

**L'équité en santé grâce à l'action intersectorielle : analyse  
d'études de cas dans 18 pays**

## Contributions

Cette synthèse des études de cas est le fruit de la collaboration de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) qui a confié sa réalisation à un contractuel et l'a financée. Les études de cas ont été payées par l'OMS, exception faite de celle du Canada et de celles produites contre rétribution (Australie, Belgique, Nouvelle-Zélande, Norvège, Suède, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord).

Les conseils des membres du « comité de rédaction » du projet ont facilité la rédaction du présent rapport. Faisaient partie de ce comité Robert Geneau, Candace Smith, Mana Herel, Heather Fraser et Sharon Peake de l'Agence de la santé publique du Canada, de même que Orielle Solar et Nicole Valentine de l'Organisation mondiale de la Santé. Ces personnes ont communiqué à maintes reprises avec la principale équipe de rédacteurs pour leur faire part de leurs commentaires sur le contenu et la structure du rapport.

Qui plus est, plusieurs auteurs d'études de cas ont transmis des observations utiles.

### Equipes de projet:

#### PHAC:

Sharon Peake (Chef de file: juillet 2007-avril 2008)

Gerry Gallagher (Chef de file : novembre 2006-juin 2007)

Robert Geneau

Candace Smith

Mana Herel

Heather Fraser

#### WHO:

Nicole Valentine (Chef de file)

Orielle Solar

Lexi Bambas

### Ecrit par

Victoria Barr, MHSc

Steve Pedersen, MPH

Mike Pennock, MASc

Irv Rootman, PhD

*Public Health Association of BC*

## Sommaire

La vision de la Commission des Déterminants sociaux de la santé, mise sur pied par l'Organisation mondiale de la Santé (2005-2008), est « un monde dans lequel toutes et tous sont libres de vivre une vie qu'ils ont raison d'estimer ». Les complexités des facteurs sociaux, politiques, économiques et environnementaux qui influencent la santé et les injustices sur le plan de la santé, ainsi que le fait que la plupart de ces déterminants ne relèvent pas exclusivement du seul secteur de la santé, font en sorte que ce dernier doit collaborer avec d'autres secteurs gouvernementaux et de la société afin d'aborder plus efficacement les facteurs qui ont une incidence sur la santé et le bien-être. La reconnaissance des dimensions intersectorielles des déterminants de la santé a engendré des efforts internationaux visant un apprentissage systématique des effets positifs de l'action de différents secteurs sur la santé et l'équité en santé.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) ont appuyé la mise en œuvre de cette collaboration en commandant un ensemble de 18 études de cas portant sur des pays à revenus élevés, moyens et faibles. Ces études de cas décrivent diverses expériences d'action intersectorielle ayant eu une incidence positive sur la santé et l'équité en santé. Le présent rapport, qui fait partie d'une initiative conjointe en plusieurs étapes de l'ASPC et du secrétariat de la Commission des Déterminants sociaux de la santé de l'OMS, fournit une analyse des principaux apprentissages découlant de ces 18 études de cas.

Les études de cas analysées portent sur un vaste éventail d'initiatives allant de programmes d'assez faible envergure axés sur une approche de développement communautaire et visant un groupe marginalisé dans une ville donnée, à des initiatives gouvernementales reposant sur des politiques nationales. Pour chacune des études, les contextes sociopolitiques, économiques et culturels revêtent une importance certaine, puisqu'ils définissent le paysage dans lequel l'action intersectorielle a été lancée et menée à bien. Le grand nombre d'approches abordées reflète les différents contextes dans lesquels ces initiatives s'insèrent, les priorités visées et les ressources disponibles pour leur mise en œuvre. L'analyse des études de cas fait ressortir les principaux thèmes, observations et apprentissages suivants concernant l'action intersectorielle pour la santé et l'équité en santé :

- ◆ **Les buts de l'action intersectorielle ne sont pas immuables.** Les injustices sur le plan de la santé entre différents groupes de la population ne constituent pas nécessairement l'enjeu central des études de cas analysées. Certaines de ces études visent plutôt l'amélioration de la santé au sein de certains groupes ou populations défavorisés. Dans certains cas, l'objectif ne consiste pas nécessairement en une amélioration de la santé, mais vise plutôt une incidence directe sur un ou plusieurs déterminants de la santé. La formulation de cet objectif influe sur la nature des stratégies mises en œuvre, l'identité des partenaires conviés à prendre part à l'initiative et la définition des résultats visés. Une définition très large de questions complexes touchant à la santé (sous forme d'indicateurs sociaux plutôt que d'indicateurs de la santé, dans certains cas) permet aux intervenants de tous les secteurs de mieux définir leur rôle et participer à la quête de solutions.
- ◆ **L'action intersectorielle revêt différentes formes selon le niveau décisionnel.** Les initiatives sont conçues et mises en œuvre à différents niveaux (national, régional et local). La complexité de la structure gouvernementale peut influencer sur le degré d'intervention. Les approches pangouvernementales semblent mieux se prêter à des structures gouvernementales au sein desquelles la division des responsabilités en matière de santé ou des principaux déterminants de la santé est plutôt linéaire. Dans les environnements plus complexes où les responsabilités sont partagées ou moins bien définies, la réglementation touchant aux

déterminants de la santé de différents ministères peut être contradictoire ou porter sur différentes entités territoriales, ce qui complique la mise en œuvre de l'action intersectorielle au niveau national.

L'influence d'initiatives pangouvernementales issues du niveau national sur les déterminants sociaux de la santé peut être limitée si ces initiatives ne sont pas appuyées par un ensemble exhaustif d'initiatives d'origine et à portée locales. Ces efforts locaux qui, dans bien des cas, facilitent la participation active du public dans la planification et l'élaboration de programmes au niveau de la collectivité, semblent revêtir une importance vitale pour la réduction des injustices sur le plan de la santé. Idéalement, ces initiatives sont soutenues par un mécanisme de financement et une structure de responsabilisation leur permettant d'évoluer selon les besoins de la collectivité.

Il ressort des 18 études de cas examinées qu'une véritable coopération en matière de planification, de mise en œuvre et d'évaluation est plus facile si elle s'effectue simultanément à différents niveaux, plus particulièrement si l'intégration de ces efforts est assurée par des politiques ou mesures législatives.

- ◆ **Il est essentiel de démontrer clairement la nécessité de l'action intersectorielle.** La reconnaissance par tous les intervenants de l'opportunité de l'action intersectorielle pour la résolution d'un problème en particulier, qui peut être qualifié ou non d'injustice sur le plan de la santé, est essentielle à une action intersectorielle efficace. De toutes les études de cas, il ressort qu'il est nécessaire de faire clairement ressortir la justification d'une approche intersectorielle à la résolution des injustices sur le plan de la santé afin d'assurer l'efficacité des initiatives associées. Divers intervenants qui lançaient ou dirigeaient des projets d'action intersectorielle ont démontré la nécessité d'une telle action en prenant les mesures suivantes :
  - miser sur la préoccupation du public pour la santé et le bien-être d'un groupe défavorisé;
  - faire appel à des personnalités politiques pour promouvoir l'action intersectorielle;
  - définir l'enjeu de manière à interpeller tous les secteurs;
  - tirer parti du leadership international;
  - créer une plateforme pour les chercheurs;
  - tirer parti de préoccupations concernant l'utilisation plus efficace de ressources limitées;
  - reconnaître les limites des approches antérieures, tout particulièrement celles où des secteurs œuvraient de manière isolée;
  - tirer parti de transitions politiques pour réévaluer les rôles et améliorer la collaboration;
  - établissant des consensus par l'entremise de réunions telles que des conférences ou assemblées communautaires.

L'établissement d'un processus décisionnel conjoint et de financement réservé à des efforts intersectoriels encourage la participation de représentants de nombreux secteurs. Dans certains cas, des mesures législatives nationales ou étatiques mandatent la collaboration de divers secteurs.

- ◆ **La confiance est essentielle à la mise en œuvre et au maintien de l'action intersectorielle.** Bien que, dans de nombreux pays, l'établissement et le maintien d'une relation de confiance entre tous les partenaires constituent une tâche difficile et coûteuse en terme de temps, ils constituent également les fondements de relations de travail solides et efficaces. Ces relations peuvent faciliter la compréhension des différents mandats dans le cadre de l'effort intersectoriel, permettant ainsi la reconnaissance des lacunes et chevauchements systémiques en matière de services. Afin d'établir ces importantes relations, certains responsables de projets d'action sectorielle ont jugé nécessaire de préciser le type de collaboration attendue des différents partenaires à l'initiative et de définir la forme que revêt cette collaboration. Certains pays ont jugé utile, une fois ce processus de développement de

partenariats en place, d'établir des ententes et protocoles d'entente entre les différents partenaires.

- ◆ **Les modèles et structures d'organisation de l'action intersectorielle revêtent différentes formes.** Étant donné la complexité des rôles et responsabilités gouvernementaux et le traditionnel cloisonnement des ministères, tous les cas décrivant la mise en application d'approches pangouvernementales étaient fondés sur un modèle formel, ce qui leur a permis d'orienter leurs efforts intersectoriels. Ces modèles contribuent à clairement démontrer les raisons pour lesquelles la mise en œuvre d'action visant la réduction des injustices ne peut être assurée par un seul secteur. Les initiatives locales ou régionales ont généralement une structure plus souple et « organique » en mesure de répondre agilement aux besoins et préférences du public visé.

Les intervenants dans les études de cas analysées en l'occurrence ont retenu un vaste éventail d'approches concrètes d'organisation du travail. La mise sur pied de comités interministériels constitue une approche répandue. Certains pays ont établi un système complexe de comités et d'autres structures afin de consolider l'action intersectorielle. Si une telle approche rehausse la crédibilité des questions touchant à la santé et de l'approche coopérative à la réduction des injustices sur le plan de la santé, elle peut toutefois engendrer de la confusion et une lourdeur bureaucratique inutile. Si le regroupement d'intervenants de divers secteurs pour discuter des enjeux et établir des objectifs communs semble être nécessaire, il ne constitue pas un gage d'efficacité de l'action intersectorielle.

- ◆ **Le suivi des processus et des résultats d'efforts intersectoriels n'est pas chose facile.** Le nombre relativement faible d'évaluations systématiques d'exemples d'action intersectorielle reflète l'absence d'outils et de méthodes de mesure normalisés. Cela dit, presque toutes les études de cas rapportent certains résultats positifs jugés attribuables à la collaboration intersectorielle. Il serait toutefois prématuré de tirer des conclusions quant à l'efficacité globale de l'action intersectorielle pour la santé et l'équité en santé à partir des travaux de recherche présentés, puisque de nombreuses initiatives n'ont été mises en œuvre que récemment, de sorte que leurs effets ne se sont pas encore fait pleinement sentir, ni n'ont été évalués.
- ◆ **Le rôle du secteur de la santé doit être souple.** La mesure dans laquelle le secteur de la santé peut (ou devrait) prendre le rôle directeur dans la planification et la mise en œuvre d'efforts intersectoriels pour l'équité en santé dépend en bonne partie de l'enjeu concerné. Les trois scénarios suivants sont ressortis des études de cas analysées.
  - S'il s'agit d'enjeux pour lesquels le secteur de la santé dispose des meilleures connaissances, de la plus vaste expertise et du plus haut degré de contrôle sur les stratégies d'amélioration de l'équité en santé, il est raisonnable pour ce dernier d'occuper le rôle directeur. C'est le cas d'initiatives axées sur l'amélioration de l'accès au système de soins de santé ou d'autres programmes visant la prévention, dont ceux associés aux soins de santé primaires.
  - Si l'initiative est axée sur des enjeux pour lesquels le secteur de la santé dispose de connaissances sur des mesures efficaces d'amélioration de l'équité en santé, mais n'en contrôle pas l'arène ou les moyens de mise en œuvre, il peut prendre un rôle de premier plan dans la promotion de stratégies, mais doit s'assurer d'une étroite coopération et du partage des responsabilités avec d'autres secteurs.
  - Si l'initiative vise directement des déterminants sociaux de la santé de base (p. ex. l'éducation, la pauvreté) autres que les déterminants directement reliés au système de santé, le secteur de la santé devrait principalement agir à titre de partenaire en matière de politique dans sa conception et sa mise en œuvre. Dans ces circonstances, le secteur de la santé ne contrôle pas les moyens de mise en œuvre des stratégies, ni ne présente les plus vastes connaissances sur la manière de structurer les activités.

La vision de la santé véhiculée par le secteur de la santé a également une incidence sur l'ampleur du rôle que ce dernier peut jouer dans tous ces scénarios. En général, si la vision du secteur de la santé est axée sur la lutte contre les maladies ou la modification de comportements à risque, il n'est pas en mesure d'offrir beaucoup de leadership en matière d'action intersectorielle visant les déterminants de la santé.

### **Conclusion**

Les injustices sur le plan de la santé découlent d'un ensemble complexe de facteurs. La vaste portée des études de cas examinées, qui englobe divers pays, cultures et niveaux de développement, démontre l'importance accordée à l'action intersectorielle par de nombreux fournisseurs du secteur de la santé et les populations visées. De bidonvilles de l'Inde à des villages reculés du Brésil et de l'Iran, en passant par les capitales de la Norvège, du Canada, de l'Angleterre et de l'Australie, des gouvernements à tous les niveaux s'affairent au développement d'action intersectorielle pour la santé et l'équité en santé. Étant donnée qu'une structure administrative complexe est souvent nécessaire pour appuyer une telle action, avec les besoins en matière de ressources qui s'y rattachent éventuellement, les pays engagés dans l'action intersectorielle doivent impérativement procéder à une évaluation soignée (et une réévaluation continue) de leurs initiatives. Les 18 études de cas examinées fournissent certaines pistes pour orienter ces efforts.

## Table des matières

1	Introduction .....	1
1.1	Principales définitions utilisées dans l'analyse .....	2
2	Méthodologie .....	3
2.1	Limites de l'analyse .....	4
3	Principales catégories générales d'action intersectorielle pour la santé et importance du contexte .....	4
3.1	Définition de l'enjeu – Buts premiers de l'action intersectorielle .....	5
3.2	Action intersectorielle à différents niveaux du processus décisionnel.....	7
3.2.1	Initiatives régionales/provinciales et nationales .....	7
3.2.2	Initiatives au niveau local .....	9
3.2.3	Initiatives axées sur la résolution de crises .....	10
3.2.4	Collaboration intersectorielle .....	10
4	Mécanismes et outils clés au soutien de l'action intersectorielle pour la santé et l'équité en matière de santé .....	11
4.1	Arguments en faveur du travail intersectoriel .....	11
4.2	Obtenir la participation d'autres secteurs .....	14
4.3	Le rôle de la société civile et la participation multilatérale et publique .....	14
4.4	Miser sur la collaboration – développement de partenariats efficaces.....	15
4.5	Modèles et cadres de travail utilisés en vue de l'organisation du travail intersectoriel ....	17
4.6	Structures en vue de l'organisation de la planification et de la mise en oeuvre.....	18
4.7	Suivi du processus et des résultats du travail intersectoriel.....	19
4.8	Assurer la viabilité des efforts intersectoriels .....	20
5	Le rôle joué par le secteur de la santé.....	21
6	Pratiques novatrices .....	23
7	Discussion : Résumé des principales constatations et questions qui demeurent en suspens .	25
7.1	Questions en suspens.....	27
8	Conclusion .....	28
9	Références .....	30
10	Annexe A : paramètres de l'élaboration des études de cas des pays sur l'action intersectorielle en matière de santé (ISS) élaborés par l'OMS .....	31
11	Annexe B : sommaires des études de cas.....	39
12	Annexe C : gabarits utilisés pour l'analyse des études de cas .....	48
13	Annexe D : modèles utilisés par la Nouvelle-Zélande et la Norvège comme cadres de l'action intersectorielle visant à réduire les injustices sur le plan de la santé.....	50

## 1 Introduction

La vision de la Commission des Déterminants sociaux de la santé, mise sur pied par l'Organisation mondiale de la Santé (2005-2008), est « un monde dans lequel toutes et tous sont libres de vivre une vie qu'ils ont raison d'estimer » (OMS, 2007). La réalisation de cette vision sous-entend l'amélioration, par diverses stratégies, de nombreux déterminants de la santé et de l'équité en santé, dont le contrôle sur le processus décisionnel et la participation sociale. Les complexités des facteurs sociaux, politiques, économiques et environnementaux qui influencent la santé et les injustices sur le plan de la santé, ainsi que le fait que la plupart de ces déterminants ne relèvent pas exclusivement du seul secteur de la santé, font en sorte qu'une approche regroupant divers secteurs gouvernementaux et de la société est nécessaire. La reconnaissance des dimensions intersectorielles des déterminants de la santé a engendré des efforts internationaux visant un apprentissage systématique des effets positifs de l'action de différents secteurs sur la santé et l'équité en santé. L'expérience internationale en matière de mise en œuvre, de maintien et d'évaluation de l'incidence d'efforts intersectoriels pour la santé dans divers contextes décisionnels offre de riches occasions d'apprentissage.

Le secrétariat de la Commission des Déterminants sociaux de la santé de l'OMS et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) ont appuyé ces efforts en lançant une initiative en plusieurs étapes visant l'acquisition de connaissances sur l'utilisation de l'action intersectorielle pour la santé et l'équité en santé dans différents pays du monde. Une des premières étapes de ces efforts consistait en une analyse documentaire, intitulée *Au croisement des secteurs – expériences en action intersectorielle, en politique publique et en santé* (ASPC, 2007), qui évaluait les connaissances existantes sur l'action intersectorielle, les connaissances qui font défaut et des cadres possibles pour la réalisation d'études menant à l'acquisition de ces dernières. Cette analyse documentaire faisait ressortir divers apprentissages clés découlant de la recherche et d'expériences sur le terrain déjà documentées dans plus de 15 pays et reflétant l'effet du contexte élargi sur les enjeux visés par l'action intersectorielle et les approches empruntées pour celle-ci, le vaste éventail de problèmes touchant à la santé pouvant être abordés par l'action intersectorielle, les exigences en terme de ressources d'une action intersectorielle efficace et la difficulté croissante de l'action intersectorielle dans des environnements plus complexes.

Également dans le cadre de cette initiative conjointe, l'OMS et l'ASPC ont commandé un ensemble de 18 études de cas portant sur des pays à revenus élevés, moyens et faibles et sur différents contextes sociaux et politiques. Ces études décrivent les différentes expériences de ces pays en matière d'action intersectorielle pour la santé et l'équité en santé et cernent une vaste gamme de mécanismes et de modèles utilisés dans la conception d'initiatives intersectorielles intégrées pour la santé. Elles ont été élaborés en fonction d'une série commune de questions, regroupées par thème, y compris le contexte de l'action, les approches adoptées et l'incidence sur les injustices sur le plan de la santé. Vous trouverez à l'annexe A les paramètres de l'élaboration des études de cas sur l'action intersectorielle. Les études, préparées en 2007, sont présentées dans un style narratif afin de souligner comment l'action intersectorielle a été mise en œuvre dans ces pays. L'annexe B présente de brefs résumés de chacune des 18 études de cas. Les versions intégrales de toutes les études de cas se trouvent à l'adresse suivante : [http://www.who.int/social\\_determinants/country\\_action/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/country_action/en/index.html)

Une fois les études de cas complétées, une réunion internationale a eu lieu dans le cadre de la conférence mondiale de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé, en juin 2007, à Vancouver (Colombie-Britannique, Canada). Ce dialogue a permis aux pays qui avaient présenté des études de cas de mieux faire connaître leurs expériences, d'examiner les conséquences de ces expériences pour ce qui est d'efforts futurs et de discuter des prochaines



étapes. Un rapport (ASPC et OMS, 2007) a été préparé qui résume ce dialogue sur l'action intersectorielle.

Le présent rapport fournit une analyse des principaux apprentissages tirés de ces 18 études de cas. Plus précisément, il a pour objectif de cerner les caractéristiques et les thèmes communs de l'action intersectorielle qui ont une incidence positive sur la santé et l'équité en santé dans différents pays ou territoires aux ressources et cadres administratifs variés. Les mécanismes, processus et outils utilisés pour appuyer l'action intersectorielle font l'objet d'un bref résumé. Plutôt que de tenter de tirer des généralisations de ces études, l'analyse met l'accent sur la transférabilité des apprentissages et connaissances.

Le présent rapport devrait aider à orienter les initiatives futures axées sur la mise en œuvre d'approches intersectorielles pour réduire les injustices sur le plan de la santé. Si ces 18 études de cas constituent un important bagage de connaissances, chaque pays ou autorité doit adapter ces apprentissages à son contexte propre.

### **1.1 Principales définitions utilisées dans l'analyse**

Les définitions suivantes des principaux termes utilisés dans le présent rapport sont basées sur les travaux de la Commission des Déterminants sociaux de la santé de l'OMS.

L'équité est l'absence de différences évitables ou remédiables entre différentes populations ou différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques. L'injustice sur le plan de la santé va donc au-delà des simples inégalités relatives aux déterminants de la santé, à l'accès aux ressources nécessaires pour améliorer la santé ou la conserver ou aux résultats pour la santé. Les injustices sur le plan de la santé résultent aussi de l'impossibilité d'éviter ou de surmonter les inégalités qui portent atteinte aux droits de l'homme ou sont par ailleurs injustes.

#### Action intersectorielle

Durant toute la planification et la réalisation du projet, y compris durant le dialogue de Vancouver, la « définition formelle » de l'action intersectorielle a fait l'objet de nombreuses discussions. Les études de cas commandées et analysées dans le cadre de ces travaux portent sur une vaste gamme d'approches adoptées par de nombreux secteurs collaborant de manière explicite ou encore synchrone (c.-à-d. différents secteurs se penchent sur les mêmes déterminants de la santé, sans nécessairement le faire en collaboration). Les études de cas n'ont pas été choisies en fonction de leur définition de l'action intersectorielle, et l'analyse présente des exemples couvrant tout l'éventail des activités pouvant être considérées comme étant intersectorielles. Autrement dit, les études de cas n'ont pas été choisies en fonction de leur conformité ou non à la définition traditionnelle de l'action intersectorielle, à savoir des actions visant un objectif commun. Le caractère intersectoriel des sujets qu'elles abordent repose plutôt sur l'existence/la nature d'efforts de collaboration ou encore d'efforts synchrones.

À une des extrémité de cet éventail se trouvent des initiatives auxquelles participent de nombreuses administrations qui échangent de l'information ou coordonnent leurs activités, éventuellement par l'entremise de comités ou d'autres mécanismes, mais qui agissent principalement à l'intérieur de leurs secteurs respectifs. C'est le cas, notamment, de l'expérience d'amélioration de la santé décrite dans l'étude de cas sri-lankaise, où chaque secteur œuvre simultanément à l'amélioration de diverses conditions influant sur les injustices sur le plan de la santé, en agissant toutefois de manière indépendante, plutôt que dans le cadre d'efforts collectifs coordonnés. Les auteurs de l'étude sri-lankaise reconnaissent cependant les difficultés qui découlent de l'absence d'un « programme d'action intersectorielle » sciemment coordonné visant

un objectif commun. Ils soulignent que la coordination d'objectifs communs pourrait s'être traduite par une amélioration plus importante des résultats pour la santé.

À l'autre extrémité de l'éventail, d'autres initiatives constituent des efforts de collaboration auxquels chaque secteur apporte des ressources et de l'expertise significatives vers l'atteinte d'un objectif commun. Par exemple, le district de Cotacachi, en Équateur, a mis sur pied un conseil de la santé intersectoriel (CSI) mandaté de coordonner et diriger les efforts collectifs de nombreux secteurs (p. ex. santé, éducation, environnement, travail, assainissement du milieu, organismes communautaires). Le CSI offre un forum de dialogue et de négociation pour l'établissement de politiques publiques régionales. Des plans de travail annuels sont préparés et des membres représentant tous les secteurs y contribuent des ressources financières, humaines, matérielles et autres. L'objectif commun consiste à améliorer la santé et le bien-être dans cette région.

À la lumière de ces observations ainsi que d'autres découlant de l'analyse des études de cas, « l'action intersectorielle pour la santé » désigne ici les actions mises en œuvre par des secteurs autres que celui de la santé, éventuellement mais pas nécessairement en collaboration avec ce dernier, visant des résultats pour la santé ou l'équité en santé ou portant sur des déterminants de la santé ou de l'équité en santé.

Cette analyse et les définitions présentées ci-dessus ne présupposent pas que l'action intersectorielle pour la santé est supérieure à l'action pour la santé d'un seul secteur. Déterminer quelle approche se prête le mieux à une conjoncture donnée n'est pas chose facile. Le degré de contrôle ou d'influence sur une cible ou un résultat visé en est un des facteurs déterminants. Si un secteur donné contrôle à lui seul, ou presque, un enjeu, l'action de ce seul secteur peut être appropriée. Parmi les autres facteurs déterminants figurent l'expérience antérieure en matière d'intégration de divers secteurs ainsi que d'autres supports contextuels examinés dans la présente analyse. Toutefois, si une action intersectorielle est jugée souhaitable et que le contexte s'y prête, l'analyse qui suit peut servir à en orienter les efforts.

## **2 Méthodologie**

L'analyse des 18 études de cas repose sur une approche qualitative faisant appel à l'analyse de contenu. Les principaux thèmes abordés par chacune des études ont été cernés et regroupés. Un certain nombre de questions ont orienté l'analyse et la détermination de ces thèmes. Ces questions, dont bon nombre ont été établies dans le cadre d'étapes précédentes de la présente initiative, sont les suivantes :

- a) Comment les contextes sociopolitique, économique et décisionnel de chaque pays influencent-ils la conception, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation d'efforts intersectoriels?
- b) Quels types de modèles ou cadres d'organisation de l'action intersectorielle sont observés et quels éléments contextuels sont propices au choix de ces différents modèles?
- c) Quels mécanismes, processus et outils observés dans les études de cas ont contribué à la mise en œuvre efficace de l'action intersectorielle?
- d) Comment la demande pour une action intersectorielle a-t-elle été intégrée aux études de cas?
- e) Comment d'autres secteurs ont-ils été incités à adopter la notion de déterminants sociaux et à agir sur ces derniers?
- f) Quel a été le rôle le plus utile du secteur de la santé?
- g) Quels sont les avantages ou désavantages de l'établissement de cibles en ce qui concerne l'efficacité de l'action intersectorielle?

- h) Quels sont les attributs importants de l'action intersectorielle en ce qui concerne sa durabilité et son potentiel d'expansion?
- i) Quelles sont les pratiques particulièrement novatrices employées par différents pays pour relever les défis que présente l'action intersectorielle pour la santé?
- j) Quelles questions demeurent sans réponse? Qu'est-ce qui reste à accomplir afin d'en arriver à une meilleure compréhension des facteurs et processus les mieux en mesure d'appuyer l'action intersectorielle?

Pour faciliter l'analyse, ces questions ont été insérées dans un gabarit (se reporter à l'annexe C) dont se sont servis les membres de l'équipe de recherche pour orienter leur réflexion et l'analyse de chacune des 18 études de cas. Ils se sont ensuite réunis plusieurs fois pour en tirer des thèmes communs.

Il est à noter que cette analyse était axée sur la détermination des principaux apprentissages découlant des études de cas plutôt que l'établissement d'une liste de « meilleures pratiques ». L'équipe de recherche a rapidement réalisé que, étant donné la variabilité des contextes sociaux, économiques et politiques, la définition d'un modèle unique d'action intersectorielle pour la santé n'était pas possible. Ces différents contextes ont servi de « lentilles » pour la présente analyse. L'équipe a également réalisé que, en dépit du degré variable de réussite des différentes initiatives intersectorielles étudiées, il est possible de tirer des apprentissages de toutes les études de cas.

Dans l'analyse des études de cas, l'équipe de recherche s'est penchée attentivement non seulement sur ce qui avait été rapporté, mais sur ce qui ne l'avait pas été explicitement. Par exemple, si le terme « équité en santé » n'est pas souvent défini explicitement dans ces études, la manière pour un pays d'aborder et de mettre en œuvre une initiative intersectorielle en dit long sur la conception que se font les auteurs des études de cas de la « santé » et de l'« équité en santé ».

## **2.1 Limites de l'analyse**

L'analyse des 18 études de cas présente quelques limites importantes, dont la plus importante tient au fait que la majorité de ces études ne présentent qu'un seul point de vue, à savoir celui d'un représentant du secteur de la santé. Le ton des études est souvent positif (plutôt que critique) et ne rend pas compte d'éventuelles opinions divergentes. Il aurait été intéressant de parler à d'autres membres de comités intersectoriels pour avoir leur point de vue sur les initiatives auxquelles ils ont pris part. En outre, chaque étude de cas a bien entendu été préparée par des auteurs différents et les entrevues, menées par différents chercheurs. La manière dont les questions ont été posées n'est donc pas normalisée et, même si des paramètres ont été fournis pour guider la présentation de l'information, certains écarts ont été relevés en bout de ligne en ce qui concerne la manière dont l'information est présentée.

Les conclusions de la présente analyse sont principalement tirées des 18 études de cas et ne reposent pas sur une consultation systématique de la documentation primaire.

## **3 Principales catégories générales d'action intersectorielle pour la santé et importance du contexte**

Le modèle d'élaboration de politiques de Kingdon (Kingdon 1995) met l'accent sur l'importance du contexte dans la création de conjonctures favorables. Selon Kingdon, des « flots » de problèmes, de politiques (solutions) et de contextes existent côte à côte. Lorsqu'ils convergent, des conjonctures favorables se font jour en vue de l'élaboration de nouvelles politiques ou stratégies. Tel est le cas avec l'élaboration et la mise en œuvre de l'action intersectorielle pour la santé dans les études de cas analysées ici.

Les études de cas analysées décrivent un large éventail d'initiatives aux niveaux local, régional/provincial et national, et dans une variété de contextes politiques, sociaux et économiques. Le contexte est important dans chacune des études de cas considérées, créant le cadre à l'intérieur duquel l'action intersectorielle a été initiée et mise en œuvre. Le succès des différents outils et/ou méthodologies décrits dans les études de cas dépend largement du contexte : un contexte spécifique pourrait permettre une politique qui serait infructueuse dans un contexte ou à un moment différents. Par exemple, le Sri Lanka a connu à la suite de son indépendance une période de transition nationale qui a créé une conjoncture favorable en vue d'une action simultanée par de nombreux secteurs. De la même manière, au Chili, la transition de la dictature de Pinochet à un gouvernement démocratique a offert une conjoncture favorable en vue de mesures d'amélioration de la santé et de la société.

Les études de cas démontrent qu'il n'existe pas un ensemble unique de caractéristiques contextuelles qui sont absolument nécessaires au soutien d'une action intersectorielle sur les déterminants sociaux de la santé, quoique certaines caractéristiques semblent faciliter l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies. Les études de cas démontrent que l'absence de certains facteurs (comme un engagement national envers la réduction des injustices sur le plan de la santé) pourrait être compensée par l'application plus vigoureuse d'autres facteurs (comme une participation publique forte à l'action intersectorielle au niveau local).

Les types d'initiative décrits dans les études de cas appartiennent à l'un ou l'autre de deux ensembles de catégories. Les initiatives du premier ensemble de catégories décrivent la façon dont l'initiative encadre l'enjeu sanitaire ou social. Toutes les études de cas ne font pas d'un enjeu de santé une question d'inégalité entre divers groupes de la population. À la place, certaines définissent le but comme étant l'amélioration de la santé chez un groupe ou une population désavantagés. Dans certains cas, le but n'était pas nécessairement d'améliorer la santé en soi, mais plutôt d'avoir une incidence directe sur un ou plusieurs des déterminants de la santé. L'autre ensemble de catégories est lié au niveau d'intervention décrit dans les études de cas : les initiatives peuvent être mises en œuvre à un niveau national, régional et/ou local.

Les buts premiers de l'action intersectorielle et le niveau auquel ces mesures sont mises en œuvre servent de fils conducteurs dans le reste de la présente analyse. Chacun des deux ensembles de catégories est décrit ci-dessous. Il est toutefois à noter qu'il est difficile de catégoriser parfaitement toutes les études de cas, car le but de l'initiative et le niveau de l'action intersectorielle peuvent changer avec le temps. Des exemples sont fournis au besoin.

### **3.1 Définition de l'enjeu – Buts premiers de l'action intersectorielle**

Dans chaque étude de cas, la façon dont les objectifs clés ont été établis a déterminé les enjeux ciblés, les termes utilisés pour décrire l'initiative, et les approches de politique ou de programme employées. De manière générale, les buts premiers des études de cas appartiennent à l'un ou l'autre des trois groupes ci-dessous.

◆ Actions intersectorielles visant à améliorer l'équité en santé : Un certain nombre d'initiatives sont explicitement axées sur la réduction de l'écart de santé entre des groupes spécifiques. L'inégalité dans ce contexte inclut les écarts entre les catégories de revenu ou les classes sociales, ou entre le gros de la population et les populations marginalisées. Les initiatives à l'intérieur de ce groupe portent sur des programmes qui visent une population donnée ou utilisent une combinaison d'approches ciblées et universelles. Les exemples d'études de cas qui empruntent cette approche incluent les suivants :

- habilitation des travailleuses du sexe en Inde pour réduire le VIH;
- éducation et formation améliorées de la jeunesse autochtone en Australie;

- initiatives de logement et anti-pauvreté en Angleterre;
  - unités de soins intégrées pour la santé des adolescents au Salvador;
  - services améliorés de santé mentale et de lutte à la toxicomanie pour la jeunesse autochtone en Australie;
  - accords locaux en Angleterre;
  - approche multiniveau utilisée par la Belgique pour réduire les disparités dans l'espérance de vie;
  - stratégie triennale élaborée par l'Union européenne pour renforcer les stratégies et les actions visant à réduire les injustices sur le plan de la santé;
  - approche pangouvernementale de la Nouvelle-Zélande destinée à réduire les injustices sur le plan de la santé, notamment par l'utilisation d'un indice de privation;
  - élaboration d'une stratégie nationale visant à améliorer le gradient de santé en Norvège.
- ◆ Action intersectorielle en vue de l'amélioration de la santé de la population : Initiatives qui visent explicitement l'amélioration des résultats de santé dans l'ensemble de la population comme objectif principal. Une réduction de l'écart en matière d'équité peut se produire ou non à la suite de ces initiatives, mais n'était pas le premier but. Dans certains cas, ces interventions étaient géographiquement ciblées, visant par exemple les régions rurales et éloignées, mais l'accent est mis sur la population de ces régions, plutôt que sur des groupes marginalisés spécifiques. Les exemples tirés des études de cas incluent les suivants :
- développement de l'infrastructure (eau, égouts) en Iran;
  - instauration de cliniques de soins de santé soutenues par une participation à grande échelle des citoyens à Cuba et au Brésil;
  - réforme des soins de santé primaires en Malaisie.
- ◆ Action intersectorielle axée sur un déterminant clé de la santé : Un petit nombre d'études de cas décrivent des initiatives qui ne visent pas explicitement à améliorer les résultats de santé. Ces initiatives sont plutôt destinées à s'attaquer directement à un déterminant de la santé. Des améliorations de la santé peuvent être un des avantages potentiels de ces initiatives, mais les avantages sanitaires ne sont pas cités parmi les objectifs premiers de ces études de cas. Les exemples tirés des études de cas incluent les suivants :
- programmes anti-pauvreté dans le cadre de plans économiques en Malaisie;
  - développement de l'infrastructure (eau, égouts) en Iran;
  - initiative de lutte à la violence familiale au Canada;
  - Initiative nationale pour les sans-abri de l'Initiative de partenariats en action communautaire (IPAC) au Canada;
  - initiatives de bien-être social axées sur l'inclusion et la pauvreté au Chili;
  - efforts intersectoriels en vue de l'amélioration des conditions de vie en Colombie;
  - élaboration d'un modèle inclusif et transparent en vue du développement local et de la démocratie participative en Équateur;
  - transition à un modèle de gouvernance et de partenariat plus démocratique au Maroc;
  - élaboration d'un cadre de travail intersectoriel prévoyant des comités et des sous-comités de district en vue d'une décentralisation du processus décisionnel au niveau local pour aider les personnes dans le besoin en Ouganda;
  - large éventail de programmes de bien-être social couvrant la santé, l'éducation, l'amélioration des conditions de vie et la réduction de la pauvreté au Sri Lanka.

Dans certaines études de cas, l'initiative intersectorielle est axée sur le réaménagement du système de santé. Ces initiatives mettent typiquement l'accent sur les soins primaires et préventifs par l'entremise d'une expansion de la nature pluridisciplinaire des services ou d'une expansion du rôle de la participation publique dans l'établissement des priorités et la mise en œuvre des

mesures. En Malaisie, par exemple, le développement du système de soins de santé primaires inclut un système fort de participation locale à l'établissement des priorités en matière de soins de santé primaires et au développement des mesures préventives. Au Brésil, des forums publics incorporant une variété d'intérêts, d'approches en matière de santé et de maladie, et de solutions de rechange en vue de la formulation des politiques représentent un progrès significatif vers l'acquisition du droit constitutionnel à la santé.

L'utilisation d'un modèle commun qui envisage la santé et les enjeux sociaux du point de vue des déterminants sociaux de la santé a été utile dans certaines des études de cas pour définir l'enjeu et instaurer la force d'impulsion en vue du travail intersectoriel. Un tel cadre peut simplifier les questions complexes de différentes façons qui favorisent une meilleure compréhension des intervenants des différents secteurs et permettent à ces intervenants de trouver leur place dans l'atteinte de solutions à des problèmes complexes. Dans certaines études de cas, l'équité en santé a été présentée comme un « indicateur social » axé moins sur les résultats sanitaires, et davantage sur le progrès social et l'efficacité de politiques socio-économiques. D'autres secteurs extérieurs à la santé peuvent alors voir leur contribution comme un effort qui améliore l'incidence de leurs propres politiques. Par exemple, un des succès clés de l'initiative canadienne de lutte à la violence familiale a été la définition large de l'enjeu, qui a permis à un grand éventail de secteurs de se concerter et de créer une allocation de financement annuelle partagée à l'appui de la coordination des activités intersectorielles.

Dans les cas où les enjeux de santé ont été définis ou formulés de façon plus étroite (p. ex. du point de vue de l'accès aux soins de santé), les partenaires invités à la table intersectorielle ont été plus limités dans l'ampleur de leur action. Dans certains cas, comme en Malaisie, des initiatives de soins primaires fortement axées au niveau local ont été accompagnées de stratégies nationales plus générales, de manière à cibler les enjeux socio-économiques et environnementaux.

### **3.2 Action intersectorielle à différents niveaux du processus décisionnel**

Les initiatives décrites dans les études de cas analysées peuvent également être catégorisées en fonction du niveau d'action. Les initiatives ont été planifiées et mises en œuvre aux niveaux national, régional et local. Deux études de cas (Ouganda, Colombie) ont décrit des initiatives spéciales dans le cadre desquelles la capacité de travail intersectoriel a été limitée par une crise (p. ex. violence, guerre civile). Les initiatives de chaque type sont décrites ci-dessous.

#### **3.2.1 Initiatives régionales/provinciales et nationales**

La complexité de la structure gouvernementale est un élément contextuel crucial qui a déterminé le type de réponse. Cette complexité est définie du point de vue du nombre de niveaux de gouvernement ainsi que de la répartition des secteurs de compétence entre les niveaux. L'élaboration d'approches pangouvernementales semble plus facile dans les structures gouvernementales où la division des responsabilités entourant la santé ou les déterminants clés de la santé est relativement simple. Dans au moins un cas (Angleterre), des progrès substantiels ont été accomplis relativement à des enjeux nationaux comme le logement et la réforme fiscale.

Dans des environnements plus complexes, toutefois, où la responsabilité de la santé ou des déterminants clés de la santé est moins claire, les règlements qui ont une incidence sur les déterminants de la santé peuvent être contradictoires ou peuvent s'adresser à différentes entités territoriales, ce qui rend la mise en œuvre d'une action intersectorielle nationale plus difficile. Au Canada et en Belgique, par exemple, différents niveaux de gouvernement assument différentes responsabilités relativement aux déterminants sociaux et aux déterminants de la santé, comme l'éducation, le travail et l'aide au revenu. Au Canada, la division des responsabilités entre les gouvernements provinciaux et les administrations municipales diffère même d'une province à une

autre. La mise au point d'initiatives nationales patronnées par le gouvernement peut être difficile dans ces circonstances. Un des obstacles clés à la mise en œuvre d'un cadre stratégique global par la Belgique est que la responsabilité de bon nombre des déterminants sociaux clés de la santé est divisée entre les niveaux local, régional et national. Les services de santé publique, y compris la prévention et la promotion de la santé, sont la responsabilité du gouvernement régional, tandis que le gouvernement national est responsable des services de soins de santé orientés vers les traitements. Aucun grand débat n'a eu lieu au parlement de la Belgique touchant les injustices sur le plan de la santé, et les initiatives intersectorielles visant à réduire les injustices ont principalement été axées aux niveaux régional et local.

Dans un certain nombre de cas, un engagement amélioré au niveau national envers les déterminants sociaux est venu d'un changement politique qui a amené au pouvoir un nouveau gouvernement dont le programme en matière de justice sociale est plus large ou revigoré. Par exemple, au Chili, l'élection d'un gouvernement démocratique en remplacement du dictateur militaire Pinochet a mené à une série de quatre programmes sociaux successifs dont les ambitieux buts de bien-être social ont exigé une action conjointe des secteurs du gouvernement, et de l'ensemble des réseaux d'intervention sociale nationaux, régionaux et locaux. Au Maroc, un nouveau roi et un système d'indépendance et d'alternance du pouvoir ont aidé à faciliter un processus économique qui a cherché à être plus sensible aux questions sociales. En Angleterre, un gouvernement travailliste nouvellement élu était déterminé à mettre en œuvre un programme qui visait à accroître la justice sociale, à lutter contre la pauvreté et à s'attaquer aux inégalités sur le plan de la santé, incluant de nouvelles façons de travailler ensemble à la grandeur du gouvernement. Une exploration plus avant du rôle de l'opinion publique dans un engagement accru envers les déterminants sociaux vaut la peine d'être tentée.

Il existe des raisons de supposer que les approches pangouvernementales qui émanent du niveau national sont limitées dans leur capacité à influencer sur certains déterminants sociaux clés de la santé si de telles initiatives ne sont pas soutenues par des initiatives locales. En Angleterre, par exemple, une forte intégration horizontale au niveau national a été accompagnée d'une intégration verticale plus faible et d'une action intersectorielle dispersée au niveau local. Il semble que ces caractéristiques aient limité l'incidence de la stratégie d'ensemble. Même à Cuba, où l'action intersectorielle bénéficie d'un engagement de longue date, les applications locales ont eu un succès mitigé. Ces deux cas suggèrent qu'une participation/consultation insuffisante, ou carrément un manque de soutien, des professionnels locaux et des membres de la collectivité peuvent limiter l'efficacité d'une action intersectorielle, même lorsqu'un fort soutien national existe. La Norvège semble faire un effort concerté pour inclure des programmes locaux, mais il est trop tôt pour juger des résultats de cette initiative.

La dichotomie entre les niveaux national et local peut être attribuable en partie à la différence de perspective, et à la difficulté inhérente à la création de lieux de qualité où les participants de chaque niveau peuvent examiner et comprendre le contexte de l'autre niveau. Par exemple, une stratégie nationale de lutte contre l'injustice peut ne pas bien se traduire au niveau local. La capacité d'une stratégie ou d'une politique nationale de lutte contre les injustices sur le plan de la santé à atteindre ses objectifs peut dépendre en grande partie de la mesure dans laquelle les expériences et les enjeux locaux ont motivé ou informé la formulation de la stratégie. Une approche descendante, en matière d'action intersectorielle, risque de devenir ou de demeurer une approche du haut seulement. En outre, lorsque les approches pangouvernementales n'ont pas encore pris racine au niveau local, elles peuvent être vulnérables aux changements de gouvernement.

Dans certains pays où la société a traditionnellement accordé une valeur à l'équité, les approches gouvernementales visant à réduire les injustices sur le plan de la santé par l'entremise du travail

intersectoriel sont décrites dans les études de cas. En Norvège, en Angleterre, à Cuba et en Nouvelle-Zélande, une approche pangouvernementale est mise en œuvre, approche dans le cadre de laquelle les ministères au plus haut niveau ont été instruits de collaborer ensemble à l'amélioration de la santé de la population.

### 3.2.2 Initiatives au niveau local

Certaines des études de cas décrivent des initiatives au niveau local qui visent à améliorer la santé de groupes marginalisés ou de divisions géographiques. Dans certaines de ces initiatives, des équipes intersectorielles travaillent directement avec les groupes marginalisés au moyen d'une approche de développement communautaire. En Inde, par exemple, on rapporte que la santé et le bien-être d'un groupe de travailleuses du sexe se sont améliorés grâce à un processus d'habilitation. Dans d'autres études de cas, des groupes communautaires locaux ont été soutenus en vue d'un processus d'évaluation communautaire dans le cadre duquel la population locale, l'administration locale, les chercheurs et d'autres décideurs se sont réunis afin de définir des buts et d'élaborer des plans d'action destinés à réduire les injustices dans cette région. En Équateur, par exemple, l'administration municipale de la région de Cotacachi a tenu une grande assemblée (à laquelle plus de 700 personnes ont participé) en vue de l'établissement des grandes lignes d'un plan d'aménagement et de développement régionaux, lançant un processus intersectoriel. Ce processus a été lié à des résultats de santé améliorés pour les résidents de cette région, y compris l'absence de mortalité maternelle ou infantile au cours d'une période de trois ans, et l'élimination de l'analphabétisme.

Dans l'ensemble de ces initiatives, une participation publique active a été facilitée, et la collectivité locale a souvent été invitée à définir les problèmes et à élaborer des stratégies afin de remédier aux injustices dans la région. Le rôle de l'administration municipale est crucial dans ces initiatives. Les administrations locales lancent souvent l'invitation initiale à une approche intersectorielle; elles prennent l'initiative d'amener les intervenants à la table, et elles fournissent un cadre de travail et d'autres appuis permettant une action intersectorielle au niveau local.

Dans les cas où il n'existait pas de soutien national fort en vue de la correction des déterminants sociaux aux fins de l'élimination des inégalités sur le plan de la santé, des initiatives efficaces ont quand même été élaborées au niveau local, en particulier s'il existait un soutien local fort et une volonté d'habilitation de la collectivité. Les initiatives locales s'attaquent typiquement à des enjeux ou des groupes cibles spécifiques (p. ex. Inhalation de vapeurs de pétrole chez la jeunesse autochtone en Australie, habilitation des jeunes filles au Salvador). Dans ces cas, l'absence d'une stratégie nationale à grande échelle n'a pas nécessairement nui à la mise en œuvre de stratégies locales.

Ce travail au niveau local semble vital à une action efficace en ce qui a trait à la réduction des injustices sur le plan de la santé. Comme il est précisé dans le rapport de la Belgique, « comme l'action intersectorielle relative à la santé est un processus multiniveau, une décentralisation est nécessaire à une incorporation adéquate du contexte local aux stratégies. De plus, une décentralisation augmente le sentiment d'appropriation de la collectivité locale » (Section 9). La plupart des études de cas, mais pas toutes, qui sont axées sur des initiatives au niveau local incorporent une approche de développement communautaire dans laquelle les membres de la collectivité locale sont invités à « s'approprier » la planification et la mise en œuvre des stratégies choisies. La défense des droits, dans le cadre de laquelle les collectivités locales tentent d'influencer les politiques aux niveaux régional/provincial ou national, est une partie importante du travail décrit dans les études de cas. Ce travail de défense des droits, dans lequel une « poussée » est exercée des niveaux locaux vers le « haut », représente une pratique prometteuse. Souvent, les initiatives multiniveau visant à réduire les injustices sur le plan de la santé sont présentées



d'une façon qui souligne comment le travail au niveau national peut influencer et soutenir le travail au niveau local – l'étude de cas présentée en Inde montre que l'influence peut (et devrait) s'exercer dans l'autre direction également. Un travail fort au niveau local a le potentiel d'influer sur le développement du travail intersectoriel aux niveaux plus élevés.

Les approches ascendantes présentées dans certaines des études de cas démontrent qu'elles peuvent être très fructueuses, mais qu'elles requièrent beaucoup de temps et d'énergie. Idéalement, de telles initiatives sont soutenues par un mécanisme de financement et une structure de responsabilisation qui permettent à l'initiative de s'adapter aux besoins en évolution de la collectivité. Comme il est indiqué dans l'étude de cas en Équateur, « l'organisation et la participation des citoyens ne surviennent pas sans aide, il est nécessaire de les soutenir et de les guider par l'entremise de mécanismes visant à procurer un soutien logistique, technique et financier, ainsi qu'un renforcement continu, et de les relier au pouvoir décisionnel réel de l'administration locale » (p. 64).

Les stratégies intersectorielles qui requièrent une mise en oeuvre locale dépendent fortement d'une participation publique et d'une habilitation des consommateurs réelles. Différentes formes de participation publique et d'habilitation des consommateurs ont été utilisées, mais toutes exigent une volonté de partager le pouvoir avec les autres ministères, la société civile, les entreprises et les citoyens. Les membres du public ont tendance à apporter une perspective non cloisonnée sur les enjeux, une perspective qui soutient des solutions de rechange intersectorielles et remet en question les approches cloisonnées intuitives plus typiques des gouvernements.

### 3.2.3 Initiatives axées sur la résolution de crises

Dans certaines des études de cas analysées ici, la violence et la guerre ont perturbé les structures mises en place pour faciliter l'action intersectorielle, et les ressources consacrées à cette action ont parfois été détournées. Le transport, un accès médiocre aux services sanitaires, environnementaux et sociaux de base, et les conditions de travail incertaines des membres des équipes intersectorielles présentent des défis importants. Le suivi des indicateurs de la santé et d'autres indicateurs est également difficile, rendant presque impossible la détermination de l'efficacité de l'action intersectorielle. Toutefois, les situations d'urgence causées par de l'instabilité procurent également des occasions d'attirer l'attention sur le sort des populations désavantagées et de recueillir un soutien en vue d'une action concrète, comme l'indique l'étude de cas de la Colombie :

*« les urgences sont clairement un appel à l'action et à la reconstruction, mais dans les contextes où l'autorité du gouvernement est affaiblie, elles sont également des occasions de parvenir à une capacité d'autosuffisance et un contrôle accrus dans des initiatives qui seraient probablement irréalisables avec une plus grande présence du gouvernement » (p.29).*

Dans ces contextes, un leadership de premier plan par des organisations sans but lucratif et multilatérale offre un soutien grandement nécessaire par l'entremise du financement et de la coordination des activités.

### 3.2.4 Collaboration intersectorielle

Dans les 18 études de cas passées en revue ici, l'action intersectorielle et la coopération véritable dans la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation ont été facilitées lorsqu'elles ont pris place à plusieurs niveaux simultanément, en particulier si le travail à chacun de ces niveaux était intégré par des politiques ou la législation. Cette constatation est en harmonie avec l'étude documentaire de 2007 (ASPC, 2007), qui indiquait ce qui suit :

*« ...l'action intersectorielle est la plus forte, et procure les meilleurs résultats, lorsque la collaboration est tant verticale qu'horizontale ... réunir ces éléments génère un produit final résilient et durable, et fournit une protection contre l'inaction, un intérêt languissant ou la désintégration. En même temps, en raison du large éventail d'intérêts en cause, des efforts et des négociations additionnels peuvent être nécessaires pour parvenir à une compréhension commune des buts, des approches, des rôles respectifs et de la responsabilité vis-à-vis des résultats » (p. 7).*

Par exemple, en Colombie, le Plan d'action intersectoriel pour l'élaboration d'une stratégie en matière d'environnements de la santé est une politique publique nationale conçue spécifiquement en vue de l'amélioration des conditions de vie des populations les plus vulnérables du pays. La politique fournit un cadre en vue de la mise en oeuvre de l'action intersectorielle aux niveaux régional et local.

Dans certains cas (Cuba par exemple), l'action intersectorielle est décrite comme le mode de fonctionnement traditionnel du gouvernement. Dans d'autres cas, elle est devenue la marque d'une nouvelle approche en matière de gouvernement. En Australie, par exemple, un engagement large envers l'action intersectorielle soutient une initiative fondée sur les déterminants sociaux de la santé pour contrer le problème de l'inhalation des vapeurs de pétrole chez les jeunes autochtones malgré l'absence d'un engagement national formel en matière de lutte contre les injustices sur le plan de la santé. Dans ce cas, le soutien public et politique envers le règlement de ce problème a été mobilisé par l'entremise d'une action forte et cohérente, incluant une attention médiatique de premier plan.

#### **4 Mécanismes et outils clés au soutien de l'action intersectorielle pour la santé et l'équité en matière de santé**

La section qui suit décrit ce qui a été appris sur les modèles, les structures et les outils concrets qui ont été utilisés en vue de la planification, la mise en oeuvre et le suivi des initiatives intersectorielles, comme il est décrit dans les études de cas. Ici également, des exemples concrets sont fournis au besoin.

##### **4.1 Arguments en faveur du travail intersectoriel**

La reconnaissance par tous qu'une action intersectorielle est nécessaire pour cibler un enjeu particulier, qui peut être qualifié ou non d'injustice sur le plan de la santé, est la clé d'une action intersectorielle avec des participants engagés. D'après toutes les études de cas, il est clair qu'un fondement solide à une approche intersectorielle en vue de l'élimination des injustices sur le plan de la santé contribue de façon importante au démarrage d'une activité intersectorielle. Dans de nombreux cas, il a fallu des années pour élaborer ce fondement. On trouvera dans les paragraphes qui suivent une liste d'éléments importants dans la formulation d'arguments en faveur de l'action intersectorielle comme moyen d'amélioration de l'équité en matière de santé.

- ◆ **Miser sur la préoccupation du public pour la santé et le bien-être d'un groupe désavantagé** – De nombreuses études de cas ont mentionné la nécessité de miser sur les attentes de la population en matière d'équité et de justice sociale. Au moyen de nouveaux résultats de recherche, de la présentation régulière de données soulignant les inégalités, et en particulier d'un usage judicieux des médias, le public a été informé qu'un groupe de la population dans ce pays ou cette région souffrait de façon disproportionnée. Cette préoccupation accrue du public a mené à l'émergence d'enjeux d'équité en matière de santé et à la nécessité d'incorporer une action intersectorielle au programme politique.

En Belgique, les revendications en vue d'une action ont été stimulées par l'entremise de données publiées dans les médias montrant d'importantes différences socio-économiques dans l'espérance de vie saine. En Norvège, une série de livres blancs et d'autres publications

ont montré avec le temps le manque et la nécessité d'une action destinée à corriger les injustices sur le plan de la santé, culminant dans l'institution, par un nouveau gouvernement de coalition, d'une direction générale chargée de corriger ces injustices.

- ◆ **Utilisation de champions politiques pour faire la promotion d'une action intersectorielle** – Dans de nombreux cas, les hauts fonctionnaires et les politiciens ont travaillé comme champions, défendant une approche gouvernementale et une approche intersectorielle au niveau communautaire. Par exemple, l'Initiative nationale pour les sans-abri au Canada a été dirigée par un ministre d'État qui croyait que le problème de l'itinérance exigeait l'engagement de tous les niveaux de gouvernement et de tous les ministères, ainsi que de la société civile. La pénurie de logements de bonne qualité dans les quartiers plus défavorisés et le fait que le PDG de la société d'habitation de Nouvelle-Zélande se soit engagé à remédier à ce problème ont également été des facteurs clés dans le cas de la Nouvelle-Zélande.
- ◆ **Définition de l'enjeu** – Il est à noter que dans certaines études de cas, les arguments en faveur d'une approche intersectorielle en santé ont été plus efficaces lorsque l'enjeu était défini d'une façon que les secteurs autres que le secteur de la santé pouvaient comprendre (c.-à-d. qu'ils pouvaient entrevoir leur rôle d'une manière concrète). Comme il est mentionné ci-dessus (section 3.1), la définition de l'enjeu d'une façon qui en souligne les aspects sociaux, économiques et culturels est souvent des plus utiles. Également, l'action intersectorielle comme moyen de réduire efficacement les injustices sur le plan de la santé est présentée comme « la façon d'agir aujourd'hui » dans plusieurs des études de cas, citant les succès d'autres pays ou régions comme exemples d'une pratique efficace et efficiente.
- ◆ **Miser sur un leadership international** – Un parrainage international de premier plan a été utile dans certaines des études de cas où il n'existait pas d'engagement des gouvernements nationaux à un niveau élevé. Tant en Inde qu'au Salvador, l'apathie répandue entourant les questions de santé chez les travailleuses du sexe (Inde) et les adolescentes (Salvador) n'a pas empêché l'élaboration d'initiatives intersectorielles locales fortes. Dans les deux cas, le parrainage actif de l'OMS, des Nations Unies et de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) a été cité comme un contributeur clé au succès de l'initiative. Le parrainage international a attiré l'attention sur la question dans le pays et a créé un désir de se comporter de façon adéquate sur la scène internationale de la part d'un gouvernement national antérieurement ambivalent. Le parrainage international de l'OMS a également été vu comme un facteur contextuel dans l'étude de cas de la Norvège, où l'équité sociale jouit d'un soutien fort depuis longtemps.

Dans d'autres cas, des accords internationaux ont joué un rôle important dans la facilitation d'un rôle national dans l'action intersectorielle. Par exemple, à la Quatrième conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes tenue à Beijing en 1995, les pays ont élaboré une ambitieuse proposition d'action en vue de l'atteinte d'une plus grande égalité entre les sexes. Les pays qui ont signé la Convention de Beijing se sont engagés à intégrer de façon effective une perspective d'égalité entre les sexes à leurs processus d'élaboration des politiques et de prise de décision. En réponse à la Convention de Beijing, le gouvernement du Canada a mis au point un plan national en vue de l'égalité entre les sexes qui incluait l'utilisation d'une analyse fondée sur l'égalité hommes-femmes dans tous les ministères et organismes fédéraux.

- ◆ **Création d'une plateforme à l'intention des chercheurs** – Dans certains cas, les leaders tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du gouvernement ont travaillé à créer une plateforme ou une arène où les chercheurs peuvent présenter des données convaincantes sur la nécessité de lutter contre les injustices sur le plan de la santé et le succès possible d'une approche intersectorielle. Par exemple, en Norvège, le scénario suivant a aidé au soutien efficace d'une telle approche :

*« lorsque les chercheurs ont été invités en 2002 à une rencontre afin de conseiller le gouvernement sur une action visant à s'attaquer aux inégalités sur le plan de la santé, ils étaient quelque peu hésitants à donner des conseils clairs. Ils ont exigé plus de recherche et de preuves. Lorsque le groupe d'experts multidisciplinaire a été instauré en 2003, la Direction générale de la santé et des affaires sociales a observé un changement rapide dans le dialogue avec les chercheurs. Donner aux chercheurs cette arène de communication leur a donné une voix forte dans le processus stratégique » (p. 14).*

Sur la base de l'expérience norvégienne, il semble que les chercheurs aient une participation plus productive lorsqu'ils font partie d'organes de prise de décision multidisciplinaires, plutôt que de participer à des sessions de consultation ponctuelles.

- ◆ **Miser sur les préoccupations quant à la nécessité d'une utilisation plus efficiente de ressources limitées** – L'instabilité économique et un plus grand accent sur la responsabilité financière ont été utilisés dans certains pays pour réexaminer l'utilisation des ressources existantes, souligner la nature cloisonnée du travail du gouvernement et trouver des arguments en faveur de l'élaboration de cadres de travail intersectoriels. Dans certains pays, cette instabilité a été liée à une crise, comme une guerre civile ou d'autres épisodes de violence.
- ◆ **Reconnaissance des limites des approches antérieures** – La reconnaissance des failles ou de l'absence de réussite des approches courantes peut également aider à créer une demande pour des approches intersectorielles. Trois initiatives décrites dans l'étude de cas canadienne constituent d'excellents exemples. Enfants en santé Manitoba est né de la reconnaissance du fait que les modèles de prestation de service existants ne répondaient pas suffisamment aux besoins des enfants, en grande partie parce qu'ils mettaient l'accent sur une seule maladie ou un seul problème et ne tenaient pas adéquatement compte des influences multiples sur le bien-être des enfants. Le Human Services Integration Forum de la Saskatchewan est similairement né de la nécessité de réexaminer l'allocation des ressources et de répondre à la demande croissante prévue sur la base des facteurs suivants : la démographie, l'évolution des attentes de la population qui s'attendait à une participation à la planification et à la prestation, et les collaborations intersectorielles antérieures dans la province. Enfin, la conclusion de l'Accord de Vancouver est également attribuable à un sentiment croissant de résultats ou de rendements limités créant des pressions publiques et politiques en vue d'une nouvelle approche.

De la même manière, au Chili, le fondement de l'action intersectorielle a été la reconnaissance du fait que les différents efforts sectoriels n'atteignaient pas les familles ou les collectivités, produisant peu d'incidence sur les buts d'équité sociale. Une approche intersectorielle a été jugée nécessaire en vue de coordonner et d'organiser une fourniture adéquate, opportune et pertinente d'avantages, de biens et de services aux familles à la limite inférieure du spectre socio-économique dans la lutte contre les problèmes multidimensionnels.

- ◆ **Tirer profit des transitions politiques** – Dans certains pays, les champions d'une approche intersectorielle ont pris avantage de la restructuration ou de l'effondrement du gouvernement pour encourager les représentants de nombreux secteurs à réévaluer leur rôle et à commercer à mieux travailler ensemble. D'un temps de confusion a émergé un accent accru sur le développement de nouveaux partenariats. Au Sri Lanka, par exemple, des initiatives simultanées multiples ont commencé avec un gouvernement novice et une société nouvelle après l'indépendance. Au Maroc, un nouveau roi et un nouveau système d'alternance du pouvoir ont introduit une ère de sensibilité croissante aux enjeux sociaux par l'entremise d'un modèle de gouvernance ascendant résultant dans une action intersectorielle en vue de la promotion de l'équité en matière de santé et d'un développement local intégré. Un nouveau gouvernement équatorien avec un programme de démocratie participative (fondé sur les principes autochtones) a parrainé une assemblée de citoyens en vue de l'établissement des

priorités de développement, y compris la création d'un conseil intersectoriel de la santé et l'institutionnalisation du processus participatif.

- ◆ **Établir des consensus par l'entremise de rencontres** – Un consensus sur la nécessité d'une action peut être le résultat de conférences, de plateformes et de rencontres similaires. En Iran, une série de conférences sur les villages santé ont aidé à clarifier et cristalliser la nécessité d'une collaboration intersectorielle comme approche privilégiée de mise en oeuvre de la stratégie et des priorités gouvernementales.

#### **4.2 Obtenir la participation d'autres secteurs**

La participation d'une large éventail de secteurs est évidemment fondamentale à une action efficace contre les injustices sur le plan de la santé, mais faciliter la participation de groupes de personnes et d'organisations ayant rarement travaillé ensemble dans le passé est un défi. La mise en place d'un processus dans le cadre duquel le pouvoir et la prise de décision étaient véritablement partagés entre des secteurs et des organisations variés a fait beaucoup pour attirer et conserver une variété d'intervenants à la table. Par exemple, l'action intersectorielle dans le cadre des accords d'autonomie gouvernementale des Autochtones au Canada a été facilitée par 1) la nature tripartite (fédéral, provincial, bande) du processus de négociation, 2) la nature et la portée des enjeux négociés, qui relèvent de ministères multiples et 3) la nécessité de résoudre collectivement et définitivement les problèmes autochtones afin d'amoindrir la probabilité de conséquences économiques et politiques négatives.

Dans d'autres cas, le gouvernement a forcé les secteurs à une action commune par l'entremise de lois nationales ou provinciales / d'État. En Angleterre, le Trésor supervise l'action intersectorielle par l'entremise de son approche pangouvernementale obligatoire. La *Loi sur la santé publique* de la province canadienne du Québec exige que tous les ministères et les organismes consultent le ministère de la Santé et des Services sociaux lorsqu'ils formulent des lois ou des règlements susceptibles d'avoir une incidence sur la santé; cette consultation est facilitée par un processus intragouvernemental d'évaluation des incidences sur la santé.

L'administration du district de Catacahi, en Équateur, a été en mesure de travailler de façon assez étroite avec un certain nombre de partenaires communautaires grâce à des fonds spécifiques mis de côté dans chaque région à l'appui du travail intersectoriel. Les auteurs de l'étude de cas équatorienne ont souligné la nécessité de soutenir et de guider les représentants de tous les secteurs (y compris les membres des collectivités) en fournissant un soutien logistique, technique et financier, ainsi qu'un renforcement continu, et de les relier au pouvoir décisionnel réel du gouvernement local. Dans l'étude de cas iranienne, ces soutiens ont inclus une formation à l'action intersectorielle. Les auteurs de ce rapport ont constaté qu'une telle formation augmentait l'aisance et le niveau de compétence des partenaires engagés dans l'initiative.

Fait intéressant, dans l'étude de cas indienne, un secteur (la police locale) a participé de façon limitée au processus étant donné sa relation traditionnellement difficile avec les participants clés de l'initiative (les travailleuses du sexe et leurs alliés). La police locale n'a pas soutenu proactivement l'initiative, mais a consenti à ne pas s'opposer à ses activités et à réduire son harcèlement à l'encontre des travailleuses du sexe. L'expérience indienne suggère que les opposants qui ne peuvent pas être persuadés de se joindre à l'effort de collaboration pourraient au moins être persuadés de demeurer neutres.

#### **4.3 Le rôle de la société civile et la participation multilatérale et publique**

Les organisations non gouvernementales (ONG) ont joué un rôle important dans le soutien de l'action intersectorielle, comme il est décrit dans les études de cas. Comme nous l'avons mentionné plus haut, le parrainage d'organisations internationales comme l'OMS a été utile dans

un certain nombre d'initiatives pour attirer l'attention sur les injustices sur le plan de la santé, fournir le financement nécessaire, et offrir un savoir-faire dans la planification et l'élaboration de stratégies concrètes. Dans les pays à faibles revenus ou ceux qui connaissent une crise, comme les circonstances décrites dans l'étude de cas ougandaise, les ONG assurent un leadership et une influence au jour le jour.

Le rôle de l'opinion publique dans la détermination de la nature de l'action intersectorielle en matière de santé et d'équité en santé est, il ne faut pas s'en surprendre, un thème commun des initiatives locales axées sur l'amélioration de la santé chez les populations désavantagées. Cependant, une forte participation de la société civile a également été facilitée dans certaines initiatives qui visaient les questions de la santé et des injustices sur le plan de la santé aux niveaux national, régional et local. Les études de cas de l'Équateur et du Brésil offrent les meilleurs exemples de cette approche.

En 1996, l'administration municipale de la région de Cotacachi, Équateur, a invité des centaines de citoyens à participer à une assemblée dont le but était de définir les grandes lignes du développement régional de concert avec la société civile. Une des décisions clés prises à cette assemblée était l'établissement du Conseil de santé intersectoriel (CSI), dont les objectifs incluaient la formulation de politiques de santé générales et la facilitation de la participation publique à la planification de la santé et la planification sociale. Le maire local est le président du CSI. Les autres membres incluent des représentants des ONG locales et d'autres secteurs, dont l'entreprise privée, l'enseignement et la gestion de l'environnement. La capacité de la structure et de la fonction du CSI à faciliter la participation de l'opinion publique à la planification intersectorielle de la santé est vue comme une des principales réussites, dans l'étude de cas équatorienne. Comme les auteurs de cette étude de cas le notent, « la participation des citoyens au CIS a eu une incidence marquée, pas seulement sur le secteur de la santé. Elle mobilise d'autres secteurs à travailler ensemble à l'instauration de meilleures conditions de santé et de vie » (p. 62).

Au Brésil, la participation publique à la planification du système de soins de santé est reconnue officiellement dans la constitution du pays. La participation des citoyens est facilitée par l'entremise de conférences et de conseils de la santé municipaux, d'État et nationaux. L'accent sur la participation publique dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des programmes de santé est décrit dans l'étude de cas brésilienne comme une « source de fierté nationale » (p. 16), inspiré par un ensemble de valeur qui voit « la participation ... comme un principe, un droit de la société à décider de son avenir ».

Les organisateurs d'autres initiatives ont cependant indiqué dans les études de cas avoir eu de la difficulté à faciliter la participation publique dans la planification et la mise en œuvre de l'action intersectorielle. Par exemple, les auteurs de l'étude de cas srilankaise indiquent que l'absence d'approches participatives communautaires a été un obstacle majeur au développement d'un modèle de travail davantage axé sur la collaboration dans lequel des représentants de chaque secteur auraient travaillé ensemble à l'atteinte d'un résultat commun. Cette étude de cas incluait le commentaire suivant :

*« ...une attention insuffisante a été accordée aux approches participatives communautaires. Les programmes linéaires de type descendant ont travaillé dans leur territoire respectif à l'atteinte de leurs objectifs. Ils devaient s'unir au niveau des collectivités dans le but de coordonner leur travail et de s'attaquer aux problèmes qui touchaient plusieurs secteurs. Ce type de coopération aurait pris naissance et se serait institutionnalisé si les possibilités de participation communautaire avaient été saisies »* (p. 26).

#### **4.4 Miser sur la collaboration – développement de partenariats efficaces**

L'importance d'instaurer la confiance, un élément clé dans l'élaboration et le maintien d'une action intersectorielle efficace, était un thème très clair des études de cas. Instaurer et nourrir la confiance entre tous les partenaires a été une tâche difficile et fastidieuse pour de nombreuses initiatives, mais elle a également assuré un fondement solide en vue de relations de travail efficaces. Ces relations peuvent aider à comprendre la contribution des mandats individuels dans le contexte du travail intersectoriel, de façon que les écarts dans les services et les chevauchements dans l'ensemble du système puissent être déterminés.

Les études de cas décrivent un certain nombre de défis dans le développement et le maintien de relations solides entre les partenaires. Ces défis incluent les suivants :

- mandats nombreux et variés à la table;
- roulement élevé de personnel, ce qui peut ralentir le processus de développement de partenariats. Les relations personnelles peuvent être primordiales à des relations organisationnelles plus larges;
- les différences culturelles entre différents partenaires peuvent rendre difficiles la communication et l'entente sur des buts communs. Chaque secteur ou organisation prenant part à l'initiative peut avoir une philosophie, une approche, un modèle de travail et une terminologie différents. L'utilisation de systèmes d'information différents par chaque partenaire peut également nuire à la communication et à l'échange de données;
- un passé de mauvaises relations de travail peut prendre beaucoup de temps à être surmonter. Ce défi a été particulièrement accentué dans le cas des initiatives visant l'état de santé des peuples autochtones, qui ont été chassés de leurs terres ancestrales et ont connu la discrimination à la suite du colonialisme. Les initiatives décrites dans les études de cas en provenance du Canada, de l'Australie, de la Colombie et de la Nouvelle-Zélande offrent d'excellents exemples d'efforts visant à améliorer la santé des peuples autochtones.
- la réglementation bureaucratique peut rendre difficile le partage du pouvoir entre les secteurs. En Iran, par exemple, les progrès dans le développement de relations ont été lents, en partie en raison de la lenteur délibérée du processus décisionnel au sein de la bureaucratie.

Pour vaincre ces difficultés et développer ces importantes relations, de nombreuses études de cas ont noté qu'il est essentiel de spécifier le type de collaboration attendu des partenaires à l'initiative, et de définir la forme que doit prendre cette collaboration. Après l'établissement d'un processus de développement de partenariats, certaines études de cas décrivent un processus dans le cadre duquel il a été utile d'élaborer des accords formels et des protocoles d'entente entre les partenaires. En Angleterre et en Australie, les collaborateurs locaux ont signé des accords qui spécifiaient les contributions de chaque partenaire à l'action en collaboration. Dans une initiative décrite dans l'étude de cas canadienne, où la complexité verticale du gouvernement a présenté un défi, les gouvernements fédéral, provinciaux et locaux ont négocié et signé l'Accord de Vancouver, qui spécifiait la contribution de chaque niveau à l'initiative.

Le personnel et les bénévoles qui ont travaillé au lancement et au maintien de l'action intersectorielle décrite dans les études de cas ont signalé avoir besoin d'être guidés et soutenus par les organismes centraux ou d'autres instances de coordination de projet. Ce soutien a pris une variété de formes, dont les suivantes :

- manuels visant à améliorer la compréhension et les compétences relatives à l'action intersectorielle;

- possibilités de formation destinées à répondre aux besoins éducatifs de tous les partenaires;
- protocoles de pratiques qui décrivent comment aborder des questions complexes d'un point de vue intersectoriel;
- conférenciers et conseillers d'autres territoires invités à faire part de leur expérience en action intersectorielle.

En Iran, par exemple, le programme Villes/villages santé inclut un système complet d'ateliers en vue de la formation des équipes locales et du personnel de programme au développement communautaire et à l'action intersectorielle.

#### **4.5 Modèles et cadres de travail utilisés en vue de l'organisation du travail intersectoriel**

En raison de la complexité des rôles et des responsabilités du gouvernement, et des cloisons traditionnelles qui existent souvent entre les ministères, tous les pays qui ont mis en oeuvre des approches pangouvernementales ont mis au point un modèle formel pour guider leur travail intersectoriel. Par exemple, la Nouvelle-Zélande utilise un cadre théorique qui encourage les planificateurs à envisager une action à quatre niveaux différents (structures, voies intermédiaires, services de santé et d'invalidité, et incidence) dont sont issues les inégalités. La Norvège utilise pour sa part un guide d'intervention servant à déterminer les points d'accès aux stratégies d'ensemble destinées à réduire les injustices sur le plan de la santé et le plan social. Les deux modèles sont disponibles à l'annexe D.

De tels modèles ont été utiles parce qu'ils :

- guident le processus dans une direction stratégique;
- fournissent un point d'entrée en vue d'une action pour le secteur de la santé et d'autres secteurs qui peuvent ne pas avoir vu antérieurement dans les injustices sur le plan de la santé un élément sur lequel ils pouvaient (ou devraient) agir;
- permettent au gouvernement d'avoir une compréhension plus complète d'un enjeu très complexe.

Ces modèles ont aidé certains pays qui avaient adopté une approche pangouvernementale à démontrer clairement comment l'action visant à réduire les injustices ne peut pas être mise en oeuvre par un secteur agissant seul.

Les initiatives menées strictement au niveau local ou régional ont tendance à nécessiter une structure plus souple en mesure de répondre avec agilité aux besoins et aux préférences de la collectivité. Le processus en Belgique en fournit un excellent exemple. Étant donné l'approche disparate adoptée en matière d'action intersectorielle, comme il est décrit dans l'étude de cas belge, il a été reconnu qu'il serait très difficile de mettre en place un cadre stratégique détaillé et facile à suivre. L'action intersectorielle touchant les injustices sur le plan de la santé a commencé en Belgique aux niveaux local et régional, lorsque le personnel travaillant dans différents secteurs a commencé simultanément à reconnaître la nécessité de réduire les injustices sur le plan de la santé et à planifier des initiatives pour augmenter l'équité. Par exemple, le secteur de la santé a commencé à construire des centres de santé communautaire dans les zones démunies, le secteur de la recherche a commencé à étudier les relations entre la pauvreté et la santé, les groupes communautaires locaux ont commencé à se porter à la défense des personnes vivant dans la pauvreté et des minorités techniques, et les politiciens aux niveaux national et local ont commencé à financer des projets en vue de l'amélioration du logement et des conditions de vie dans certains voisinages. Le résultat « n'a pas été une approche progressive clairement établie, mais plutôt une approche pragmatique au jour le jour qui a inspiré le développement, commençant très souvent au niveau local » (p. 6).



#### 4.6 Structures en vue de l'organisation de la planification et de la mise en oeuvre

Au-delà de modèles et de cadres de travail plus théoriques, les études de cas présentent une grande variété de façons concrètes d'organiser le travail intersectoriel, fondées en partie sur la façon dont les structures gouvernementales sont organisées et dont les enjeux en matière de santé et d'équité en santé sont définis. Une structure commune est une structure dans laquelle des comités interministériels ont été formés. Certaines études de cas indiquent que le partage du leadership au sein des comités s'effectue par rotation de la présidence. Dans quelques études de cas, un système élaboré de comités et d'autres structures destinés à solidifier l'action intersectorielle est décrit. L'élaboration d'une structure complexe au soutien de l'action intersectorielle aide à donner de la crédibilité à l'enjeu de santé et à une approche de coopération en vue de la correction des injustices sur le plan de la santé, mais une telle approche peut également créer de la confusion et ajouter une bureaucratie inutile.

Pour éviter cette complexité inutile, le gouvernement de la Norvège a explicitement choisi de ne pas créer un ensemble séparé de comités intersectoriels pour sa Stratégie nationale visant à réduire les inégalités sur le plan de la santé. Cette décision a également été assumée pour améliorer la viabilité à long terme. À la place, le gouvernement norvégien a fondé le processus stratégique sur les structures gouvernementales existantes. La stratégie (lancée en février 2007) doit être mise en œuvre grâce à une réorientation des initiatives existantes et à des allocations budgétaires à même le budget national, plutôt que par l'entremise d'un plan d'action séparé accompagné d'allocations budgétaires spéciales. Comme il est décrit dans le rapport de la Norvège, « une réserve de fonds en vue d'une action destinée à réduire les inégalités sociales en santé pourrait avoir empêché de comprendre qu'une réorientation des politiques existantes était nécessaire » (p. 16-17).

S'il semble que, aux niveaux tant local que national, réunir des intervenants de secteurs divers en vue de discussions sur les enjeux et la définition de buts communs soit un exercice utile, cet exercice ne semble pas être suffisant pour favoriser efficacement une action intersectorielle. Le rôle des comités intersectoriels a varié, certains assumant un rôle strictement consultatif et d'autres ayant le pouvoir d'établir les politiques. Par exemple, en Équateur, l'assemblée est habilitée à approuver ou rejeter les taxes. Quel que soit le rôle des comités intersectoriels, une analyse des études de cas suggère qu'il est important qu'un large éventail de participants de tous les secteurs soient invités à se joindre au processus. Au niveau local, la participation active des leaders de l'administration municipale semble particulièrement importante, comme l'ont indiqué les auteurs de l'étude de cas indienne :

*« l'importance de travailler avec l'administration locale apparaît également comme un des enseignements clés. Travailler avec l'administration locale, défendre les besoins et les droits des travailleuses du sexe, et porter les enjeux communautaires à l'attention des politiciens locaux a été une tâche quasi-quotidienne et non un effort entrepris seulement en période de crise ou dans des circonstances spéciales. Ce contact fréquent a aidé à créer un sentiment de partenariat entre les structures politiques locales et la collectivité, et à favoriser une plus grande confiance mutuelle. Les efforts consacrés aux contacts quasi-quotidiens avec les structures politiques locales sont clairement un enseignement à retenir pour l'action communautaire ailleurs » (p. 32).*

Au-delà de l'utilisation des réunions de comité, de nombreuses études de cas ont indiqué offrir des occasions régulières à divers intervenants de se rencontrer et de partager leurs idées. Les conférences et les forums communautaires sont deux types de rencontre utilisés en Belgique, au Maroc, en Équateur et au Brésil pour aider à développer une vision commune chez une variété de partenaires, y compris les membres de la collectivité.

#### **4.7 Suivi du processus et des résultats du travail intersectoriel**

Mesurer le processus et les résultats des initiatives intersectorielles présentées dans les 18 études de cas s'est révélé être difficile dans de nombreux cas. Très peu d'études de cas ont présenté des résultats systématiques, même si un certain nombre d'entre elles pouvaient indiquer des améliorations correspondant au moment de la mise en œuvre des programmes. Souvent, les études de cas font rapport sur les résultats de leur travail intersectoriel, y compris le nombre et les types de politiques et de programmes nouveaux élaborés pour corriger les injustices sur le plan de la santé, une sensibilisation accrue aux besoins sanitaires et sociaux d'un groupe donné de la population, et une participation accrue des membres de la collectivité au processus décisionnel. Dans la plupart des cas, il est prématuré de tirer des conclusions quant à l'efficacité générale de l'action intersectorielle pour la santé et l'équité en santé parce que le travail a été mis en œuvre assez récemment et qu'il ne s'est pas écoulé suffisamment de temps pour que les effets s'accumulent.

Un certain nombre d'études de cas ont été en mesure de documenter les améliorations apportées aux déterminants sociaux, comme les niveaux de pauvreté, et les améliorations à l'état de santé de la population. Fréquemment, ces améliorations ont été enregistrées dans le cadre d'interventions au niveau national pour lesquelles des mesures objectives étaient déjà en place. Dans ces programmes nationaux, il était difficile d'attribuer ces améliorations aux activités intersectorielles décrites, car les effets étaient une continuation de tendances à plus long terme observées chez les populations nationales.

Dans nombre des études de cas fondées sur des initiatives locales, où les changements pouvaient être plus directement attribués aux effets des programmes intersectoriels, les données sont insuffisantes pour que l'on puisse en arriver à des conclusions systématiques. En Australie et en Inde par exemple, les descriptions isolées des résultats sont très positives, mais un manque de mesures de base empêche une évaluation systématique des effets de ces initiatives.

Certaines études de cas, comme celles de l'Iran et du Chili, décrivent des évaluations systématiques des activités intersectorielles, mais soulignent en même temps la nécessité de meilleurs outils en vue d'un suivi de la collaboration intersectorielle et de son incidence. L'étude de cas iranienne présente une évaluation très détaillée des initiatives intersectorielles qui incluait des revues des documents, des revues et des listes de contrôle des processus, des entrevues avec les informateurs clés, des groupes de discussion, des données secondaires et un sondage sur le capital social des ménages. Dans certains cas, comme ceux des études iranienne et chilienne, où des mesures plus détaillées des processus et des résultats communautaires ont été utilisées, les résultats sont généralement positifs, mais il n'est pas possible de généraliser pour l'ensemble des études de cas.

Dans la plupart des cas, et en particulier dans les études de cas dans lesquelles l'enjeu visé par l'initiative est centré sur la santé et l'équité en santé, le secteur de la santé joue fréquemment un rôle important dans le suivi et l'évaluation des initiatives intersectorielles en fournissant un savoir-faire technique clé en matière de collecte et d'analyse de données. Par exemple, le gouvernement de la Nouvelle-Zélande est en mesure de se concentrer sur une réduction explicite des injustices sur le plan de la santé partiellement en raison de la force de ses systèmes d'information sur la santé, qui fournissent des données utilisées tant pour plaider la cause de l'action intersectorielle que pour faire le suivi de la réussite de cette action avec le temps (par exemple, en ce qui a trait à l'amélioration de l'habitat; un bon indicateur à cet égard étant le nombre de personnes admises à l'hôpital pour des troubles respiratoires).

L'établissement de cibles, dans le cadre desquelles des objectifs clairement définis sont limités dans le temps, est peu fréquente dans les études de cas analysées. L'Angleterre s'est fixée une cible nationale en matière d'espérance de vie et de mortalité infantile, dans la lutte aux inégalités sur le plan de la santé, le ministère de la Santé assumant la responsabilité première de l'atteinte de la cible. L'étude de cas de ce pays a signalé qu'un « fort accent sur la cible établie, laquelle était soutenue par une stratégie nationale de lutte aux inégalités sur le plan de la santé appuyée par le Trésor, a contribué puissamment à susciter la participation des partenaires et à promouvoir la collaboration intersectorielle » (p. 2). Comme un très petit nombre des études de cas ont eu recours à l'établissement de cibles, et que les expériences jusqu'à maintenant ont été mitigées, il est difficile de dire si l'établissement de cibles est un exercice utile dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation du travail intersectoriel. Répondre à cette question est une prochaine étape importante dans le développement continu de l'action intersectorielle en matière d'équité en santé.

#### **4.8 Assurer la viabilité des efforts intersectoriels**

Comme l'analyse documentaire du rapport intitulé « *Au croisement des secteurs* » (ASPC, 2007) l'a également déterminé, l'action intersectorielle a tendance à coûter plus et à prendre plus de temps pour parvenir à des résultats, par rapport à d'autres approches, ce qui rend essentiel que tous les partenaires dans le processus s'engagent à long terme. Le soutien des initiatives intersectorielles a cependant été un défi dans de nombreux cas en raison de changements de gouvernement, d'urgences ou de crises de santé publique déviant l'attention ailleurs, et/ou du roulement de personnel. Dans de nombreux cas, les initiatives sont encore relativement nouvelles, et la viabilité à long terme doit encore être éprouvée. Les études de cas qui mentionnent explicitement des stratégies visant à assurer la viabilité, et peu d'entre elles le font, parlent d'instaurer la confiance et l'ouverture dans les relations de travail et les communications, et de créer des politiques et des pratiques dans le but de minimiser le roulement de personnel, de manière que l'on puisse compter sur les relations personnelles si vitales à un travail intersectoriel fructueux et transparent. Il est possible de postuler un certain nombre de conclusions générales sur la base de l'expérience de pays comme Cuba, dont l'engagement envers l'action intersectorielle est plus ancien. L'expérience acquise dans le cadre d'initiatives spécifiques, comme le projet d'aide aux travailleuses du sexe en Inde, qui a été élaboré sur une plus longue période, peut également jeter de la lumière sur des facteurs de viabilité importants.

Les enseignements tirés des études de cas quant à la façon de favoriser la viabilité incluent les suivants.

- L'élaboration de structures intersectorielles permanentes, au sein du gouvernement, au lieu d'initiatives à court terme basées sur des projets. Ce mode de fonctionnement est implicite dans les approches pangouvernementales, qui établissent une collaboration intersectorielle comme approche standard. La création de programmes de financement de l'action intersectorielle, si elle est rare parmi les études de cas, est vue comme un important moyen d'assurer la viabilité grâce à la création d'incitatifs budgétaires.
- La création de programmes de financement intersectoriels à l'intention d'une organisation non gouvernementale dirigée par les citoyens a été un facteur important dans la réponse aux besoins des travailleuses du sexe à North Kolkata, Inde.
- D'autres suggestions relatives à la viabilité ont inclus la mise en œuvre de programmes de formation destinés à augmenter le degré d'aisance des fonctionnaires (comme dans l'étude de cas en provenance de l'Iran), et la création de conférences ou de forums réguliers des citoyens destinés à maintenir la pression publique et le soutien en vue de l'action intersectorielle (comme dans les études de cas du Brésil et de la Belgique). À Cuba, des comités de santé communautaire permanents fonctionnent au niveau local, et en Iran, des conseils de village représentatifs sont des collaborateurs clés au niveau local.

## 5 Le rôle joué par le secteur de la santé

Par l'élaboration de services et programmes qui visent à satisfaire les besoins de populations défavorisées et marginalisées sur le plan social, les systèmes de santé disposent de moyens considérables pour favoriser l'équité en santé. Outre la fourniture de services, le secteur de la santé a aussi la possibilité d'influer de manière notable sur les grands systèmes socio-politiques, comme l'a observé une étude récente intitulée *Challenging Inequity Through Health Systems* (Gilson et al., 2007). Le rapport de l'étude indiquait que les systèmes de santé pouvaient améliorer l'équité en santé en produisant :

« ...un sentiment de sécurité dans la vie, de bien-être, de cohésion sociale et de confiance dans le fait de pouvoir recevoir aux moments voulus; ils peuvent aussi contribuer à l'établissement d'un appui social et politique aux gouvernements qui cherchent à promouvoir l'équité en santé » (p. viii).

Le rapport reconnaît toutefois que ces mêmes systèmes de santé peuvent perpétuer les injustices et les disparités sociales. Selon Gilson et ses collègues, l'un des principaux moyens dont dispose le secteur de la santé pour favoriser l'équité est d'assurer le leadership au niveau de l'élaboration de processus et de mécanismes qui facilitent l'action intersectorielle.

Dans nombre d'initiatives intersectorielles décrites dans les études de cas, le secteur de la santé a effectivement dirigé les efforts de coordination des activités, en particulier dans les cas où l'objectif premier était d'améliorer la santé ou de réduire les injustices dans ce domaine. Ce rôle de chef de file est parfois justifié par le fait que le secteur peut procurer les fondements et le cadre théoriques nécessaires (p. ex. utilisation du modèle de la santé de la population au Canada), qui mettent en lumière les influences complexes qui s'exercent sur la santé et les injustices.

Un exemple contraire est l'étude de cas chilienne qui décrit quatre programmes intersectoriels distincts qui n'ont pas été lancés par le secteur de la santé; et ce dernier n'a joué un rôle prépondérant que dans un seul de ces programmes. Baptisé Chile Crece Contigo, ce programme est axé sur le développement du jeune enfant. Le secteur de la santé a pu jouer un rôle de premier plan en raison de sa contribution centrale au modèle de protection sociale qui touche notamment au bien-être des familles et des enfants. Dans le cadre du programme, les membres du système de santé coordonnent, appuient et surveillent les activités des centres de soins de santé primaires qui assurent le premier contact avec les mères et les enfants qui sollicitent de l'aide. La participation déterminante du secteur de la santé est en partie due au fait que les organisateurs du programme avaient considéré l'amélioration de la santé comme l'un de leurs principaux objectifs.

Certains aspects de la culture du secteur de la santé peuvent toutefois gêner l'établissement et le maintien des relations de collaboration nécessaires pour les activités intersectorielles. Le modèle médical de la santé, sur lequel repose une partie de cette culture, peut présenter des aspects compétitifs et normatifs. Cette influence peut donner l'impression que le secteur de la santé prend le contrôle du processus, en outrepassant son mandat et en occupant une place prédominante dans le secteur public. Comme il est indiqué dans l'étude de cas norvégienne :

« le secteur de la santé peut parfois être tenu d'améliorer sa contribution au processus décisionnel en tant qu'intervenant avec d'autres secteurs ... il devrait intégrer les objectifs de santé dans les politiques relatives à l'équité des autres secteurs en agissant avec diplomatie, [plutôt qu'en] imposant [ses] propres objectifs aux autres secteurs » (p. 15-16).

Au Canada, par exemple, la Loi sur la santé publique du Québec exige que tous les ministères et organismes consultent le ministère de la Santé et des Services sociaux lorsqu'ils élaborent des politiques susceptibles d'avoir des répercussions dans le domaine de la santé. L'un des principaux

effets néfastes liés à l'application de cette loi a été la création d'un climat de ressentiment au sein des autres ministères.

De même, le leadership assuré par le secteur de la santé peut quelquefois conduire à développer une vue étroite de la question examinée et à ne pas bien tenir compte des contextes social, économique et historique dans leur ensemble. Soulignons à cet égard l'étude de cas australienne, qui traite notamment d'un certain comportement nocif (inhalation d'essence) répandu chez les populations autochtones. Même si cette initiative a permis de réduire quelque peu les taux d'inhalation dans les collectivités visées par les programmes d'aide, l'étude de cas est grandement axée sur le comportement en soi, plutôt que sur les grands facteurs historiques et culturels qui continuent d'intervenir sur le plan de la santé des Autochtones.

La mesure dans laquelle le secteur de la santé peut (ou devrait) jouer le rôle de chef de file au niveau de la planification et de la mise en œuvre des activités intersectorielles visant à favoriser l'équité dépend largement de l'objectif visé. Les trois scénarios ci-après ont été dégagés des études de cas analysés :

- S'il s'agit d'enjeux pour lesquels le secteur de la santé dispose des meilleures connaissances, de la plus vaste expérience et du plus haut degré de contrôle sur les stratégies d'amélioration de l'équité en santé, il est justifié que celui-ci joue un rôle de premier plan. C'est le cas des projets dont l'objectif principal est de faciliter l'accès au système de soins de santé ou à d'autres programmes de prévention, dont ceux associés aux soins de santé primaires. En Malaisie par exemple, les fournisseurs de soins de santé locaux ont dirigé un processus d'établissement des priorités avec la participation d'une bonne partie de la communauté. Ils ont ensuite transmis les recommandations à l'agence nationale de la santé.
- Si l'initiative est axée sur des enjeux pour lesquels le secteur de la santé dispose de connaissances sur des mesures efficaces d'amélioration de l'équité, mais ne contrôle pas les moyens de mise en œuvre (p. ex. programmes scolaires de promotion de la santé), celui-ci peut jouer un rôle de premier plan dans la promotion des stratégies, tout en s'assurant d'une étroite coopération et du partage des responsabilités avec d'autres secteurs. À Cuba, l'élargissement du mandat des centres de soins de santé primaires aux cliniques dotées d'une fonction importante de prévention et de promotion de la santé est facilité par les comités de santé locaux. Ces comités, de nature intersectorielle, comptent des membres du secteur de la santé.
- Si l'initiative vise directement des déterminants sociaux de la santé (p. ex. l'éducation, la pauvreté) autres que ceux associés directement au système de santé, le secteur n'a pas à diriger les travaux intersectoriels, mais devrait plutôt participer à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques. Dans ces circonstances, le secteur de la santé ne contrôle pas les moyens de mise en œuvre, ni ne dispose des plus vastes connaissances sur la manière de structurer les activités. En Malaisie, une stratégie nationale de portée générale concernant les déterminants sociaux et environnementaux a été prise en charge par les secteurs concernés, à savoir le développement économique, l'éducation et le logement. En Norvège, l'approche pangouvernementale visait à promouvoir la mise en place d'une lentille intersectorielle en matière d'équité en santé pour l'ensemble du processus de budgétisation gouvernemental.

Il est utile que le personnel du secteur de la santé bénéficie de programmes de formation et d'éducation afin d'apprendre à mieux collaborer avec les représentants de divers autres secteurs. Même à Cuba, pays qui possède une longue expérience dans l'action intersectorielle, on a

reconnu dans l'étude de cas qu'il était important d'améliorer la formation destinée aux professionnels et administrateurs du secteur.

Un nombre croissant de résultats de recherche et de données connexes suggèrent que l'instauration d'un bon système de soins de santé primaires qui intègre des services et qui se concentre sur la promotion de la santé et la prévention des maladies peut contribuer à atteindre l'équité en santé à l'échelle locale (Gilson *et al.*, 2007). En plus de rendre les services de santé plus accessibles aux groupes défavorisés sur le plan social, un système de soins de santé primaires bien organisé peut faciliter la mise en oeuvre de projets intersectoriels de plus grande envergure au sein de la communauté, comme le démontrent certaines études de cas. En Belgique, par exemple, les processus de planification au sein des collectivités sont conçus par le biais des centres de santé communautaires. Cette planification nécessite la participation de membres de la collectivité et d'autres parties prenantes, qui recueillent l'information sur la santé et la qualité de vie de la population visée afin d'établir un « diagnostic communautaire » qui énonce les enjeux et précise les mesures à prendre pour y faire face et surveiller les résultats.

En dépit de la fonction qu'il assume dans les premiers stades de l'élaboration d'une action intersectorielle pour la santé, il importe que le secteur de la santé puisse continuellement réévaluer son rôle et l'ajuster au besoin. Comme on peut le lire dans le rapport de synthèse intitulé *Au croisement des secteurs – Expériences en action intersectorielle, en politique publique et en 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 rendre des décisions concernant les stratégies et les points d'accès appropriés ».* (Agence de santé publique du Canada, 2007, p. 40).

L'étude de cas indienne offre un excellent exemple des possibilités d'évolution dans le temps du rôle joué par le secteur de la santé. Le projet d'intervention VIH/SIDA (SHIP) de Sonagachi a été d'abord lancé par le secteur de la santé puis appuyé par le Programme mondial de lutte contre le SIDA de l'OMS. Son objectif initial avait été défini de manière étroite uniquement du point de vue sanitaire : réduire les taux d'infections transmissibles sexuellement et accroître l'utilisation du condom au sein des groupes marginalisés et vulnérables de travailleurs sexuels de la région. Les chefs de projet sont entrés en contact avec les travailleurs eux-mêmes et se sont vite rendu compte qu'il fallait élargir l'approche et se concentrer sur l'autonomie et la qualité de vie, plutôt que seulement sur les comportements liés à la santé. L'initiative du projet a été transférée peu à peu aux travailleurs et aux organisations qui leur viennent en aide. Même si le secteur de la santé a joué un rôle important au début, ses représentants ont reconnu la nécessité de revenir sur leur position et de redéfinir le projet selon les indications données par les principales parties prenantes. Lorsque les travailleurs ont pu se réapproprier le projet, ceux-ci ont mis l'accent sur les interventions autres que sanitaires, telles l'alphabétisation, les protections professionnelles et la sécurité financière. Comme cela est expliqué dans l'étude de cas, ce changement d'orientation semble être associé à d'importants résultats sur le plan de la santé, notamment des taux plus bas d'infections transmissibles sexuellement et de VIH que dans les autres communautés.

## **6 Pratiques novatrices**

La section ci-après décrit certains moyens novateurs figurant dans les études de cas qui permettent de surmonter les obstacles qui se dressent lorsque l'on planifie et met en oeuvre une action intersectorielle. Ces activités ne sont pas trop nombreuses dans les études de cas

analysées, mais elles présentent un intérêt certain et peuvent mériter une étude plus poussée et un suivi.

- ◆ **Nouvelle-Zélande : Surveiller et signaler les inégalités** – De nombreuses études de cas traitent de l'évaluation et du signalement des inégalités sur le plan de la santé, mais la Nouvelle-Zélande s'est particulièrement distinguée par des efforts constants au niveau de la surveillance et de la communication des inégalités d'une manière qui favorise l'action. L'indice de dénuement de la Nouvelle-Zélande évalue les données de recensement à l'aide d'une échelle à neuf points qui couvre les revenus, l'emploi, l'accès aux moyens de communication et de transport, à l'éducation et à la propriété et attribue un score aux petites unités géographiques du pays. Le recours à cet indice a stimulé l'intérêt intersectoriel vis-à-vis des injustices, facilité les discussions dans les milieux universitaires et politiques au sujet des causes profondes de ce mal et fourni aux intervenants sociaux des données leur permettant d'élaborer des programmes et des politiques à l'échelle régionale.
- ◆ **Inde : Employer des approches participatives pour traiter les conditions de vie d'un groupe marginalisé** - Le projet de Sonagachi portait au départ sur les comportements sanitaires des travailleurs sexuels dans la ville indienne de Kolkata. Il s'est ensuite concentré sur l'autonomie de ces travailleurs en visant à modifier le contexte social dans lequel ils vivent et travaillent. L'initiative a été remise progressivement dans les mains des citoyens (travailleurs et organismes d'aide), les partenaires sectoriels assurant le financement et les services consultatifs. Grâce à une approche participative, on a pu aider les travailleurs à mettre sur pied et enregistrer leur propre organisation, le Comité Durbar Mahila Samanwaya (DMSC ou Durbar), et une coopérative financière. Le Comité compte maintenant plus de 2 000 membres actifs, avec une base non officielle de plus de 65 000 personnes. L'organisation est maintenant autosuffisante à de nombreux égards. Le modèle de planification du projet de Sonagachi est fortement fondé sur des valeurs; la souplesse, le souci d'égalité et l'autonomie ont imprégné dès le départ le processus décisionnel.
- ◆ **Belgique et Brésil : Établir des priorités transsectorielles par le biais de conférences de consensus communautaire regroupant les fournisseurs de services et les citoyens** – Le regroupement systématique de représentants de divers secteurs et de résidents de municipalités et de quartiers a stimulé la coopération entre les secteurs professionnels (qui travaillaient seuls auparavant) et la population. Par exemple, dans certains quartiers de la ville de Gand, en Belgique, on a institué un mécanisme auquel peuvent participer quarante à cinquante personnes provenant de divers secteurs (aide sociale, santé, travailleurs de terrain, police, services scolaires, etc.) en vue d'isoler et de traiter les enjeux comme la pauvreté, l'insécurité routière et le logement. Ce système est maintenant en place depuis plus de deux décennies. Il est financé par les gouvernements locaux.  
  
Le Brésil compte 4 390 conseils municipaux, 27 conseils d'État et un conseil national responsables de la santé. Ces conseils, qui sont composés à 50 % de citoyens, à 25 % de professionnels de la santé et à 25 % d'administrateurs (des secteurs public et privé), ont été créés par le biais d'une législation qui vise, en partie, à assurer la participation du public au processus de planification du secteur de la santé. On a aussi organisé une série de conférences nationales sur la santé destinées à exercer une influence sur la politique brésilienne en matière de soins de santé.
- ◆ **Iran : Programmes de formation sur les pratiques de planification et d'action intersectorielle à l'intention du personnel des services** – Une partie importante des ressources destinées aux programmes d'initiatives communautaires a été consacrée à la formation et au renforcement des capacités. Depuis 2001, le secrétariat chargé de ces initiatives a organisé environ cinquante ateliers avec plus de 1 500 participants provenant de vingt-cinq districts du pays; dans le cadre de ces ateliers, les participants, composés de membres d'équipes intersectorielles de district et de résidents de collectivités, apprennent à

renforcer leurs capacités en matière de développement communautaire et de collaboration intersectorielle. Ils sont parfois incités à partager leurs nouvelles connaissances en se chargeant de former d'autres personnes lors d'ateliers ultérieurs.

- ◆ **Chili : Mécanismes d'évaluation et de surveillance** – Des mécanismes fondés sur des mesures à la fois quantitatives et qualitatives et une grande diversité d'indicateurs de réussite ont été mis en place au Chili. Par exemple, l'une des initiatives décrites dans l'étude de cas, Chile Solidario, visait à entrer en contact avec des familles vivant dans la pauvreté extrême et à les intégrer au réseau social. On a procédé à une évaluation poussée de la conception et de l'utilisation des mécanismes et des instruments, de l'efficacité du modèle de gestion employé et de l'impact global du programme sur les capacités des familles et les conditions d'aide sociale. Chacun des quatre projets contenus dans l'étude de cas chilienne a été soumis à cette évaluation rigoureuse, afin de comprendre et mesurer les processus et les résultats de l'action intersectorielle.

## **7 Discussion : Résumé des principales constatations et questions qui demeurent en suspens**

L'analyse des dix-huit études de cas présentées dans le présent rapport s'ajoute aux efforts pour en apprendre davantage sur la façon dont l'action intersectorielle pour la santé et l'équité en matière de santé se produit autour du monde. Les apprentissages décrits ici ajoutent une composante plus pratique à l'excellent examen de la documentation : *Au croisement des secteurs – expériences en action intersectorielle, en politique publique et en santé* (ASPC, 2007), une étape antérieure de cette initiative conjointe de l'ASPC et de l'OMS. Cet examen a abordé les questions suivantes :

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

Bien que certaines des questions recensées à la fin de l'analyse documentaire du rapport « *Au croisement des secteurs* » (ASPC, 2007) n'aient toujours pas reçu de réponse définitive (voir les questions en suspens, à la section 7,1 ci-après), l'analyse de ces dix-huit études de cas nous a permis d'en apprendre davantage sur la façon dont l'action intersectorielle pour la santé a pris son élan, et les défis qui ont émergé des nombreuses manières dont l'action intersectorielle s'est structurée et organisée. De même, les études de cas ont commencé à jeter plus de lumière sur le rôle utile du secteur de la santé, particulièrement à mesure que le rôle s'adapte à la façon dont les questions sociales et les questions relatives à la santé sont formulées.

L'analyse présentée dans le présent rapport est conforme à l'une des conclusions clés de l'examen de la documentation – c'est-à-dire que le contexte socio-culturel, politique et économique de la prise de décision a des répercussions importantes sur la façon dont les questions sont formulées et la manière dont les approches intersectorielles sont utilisées pour aborder ces questions. Les études de cas analysées présentent diverses approches relatives à l'action intersectorielle pour améliorer la santé et réduire les inégalités en matière de santé. Conformément aux résultats de l'examen de la documentation, ces approches dépendent, bien sûr, de la nature de la question de santé abordée ainsi que du contexte social, économique et politique dans lequel les travaux ont eu lieu. Il est évident qu'un modèle « unique » n'existe pas, et que les modèles changent au fil du temps, puisque les questions de santé auxquelles ils essaient de s'attaquer évoluent et que les partenariats intersectoriels fluctuent. Bien que nous en ayons appris plus sur la mise en œuvre



concrète de l'action sectorielle à l'échelle mondiale, les données ne nous permettent toujours pas de tirer des conclusions catégoriques sur le modèle le mieux adapté à une situation donnée. Cependant, on suggère des conclusions générales ci-dessous.

L'action intersectorielle qui réussit nécessite le partage du pouvoir. La création de nouvelles entités, de nouveaux comités ou d'autres organismes pour officialiser et institutionnaliser le partage des pouvoirs est utile. Dans le cas où un engagement à l'égard des déterminants sociaux a été pris, l'élaboration de stratégies intersectorielles s'est produit plus facilement dans les cultures gouvernementales dont les divers secteurs avaient l'habitude de travailler en coopération. Dans certains pays, la complexité même du gouvernement allait à l'encontre de l'élaboration de stratégies réussies. Deux des meilleurs exemples de cette question étaient le Canada et la Belgique. Les stratégies générales de ces deux pays avaient tendance à ressembler à une courtepoinette, avec des variations régionales importantes. L'étude de cas belge reconnaît que son environnement stratégique complexe au niveau national constituait un obstacles à une planification plus exhaustive à ces hauts niveaux. La province de Québec, au Canada, est l'une des deux seules provinces dans lesquelles les services sociaux et les services de santé se retrouvent au sein du même ministère. Cette intégration structurale a facilité l'élaboration de la *Loi sur la santé publique* du Québec.

Les approches intersectorielles peuvent être amorcées en mode descendant (comme on le voit dans les approches « pangouvernementales ») ou en mode ascendant. Il est difficile de dire si les vastes approches « pangouvernementales » au niveau national seront efficaces pour réduire les injustices en matière de santé. Cependant, on peut à juste titre se demander si les approches « pangouvernementales », qui tirent leur origine du niveau national sont limitées dans leur capacité d'influer sur certains déterminants sociaux de la santé clés si de telles initiatives ne sont pas appuyées par des processus détaillés qui partent du niveau local. Des initiatives locales, à plus petite échelle, dans lesquelles les membres de la collectivité partagent le contrôle du processus, ou sont capables de participer activement à ce processus, montrent un potentiel de succès significatif.

Les objectifs des initiatives décrites dans les études de cas variaient. La façon dont ces objectifs étaient formulés a eu des répercussions majeures sur les partenaires participant à l'initiative et les types de stratégies planifiées. De nombreuses études de cas n'avaient pas pour objectif la réduction des injustices en matière de santé. Le plus souvent, l'objectif consistait à améliorer l'état de santé dans un groupe marginalisé ou une région géographique avec l'hypothèse implicite que les injustices en matière de santé seraient réduites en conséquence. S'attaquer aux besoins en matière de santé des groupes défavorisés et marginalisés se prêtait à l'action intersectorielle, parce qu'on reconnaissait facilement l'importance d'aborder des déterminants sociaux de la santé de ces groupes. Les groupes défavorisés étaient capables de formuler leurs besoins en des termes intersectoriels et de nombreux secteurs y participaient déjà souvent avec eux. Les populations éloignées se prêtaient aussi à l'action intersectorielle parce que les économies d'échelle ne favorisent pas une action efficace par les secteurs individuels.

Dans les études de cas analysées dans le présent rapport, les pays ont choisi une gamme variée de modèles pour organiser leurs travaux. Ces modèles choisis par les pays reflétaient le vaste ensemble de notions qu'elles avaient du terme « action intersectorielle ». Le modèle le plus courant représenté dans les études de cas en était un dans lequel des secteurs multiples acceptaient de participer à l'organisation et à la prise de décision conjointes, notamment l'établissement de priorités pour l'atteinte d'objectifs communs ou étroitement liés, et auxquels chaque secteur affectait des ressources. Ce cadre général a été suivi dans les initiatives décrites dans les études de cas anglaise, australienne et canadienne. Ce modèle inclut parfois l'exigence que les fournisseurs de services locaux acceptent de coordonner l'exécution de leurs services en

fonction d'objectifs communs fondés sur des ententes écrites. L'importance des ententes écrites et des protocoles d'entente entre les partenaires communautaires a connu un succès mitigé.

Dans un autre modèle, un groupe ou un forum communautaire multisectoriel a été convoqué pour donner des conseils sur l'établissement de priorités locales en santé. Les recommandations de ces groupes ont alors été prises en considération par les planificateurs de soins de santé lors de l'établissement de priorités à l'échelle du système et des affectations des ressources financières (p.ex. le Brésil, Cuba, l'Iran). La participation du public, l'autonomisation des groupes marginaux au niveau local, et un rôle solide de partenaire pour les organismes non gouvernementaux y contribuent fortement, peut-être parce que ces groupes sont moins susceptibles de proposer une perspective sectorielle pour régler le problème. Leur participation facilite donc la collaboration intersectorielle.

Moins fréquemment, les études de cas faisaient état de la création d'un fonds intersectoriel qui soutenait l'action sur les déterminants de la santé par un troisième organisme. C'est ce qui s'est passé dans le cas de l'Inde et de l'El Salvador. La création d'un fonds intersectoriel était relativement rare et, conséquemment, on ne pouvait en déterminer les répercussions. Le manque de mécanismes de financement intersectoriel a été considéré comme une barrière dans de nombreuses études; cependant, on se fondait sur l'hypothèse selon laquelle il constituerait un incitatif important facilitant l'action intersectorielle.

Les études de cas analysées accusaient une pénurie relative d'évaluations systématiques de l'action intersectorielle. En même temps, presque toutes les études de cas ont signalé des résultats positifs qu'on a cru attribuables à la collaboration intersectorielle.

## **7.1 Questions en suspens**

L'analyse des études de cas met en lumière quelques questions clés nécessitant plus de recherche et d'analyse. Ces questions en suspens sont les suivantes :

- ◆ Quelles sont les meilleures façons d'assurer une intégration en douceur des approches intersectorielles visant à lutter contre les injustices sur le plan de la santé des niveaux national à régional à local? La façon dont les messages, les politiques et les programmes cohérents peuvent être mis en œuvre à tous les trois niveaux n'est toujours pas claire (et, en fait, si c'est nécessaire).
- ◆ Quelles sont les répercussions de l'action intersectorielle sur l'équité en matière de santé quand l'objectif d'origine a été énoncé comme une réduction de l'injustice en matière de santé par rapport à un autre objectif qui ne mentionne pas explicitement la santé? Comme nous l'avons vu, il n'est pas nécessaire de formuler la question comme une question de santé pour qu'il y ait des répercussions sur la santé et l'équité en matière de santé. Cependant, la meilleure façon de définir des objectifs pour s'assurer de l'établissement des partenariats nécessaires à la poursuite d'une action intersectorielle efficace n'est toujours pas claire.
- ◆ Comment peut-on définir et mesurer le succès d'une action sectorielle pour l'équité en matière de santé? Tous les pays ayant soumis des études de cas semblent avoir de la difficulté à évaluer leurs efforts d'une façon qui reflète l'étendue de leurs travaux. Bien que, encore une fois, il n'y aura pas d'approche « unique » à la surveillance des travaux intersectoriels, il serait utile d'offrir plus de conseils aux pays sur les approches qui pourraient être mises à l'essai.
- ◆ Comment le secteur de la santé peut-il améliorer sa capacité de collaborer efficacement aux travaux intersectoriels? Le secteur de la santé a besoin d'aide pour comprendre à la fois son potentiel et ses limites dans ses travaux pour éliminer les injustices en matière de santé. Sur le plan stratégique, les membres du secteur de la santé ont besoin d'aide pour mieux traduire la recherche sur les inégalités en matière de santé en action, entre autres. Sur le plan

communautaire, le personnel du secteur de la santé a besoin d'aide pour comprendre comment travailler avec les autres secteurs le mieux possible et pour faciliter l'action communautaire, entre autres.

- ◆ Du point de vue des autres secteurs, quelle est la meilleure façon de les faire participer au processus? Parce que la plupart de ces études de cas ont été écrites du point de vue du secteur de la santé, des entrevues avec d'autres partenaires participant à ces initiatives aideraient à mieux comprendre la meilleure façon de les faire participer et d'entretenir leur participation. De telles entrevues offriraient une autre façon d'envisager les stratégies et les résultats de l'initiative elle-même, qui peut différer ou non de celle de ce qui a été présentée dans l'étude de cas.
- ◆ Y a-t-il un avantage à fixer des cibles qui établissent des objectifs de temps pour les résultats des travaux intersectoriels? Bien que l'établissement d'objectifs clairs et mesurables semble important pour créer des partenariats et les entretenir, les études de cas ne permettent pas de déterminer clairement si l'établissement de cibles constitue une pratique utile.
- ◆ Quelles composantes de l'action intersectorielle pour la santé et l'équité en santé sont-elles importantes pour assurer la durabilité de cette approche? Étant donné le temps souvent nécessaire pour influencer sur les déterminants complexes de la santé, la durabilité à long terme des approches intersectorielles est vitale.

Les questions énumérées ci-dessus rappellent certaines des questions en suspens recensées dans l'examen de la documentation : *Au croisement des secteurs – expériences en action intersectorielle, en politique publique et en santé* (ASPC, 2007). Cet examen a aussi permis de comprendre la nécessité d'en savoir plus sur les multiples rôles joués par les secteurs hors santé, notamment les médias, les secteurs économiques et le public. De plus, l'examen de la documentation a permis de recenser des problèmes de durabilité et la nécessité de découvrir le « fond de l'histoire » à propos de ces arguments qui ont été des plus convaincants pour établir le bien-fondé de l'action intersectorielle.

## 8 Conclusion

Les injustices en santé découlent d'un ensemble complexe de facteurs dont la compréhension commence tout juste à poindre. La vaste portée des 18 études de cas examinées, qui englobe divers pays, cultures et niveaux de développement, démontre l'importance accordée à l'action intersectorielle. De bidonvilles de l'Inde à des villages reculés du Brésil et de l'Iran, en passant par les capitales de la Norvège, du Canada, de l'Angleterre et de l'Australie, des gouvernements à tous les niveaux se penchent sur le développement d'action intersectorielle pour la santé et l'équité en santé.

Dans toutes les études de cas, les facteurs sociaux, économiques et culturels de l'environnement de ce pays ou de cette région ont fortement influé sur le succès de l'action intersectorielle pour la santé, ce qui a donné un contexte aux travaux. La diversité des contextes dans ces dix-huit pays a permis à chaque pays d'approcher l'équité en matière de santé différemment. Alors que l'existence d'un milieu favorable dans lequel élaborer et mettre en œuvre des politiques et des programmes s'est avérée utile, les efforts pour s'attaquer aux injustices en matière de santé grâce à l'action intersectorielle ont connu un peu de succès, même dans des milieux instables et moins favorables à ce genre de travaux. Même si les facteurs contextuels leur font souvent obstacle, ils peuvent aussi stimuler des possibilités nouvelles et innovatrices.

Ces dix-huit études de cas ont contribué à fournir certains indices sur la meilleure façon de s'attaquer à cette planification, mais de nombreuses questions demeurent en suspens. Bien que le besoin d'une action intersectorielle ne soit pas nouveau, un partage continu d'expériences est crucial pour mieux comprendre les approches intersectorielles.

## 9 Références

GILSON L., J. Doherty, R. Loewenson, et V. Francis (Juin 2007). *Challenging Inequity Through Health Systems*, Rapport final. Réseau de connaissances sur les systèmes de santé. Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). En ligne à : [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/hskn\\_final\\_2007\\_en.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf).

KINGDON, J. (1995). *Agendas, Alternatives, and Public Policy*. New York: Harper Collins.

Agence de la santé publique du Canada (2007). *Au croisement des secteurs – expériences en action intersectorielle, en politique publique et en santé*. Préparé par l'Agence de la santé publique du Canada en collaboration avec le réseau de connaissances sur les systèmes de santé de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé et le réseau régional de l'est et du sud de l'Afrique (EQUINET). En ligne à : [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/index\\_f.html](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2007/cro-sec/index_f.html).

Agence de la santé publique du Canada et Organisation mondiale de la Santé (2007). *Crossing Sectors: Dialogue on Intersectoral Action*. Vancouver, Canada, 10 au 11 Juin 2007. *Rapport de dialogue*. En ligne à : [http://www.who.int/social\\_determinants/strategy/meetings/2007/geneva/final\\_dialogue\\_report.pdf](http://www.who.int/social_determinants/strategy/meetings/2007/geneva/final_dialogue_report.pdf).

Organisation mondiale de la Santé (2007). *Achieving Health Equity: From Root Causes to Fair Outcomes*. Commission sur les déterminants sociaux de la santé – Déclaration intérimaire. En ligne à : [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/interim\\_statement\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/interim_statement_eng.pdf).

Organisation mondiale de la Santé (1997). *Intersectoral Action for Health: A Cornerstone for Health-for-All in the Twenty-First Century*. Rapport à la Conférence internationale, du 20 au 23 avril 1997, Halifax, Nouvelle-Écosse, Canada.

## 10 Annexe A : paramètres de l'élaboration des études de cas des pays sur l'action intersectorielle en matière de santé (ISS) élaborés par l'OMS

### I. Historique

Le travail effectué à la Conférence d'Alma Ata et dans le cadre de l'élaboration des chartes d'Ottawa et de Bangkok a permis d'établir un lien entre les déterminants sociaux de la santé et l'action intersectorielle (AI). Récemment, l'AI a été définie comme une stratégie clé dans le cadre conceptuel<sup>1</sup> de la Commission sur les Déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Le secrétariat de la Commission reconnaît qu'il est nécessaire de : cerner des exemples d'action intersectorielle à l'appui de la santé et de l'équité en santé que pourraient suivre des administrations qui n'ont pas les mêmes niveaux de ressources ni la même capacité administrative; définir avec précision les mécanismes politiques et de gestion grâce auxquels les programmes intersectoriels ont pu fonctionner convenablement.

Aux fins de la présente étude, l'action intersectorielle en santé est définie comme suit :

**« Lien reconnu entre une partie ou des parties de divers secteurs qui prennent des mesures afin de régler des problèmes et d'obtenir de meilleurs résultats dans les domaines de la santé et de l'équité en matière de santé »**

Les études de cas sur l'AI porteront sur les expériences des pays en ce qui a trait à la mise en œuvre de l'action intersectorielle dans le cadre d'une combinaison de stratégies visant à accroître l'équité en santé. Pour faciliter la description et l'analyse des expériences d'AI, une série de questions ont été élaborés sur la base des connaissances acquises jusqu'à présent par la Commission sur les Déterminants sociaux de la santé de l'OMS et de la récente synthèse des expériences documentées des pays et des régions en matière d'AI élaborée par l'Agence de la santé publique du Canada et le Réseau de savoirs sur les systèmes de santé<sup>2</sup> pour éclairer le travail de la Commission.

Ces études de cas visent à analyser les enjeux liés à l'action intersectorielle : le contexte de l'action, les approches adoptées et leur incidence sur la santé et l'équité en matière de santé. En moyenne, chaque étude comprend environ 25 pages.

L'étude de cas doit être rédigée dans un style narratif et relater ce qui s'est passé. Des descriptions précises des « occasions favorables » qui ont fait avancer le travail, par exemple un sujet de conversation ou un public ayant suscité une forte réaction ou des activités ayant créé des débouchés. Même si l'étude de cas doit être axée sur les résultats, elle ne vise pas à présenter des « arguments » à des fins de « persuasion »; l'accent est plutôt mis sur la méthodologie et la marche à suivre ainsi que sur le synopsis.

### II. Objectif du travail proposé

L'objectif est de cerner des mécanismes et des modèles particuliers utilisés aux fins de l'élaboration et de la mise en application des politiques intégrées en matière de santé, en

---

<sup>1</sup> Commission sur les Déterminants sociaux de la santé 2006. *Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health: Discussion paper for the Commission on SDH*. Projet (décembre 2006).

<sup>2</sup> Agence de la santé publique du Canada et Réseau de savoirs sur les systèmes de santé. *Intersectoral action for health: A synthesis of country and regional experiences*. Projet (31 janvier 2007)

particulier l'AI, dans divers contextes selon le pays, et d'évaluer jusqu'à quel point ces divers mécanismes et modèles permettent d'améliorer la santé et l'équité en matière de santé dans divers pays.

### III. Principales questions

Le présent projet vise à répondre aux questions générales suivantes à travers l'élaboration d'études de cas individuelles portant sur une gamme de contextes, de thèmes et d'approches en matière d'action intersectorielle qui sont particuliers aux pays :

Pouvez-vous indiquer quelques-uns des mécanismes particuliers utilisés, dans le cadre des politiques et programmes, pour faire avancer l'action intersectorielle, favorisant de la sorte la santé et l'équité en santé?

Quels sont le ou les rôle(s) du système ou du secteur de santé dans le contexte de ces divers modèles?

Quels sont les aspects architecturaux qu'ont en commun les divers modèles?

Quels sont les principaux atouts, faiblesses, menaces (obstacles à la mise en œuvre et à la continuité de l'action) et possibilités (facteurs facilitants) des divers modèles?

### IV. Structure détaillée de l'action intersectorielle pour ce qui est des études de cas dans le domaine de la santé

#### TITRE ET RENSEIGNEMENTS SUR L'AUTEUR

A. Titre de l'étude de cas

B. Nom et titres de l'auteur, établissement auquel il est rattaché, numéro de téléphone et de télécopieur, adresse postale et de courrier électronique

#### SOMMAIRE (500 mots)

#### OBJET/PORTÉE

Breve description du sujet et de l'objectif de l'étude de cas, entre autres la période visée par celle-ci :

#### MÉTHODOLOGIE

Conception générale de l'étude/évaluation

Instruments et sources d'information

Méthodologie détaillée de la collecte des données

#### RÉSULTATS

##### A. CONTEXTE

A.1. Quels étaient les **facteurs contextuels** en jeu?

a. Fournir des **données** de base sur le pays, la région ou la collectivité en question.

b. Cerner les **caractéristiques clés de l'environnement politique** (voir la Commission sur les Déterminants sociaux de la santé de l'OMS, 2005, p. 18 et 19), entre autres, chacun des enjeux ci-dessous :

type de leadership politique des principaux ordres de gouvernement;

systèmes et processus politiques (p. ex. structure et processus gouvernementaux);

politique macroéconomique;  
politiques ayant une incidence sur le travail, le territoire et la répartition du logement;  
politiques relatives à l'éducation, au bien-être social, aux soins médicaux, à l'eau et à l'hygiène;  
valeur sociale accordée à la santé;  
Initiatives antérieures axées sur des approches tenant compte des DSS, le travail intersectoriel ou les efforts visant à réduire les injustices sur le plan de la santé et l'incidence de la mondialisation sur le pays.  
Quels ont été les facteurs les plus significatifs ou qui ont eu une incidence sur le travail et de quelle manière?

**A.2.** Quelle était la **nature du problème de politique publique** devant être résolu grâce à l'action intersectorielle? De quelle manière le problème a-t-il été présenté et quel était l'historique de cette discussion? Par exemple, la discussion portait-elle sur les problèmes suivants :

Équité en matière de santé  
Éducation  
Environnement  
Transport  
Développement économique  
Développement communautaire  
Maladie  
Facteur de risque  
Sécurité publique  
Exclusion/peuple autochtone/discrimination sexuelle  
Population particulière comme les enfants, les jeunes, les personnes âgées

**A. 3** Quels étaient les **origines de la politique ou du programme**?

- a. Définir brièvement les catalyseurs de l'action, p. ex.
- Lobbyisme et pressions politiques
  - Conditions économiques
  - Information négative ou nouvelle, p. ex. données tirées des rapports de commissions ou de groupes de travail
  - Importance d'une tradition politique donnée ou de la modification des rapports de dominance, par exemple, le changement de gouvernement
  - Modification des politiques, accords ou établissements régionaux/internationaux
  - Autres
  - Utilisation et diffusion des données ou de l'information ayant trait à l'équité ou aux déterminants sociaux de la santé (p. ex. désignation de la source et du contenu des éléments probants, mode de présentation et mode de diffusion : diffusion à la population en général par l'entremise des médias, diffusion ciblée sur certains publics ou courtiers en électricité, etc.)

Quel était le thème du débat public? Quels ont été les catalyseurs du débat public? Comment le gouvernement, les ONG, les entreprises et les collectivités ont-ils réagi à ce débat public? Quels ont été les points de conflit et les possibilités mis à jour dans ce débat?

De quelle manière la politique a-t-elle été formulée ou modifiée? Quels résultats ont été mis à profit? De quelle manière la politique a-t-elle été annoncée et a-t-on choisi un moment particulier pour cette annonce?



La politique sélectionnée a-t-elle comblé un évident besoin social ou une série de priorités généralement acceptées? Veuillez faire des commentaires.

**A.4.** Quels sont les **objectifs de la politique ou du programme** qui ont été cernés? La réduction des injustices sur le plan de la santé était-elle un objectif **explicite** ou **implicite**? Veuillez fournir des éléments pour étayer votre évaluation.

## **B. APPROCHES**

**B.1.** Quelle était la **nature de l'action intersectorielle**/du programme/de la politique (veuillez noter que cette question est axée sur la solution au problème cerné à la question A2), p. ex. :

Fondée sur le lieu ou le cadre – axée sur une collectivité ou un lieu géographique particulier, p. ex. écoles, lieux de travail

Ciblée – fondée sur la population, la maladie ou un facteur de risque

Graduelle (approche échelonnée ou progressive)

Cadre stratégique plus général

Autre

Quelles autres stratégies/approches ont été incluses dans la combinaison de politiques visant à régler le problème?

**B.2** Lequel des énoncés suivants décrit les **points d'entrée de la politique (veuillez décrire)**

Visé à réduire la stratification sociale ou à atténuer les effets de la stratification

Visé à réduire l'exposition des personnes défavorisées aux facteurs nocifs pour la santé

Visé à réduire les vulnérabilités des groupes défavorisés

Visé à réduire les conséquences inégales de la maladie sur le plan social, économique et sanitaire

**B.3.** Quels **mécanismes et outils** ont été utilisés à l'appui de l'action intersectorielle?

a. Décrivez les rapports de consultation (p. ex. quels secteurs ont participé aux niveaux national, local, public ou privé), quels ont été les autres secteurs publics et rapports de subordination (p. ex. quels échelons administratif : national, régional, district ou collectivité, etc.). Pour ce qui est des rapports de consultation ou de subordination, fournir les renseignements suivants, s'il y a lieu :

1) Information, p. ex. recherche, transmission des connaissances, résultats des évaluations, communications

2) Mesures ou mécanismes institutionnels, p. ex. tribunes particulières créées/utilisées pour l'initiative – commission nationale, groupe de travail du président, etc.)

3) Mécanismes financiers, entre autres, les sources de financement, la structure de budgétisation, etc.

4) Lois et règlements

5) Cadres de responsabilisation ou mécanismes de suivi

6) Planification et établissement des priorités

b. Perfectionnement du personnel, entre autres, la combinaison de compétences et la formation nécessaires. Du personnel possédant des compétences spéciales a-t-il été recruté ou intégré au processus, ou y aurait-il dû être recruté, p. ex. personnes

possédant de l'expérience du travail intersectoriel, etc.? Ce mécanisme a-t-il permis de surmonter les obstacles? Veuillez décrire.

**B. 4. Décrire les aspects architecturaux de l'action intersectorielle/du programme/des politiques**

- a. Qui ont été les principaux **acteurs** ayant influé sur la prise de décisions stratégiques, leur mise en application et leur évaluation, p. ex. (veuillez fournir des précisions quant aux titres et aux postes) :
- Secteur gouvernemental : politiciens, bureaucrates, personnel du secteur sanitaire, personnel des autres secteurs, personnel d'agence
  - Secteur non gouvernemental : organismes de la société civile, représentants des secteurs privé et caritatif, organismes professionnels
- Médias  
Autre
- b. Quels **rôles chacun de ces acteurs** a-t-il joué aux étapes de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation des politiques ou programmes? Répondez à chacune des questions ci-dessous :
- Quels ont été les principaux acteurs ayant fait du lobbying en faveur de la mise en œuvre de l'AI ou contre celle-ci? Veuillez décrire ce qu'ils ont fait?
  - Qui était responsable de la mise en œuvre? Comment celle-ci a-t-elle été menée à terme?
  - Qui était responsable du suivi et de l'évaluation de l'AI? De quelle manière ces tâches ont-elle été menées à terme?
  - De quelle manière chacun des acteurs est-il intervenu? Quel intérêt portait-il à l'initiative et à sa réussite? Quelles étaient ses attentes quant au processus et aux résultats? Les alliances antérieures entre les acteurs ont-elles eu une incidence?
- c. Le gouvernement ou la société civile ont-ils mis en place de nouveaux mécanismes de participation en vue de l'élaboration de l'action intersectorielle et des programmes? Dans l'affirmative :
- Décrivez le mécanisme
  - Indiquez qui y a pris part et quel ont été les incitatifs ou les motivations?
  - Existait-il un solide processus de participation? Si cela est le cas, quels aspects présentait-il et quel a été son incidence?
  - Quel type de participation la société civile a-t-elle adoptée :
  - **Information** : fournir à la population des renseignements équilibrés et objectifs pour lui permettre de comprendre le problème, les solutions de rechange, les débouchés ou les solutions.
  - **Consultation** : obtenir la rétroaction du public concernant l'analyse, les solutions de rechange ou les décisions.
  - **Mobilisation** : travailler directement avec la population tout au long du processus pour s'assurer que ses préoccupations et des aspirations sont analysées et prises en considération
  - **Collaboration** : travailler en partenariat avec la population en ce qui a trait à chaque aspect de la décision, entre autres, l'élaboration de solutions de rechange et la sélection de la solution préférée
  - **Autonomisation** : accorder à la population le soin de prendre la décision finale

- d. Quel était le **rôle du système/secteur de santé** en ce qui a trait au leadership, coordination, priorité, etc.?
- e. Sélectionnez l'énoncé qui décrit le mieux le **niveau d'intégration** du programme ou de la politique faisant l'objet de l'intervention et donnez des explications :
- Coopération (par exemple, diffuser l'information, consulter d'autres personnes, éviter les divergences politiques et chercher à en arriver à un consensus)
  - Coordination ( par exemple, définir les limites communes en établissant les paramètres des activités sectorielles ou adopter des priorités conjointement fixées ou obligatoires)
  - Intégration (par exemple, établir une stratégie intersectorielle globale comme une politique intégrée en matière d'agriculture et de nutrition qui s'applique aux deux secteurs).
- f. En ce qui a trait à la question précédente, les mesures/programmes/politiques visaient-ils la **coopération/la coordination/l'intégration horizontale** (p. ex. regroupement de ministères ou secteurs) ou la **coopération/la coordination/l'intégration verticale** (meilleure intégration au sein d'un ministère ou secteur)?
- g. Quel était le **modèle des rapports** (suivant la description ci-dessous)? Veuillez fournir deux diagrammes illustrant les types de modèle ci-dessous.
- a. Le premier doit montrer les acteurs et les rapports formels (officiels) entre eux dans le contexte de l'action intersectorielle.
  - b. Le deuxième doit montrer les acteurs et les rapports informels entre eux.

Par exemple, un secteur peut avoir été le principal coordonnateur des activités et s'être attendu à ce que les autres secteurs apportent la contribution qu'ils étaient en mesure d'apporter (exemple A des modèles ci-dessous); il est possible que les rapports aient été noués dans le contexte d'un réseau dont tous les membres collaboraient à la réalisation d'un objectif particulier (exemple B des modèles ci-dessous); ou un autre modèle peut avoir été adopté. Établissez un diagramme identifiant les divers acteurs, y compris ceux du secteur de la santé.

- h. Des mécanismes de budgétisation et de financement ont-ils permis de promouvoir l'action intersectorielle, par exemple, les groupes de financement, etc.? Dans l'affirmative :
1. Quels étaient les mécanismes de financement? Par exemple, répartition des fonds à l'échelon national ou répartition, par les autorités locales, à l'échelon local?
  2. Quel secteur ou entité a proposé le mécanisme?
  3. De quelle manière le mécanisme a-t-il été mis en place?
  4. Quel est le mode d'accès au mécanisme? Quels incitatifs sont offerts afin de favoriser l'utilisation de ce dernier?
  5. Quels secteurs ont, ou n'ont pas, tiré avantage du mécanisme et pourquoi?
  6. De quelle manière le mécanisme a-t-il influé sur la planification et les comportements sectoriels?
  7. Quelle était l'opinion des secteurs quant à l'utilité du mécanisme?
- i. Y avait-il des tribunes visant à appuyer l'action intersectorielle qui n'ont pas été utilisées ou qui ont été sous-utilisées? Dans ce cas, veuillez décrire la

tribune et expliquer pour quelle raison elle n'a pas été utilisée de manière efficace.

## **C. IMPACT**

### **C.1. Quels ont été les résultats?**

#### **a. Résultats stratégiques**

- 1) Jusqu'à quel point les objectifs stratégiques ont-ils été atteints?
- 2) Quelle a été l'incidence sur l'équité en matière de santé?
- 3) Existe-t-il des indicateurs permettant de mesurer les résultats obtenus?
- 4) L'efficacité de l'action intersectorielle a-t-elle été mesurée? Dans l'affirmative, de quelle manière?
- 5) Si les objectifs n'ont pas été atteints, espère-t-on qu'ils le seront dans un avenir rapproché? Quels éléments corroborent cet optimisme (ou pessimisme)?
- 6) Jusqu'à quel point peut-on déterminer ou prévoir l'incidence, à court ou moyen terme, de cette politique sur l'équité en santé?

#### **b. Résultats du processus et répercussions institutionnelles**

- 1) Quelles ont été les réactions des acteurs à l'égard du processus et des résultats, compte tenu de leurs attentes?
- 2) De quelle manière le point de vue du secteur de la santé ou des autres secteurs s'est-il modifié?
- 3) L'initiative a-t-elle amené la population, d'autres secteurs ou le gouvernement à accorder plus d'importance aux questions de santé? Quels éléments corroborent cette affirmation?
- 4) L'initiative a-t-elle provoqué d'autres modifications des structures/établissements, des modèles de ressources, de l'opinion publique, d'autres faits nouveaux dans le domaine politique?
- 5) Le personnel et les principaux intervenants ont-ils été soumis à un debriefing et les leçons ont-elles été diffusées?

### **C.2** Quelles ont été les **leçons apprises**? Chacune d'entre elles pouvait-elle être généralisée ou était-elle propre au contexte? Par exemple, cette discussion peut porter sur les questions suivantes :

- Quelle est l'incidence et quel est le rôle des données et éléments probants ayant trait aux DSS ou aux injustices sur le plan de la santé qui contribuent à stimuler l'action?
- Quels volets de la politique ou de la stratégie est-il important d'élaborer dès le départ et pour quelles raisons?
- Quels enjeux vaut-il mieux prendre à mesure que le processus s'élabore et que de nouveaux intervenants font leur apparition, et pour quelles raisons?
- Quel est le meilleur moment pour faire intervenir les divers intervenants clés?
- Quels sont les structures, mécanismes, tribunes et incitatifs qui sont efficaces, ou plus ou moins efficaces, et pour quelles raisons?
- De quelle manière la mise en œuvre aurait-elle pu être améliorée?
- Comment peut-on surmonter certains obstacles, y compris ceux ayant trait au financement/aux budgets, au personnel et à la combinaison des compétences, etc. Par exemple, quels genre d'arguments ont permis, ou non, de persuader les ministres des finances ou d'autres secteurs en ce qui touche aux enjeux du financement et de l'établissement du budget? Des modifications majeures ont-elles été apportées aux budgets de l'initiative?

De quelle manière les attentes peuvent-elles être mieux gérées?  
De quelle manière l'initiative a-t-elle modifié la façon courante de faire les choses?  
Autre

**C.3** À votre avis, quand et comment l'approche, les mécanismes et les outils décrits ci-dessus **s'appliquent-ils aux autres environnements stratégiques?** (Au besoin, reportez-vous aux facteurs contextuels décrits à la section A).

#### **D. IDÉES ADDITIONNELLES**

Outre les enjeux susmentionnés, les auteurs ont été priés d'aborder un certain nombre de questions qui sont rarement prises en considération dans la documentation mais dont on pourrait tirer des leçons. De ce nombre, signalons :

1. Quels arguments ont été les plus/moins utiles pour convaincre les intervenants d'opter pour l'action intersectorielle?
2. Quelle a été l'incidence des conversations « officieuses » et des valeurs personnelles des personnes sur le processus et le succès de l'initiative?
3. Quel a été l'événement ultime qui a provoqué la réponse stratégique?
4. De quelle manière l'engagement a-t-il été respecté au fil du temps?
5. Quels leviers stratégiques ont été les plus efficaces, efficaces et équitables aux fins d'avancement de l'équité en matière de santé?
6. De quelle manière le secteur de la santé peut-il renforcer sa capacité en matière d'action intersectorielle?

Les auteurs trouveront des descriptions plus détaillées des éléments clés de ces enjeux dans le document intitulé : *Intersectoral action for health: Synthesis of country and regional experiences*.

#### **SOURCES**

Citations dans le corps du texte et, à la fin de l'étude de cas, liste des documents clés se rapportant au cas (documents stratégiques, évaluation des résultats) (entre autres, les liens Web si possible) à des fins de référence.

## 11 Annexe B : sommaires des études de cas

### 1. Australie

De Carvalho, D. (juin 2007). *Intersectoral Action to Reduce Petrol Sniffing in Remote Communities of Central Australia*.

À la suite de l'abondante couverture médiatique entourant le phénomène d'inhalation de vapeurs d'essence par des jeunes Autochtones et des vives pressions exercées à l'échelon local pour qu'on vienne en aide à ces derniers, une stratégie intersectorielle a été élaborée et mise en application qui prévoit, entre autres, la réduction des méfaits, la prestation de traitements et la prise de mesures visant à agir sur les déterminants sociaux de l'éducation et de l'emploi chez les jeunes Autochtones. Cette initiative a été lancée même si aucun engagement national n'avait été pris pour réduire les inégalités en santé, mais son caractère intersectoriel a été étayé par le cadre pangouvernemental général recommandant que les politiques de l'État soient axées sur des interventions intersectorielles. Des organismes intersectoriels ayant été formés aux échelons local, régional et national pour appuyer l'initiative, on a pu constater une augmentation considérable des ressources sectorielles. A été adoptée une approche exhaustive intégrée préconisant la réduction des méfaits (production d'essence qui n'intoxique pas les personnes qui en inhalent), les activités de remplacement pour les jeunes, la rééducation et la sensibilisation de la population. La collectivité autochtone a fourni un solide leadership et l'accent a été mis sur l'accroissement de la capacité collective. Bien qu'elles aient été positives, les évaluations qualitatives ont été entravées par la pénurie de données de référence permettant de suivre les progrès. Ce ne sont pas tous les volets du programme qui avaient été mis en œuvre au moment où l'étude de cas a été réalisée puisqu'il fallait plus de temps pour déterminer l'approche/le modèle convenant le mieux à certaines interventions. L'incertitude était attribuable à la pénurie d'éléments de preuve valables quant à l'efficacité des interventions potentielles.

### 2. Belgique

De Maeseneer, J., De Roo, L., Art, B., Willems, S., et Van de Geuchte, I. (2007). *Intersectoral Action for Health in Belgium: A Multi-Level Contribution to Equity*.

L'action intersectorielle dans le domaine de la santé et de l'équité en santé a progressivement gagné du terrain en Belgique, sans être orientée par un cadre stratégique global détaillé. À l'échelon national, les stratégies visent essentiellement l'amélioration de l'accès universel aux services de santé. À l'échelon régional, la politique sociale locale encourage les intervenants des secteurs de l'éducation, de la santé, de l'emploi, de l'environnement et du bien-être à cerner et régler les problèmes particuliers ayant trait à l'équité en matière de santé dans les villes et les villages. Dans les quartiers, une démarche ascendante a été adoptée en vertu de laquelle les représentants constituent une plateforme locale qui recueille de l'information, pose un « diagnostic communautaire », planifie les mesures à prendre et assure le suivi des résultats. Les centres de soins de santé primaires jouent un rôle important dans le cadre de la stratégie communautaire de prestation de soins de santé primaires axée sur la collectivité. Bien qu'il ait été démontré que la politique sociale locale et les plateformes facilitent l'action intersectorielle aux échelons régional et local, aucune donnée n'est disponible à l'heure actuelle ayant trait aux résultats de ces initiatives.

### 3. Brésil

Dall'Agnol Modesto, A. A., Costa, A., et Bahia, L. (2007). *Health and Social Determinants in Brazil: A Study on the Influence of Public Participation on the Formulation of the Expanded Concept of Health and Liberating Practices*.

Le concept de la santé a été intégré dans la constitution du Brésil, adoptée en 1988, afin d'assurer le droit à la santé de tous les citoyens de ce pays, sur la base des deux principes essentiels suivants : (1) l'élargissement du concept de la santé qui, désormais, n'est plus seulement

l'absence de maladie mais bien le pivot des droits du citoyen; et (2) la participation publique institutionnalisée grâce à des conseils de santé, des conférences sur l'hygiène et la promotion du dialogue entre les directeurs des services et systèmes de santé d'une part et les parlementaires et membres de la magistrature et de la société civile d'autre part. Le système unifié de santé (*Sistema Único de Saúde, SUS*) est en application depuis seize ans et, depuis ce temps, les conseils de santé et les conférences sur l'hygiène sont devenus des arènes de médiation, de participation et d'intervention où les divers intérêts et valeurs sont débattus. À l'heure actuelle au Brésil, le secteur des politiques et les autres secteurs publics ont pris exemple sur celui de la santé et élaboré des tribunes de participation publique, ce qui illustre parfaitement le bien-fondé de l'inclusion du contrôle social parmi les principes du SUS. La capacité de concrétiser le principe de la participation publique sous la forme de tribunes représentatives et flexibles réunissant une gamme d'intérêts, d'approches en matière de santé et de maladie et de solutions de rechange en vue de la formulation de lignes directrices constitue une avancée majeure relativement à l'acquisition du droit à la santé au Brésil.

#### **4. Canada**

Chomik, T. A. (mai 2007). *Lessons Learned from Canadian Experiences With Intersectoral Action to Address the Social Determinants of Health: Summary Report*.

Le rapport canadien renferme la description de huit études de cas distinctes sur l'activité sectorielle en santé : l'Initiative de lutte contre la violence familiale, l'Initiative de partenariats en action communautaire de l'Initiative nationale pour les sans abri, les ententes sur l'autonomie gouvernementale conclues avec les Autochtones, l'analyse fondée sur l'égalité homme-femme, la *Manitoba Child Health*, la *Loi sur la santé publique* du Québec, le *Human Services Integration Forum* de la Saskatchewan et l'accord signé avec Vancouver. Au nombre des facteurs ayant motivé ou facilité l'action intersectorielle, mentionnons la nature et la complexité de l'enjeu, l'historique du travail intersectoriel, la volonté politique, le soutien de l'organisme central, les attentes quant à l'amélioration de l'efficacité et de l'efficacé du service et une base d'information et de connaissances. Font partie des facteurs entravant l'action intersectorielle, le nombre limité de modèles de structuration de l'action, les problèmes liés aux ressources (p. ex. manque de temps, de personnel et d'argent), la multiplicité des mandats, l'absence de leadership, les changements gouvernementaux et le déni public du problème social.

#### **5. Chili**

Frenz, P. (août 2007). *Innovative Practices for Intersectoral Action on Health: A Case Study of Four Programs for Social Equity*.

L'étude de cas chilienne porte sur quatre programmes nécessitant, en raison de leurs ambitieux objectifs en matière de bien-être social, une action conjointe de l'ensemble des secteurs gouvernementaux et des réseaux d'intervention sociale nationaux, régionaux et locaux. Dans le cadre de ces initiatives, l'action intersectorielle est fondée sur la reconnaissance du fait que la dispersion des efforts sectoriels n'est pas souhaitable du point de vue des familles ou collectivités puisqu'ils ont alors peu d'incidence sur les objectifs de l'équité sociale. L'une des recommandations visant tous les groupes de travail était l'importance d'axer l'intervention sur la famille. Voici quelques-unes des idées nouvelles découlant de l'expérience chilienne : (1) la croissance économique ne suffit pas pour contrer les problèmes d'exclusion sociale et de pauvreté, (2) les problèmes que ces quatre programmes visent à régler sont devenus des priorités du programme public et du programme présidentiel en raison des débats publics et politiques (3) le problème est défini d'une autre manière car, s'il s'agissait au départ de réduire la pauvreté, l'accent est désormais mis sur l'équité sociale; en outre, on constate un élargissement des approches stratégiques qui, dorénavant, ne visent pas uniquement à réduire les écarts mais tiennent compte du gradient social, ce qui témoigne d'une meilleure compréhension de la pauvreté et de l'inégalité sociale, des causes de ces problèmes et des solutions à ces derniers (4) l'action intersectorielle

tire profit des résultats partagés et non pas seulement des objectifs communs (5) les résultats obtenus sont fonction de la manière dont on s'y prend pour les obtenir.

## **6. Colombie**

Balladelli, P. P., Guzman, J. M., Korc, M., Moreno, P. et Rivera, G. (2007). *Health Equity and Ethnic Minorities in Emergency Situations: Experiments in Colombia on Intersectoral Action with a Differential Approach to Ethnic Communities*.

En Colombie, les conséquences de l'escalade du conflit armé entre l'État et les gangs de criminels sur la vulnérabilité, l'exposition et la santé de certaines collectivités ethniques ont fait l'objet de débats publics portant sur la nécessité d'améliorer les conditions de vie de ces collectivités. À cette fin, l'Organisation panaméricaine de la Santé et l'Organisation mondiale de la Santé ont élaboré des programmes et des projets intersectoriels à divers échelons du pays. Le programme de coopération entre les établissements et le plan d'action intersectoriel en vue de l'élaboration d'une stratégie en matière d'environnements sains sont dorénavant intégrés à la politique d'État. Le plan assure la liaison entre les organismes internationaux et les organismes gouvernementaux nationaux et fixe les relations officielles entre les représentants des autorités régionales et locales, des ministères gouvernementaux et de la collectivité. À l'échelon régional, de féroces affrontements entre les forces gouvernementales et les guérilleros dans deux municipalités ont débouché sur l'évaluation et le renforcement du système communautaire de prévention et de soins d'urgence, en particulier les soins de santé, offerts à la population locale.

## **7. Cuba**

Serrate, P. C-F., Lausanne, R. C., Jean-Claude, M. M., Espinosa, C. S. et Gonzalez, T. C. (2007). *Study on Intersector Practices in Health in Cuba: Report to the Pan American Health Organization, Stage One*. ET Serrate, P. C-F., Lauzan, O. C., Jean-Claude, M. M., Espinosa, C. S., Hadda, J. H., et Gonzalez, T. C. (octobre 2007). *Study on the Practice of Intersector Action in Health in Cuba. Document Complementing the Report to the Pan American Health Organization*.

À Cuba, l'élaboration du système de santé publique s'est faite en trois étapes, ménageant une place toujours plus large à la collaboration intersectorielle. L'importance accordée à la médecine curative et l'élargissement de la couverture dans les années soixante ont permis d'insister encore plus, dans les années 1970 et 1980, sur la prévention, la réglementation et les groupes à risque, le recours aux commissions de planification intersectorielles étant de plus en plus fréquent, tout comme la mise en place de polycliniques offrant des approches holistiques en matière de traitement. Dans les années 1990, le secteur d'intervention a été élargi pour englober la santé de la famille et de la collectivité et on a accordé encore plus d'attention à l'action intersectorielle à travers la création de conseils sanitaires locaux et la consécration de l'action intersectorielle en tant que principe central de la prestation de services de santé publique. Des programmes de formation ont été élaborés et mis en œuvre afin de renforcer les compétences en matière de collaboration intersectorielle des professionnels et des décideurs en santé publique. Une équipe de l'école nationale de santé (ENSAP) a mené une évaluation systématique des activités intersectorielles à l'aide d'un questionnaire normalisé et d'une méthodologie touchant un certain nombre de dimensions clés de l'action intersectorielle, entre autres le degré de connaissance de l'action intersectorielle des intervenants du secteur de la santé et d'autres secteurs, et l'inclusion de l'action intersectorielle au nombre des objectifs stratégiques des municipalités et des conseils sanitaires municipaux.

## **8. Équateur**

Vega, L. M. (août 2007). *Innovative Intersector Practices for Health and Equity: The Case of Cotacachi*.

Cotacachi, en Équateur, a mis en place en 1996 un conseil sanitaire intersectoriel (CIS) en vertu d'une décision d'une assemblée civique. Le rôle du CIS est d'offrir une tribune grâce à laquelle des



ententes stratégiques sont conclues, des objectifs sont fixés et les budgets des membres sont communiqués et orientés, par ces derniers, vers le plan de santé cantonal. La mobilisation de la capacité du CIS découle du fait que, depuis que le maire assume la présidence du conseil, il est en mesure de mobiliser la logistique municipale. Grâce à l'action intersectorielle entreprise dans ce contexte, aucun décès de mère ou d'enfant n'a été enregistré au cours des trois dernières années et l'analphabétisme a été réduit, passant de 23 % à 3,8 % (6 000 personnes ont appris à lire en deux ans et l'UNESCO les a déclarés libérés de l'analphabétisme en 2005). Au nombre des leçons clés de ce processus, signalons ceux-ci : (1) la volonté politique favorise la véritable participation des citoyens et l'institutionnalisation du processus de participation, (2) l'organisation et la participation des citoyens ne se produisent pas à l'improviste; il est nécessaire de soutenir les citoyens et de les guider vers le réel pouvoir décisionnel d'une administration locale, et (3) l'exercice du leadership équivaut au partage du pouvoir.

## 9. Angleterre

Earwicker, R. (octobre 2007). *The English Experience in Promoting Intersectoral Collaboration in Tackling Health Inequalities*.

En 1997, l'élection d'un gouvernement travailliste soucieux de promouvoir la justice et l'équité sociales a donné un élan déterminant aux mesures visant à lutter contre les inégalités en santé. La commission d'enquête Acheson formée par le gouvernement a présenté son rapport en 1998. Ce dernier démontre l'accentuation des inégalités sur le plan de la santé entre les divers groupes sociaux et insiste sur la nécessité de prendre des mesures générales dans l'ensemble du gouvernement. Une cible nationale a été fixée en vue de réduire l'écart entre l'espérance de vie (selon le secteur) et la mortalité infantile (selon la classe sociale). Une stratégie nationale exhaustive a été mise au point à l'appui des objectifs, intitulée *Tackling Health Inequalities: A Programme for Action*, comprenant des indicateurs du tabagisme, de la qualité du logement, des blessures, du régime alimentaire, de la vaccination et de la réduction de la pauvreté. L'action intersectorielle a été qualifiée d'exigence cruciale. Le Trésor public a assuré le leadership. Dix-huit ministères et unités ont pris part à l'élaboration de la stratégie. La participation locale a été facilitée par la mise au point d'outils et de mécanismes différents. L'action locale a été favorisée à travers des partenariats stratégiques locaux. Des priorités et des mesures du rendement ont été intégrées aux ententes sectorielles locales. Comme prévu, l'objectif était difficile à atteindre puisque l'écart a continué à se creuser, du moins au début. Plus récemment, des signes permettent de croire que l'écart ne s'accroît plus et a, peut-être, commencé à se combler, du moins en ce qui a trait à la mortalité infantile. Certains progrès ont été enregistrés relativement à la réduction de l'écart entre les déterminants sociaux les plus généraux, entre autres la pauvreté des enfants, la qualité du logement, le niveau d'instruction et les pourcentages d'accidents de la circulation occasionnant des blessures à des enfants. La concrétisation des objectifs nationaux en action locale s'est avérée ardue. Les récentes révisions des objectifs ont permis de mettre l'accent sur la nécessité de mieux cibler la prestation locale, mettant en lumière l'absence de leadership local dans certains secteurs et le manque de données probantes qui ont restreint l'efficacité de l'action locale.

## 10. El Salvador

Avalos, M.E. (août 2007). *Intersectoral Experience in the Empowerment of Adolescent Girls*.

Le *Interagency Program for the Empowerment of Adolescent Girls* (IPEAG) a été établi grâce à un groupe d'organismes de l'ONU (PNUD, FUNAP, FAO, UNICEF et OPS) afin de promouvoir l'intersectorialité en vue de combler les besoins des adolescentes. Le ministère de la santé publique et de l'aide sociale d'El Salvador qui, traditionnellement, soutient la participation sociale et l'action intersectorielle, a financé l'initiative par l'intermédiaire de l'unité offrant aux adolescents des soins de santé intégrés. Dans une société patriarcale comme celle d'El Salvador, les jeunes femmes ont été marginalisées et victimes de discrimination systémique. Par conséquent, le soutien offert aux adolescentes a été désigné comme un enjeu important en matière d'équité en santé. Le

soutien aux stratégies de promotion de la santé a pris des formes non conventionnelles, par exemple un concours de murales ayant pour thème le contrôle des naissances. Les adolescents ont produit une gamme de matériel didactique et audiovisuel sur la santé sexuelle et l'hygiène de la reproduction. Des unités spécialisées offrant aux adolescents des soins de santé intégrés ont été établies dans treize collectivités ciblées et dotées d'un effectif multidisciplinaire formé en vue de la prestation de soins aux adolescents. Onze entreprises génératrices de recettes, gérées par des adolescentes, ont été créées. Le manque de données de référence a limité l'évaluation systématique du programme, mais si on s'entend généralement pour dire que ce dernier a permis de renforcer l'autonomie des adolescentes dans les collectivités visées. Même s'il s'agit d'un programme d'envergure nationale, l'étude de cas met en lumière la nécessité que les administrations locales y participent intensivement et en permanence.

## 11. Inde

Durbar Mahila Samanwaya Committee Theory and Action for Health Research Team (2007). *Meeting Community Needs for HIV Prevention and More: Intersectoral Action for Health in the Sonagachi Red-Light Area of Kolkata.*

Au début des années 1990, le *All India Institute of Hygiene and Public Health* (AIHPH) a lancé un programme conventionnel de traitement et de prévention des ITS dans un quartier réservé du nord de Calcutta. Le *Sonagachi HIV/AIDS International Project* (SHIP) a été mis en œuvre grâce à un partenariat intersectoriel de l'OMS, du AIHPH, du British Council, d'un certain nombre de ministères et d'ONG locaux. Les travailleurs du sexe de ce secteur étaient pauvres et marginalisés. Le projet a rapidement progressé au-delà des modalités traditionnelles de traitement et de sensibilisation pour se tourner essentiellement vers le renforcement de l'autonomie des travailleurs du sexe. Au nombre des interventions clés mises en œuvre au cours des cinq premières années, mentionnons les services de vaccination et de traitement pour les enfants des travailleurs du sexe, les programmes d'alphabétisation offerts aux femmes, l'activisme politique et la défense d'intérêts politiques, les plans de microfinancement et les programmes culturels. Les travailleurs du sexe ont créé leur propre association mutuelle, le comité Durbar Mahila Samanwaya, qui a réussi à s'entendre avec les surveillantes et les propriétaires des maisons closes et les autorités pour qu'ils les traitent mieux. En 1999, ce comité a assumé la gestion du SHIP et, depuis ce temps, il a pris de l'expansion puisque quarante quartiers réservés de l'ouest du Bengale en font désormais partie. Le nombre de travailleurs du sexe qui sont des membres actifs de ce comité s'établit à 2 000. En outre, le comité a établi une coopérative financière. L'importance toute particulière attachée à l'hygiène professionnelle de même que les efforts visant à assurer aux travailleurs du sexe un meilleur contrôle sur leur corps et leurs conditions de vie et de travail expliquent que les taux d'infections à VIH et de MTS aient fléchi à Sonagachi, comparativement au reste du pays.

## 12. Iran

Motevalian, S. A. (juin 2007). *Intersectoral Action for Health in I. R. of Iran: Community Based Initiatives Experience.*

En 1991, le concept de Ville en santé a été introduit en Iran et élargi par la suite en 1996 à la suite de l'établissement du *National Coordination Council for Health Cities Project* (NCCHCP). Le conseil se compose de neuf ministres et des dirigeants de quatre organismes pertinents. Une série d'initiatives Ville en santé et Village en santé ont été lancées portant essentiellement sur l'environnement, l'eau et l'hygiène et les cadres sains, bien que certaines initiatives locales aient été axées sur des questions comme les toxicomanies, la promotion de la santé, la nutrition et la prévention des blessures. Des programmes lancés et gérés en étroite collaboration avec les conseils locaux, dont le coup d'envoi a été donné à l'issue d'une évaluation détaillée des besoins communautaires fondée sur des enquêtes réalisées auprès des ménages, visaient à orienter l'établissement des priorités locales. Des conseils intersectoriels ont été établis aux échelons national, régional et local, et les coordonnateurs locaux provenaient souvent du secteur de la

santé. En 2006, le conseil supérieur de la santé, dirigé par le président, a été formé pour assurer la mise en œuvre fructueuse du programme de santé publique dans le cadre des initiatives Ville en santé et Village en santé. Ce processus s'est soldé par un certain nombre de résultats positifs du point de vue de l'infrastructure et du capital social. Une attention particulière a été accordée à la formation des participants en matière d'action intersectorielle et de développement communautaire, même si la nécessité de renforcer l'orientation des professionnels et des administrateurs de la santé en ce qui a trait à l'action intersectorielle était également l'une des priorités permanentes. L'absence d'une base de financement intersectorielle à l'appui de l'action intersectorielle constituait également un problème. L'étude de cas de l'Iran était fondée sur un cadre d'évaluation particulièrement solide.

### **13. Malaisie**

Jaafar, S. H. et Suhaili, M. R. H. (août 2007). *Malaysia: Primary Health Care Key to Intersectoral Action for Health and Equity*.

Une série d'initiatives s'inscrivant dans le cadre de l'engagement ferme pris par le gouvernement de réduire les injustices au sein de la société malaysienne ont été entreprises dans les années 1970, la première d'entre elles étant l'élaboration du nouveau plan économique. La stabilité de longue date du gouvernement de même qu'un engagement permanent en matière d'équité ont fourni à la nation une formidable plateforme d'action. L'incitation à mettre en œuvre le nouveau plan économique découle d'une grave émeute survenue à Kuala Lumpur en 1969 qui a déclenché un état d'urgence ayant duré deux ans. Le conseil intersectoriel composé de ministres a assumé la responsabilité de la planification et de la mise en application des programmes. Un certain nombre d'initiatives s'inscrivant dans le cadre d'une série de plans quinquennaux et visant à réduire la pauvreté se sont traduites par des progrès considérables en matière d'alphabétisation, d'emploi (en particulier chez les femmes), de nutrition et d'hygiène. Dans l'ensemble, les taux de pauvreté ont diminué et la date cible fixée aux fins de suppression de la pauvreté chronique est 2010. Durant cette même période, les efforts ont également convergés vers l'élaboration de services de soins de santé primaires et de prévention dans les régions rurales. La mise au point d'un système de dispensaires en santé publique comportait un solide réseau local de participation publique intersectorielle aux fins de l'établissement des priorités ayant trait aux dispensaires et de l'élaboration de mesures de prévention. Une réduction considérable de la mortalité infantile, de la mortalité maternelle, des maladies transmissibles et de la malnutrition des enfants a été enregistrée au cours de cette période.

1

### **14. Maroc**

Naima, C. (septembre 2007). *At the Confluence of the National Initiative for Human Development and the Basic Development Needs Program: the Case of Larache Province, Essouaken/Imir Tlek and Doukkala/Boussafi Communes*.

Au Maroc, le *Development Needs Program* (BDNP) est un programme expérimental d'action intersectorielle visant à promouvoir l'équité dans les domaines de la santé et du développement local intégré et à discuter des déterminants sociaux de la santé. Ce programme, élaboré sous les auspices du nouveau roi et du nouveau gouvernement, met l'accent sur la sensibilisation accrue aux questions sociales et sur l'évolution des pratiques, comportements et mentalités sous-tendant le système traditionnel de gouvernance en place au Maroc depuis que ce pays a accédé à l'indépendance. L'objectif est de substituer au modèle de gouvernance « descendante », un modèle de gouvernance « ascendante » (du niveau central au niveau régional et au niveau provincial) favorisant une bonne gouvernance, fondé sur des partenariats nationaux/locaux, publics/privés et entre l'État/la société civile. Le ministère de la santé publique assume conjointement quelques-unes des tâches et s'acquitte seul de certaines autres, en conformité d'un cadre de gouvernance censé être intersectoriel. D'autres secteurs sont mis à contribution mais non pas de façon constante; on fait plutôt appel à eux en fonction des besoins prioritaires cernés par la

collectivité dans le contexte du diagnostic communautaire et du plan d'action. La question du leadership n'ayant pas encore été réglée, cela gêne la mise en œuvre et entrave la progression de cette initiative.

### **15. Nouvelle-Zélande**

Matheson D., Rasanathan, K., Tobias, M. (8 août 2007). *Health Inequalities: Unfair, Measurable and Remediable? The Case of New Zealand*.

S'inspirant d'un solide système de valeurs égalitaires, la Nouvelle-Zélande a adopté une approche pangouvernementale visant à réduire les inégalités sur le plan de la santé, en particulier en ce qui a trait aux modes d'interaction entre les volets de l'ethnicité et socio-économique. D'importants documents stratégiques, diffusés en 2000 et en 2002, préconisent l'inclusion de la lutte contre les inégalités sur le plan de la santé à tous les échelons du travail effectué dans le secteur de la santé et proposent un modèle d'intervention (intitulé : *Reducing Inequalities in Health Framework*) visant à réduire les inégalités dans ce domaine. La Nouvelle-Zélande a bien assuré le suivi constant de ces inégalités et rendu compte de celles-ci de manière à faciliter la prise de mesures. Pour ce faire, un certain nombre de mécanismes ont été mis en place, entre autres, une grande importance a été accordée à la prise en considération de l'ethnicité dans le secteur de la santé, le jumelage automatique des fichiers du recensement et de ceux de la mortalité ont été automatiquement jumelés et l'indice de privation de la Nouvelle-Zélande, qui est la mesure de la privation découlant du recensement et s'appliquant aux petites régions, a été couramment utilisée. Ces approches ont stimulé l'intérêt des divers secteurs à l'égard des injustices, facilité la discussion dans les cercles universitaires et politiques portant sur les causes fondamentales des injustices et fourni aux organismes sociaux des données probantes grâce auxquelles ils pourront planifier les programmes et les politiques visant à remédier aux injustices en matière de santé dans leur région.

### **16. Norvège**

Torgersen, T. P., Giaever, O. et Stigen, O. T. (août 2007). *Developing an Intersectoral National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health: The Norwegian Case*.

En quelques années seulement, l'environnement politique de la Norvège s'est transformé en un réseau de politiques exhaustives, intersectorielles visant à réduire les inégalités sociales en santé. Les étapes initiales du travail effectué en Norvège ont été brièvement décrites dans un plan d'action mettant l'accent sur le fait que les inégalités sociales en santé sont un problème de gradient, ce qui signifie que (1) les stratégies doivent viser la population (et non seulement les groupes à risque élevé) et (2) les mesures doivent être axées sur l'ensemble de la chaîne causale, entre autres les déterminants sociaux et les structures. Tablant sur ces éléments, une carte d'intervention a été dressée pour circonscrire les points d'entrée pour de qui est des politiques. Ces outils, soutenus par la volonté politique du nouveau gouvernement, ont permis de fixer des cibles, des plans et des lignes directrices relativement à la répartition du revenu, à la couverture des maternelles, au travail et au milieu de travail, à l'inclusion sociale et aux services de santé.

### **17. Sri Lanka**

Gunatilleke, G. (2007). *Intersectoral Action for Health – The Sri Lankan Case Study*.

Durant la période allant de 1950 à 1975, le Sri Lanka a effectué une rapide transition dans le domaine de la santé qui s'est soldée par un prolongement de la durée de vie et une réduction de la mortalité et de la fécondité. Ces améliorations sanitaires ont coïncidé avec des améliorations d'autres états de bien-être. Chaque secteur a simultanément mis le cap sur ses propres objectifs en matière d'amélioration des conditions. Les processus intersectoriels n'ont pas abouti à des programmes d'action intersectorielle en santé clairement structurés qui auraient permis aux secteurs autres que celui de la santé de cerner leur contribution à ce dernier et de coordonner leurs activités afin d'obtenir le résultat souhaité. Cet échec est attribué aux structures de décision existantes, à l'incapacité d'établir des liens intersectoriels et de devenir proactif à cet égard et à la

culture administrative dominante. Le cas du Sri Lanka donne à voir des processus qui, bien qu'ils soient en majeure partie indépendants, fonctionnent en synergie en vue de l'amélioration du bien-être global dont la santé est un rouage essentiel. Les exigences de ces processus sont les suivantes : (1) une stratégie globale de développement social (2) un processus politique de mise au point d'un haut degré de consensus national sur une telle stratégie (3) dans la mesure du possible, une pondération et une motivation égales accordées à chacun des indicateurs clés et (4) le partage des responsabilités du programme au plus haut niveau de gouvernement.

## **18. Ouganda**

Mutambi, R., Hasunira, R. et Oringa, V. (août 2007). *Intersectoral Action on Health in a Conflict Situation – A Case Study of Kitgum District, Northern Uganda*.

La population du district le Kitgum, l'une des régions de l'Ouganda qui est ravagée depuis vingt ans par la guerre et de violents pillages de bétail entre tribus, vit depuis 1996 dans des conditions déshumanisantes, dans des camps réservés aux personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (PDIPP). Adoptée en 2004, la politique nationale relative aux PDIPP prévoit l'établissement d'organismes intersectoriels aux niveaux national, régional et infrarégional. Le comité de district responsable de la gestion des désastres, composé de représentants des services administratifs du district, d'organismes humanitaires et de développement, du secteur privé et d'autres organismes non gouvernementaux, s'occupe de la prestation des services sociaux et de l'ensemble des formes de soutien aux PDIPP dans ce secteur. Ce cadre intersectoriel de comités et de sous-comités de district a permis de mettre en place un processus de planification intégrée des services et des programmes, d'assouplir la répartition des ressources, d'accélérer l'élargissement des services sociaux aux nouveaux établissements et d'améliorer le suivi des efforts visant à protéger et soutenir les PDIPP. La santé des habitants du district s'est améliorée depuis la formation de ces nouveaux comités, les taux de malnutrition aiguë chez les enfants ont diminué, passant de 12 % à 7 %, tout comme les taux de retard de croissance de ces derniers, qui sont passés de 31 % à 23 %.

**Ces documents suivants, également présentés, n'ont pas été pris en considération dans l'analyse en raison des délais ou de la nature de la présentation :**

### **Inde**

Aggarwal, Surinder (2007). *Tackling Social and Economic Determinants of Health through Women Empowerment; The SEWA Case Study*

La *Self Employed Women's Association* (SEWA) travaille à l'amélioration du bien-être social et économique des femmes en poursuivant les objectifs jumeaux du plein emploi et de l'autonomie. Au nombre des installations et services de la SEWA, mentionnons le crédit à la micro-entreprise offert aux membres, les soins de santé préventifs et curatifs (y compris l'éducation sanitaire et la sensibilisation aux questions de santé, la vaccination et les suppléments contenant des oligo-éléments, un meilleur accès matériel et financier aux soins de santé dispensés par des professionnels et la vente de médicaments indiens et occidentaux peu onéreux) et l'octroi de prêts pour l'achat ou la rénovation d'une maison. Parmi les résultats concrets de ces services, signalons la capacité des femmes de trouver des emplois plus réguliers, d'améliorer leurs aptitudes monnayables, d'accroître leurs économies, d'acquérir plus de biens, d'améliorer l'état de leur logement (entre autres, l'approvisionnement en eau potable, les toilettes, l'électricité, etc.), d'inscrire un plus grand nombre d'enfants à l'école et d'accroître leur confiance et leur estime de soi. La SEWA est dotée d'une structure organisationnelle et d'une stratégie de travail fondées sur le réseautage et l'établissement de partenariats avec d'autres organismes aux vues similaires. Elle fait partie d'un réseau comprenant d'autres organismes qui œuvrent dans des domaines similaires pour défendre la cause de leurs membres et appuyer l'adoption de politiques et de lois favorables

sur la scène nationale ou internationale. Elle a adopté une approche intersectorielle favorisant la synergie entre les divers volets, d'où la prestation de services intégrés à ses membres.

### **Union européenne**

Baer, W. (2007). *Strategies for Action to Tackle Health Inequalities in Europe: Intersectoral Examples from the European Union (2004 – 2007)*.

Le projet *Closing the Gap: Strategies for Action to Tackle Health Inequalities in Europe* est un projet de trois ans, financé par l'UE, qui a pris fin en juin 2007. Il a été coordonné par le *German Federal Centre for Health Education (BZgA)* et par *EuroHealthNet – the European Association for National Institutes of Health Promotion*. Son objectif était d'élaborer une base de connaissances et une infrastructure européennes afin de mettre en œuvre et de renforcer les stratégies et les mesures visant à réduire les inégalités sur le plan de la santé. Le projet a débouché sur l'élaboration d'un consortium de 21 organismes nationaux s'efforçant de réduire ces inégalités. Les bonnes pratiques quant aux mesures stratégiques locales et celles chargées d'avenir ont été regroupées et sont disponibles sur un site Web public.

## **Annexe C : gabarits utilisés pour l'analyse des études de cas**

**Étude de cas # :**

**Examineur :**

**Titre de l'étude de cas :**

### **A Contexte :**

1. Dans quels contextes politique, social et économique l'action intersectorielle a-t-elle pris place?
2. Des facteurs contextuels clés du travail ont-ils eu une incidence sur le succès de la stratégie :

### **B Objectif/buts :**

1. Quels sont les buts visés par l'action intersectorielle dont il est question dans l'étude de cas?
2. Jusqu'à quel point le désir de réduire les injustices sur le plan de la santé a-t-il été clairement indiqué? Des indicateurs ou des objectifs ont-ils été fixés et, dans l'affirmative, jusqu'à quel point ce processus a-t-il été utile?

### **C Lancement du projet**

1. Quel a été l'incitation à entreprendre ce travail?
2. De quelle manière le projet a-t-il été lancé? Qui a joué le(s) rôle(s) principal (aux)? Quelles ont-été les premières réactions devant le travail accompli?
3. De quelle manière a-t-on réuni des arguments en faveur de l'action sectorielle?
4. De quelle manière le travail était-il lié aux valeurs sociales ou culturelles (contexte) de cette région, de ce pays ou de ce groupe de population?

### **D Élaboration de partenariats :**

1. De quelle manière les partenaires ont-ils été choisis et comment ont-ils été motivés à prendre part au projet ou persuadés de le faire?
2. Principaux acteurs/secteurs ayant eu une influence sur l'élaboration et la mise en œuvre de politiques ou programmes : (? responsables gouvernementaux élus, personnel gouvernemental, organismes non gouvernementaux, membres de la collectivité locale, secteur privé, etc.). Quelle était l'importance du rôle (s'il y a lieu) du secteur non gouvernemental?
3. Quels étaient les antécédents de ces partenaires en matière de collaboration?
4. Décrivez les structures (formelles ou informelles) établies pour assurer la collaboration parmi les partenaires clés. De quelle manière l'intégration au sein des secteurs ou entre ceux-ci a-t-elle été facilitée?
5. Quel rôle le secteur de la santé joue-t-il? (indiquez les principales connaissances acquises si possible)

### **E Incidence et résultats**

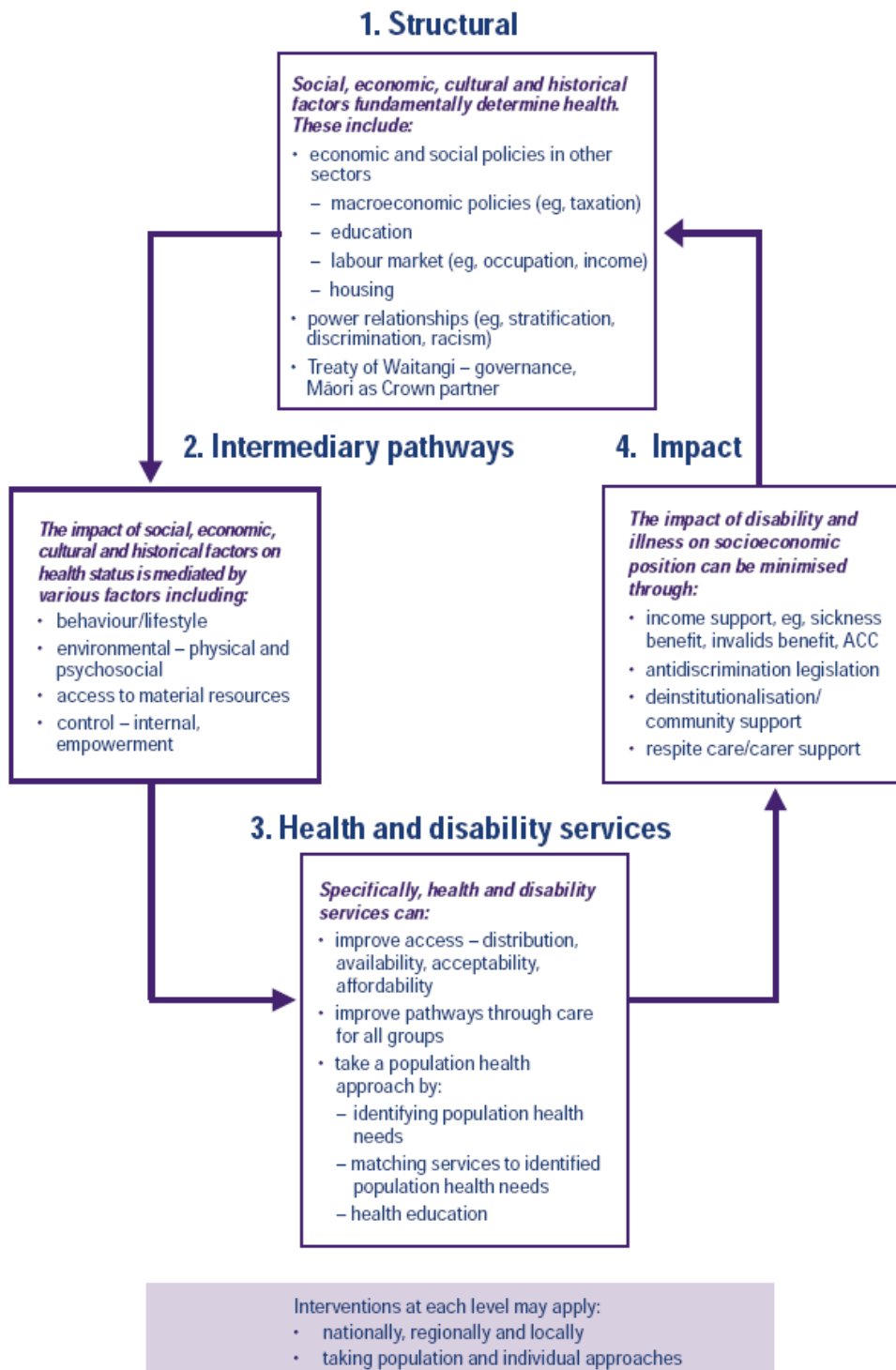
1. Jusqu'à quel point y a-t-il eu intégration (à savoir coopération, coordination ou véritable intégration)? Comment avez-vous pu savoir qu'il y avait intégration? Une véritable action intersectorielle a-t-elle été menée (comparativement à une action plurisectorielle, par exemple)?
2. De quelle manière les répercussions et résultats ont-ils été mesurés et consignés? Quels mécanismes ont été mis à profit (le cas échéant) pour assurer la mise en place d'un processus intersectoriel de mesure et de consignation des résultats?
3. Quels ont été les répercussions et les résultats du travail? (indiquez à la fois les modifications apportées aux processus et aux politiques ou programmes)
4. Jusqu'à quel point les objectifs ont-ils été atteints? Jusqu'à quel point le travail effectué a-t-il permis d'éliminer les injustices sur le plan de la santé?
5. Quels mécanismes ont été mis en place pour assurer la durabilité du travail? Jusqu'à quel point ces mécanismes ont-ils été efficaces?
6. Nommez quelques-uns des principaux obstacles à l'efficacité de l'action intersectorielle visant à réduire les injustices sur le plan de la santé? De quelle manière ont-ils été gérés? Jusqu'à quel point ces obstacles ont-ils été aplanis?
7. Nommez quelques-uns des principaux atouts du travail (en particulier, compte tenu des contextes social, économique et culturel)?
8. Quelles sont les principales connaissances découlant du rôle assumé dans le secteur de la santé :

**F Commentaires récapitulatifs** (thèmes ou secteurs clés d'apprentissage non encore mentionnés dans le cadre de l'une ou l'autre des questions ci-dessus) :



## 12 Annexe D : modèles utilisés par la Nouvelle-Zélande et la Norvège comme cadres de l'action intersectorielle visant à réduire les injustices sur le plan de la santé

### Cadre de réduction des injustices sur le plan de la santé (Nouvelle-Zélande)



(Nouvelle-Zélande, p. 8)

## Cadre de réduction des injustices sur le plan de la santé (Nouvelle-Zélande)

### 1. Structure

Essentiellement, la santé est définie par des facteurs sociaux, économiques, culturels et historiques au nombre des desquels figurent :

Les politiques économiques et sociales des autres secteurs

- les politiques macroéconomiques (p.ex. politiques fiscales)
- l'éducation
- le marché du travail (p. ex. emploi, revenu)

Les rapports de force (p.ex. stratification, discrimination, racisme)

Le Traité de Waitangi – ayant trait à la gouvernance, les Maoris sont des partenaires de la Couronne)

### 2. Voies intermédiaires

Divers autres facteurs que les facteurs sociaux, économiques, culturels et historiques influent sur l'état de santé, entre autres :

- le comportement ou style de vie
- l'environnement – physique et psychosocial
- l'accès aux ressources matérielles
- le contrôle – interne, autonomisation

### 3. Services de santé et services offerts aux personnes souffrant d'incapacité

Plus précisément, les services de santé et les services offerts aux personnes souffrant d'incapacité peuvent :

améliorer l'accès – répartition, disponibilité, acceptabilité, moyens financiers

améliorer les voies d'accès aux soins pour tous les groupes

être axés sur la santé de la population en :

cernant les besoins en santé de la population

offrant des services qui répondent aux besoins de la population

sensibilisant la population aux questions sanitaires

### 4. Incidence

Les éléments suivants peuvent réduire l'incidence de l'incapacité et de la maladie sur le statut socioéconomique :

le soutien du revenu, p. ex. prestations de maladie, prestations d'invalidité, ACC

les textes de lois visant à lutter contre la discrimination

la désinstitutionalisation/le soutien à la collectivité

les soins de relève/le soutien au soignant

À chaque niveau, les interventions peuvent entrer en ligne de compte :

aux échelons national, régional ou local

dans le cadre d'approches axées sur la population et les particuliers

Carte d'intervention aux fins de la réduction, grâce à des politiques sociales exhaustives, des inégalités sociales en santé (Norvège)

	<b><i>Réforme sociale En amont</i></b>	<b><i>Réduction des risques Mi-chemin</i></b>	<b><i>Réduction de l'effet En aval</i></b>
<b>Mesures universelles</b>	Système d'éducation, système fiscal, politiques relatives au marché du travail, etc.	Milieu de travail et cadre de vie, mesures générales liées au mode de vie, etc.	Systèmes de santé
<b>Mesures sélectives</b>	Prestations sociales liées aux ressources, etc.	Mesures ciblées liées au mode de vie, etc.	Systèmes de santé ciblés

La carte d'intervention indique les points d'entrée stratégiques des politiques dans le flux des causes combinant les approches universelles et sélectives. Il s'agit de porter attention aux six cellules de la carte qui peuvent être des points d'entrée des politiques.

(Norvège, p. 8).