteur de la santé n'est plus direct et rigide. Il doit pouvoir évoluer et s'adapter. Le secteur doit savoir quand il doit diriger et quand il doit suivre, et connaître le type de contribution à obtenir. De plus, il doit veiller à ce que les aspects sanitaires de dossiers complexes dirigés par d'autres secteurs soient définis et abordés. Il doit être sensibilisé au moment opportun, savoir distinguer les gains à court, à moyen et à long terme et être prêt à prendre des décisions concernant les stratégies et les points d'accès appropriés.

Quels outils, modèles ou ressources sont nécessaires pour appuyer l'action intersectorielle?

L'élaboration d'une approche générale bien planifiée en matière d'action intersectorielle, qui offre des avantages liés à la santé, ainsi que des avantages socioéconomiques plus généraux, exige un soutien considérable. Une bonne partie des ouvrages consultés soulignaient les obstacles et les facteurs habilitants en matière d'action intersectorielle, et précisaient certains outils visant à appuyer ce type d'action. Il faut poursuivre les travaux engagés afin d'évaluer les besoins des divers intervenants et la compatibilité avec les outils et les ressources accessibles. La collaboration avec d'autres secteurs dévoilera peut-être une gamme d'outils existants qui pourraient servir d'exemples utiles, notamment des modèles intégrés de planification et d'évaluation.

Conclusion

Tout comme la notion de santé a évolué au cours des dernières décennies, le concept d'action intersectorielle en matière de santé semble se transformer. Les expériences analysées dans le présent document révèlent quelques initiatives verticales et horizontales fructueuses en termes de gains liés à la santé. Toutefois, compte tenu des répercussions des

initiatives intersectorielles sur les ressources, il faut évaluer d'un point de vue critique le moment propice, le lieu et la méthode à adopter pour intervenir. Même si diverses approches ont été utilisées, à divers niveaux de gouvernance, il ne semble pas exister de modèle « universel ».

Nous observons un besoin émergent, à savoir une réorientation de l'action intersectorielle pour la santé à l'action intersectorielle axée sur des buts sociaux communs. L'équité, appuyée par la santé en guise d'indicateur important, offre un point de départ prometteur dans de nombreux contextes politiques. Cette réorientation exige un secteur de la santé qui établit un équilibre entre les déterminants à l'égard desquels il manœuvre les leviers stratégiques, et ceux qui relèvent d'autres secteurs.

Ce document offre un aperçu global des approches à l'égard de l'action intersectorielle aux échelles mondiale, sous-régionale, nationale, sous-nationale et communautaire. Au cours des dix années écoulées depuis la Conférence de 1997 sur l'action intersectorielle sur la santé de l'OMS, certains progrès ont été réalisés sur le plan de l'analyse du nouveau rôle du secteur de la santé, au sein d'un groupe de partenaires. De nouvelles formes de leadership, de compétences, d'information et de savoir sont mises en application dans le monde entier. De nouveaux systèmes de gouvernance sont examinés et mis à l'essai, du point de vue de la gestion de partenariats et de regroupements. Les intervenants ont accompli certains progrès dans le cadre du renforcement de la compréhension des conséquences des interventions sur la santé. Néanmoins, nous avons éprouvé de la difficulté à repérer des données probantes attestant l'efficacité de l'action intersectorielle en matière de santé.

De nombreuses questions restent à régler. Nous espérons qu'à l'approche du dixième anniversaire de la conférence de 1997 le présent document et les études de cas subséquentes permettront d'acquérir une connaissance plus approfondie des approches intersectorielles adaptées à des besoins contextuels précis.

Annexe A

Glossaire et abréviations

Terminologie

Sauf indication contraire, les descriptions ci-dessous sont tirées du document de travail intitulé Réduire les disparités en santé : Rôle du secteur de la santé du Groupe de travail sur les disparités en matière de santé du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé, 2004, Ottawa.

Déterminants de la santé : Facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations (OMS, Glossaire de la promotion de la santé, 1998). Ces déterminants peuvent être regroupés en sept grandes catégories : l'environnement socioéconomique, les environnements physiques, le développement de la petite enfance, l'hygiène de vie, la capacité individuelle et les habiletés d'adaptation, la biologie et la supériorité génétique et les services de santé.

Populations défavorisées : Populations partageant une caractéristique associée à un risque élevé d'effets néfastes pour la santé (p. ex. les Autochtones, les mères monoparentales pauvres, les femmes, les sans-abri, les réfugiés). Une approche concernant les populations défavorisées comprendrait des stratégies adaptées à des groupes particuliers. Ces stratégies se distinguent de celles visant à réduire le gradient ou la portée de déterminants de santé sous-jacents qui affectent la santé à divers degrés (p. ex. le revenu, l'éducation).

Soins de santé : Programmes, services, procédure, thérapies et interventions permettant de traiter et de soigner les gens malades, blessés ou souffrant d'incapacité. Les soins de santé constituent le sous-secteur le plus important du secteur de la santé.

Disparités en santé : Écarts dans l'état de santé survenant entre divers groupes de population définis à l'aide de caractéristiques précises. Pour les fins du développement de politiques, les caractéristiques les plus utiles sont celles associées de façon constante aux variations les plus importantes de l'état de santé. Au Canada, les facteurs dominants sont le statut socioéconomique (SSE), l'identité autochtone, le sexe et l'emplacement géographique.

Inégalités sur le plan de la santé : « [...] est le terme générique utilisé pour désigner des écarts, des variations et des disparités dans les réalisations en santé et les facteurs de risque des individus et des groupes [...] n'impliquant aucun jugement moral [...] et pouvant résulter d'un choix personnel qui ne soulèverait pas nécessairement de questions d'ordre moral » (Kawachi, Subramarian et Almeida-Filho, 2002, p. 647). Certaines inégalités reflètent des variations aléatoires (c.-à-d. des causes inexplicables), tandis que d'autres sont le résultat d'une supériorité génétique individuelle, de conséquences à la suite de choix personnels, de l'organisation sociale, d'opportunités économiques ou de l'accès aux soins de santé. Le secteur de la politique gouvernementale

se préoccupe des inégalités sur le plan de la santé qui sont attribuables à des facteurs modifiables, particulièrement celles qui sont perçues comme étant inéquitables.

Injustices sur le plan de la santé : « [...] fait référence aux inégalités jugées inéquitables et résultant de toute forme d'injustice [...]. La différence fondamentale entre l'égalité et l'équité sociale réside dans l'identification des injustices sur le plan de la santé : ces injustices sont déterminées à l'aide d'un jugement normatif fondé sur a) des théories de justice, b) des théories sociétales, c) un raisonnement relatif à l'origine des inégalités en santé. En raison du fait qu'il est nécessaire de faire appel à un jugement normatif pour cerner les injustices sur le plan de la santé, la science seule ne peut déterminer lesquelles des inégalités sont également inéquitables, ni dans quelle proportion une inégalité observée constitue une injustice ou une iniquité » (Kawachi, Subramarian et Almeida, 2002, p. 647-648).

Secteur de la santé : Les politiques, les lois, les ressources, les programmes et les services régis par les ministères de la Santé. Le secteur englobe la promotion de la santé et la prévention des maladies, la santé publique, les services de santé communautaire, comme les soins à domicile, les médicaments et les équipements médicaux, la santé mentale, les établissements de soins de longue durée, les hôpitaux, ainsi que les services généralement fournis par les professionnels de la santé (médecins, personnel infirmier, thérapeutes, pharmaciens, etc.).

Santé de la population : Renvoie dans un même temps à une description et à un concept sur lesquels se base l'examen des disparités en santé. « La stratégie de santé globale pour la population cible principalement des facteurs qui améliorent la santé et le mieux-être de la population dans son ensemble. Cette stratégie tient compte des cadres de vie et de travail

qui touchent la santé des individus, des conditions qui aident les individus à faire des choix sains et des services qui permettent de promouvoir la santé et d'assurer son maintien » (Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1994). Cette stratégie est fondée sur l'état de santé et les facteurs de risque à l'échelle globale plutôt qu'individuelle et des politiques et stratégies concernant des déterminants non médicaux qui touchent la santé tout au long d'une vie.

Soins de santé primaires : L'Organisation mondiale de la Santé définit les soins de santé primaires comme le véhicule principal pour réaliser la prestation de soins de santé au niveau le plus local possible, au sein d'un système de soins de santé d'un pays, c'est-à-dire, « des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer. En plus de comprendre le traitement des maladies et lésions courantes, la fourniture de médicaments essentiels, la protection maternelle et infantile et la prévention et le contrôle des endémies locales et la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, ces soins primaires devraient également inclure l'éducation de la communauté au sujet des problèmes de santé prévalents ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base.

Santé publique : La santé publique s'entend de la « combinaison des sciences, compétences pratiques et croyances qui est dirigée vers le maintien et l'amélioration de la santé de toute la population. C'est l'un des efforts déployés par

une société pour protéger, promouvoir et rétablir la santé des gens au moyen de mesures collectives et sociales. ...Les activités liées à la santé publique changent avec les techniques et les valeurs sociales, mais leur objectif demeure le même : réduire le nombre de maladies et de décès prématurés, ainsi que l'inconfort et l'invalidité liés aux maladies au sein d'une population donnée » (Last, 1994).

Cette définition large se rapproche davantage de la définition établie pour la « santé de la population » et il ne faudrait pas la confondre avec la définition des cinq principaux programmes et services suivants de santé publique, qui visent une prévention primaire et qui sont offerts par les ministères de la Santé, les régies régionales de la santé et les unités locales : l'évaluation de la santé de

la population, la surveillance, la prévention des maladies, la protection de la santé et la promotion de la santé.

Statut socioéconomique (SSE) : Terme qui décrit la position d'un groupe particulier au sein d'une population ou d'une société, qui est le reflet de la hiérarchie globale. Les indicateurs les plus fréquemment utilisés pour décrire le SSE sont les catégories de revenu, d'éducation et d'emploi. Son cousin conceptuel est le terme « classe », provenant de théories sociales qui expliquent la structure et le fonctionnement des sociétés plutôt que de simplement les décrire. Dans le but d'assurer une uniformité par rapport aux documents déjà produits à l'échelle nationale au sujet de l'état de santé et de ses déterminants, le terme SSE utilisé devrait être interprété au sens le plus large.

Annexe B

La Commission de l'Organisation mondiale de la santé sur les déterminants sociaux de la santé

La Commission sur les déterminants sociaux de la santé (la Commission) a été formée en mars 2005 et terminera son travail initial en mai 2008. Elle est présidée par Sir Michael Marmot du University College, Londres, et compte vingt commissaires. La Commission réunit des scientifiques et des praticiens de renom qui ont pour tâche de témoigner des politiques qui améliorent la santé en corrigeant les conditions sociales dans lesquelles les gens vivent et travaillent. La Commission collabore avec les pays au soutien du changement des politiques et fait le suivi des résultats.

Principaux objectifs de la commission :

- Soutenir les changements de politique dans les pays en faisant la promotion de modèles et de pratiques qui ont une incidence effective sur les déterminants de la santé.
- Aider les pays à faire de la santé un but partagé auquel de nombreux ministères et secteurs de la société contribuent.
- Aider à constituer un mouvement mondial durable en vue d'une action, en matière d'équité en santé et de déterminants sociaux, qui fait le lien entre les gouvernements, les organismes internationaux, les établissements de recherche, la société civile et les collectivités.

Annexe C

Le réseau de connaissances sur les systèmes de santé

Le réseau de connaissances sur les systèmes de santé a été mandaté par la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé de septembre 2005 à mars 2007. Le réseau était constitué de jusqu'à 14 décideurs, universitaires et membres de la société civile de partout dans le monde, possédant chacun son propre domaine de compétence. Le réseau a fait appel à d'autres composantes de la Commission (voir http://www.who.int/social_determinants/map/en), et a également commandé un certain nombre d'examen systématiques et d'études de cas (voir www.wits.ac.za/chp/).

Le Centre for Health Policy a dirigé le consortium désigné à titre de centre de coordination organisationnel du réseau. Les autres partenaires du consortium étaient EQUINET, un réseau régional de l'est et du sud de l'Afrique qui travaille à la promotion de l'équité en santé (www.equinet africa.org), et l'unité de politique sanitaire de la London School of Hygiene, au Royaume-Uni (www.lshtm.ac.uk/hpu). La Commission elle-même est un mécanisme stratégique mondial qui vise à améliorer l'équité en santé et en soins de santé par l'entremise d'une action sur les déterminants sociaux de la santé au niveau mondial, régional et national.

Abréviations

Les abréviations suivantes sont extraites d'un document de 2005 regroupant les leçons tirées de l'expérience antérieure en matière d'action sur les déterminants sociaux de la santé (*Action on the Social Determinants of Health : Learning from Previous Experiences*), OMS, Genève, de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS.

- AI : Action intersectorielle
- AI : Action intersectorielle pour la santé
- CDSS : Commission des déterminants sociaux de la santé
- CMS : Commission Macroéconomie et Santé
- DSS : Déterminants sociaux de la santé
- EII : Évaluation intégrée des impacts
- EIS : Évaluation des impacts sur la santé
- HAZ : Health Action Zones (Royaume-Uni)
- OMD : Les objectifs du Millénaire pour le développement
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- ONG : Organisation non gouvernementale
- ONU : Nations Unies
- R.-U. : Royaume-Uni
- SPT : Santé pour tous
- SSP : Soins de santé primaires

Sources

- Amery, J. 2000, 'Interprofessional working in health action zones: How can this be fostered and sustained', *Journal of Interprofessional Care* vol. 14, no. 1, p. 27- 30.
- Appleby, J. & Harrison, A. 2006, *Spending on Health Care: How much is enough?* King's Fund, London.
- Asthana, S. & Halliday, J. 2004, 'What can rural agencies do to address the additional costs of rural services? A typology of rural service innovation', *Health and Social Care in the Community*, vol. 12, no. 6, p. 457-465.
- Australian Institute of Family Studies 2000, 'Networking and intersectoral collaboration', in *Building capacity for life promotion: Technical Report Volume 1 Evaluation of the National Youth Suicide Prevention Strategy*, Australian Institute of Family Studies, Canberra. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : <http://www.aifs.gov.au/>
- Baird, H. & Cantwell, M. 2006, 'Abstract for presentation at National Medicines Symposium 2006 Partnerships in action: National Prescribing Service and Consumers' Health Forum of Australia', *National Prescribing Service, Australia & Consumers' Health Forum of Australia*, Australia. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : <http://www.icms.com.au/nms2006/abstract/125.htm>
- Bakvis, H. & Julliet, L. 2004, *Le défi de l'horizontalité : ministères responsables, organismes centraux et leadership*, École de la fonction publique du Canada. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : http://www.myschool.gc.ca/Research/publications/pdfs/hc_f.pdf
- Banken, R. 2001, *Strategies for Institutionalizing HIA*. European Centre for Health Policy, Health Impact Assessment Discussion Papers, No. 1. World Health Organisation Regional Office for Europe, Copenhagen. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : <http://www.euro.who.int/document/e75552.pdf>
- Bauld, L. *et coll.* 2005, 'Promoting Social Change: The Experience of Health Action Zones in England', *Journal of Social Policy*, vol. 34, no. 3, p. 427-445.
- Bennett, J. 2003, 'OECD Health Working Papers No. 2 Investment in Population Health in Five OECD Countries', OECD, Paris. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : <http://www.oecd.org/dataoecd/30/39/2510907.pdf>
- Bernier, N. 2006, 'Quebec's Approach to Population Health: An Overview of Policy Content and Organisation', *Journal of Public Health Policy*, vol. 27, p. 22-37.
- Bos, R. 1998, 'Health opportunities in water resources development: Capacity building in the domain of intersectoral collaboration', *Conférence internationale Eau et développement durable = International Conference on Water and Sustainable Development*, Paris, France. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : <http://www.oieau.fr/ciedd/contributions/at2/contribution/BOS.html>
- Bos, R. 2006, *Understanding the links between agriculture and health*, International Food Policy Research Institute. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : http://www.ifpri.org/2020/focus/focus13/focus13_16.pdf#search=%22intersectoral%20action%20for%20health%22
- Canadian Public Health Association 1997, *The Canadian Experience of Intersectoral Collaboration for Health Gains*, Canadian Public Health Association, Ottawa.
- Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population 1994, *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : investir dans la santé des Canadiens*, Ministre de la Santé, Ottawa.

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population 1999, *L'action intersectorielle : pour une population en santé*, Ministre des Approvisionnements et des Services, Ottawa. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/pdf/inters_fre.pdf

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé 2003, *Bâtir un système de développement des jeunes enfants dans une perspective de santé de la population : outil pour l'examen des approches actuelles*, Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux, Ottawa. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : http://www.health.gov.sk.ca/mc_sp_early_child_fr.pdf

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé 2005a, *Réduire les disparités sur le plan de la santé – Rôles du secteur de la santé : document de travail*, Ministre de la Santé, Ottawa. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/ddp_f.html

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé 2005b, *Réduire les disparités en santé – Rôles du secteur de la santé : Orientations et activités stratégiques recommandées*, Ministre de la Santé, Ottawa. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/disparities/dr_policy_f.html

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le VIH/SIDA, un sous-comité du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population 1999, *La collaboration intergouvernementale dans la lutte contre le sida : document de travail*, Ministre des Approvisionnements et des Services, Canada, Ottawa.

Crawshaw, P., Bunton, R. & Gillen, K. 2003, 'Health Action Zones and the problem of community', *Health and Social Care in the Community*, vol. 11, no. 1, p. 36-44.

Crawshaw, P. & Simpson, D. 2002, 'Comprehensive Community Initiatives: Addressing a 'Problem' in Local Governance or Creating One?', *Sociological Research Online*, vol. 7, no. 1. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : <http://www.socresonline.org.uk/7/1/crawshaw.html>

Crombie, I.K. et coll. 2005, *Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective*, World Health Organisation Europe, Copenhagen.

Dahlgren, G. & Whitehead, M. 2006, 'Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health', *Studies on social and economic determinants of population health*, No. 3, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

DC Resource Centre: *Intersectoral Action for Health Toolkit* (page Web) 2004, Health Canada and Dietitians of Canada [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : www.dietitians.ca/resources/resourcesearch.asp?fn=view&contentid=2480

Dean, M. 1998, 'UK government announces first "health action zones" ', *The Lancet*, vol. 351, p. 1111.

Directorate for Health and Social Affairs 2005, *The Norwegian Directorate for Health and Social Affairs' Plan of Action to Reduce Social Inequalities in Health: The Challenge of the Gradient*, Directorate for Health and Social Affairs, Oslo.

École de la fonction publique du Canada 2006, *L'élaboration et la mise en œuvre des politiques dans les dossiers complexes – Leçons tirées de l'Initiative nationale pour les sans-abri* par Ralph Smith – Leçons tirées des « Collectivités dynamiques » par Sherri Torjman, École de la fonction publique du Canada et le Secrétariat national pour les sans-abri, Ottawa.

Eklundh, B. & Pettersson, B. 1987, 'Health promotion policy in Sweden: means and methods in intersectoral action', *Health Promotion*, vol. 2, no. 2, p. 177-194.

Evans, T. & Vega J. 2006, *Making the Case for Financing the Social Determinants of Health* (presentation deck) October 29, 2006, London, World Health Organisation.

Exworthy, M., Berney, L. & Powell M. 2002, 'How great expectations in Westminster may be dashed locally': the local implementation of national policy on health inequalities', *Policy & Politics*, vol. 30, no.1, p. 79-96.

Fox, G. & Lenihan, D. 2006, *À qui revient la responsabilité? L'obligation de rendre des comptes et les initiatives conjointes*, Forum des politiques publiques et Traverser les frontières, Ottawa. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : <http://www.pforum.com/common/assets/publications/fr/200735144749.pdf>

General Practice Divisions – Victoria Ltd (GPDV) 1995, *Planning and Evaluation of Links Projects or Intersectoral Collaboration A Checklist*, based on the work of Harris et al in Working Together-Intersectoral Action for Health, 1995, [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : http://www.gpdv.com.au/gpdv/documents/060701_checklist4workingwithdivisions.pdf#search=%22intersectoral%20action%20for%20health%22

Goumans, M. & Springett, J. 1997, 'From projects to policy: "Healthy Cities" as a mechanism for policy change for health?', *Health Promotion International*, vol. 12, no. 4, p. 311-322.

Great Britain Working Group on Inequalities in Health 1980, *The Black Report, Inequalities in health: report of a Research Working Group*, Department of Health and Social Services, London.

Harris, E *et coll.* 1995, *Working together: intersectoral action for health*, Government Publishing Service, Canberra.

Harris-Roxas, B., Simpson S. & Harris E. 2004, *Equity Focused Health Impact Assessment: a literature review*, Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment (ACHEIA), Sydney.

Health Canada & Alberta Health and Wellness 2002, *Preventing Chronic Disease: Working Together in an Integrated Approach March 20 - 21, 2002 Edmonton, Alberta*, [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : <http://www.diabetes.ca>

Health Systems Trust 1998, 'Intersectoral Working', HST Update, Issue No. 32. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : <http://www.hst.org.za>

Huchzermeyer, M., Burton, S. & Harpham, T. 2001, *Health and Environment in Development Policy and Planning: Strengthening the Basis of Intersectoral Collaboration*, Department of Health and Sustainable Development, WHO, Geneva.

Implementing action for sustainability (toolkit) 2003, North West Regional Assembly, Liverpool.

Intersectoral Community Action for Health (ICAH) (webpage) 2006, New Zealand Ministry of Health. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : <http://www.moh.govt.nz/icah>

Joffe, M. & Mindell, J. 2002, 'A framework for the evidence base to support Health Impact Assessment', *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 56, p. 132-138. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : <http://jech.bmj.com/>

Kawachi, I., Subramanian, S.V. & Almeida-Filho, N. 2002, 'A glossary for health inequalities,' *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, p. 647-652.

Krieger, N. *et coll.* 2003, 'Assessing health impact assessment: multidisciplinary and international perspectives,' *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 57, p. 659-662. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : <http://jech.bmj.com/>

La stratégie suédoise de santé publique – Éléments et processus (résumé de la présentation) Dre Pirooska Östlin, Directrice de recherche à l'Institut national de santé publique en Suède, 14 mai 2003, Observatoire montréalais des inégalités sociales et de la santé (OMISS), Montréal.

Last, J.M. 1995, *A Dictionary of Epidemiology*, Oxford University Press, New York.

Lock, K. & McKee, M. 2005, 'Health impact assessment: assessing opportunities and barriers to intersectoral health improvement in an expanded European Union', *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 59, p. 356-360. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : <http://jech.bmj.com/>

- LSE Health and Social Care 2004, 'Health challenges in South Eastern Europe', *Eurohealth*, vol. 10, no. 3-4, London.
- Mindell, J. *et coll.* 2004, 'Enhancing the evidence base for health impact assessment', *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 58, p. 546-551. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : <http://jech.bmj.com/>
- Mindell, J. *et coll.* 2004, 'Health impact assessment as an agent of policy change: improving the health impacts of the mayor of London's draft transport strategy', *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 58, p. 169-174. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : <http://jech.bmj.com/>
- Mindell, J., Ison, E. & Joffe, M. 2003, 'A glossary for health impact assessment', *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 57, p. 647-651. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : <http://jech.bmj.com/>
- Mittelmark, M.B. 2001, *Promoting Social Responsibility for Health: Health Impact Assessment and Healthy Public Policy at the Community Level*, Research Centre for Health Promotion, University of Bergen, Bergen, Norway.
- National Audit Office London 2001, *Joining Up to Improve Public Services*, Report by the Comptroller and Auditor-General, HC 383, Session 2001-2002, HMSO, London. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/01-02/0102383.pdf
- New Zealand Ministry of Health 2001, *Intersectoral Initiatives for Improving the Health of Local Communities – A Literature Review*, Wellington. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : <http://www.moh.govt.nz>
- NHS Health Development Agency 2004, *Clarifying health impact assessment, integrated impact assessment and health needs assessment*, NHS Health Development Agency, Wetherby, Yorkshire.
- O'Byrne, D., Health Promotion. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : http://www.goinginternational.org/english/pdf/archive/Byrne1_e.pdf#search=%22intersectoral%20action%20for%20health%22
- O'Keefe, E. & Scott-Samuel, A. 2002, 'Human Rights and Wrongs: Could Health Impact Assessment Help?' *Journal of Law, Medicine & Ethics*, vol. 30, no. 4, p. 734-738.
- Östlin, P. & Diderichsen, F. 2001, 'Equity-oriented national strategy for public health in Sweden: A case study', *Policy Learning Curve Series Number 1*, WHO European Centre for Health Policy, Brussels. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : <http://www.who.dk/Document/E69911.pdf>
- Painter, C. & Clarence, E. 2001, 'UK Local Action Zones and Changing Urban Governance', *Urban Studies*, vol. 38, no. 8, p. 1215-1232.
- Partnerships for Better Health. Intersectoral Community Action for Health Initiatives* (PowerPoint presentation), New Zealand Ministry of Health. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : <http://www.arts.auckland.ac.nz/lpg/docs/InterSectoral%20Community%20Action%20for%20Health%20-%20Partnerships%20for%20better%20health.pdf>
- Pemba, S. & Ndeki, S. 1994, 'Continuing education. The experience of Tanzania', *Health Action*, vol. 8, p. 6-7.
- Perera, M.A.L.R. 2006, *Intersectoral action for health in Sri Lanka*, Institute for Health Policy, Sri Lanka.
- Pleasence, P. *et coll.* 2004, 'Civil law problems and morbidity', *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 58, p. 552-557. [En ligne], accessible à l'adresse suivante : <http://jech.bmj.com/>
- Powell, M. & Moon, G. 2001, 'Health Action Zones: the 'third way' of a new area-based policy?,' *Health and Social Care in the Community*, vol. 9, no. 1, p. 43-50.
- Rachlis, M. 1999, *Intersectoral Action and Health* (rapport présenté à un atelier commandité par Santé Canada (Alberta et T.N.-O.) en partenariat avec Alberta Health et Alberta Community Development), Edmonton.

- Radnor, Z. & Lovell, B. 2003, 'Success Factors for implementation of the balanced scorecard in a NHS multi-agency setting', *International Journal of Health Care Quality Assurance*, vol. 16, no. 2, p. 99-108. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : <http://emeraldinsight.com/0952-6862.htm>
- Ramduny, V. 1998, 'Intersectoral Working In Practice', *HST Update*, Issue No. 32, p. 3. [en ligne] Accessible à l'adresse suivante : <http://www.hst.org.za/uploads/files/upd32.pdf>
- Ramduny, V. 1998, 'Policy in Progress Intersectoral Collaboration-An Overview', *HST Update*, Issue No. 32, p. 5-8. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : <http://www.hst.org.za/uploads/files/upd32.pdf>
- Rowling, L. & Jeffreys, V. 2005, *Intersectoral action in health promoting schools: Whose evidence should shape practice?* (PowerPoint presentation) University of Sydney, Sydney. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : <http://www.aracy.org.au/pdf/events/2005ConferenceSpeakers/2005%20ARACY%20Conference%20P25Louise%20Rowling%20220705.pdf>
- Rychetnik, L. & Wise, M. 2004, 'Advocating evidence-based health promotion: reflections and a way forward', *Health Promotion International*, vol. 19, no. 2, p. 247-257. [En ligne] [Consulté le 18 janvier 2007] Accessible à l'adresse suivante : <http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/reprint/19/2/247?ijkey=cef8d37df67db443fd40a5f6ebc2380c9feac3fc>
- Sanchez, L. *et coll.* 2005, 'Intersectoral coordination in Aedes aegypti control. A pilot project in Havana City, Cuba', *Tropical Medicine and International Health*, vol. 10, no. 1, p. 82-91.
- Santé Canada 1998, *La création de partenariats dans le domaine de la santé : constats. La nutrition pour un virage santé : voies d'action*, Ministère de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, Ottawa. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/alt_formats/hpfb-dgpsa/pdf/nutrition/building_partnerships-creation_partenariats_f.pdf
- Santé Canada Alberta/Région des Territoires du Nord-Ouest 2002, *Le modèle du Carrefour en trèfle : un gage de succès – Trousse d'action intersectorielle*, Santé Canada Alberta/Région des Territoires du Nord-Ouest, Edmonton, Alberta. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : http://www.dietitians.ca/members_only/pdf/TROUSSE-AI.pdf
- Ståhl, T. *et coll.* 2006, *Health in All Policies Prospects and potentials*, Ministry of Social Affairs and Health, Health Department, Finland & European Observatory on Health Systems and Policies, Helsinki.
- Sullivan, H., Judge, K., & Sewell, K. 2004, 'In the eye of the beholder: perceptions of local impact in English Health Action Zones', *Social Science & Medicine*, vol. 59, p. 1603-1612.
- Swedish International Development Co-operation Agency, 1999, *Reaching the Goals in the S-21: Gender Equality and Health Volume II* (reference document submitted to the Organisation for Economic Co-operation and Development).
- Tackling Health Inequalities – The UK Situation* (meeting summary) 2006, European Commission Expert Working Group on the Social Determinants of Health Inequalities.
- Usmani, A. *Primary Health Care* (PowerPoint presentation) [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : www.publichealth.pitt.edu/supercourse/SupercoursePPT/9011-10001/9471.ppt#287,13,Comprehensive PHC
- van Herten, L.M., Reijneveld, S.A. & Gunning-Schepers, L.J. 2001, 'Rationalising chances of success in intersectoral health policy making,' *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 55, p. 342-347. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : <http://jech.bmj.com/>
- von Schirnding, Y. 2005, 'Short report The World Summit on Sustainable Development: reaffirming the centrality of health', *Globalization and Health*, vol. 1, no. 8, p. 1-6. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : <http://www.globalizationandhealth.com/content/1/1/8>
- Wanless, D. 2002, *Securing our Future Health: Taking a Long-Term View*, U.K. Treasury, London.

Wanless, D. 2004, *Securing Good Health for the Whole Population*, U.K. Treasury, London.

WEHAB Working Group 2002, *A framework for action on health and the environment*, World Summit on Sustainable Development (WSSD), Johannesburg. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : http://www.un.org/jsummit/html/documents/summit_docs/wehab_papers/wehab_health.pdf#search=%22intersectoral%20action%20for%20health%22

Welsh Assembly Government 2003, *Health impact assessment and government policymaking in European countries: A position report*, Welsh Assembly Government, Cardiff, Wales.

Whitehead, M. & Dahlgren, G. 2006, 'Levelling up (Part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequalities in health', *Studies on social and economic determinants of population health*, No. 2, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

WHO 1997, *Intersectoral Action for Health: A Cornerstone for Health-for-All in the Twenty-First Century Report to the International Conference 20-23 April 1997 Halifax, Nova Scotia, Canada*, World Health Organisation, Geneva.

WHO 2004, *Health as a Cross-cutting Issue in Dialogues on Water for Food and the Environment Report of an International Workshop Jointly organized by WHO and InWent (Capacity Building International) Amman, Jordan, 15-18 December 2003*, World Health Organisation, Geneva. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : www.iwmi.cgiar.org/dialogue/files/pdf/Activities/Jordanworkshop/WSH04.02.pdf

WHO Commission on Social Determinants of Health 2005a, *Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health* (Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health) Draft 5 May 2005, WHO Commission on Social Determinants of Health, Geneva.

WHO Commission on Social Determinants of Health 2005b, *Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences* (a background paper prepared for the Commission on Social Determinants of Health) March 2005, WHO Secretariat of the Commission on Social Determinants of Health, Geneva. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : http://www.who.int/social_determinants/en/

WHO Commission on Social Determinants of Health 2006a, *WHO Commission on Social Determinants of Health: Brazil* (webpage) 2006 [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : http://www.who.int/social_determinants/country_action/brazil/en/index.html

WHO Commission on Social Determinants of Health 2006b, Health Pamphlet, [En ligne] [Accessed November 27, 2006] Accessible à l'adresse suivante : http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_brochure.pdf

WHO Commission on Social Determinants of Health 2006c, *Proposed areas of investigation for the KN: An initial scoping of the literature*, (prepared for the first meeting of the Health Systems Knowledge Network of the WHO's Commission on Social Determinants of Health by the Health Systems Knowledge Network Hub) Discussion Document No.1 Draft February 2006.

WHO, 'Country Health Profile Sri Lanka', [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : http://www.searo.who.int/LinkFiles/Sri_lanka_srilanka.pdf

WHO Regional Office for Europe (eds.) 1999, *Health Impact Assessment Main concepts and suggested approach Gothenburg Consensus Paper*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

WHO, *Working with civil society. Tapping civil society potentials* (webpage), World Health Organisation in collaboration with the Training and Research Support Centre (TARSC), Zimbabwe. [En ligne] Accessible à l'adresse suivante : <http://www.tarsc.org/who/4002.html>

Woods, S. E., Lake, J. R. & Springett, J. 2003, 'Tackling health inequalities and the HAZ Smoking Cessation Programme: the perfect match?', *Critical Public Health*, vol. 13, no. 1, p. 61-76.