



## Mise sur pied d'un réseau canadien de Santé dans toutes les politiques : consultation auprès de divers acteurs au Canada et à l'étranger

**RAPPORT**

**2023**



## AUTEURES

Hélène Poliquin et Natalia Carrillo Botero  
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

## SOUS LA COORDINATION DE

Olivier Bellefleur, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

## ÉDITION

Marianne Jacques et Mylène Maguire  
Centre de collaboration nationale sur les politiques  
publiques et la santé

## MISE EN PAGE

Sarah Mei Lapierre  
Institut national de santé publique du Québec

## RÉVISION

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) aimerait remercier Marianne Jacques, Martin Renaud et Nicole F. Bernier (CCNPPS), Patricia O'Campo (Dalla Lana School of Public Health) et Thierno Diallo (Université Laval) pour leurs commentaires sur une version préliminaire de ce document.

## COMMENT CITER CE DOCUMENT

Poliquin, H., et Carrillo Botero, N. (2023). *Mise sur pied d'un réseau canadien sur la Santé dans toutes les politiques : consultation auprès de divers acteurs au Canada et à l'étranger*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

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

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

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

*Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

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

*Toutes les images de ce document ont été reproduites avec permissions ou conformément aux licences autorisant leur reproduction. En cas d'erreur ou d'omission, merci de nous en aviser au [ccnpps@inspq.qc.ca](mailto:ccnpps@inspq.qc.ca).*

Dépôt légal — 3<sup>e</sup> trimestre (2023)  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
ISBN : 978-2-550-94961-9 (PDF anglais)  
ISBN : 978-2-550-94960-2 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2023)

## À propos du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) vise à accroître l'expertise des acteurs de la santé publique en matière de politiques publiques favorables à la santé, à travers le développement, le partage et l'utilisation des connaissances. Le CCNPPS fait partie d'un réseau canadien de six centres financés par l'Agence de la santé publique du Canada. Répartis à travers le Canada, chacun des centres de collaboration se spécialise dans un domaine précis, mais partage un mandat commun de synthèse, d'utilisation et de partage des connaissances. Le CCNPPS est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), un chef de file en santé publique au Canada.



## Table des matières

<b>Liste des acronymes .....</b>	<b>V</b>
<b>Sommaire.....</b>	<b>1</b>
<b>1 Introduction .....</b>	<b>7</b>
<b>2 Contexte.....</b>	<b>9</b>
<b>3 Méthodologie.....</b>	<b>11</b>
<b>4 Résultats .....</b>	<b>13</b>
4.1 Nécessité de la mise sur pied d'un réseau canadien sur la Santé dans toutes les politiques.....	13
4.2 Considérations relatives à l'établissement de buts pour le réseau.....	13
4.2.1 Considérations générales relatives à l'établissement de buts .....	13
4.2.2 Buts liés au partage de connaissances et au renforcement des capacités.....	14
4.2.3 Buts liés à la clarification et à la définition des concepts et de la raison d'être de la SdTP .....	19
4.2.4 Buts liés aux dimensions politiques de la SdTP.....	22
4.2.5 Buts liés aux activités de plaidoyer .....	24
4.3 Considérations relatives à la composition du réseau, à sa taille et aux critères d'adhésion .....	25
4.3.1 Caractéristiques des membres : personnes de pouvoir et champions.....	25
4.3.2 Un réseau hétérogène et inclusif .....	26
4.3.3 Secteurs ou thèmes à cibler .....	27
4.3.4 Taille du réseau .....	27
4.3.5 Ordres de gouvernement et autres acteurs clés .....	27
4.3.6 Volets thématiques ou sous-groupes.....	28
4.3.7 La contribution des membres et durabilité de leur engagement.....	29
4.4 Considérations relatives aux perspectives inuites, métisses et des Premières Nations.....	30
4.4.1 Lacunes relatives à la collaboration entre la santé publique et les gouvernements et les organisations inuits, métis et des Premières Nations.....	30
4.4.2 Nécessité de consulter les gouvernements et les organisations inuits, métis et des Premières Nations dès la phase initiale.....	31
4.4.3 Assurer la sécurisation culturelle au sein du réseau .....	31
4.4.4 Fixer des buts qui correspondent aux priorités, aux connaissances et aux principes des Premières Nations, des Inuits et des Métis .....	32
4.4.5 La poursuite des consultations est jugée nécessaire.....	32
4.5 Consultations auprès de membres du Global Network for Health in All Policies .....	34
4.5.1 Structure et composition du GNHiAP.....	34
4.5.2 Avantages d'être membre du GNHiAP.....	35

Mise sur pied d'un réseau canadien sur la Santé dans toutes les politiques :  
consultation auprès de divers acteurs au Canada et à l'étranger

4.5.3	Les plus importantes activités et réalisations .....	35
4.5.4	Ce qu'ils feraient différemment en rétrospective.....	37
4.6	Principaux éléments à prendre en compte en vue du lancement, de la coordination et de la pérennité du RCSdTP .....	39
4.6.1	Ressources et coordination .....	39
4.6.2	Engagement des membres .....	40
4.6.3	Détermination du mandat, de la structure et du type de gouvernance du réseau.....	41
<b>5</b>	<b>Conclusion .....</b>	<b>43</b>
<b>6</b>	<b>Références .....</b>	<b>47</b>
<b>Annexe 1</b>	<b>Contexte présenté aux participants canadiens .....</b>	<b>48</b>
<b>Annexe 2</b>	<b>Contexte présenté aux participants du Global Network.....</b>	<b>51</b>
<b>Annexe 3</b>	<b>Grille de questions pour les acteurs canadiens possédant de l'expérience ou un intérêt relativement à la SdTP ou aux actions intersectorielles en santé .....</b>	<b>55</b>
<b>Annexe 4</b>	<b>Grille de questions pour les acteurs canadiens possédant de l'expérience en lancement et en gestion de réseau.....</b>	<b>59</b>
<b>Annexe 5</b>	<b>Grille de questions pour les membres du Global Network.....</b>	<b>63</b>

## Liste des acronymes

ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CCNPPS	Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé
COVID-19	Maladie à coronavirus
EIS	Évaluation d'impact sur la santé
GNHiAP	Global Network for Health in All Policies (Réseau mondial pour la Santé dans toutes les politiques)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
ODD	Objectifs de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
RCSdTP	Réseau canadien sur la Santé dans toutes les politiques
SdTP	Santé dans toutes les politiques



## Sommaire

### Introduction

La Santé dans toutes les politiques (SdTP) est une initiative lancée à l'échelle mondiale, qui découle des principes de promotion de la santé et de l'action intersectorielle. Cette initiative a été présentée pour la première fois en 2006 par la présidence finlandaise de l'Union européenne (Ståhl, 2018). Plus précisément, il s'agit

[d']une approche aux politiques publiques qui se veut intersectorielle et qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en matière de santé (World Health Organization, 2014, p. i17).

À ce titre, la SdTP pourrait se révéler très utile pour orienter les efforts de multiples acteurs en contexte de sortie de la pandémie de COVID-19 afin de promouvoir la santé et le bien-être des Canadiennes et des Canadiens tout en visant à réduire les inégalités de santé. Le présent rapport porte sur les résultats d'une consultation menée auprès de différents acteurs pour éclairer le projet de création d'un réseau canadien sur la Santé dans toutes les politiques (RCSdTP).

### Contexte

En octobre 2019, le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) a organisé une rencontre pancanadienne sur la SdTP, en partenariat avec l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec. La réunion a rassemblé un groupe d'acteurs de différents secteurs qui souhaitaient discuter de l'adoption et de la mise en œuvre de la SdTP en contexte canadien. Il s'est dégagé un consensus quant à la pertinence de cette approche pour améliorer la santé de la population et l'équité en santé au Canada. Par ailleurs, les participants ont exprimé leur intérêt à poursuivre les activités de partage de connaissances et d'expériences sur le sujet (Diallo, 2020). Le présent rapport porte sur les premières étapes franchies en vue de la concrétisation de l'un des principaux domaines d'action déterminés lors de la réunion : le développement et le lancement d'un réseau intersectoriel de SdTP au Canada.

Le rapport présente les résultats d'une consultation menée sous forme d'entrevues auprès d'un groupe de personnes sélectionnées en raison de leur expertise en SdTP ou en travail intersectoriel, ou parce qu'elles pouvaient offrir des perspectives inuites, métisses ou des Premières Nations pour éclairer ce projet. Ces personnes ont été invitées à se prononcer sur la nécessité de mettre en place un RCSdTP, ainsi que sur sa portée et sa structure potentielles. La consultation s'est appuyée sur un examen préalable de réseaux canadiens et internationaux similaires mené par le CCNPPS. Cet examen avait pour but de répertorier la mission, la vision, la structure et la portée de ces réseaux. Il a permis de cerner les possibles défis et occasions pour un éventuel RCSdTP et de fournir une série de questions qui ont guidé la consultation.

Ce rapport vise à éclairer les acteurs canadiens qui participent à l'initiative de SdTP, ou qui s'y intéressent et qui souhaitent son adoption par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les administrations municipales, et les gouvernements ou les organisations inuits, métis et des Premières Nations. Les avis et idées des acteurs de la santé publique ont fait l'objet d'une attention particulière dans le cadre de cette consultation.

## **Méthodes**

Du 5 octobre au 17 décembre 2021, 24 entrevues individuelles semi-structurées ont été réalisées. Les grilles d'entrevue variaient selon les critères de sélection des répondants, certains avaient été choisis en raison de leur connaissance de la SdTP ou de leur intérêt pour celle-ci, d'autres, en raison de leur expérience dans le lancement et la gestion d'un réseau lié à la promotion de la santé ou d'initiatives intersectorielles en santé, d'autres encore parce qu'ils étaient membres du Global Network for Health in All Policies (GNHiAP). Les questions ont été communiquées à l'avance aux répondants pour leur laisser le temps de se préparer. Les entrevues ont été enregistrées et transcrites intégralement. Les données ont ensuite été classées en fonction de thèmes préétablis ou émergents et de catégories de thèmes afin de permettre la synthèse et l'analyse des données, ainsi que la discussion entourant les résultats. Toutes les informations ont été anonymisées afin d'assurer la confidentialité des répondants.

## **Résultats**

Tous les répondants ont convenu de la pertinence de mettre sur pied un RCSdTP. Ils ont cependant soulevé deux considérations importantes relatives aux buts du réseau. D'abord, le réseau devrait promouvoir des échanges entre les membres. Ensuite, il devrait viser à influencer des actions en vue de l'adoption de la SdTP au Canada, notamment en se dotant de buts concrets, plutôt que d'être un groupe se limitant à l'échange d'informations, bien que l'échange d'informations et la possibilité d'établir des liens avec d'autres personnes soient d'importants incitatifs à se joindre à un tel réseau. L'un des défis du réseau sera de trouver le juste équilibre entre ces deux buts.

### **Buts, objectifs et activités du réseau**

Les buts, objectifs et activités possibles d'un RCSdTP étaient liés aux thèmes généraux suivants :

#### *Établissement de buts*

En ce qui concerne la portée des buts, les avis divergeaient. Certains répondants ont soutenu que les buts devaient être ambitieux, par exemple, mettre en œuvre la SdTP dans tous les ordres de gouvernement. D'autres ont plutôt incité à la prudence, suggérant de se concentrer, du moins au début, sur des objectifs concrets à court terme et sur de petites réalisations pour favoriser l'adhésion, et construire sur cette base, plutôt que de viser d'emblée des buts trop ambitieux.

#### *Renforcement des capacités et partage de connaissances*

De nombreux répondants étaient d'avis que le réseau devrait être un lieu qui permette aux gens d'interagir et de discuter entre eux; de mettre en commun leurs connaissances et leurs expériences; de solutionner ensemble des problèmes; et d'établir des partenariats. Ces activités de partage de connaissances viseraient à favoriser les apprentissages à partir d'expériences concrètes de mise en œuvre de la SdTP au Canada et à construire une base de connaissances solide pour soutenir l'adoption de la SdTP par d'autres acteurs.

#### *Acquisition de compétences et de connaissances; élaboration d'outils et de paramètres de mesure*

Les répondants s'accordaient sur le fait que les connaissances actuelles fondées sur des données probantes et le savoir-faire en matière de SdTP sont insuffisantes, et qu'il y avait ainsi un « écart entre les connaissances et l'action ». Par conséquent, parmi les priorités du réseau se trouve celle de contribuer au développement de connaissances, d'outils, de paramètres de mesure et de données en vue d'accroître l'adhésion à la SdTP et son adoption.

### *Clarification et définition des concepts et de la raison d'être de la SdTP*

Les répondants reconnaissaient que la SdTP pouvait être une chose « nébuleuse » et que ce qu'elle sous-tend se prêtait à de multiples interprétations. Par conséquent, il leur semblait crucial, et cela dès les premières phases de lancement du réseau, de clarifier l'approche et d'établir une compréhension commune des principaux concepts et des outils connexes, tels que l'évaluation d'impact sur la santé (EIS). Pour ce faire, il conviendrait d'éviter le jargon de la santé publique et d'adopter un langage que les partenaires issus de secteurs autres que ceux de la santé comprennent facilement, ainsi que d'envisager l'intégration de la SdTP dans les priorités gouvernementales et les cadres de référence gouvernementaux qui sont déjà établis (p. ex., le bien-être, les déterminants de la santé, les objectifs de développement durable [ODD]).

### *Activités de plaidoyer*

La plupart des répondants estimaient que le réseau devrait également mener des activités de plaidoyer. Leur forme, cependant, demeure sujette à débat. Même si ce type d'activités devrait faire partie de la mission du réseau afin de favoriser l'adoption de la SdTP au Canada, il faudrait faire attention à ne pas s'aliéner des membres qui, en raison de prises de position relatives à certains enjeux, risquent de se trouver en conflits d'intérêts (p. ex., les fonctionnaires). Le réseau devrait donc, selon de nombreux répondants, opter pour des activités de plaidoyer modérées, notamment en facilitant et relayant des plaidoyers menés par des tierces parties, telles que des groupes de pression.

### *Dimensions politiques et mise en œuvre*

Certains répondants ont proposé que le réseau se donne comme objectif d'influencer les hauts fonctionnaires, les fonctionnaires intermédiaires et les décideurs à s'engager dans la SdTP. Certains considèrent la SdTP comme un mariage entre les connaissances techniques et l'engagement politique. Par conséquent, selon eux, il est prioritaire de faire la preuve des avantages de la SdTP auprès des dirigeants politiques et des hauts fonctionnaires afin d'obtenir leur soutien et, à terme, de faire intégrer la SdTP dans la loi.

### **Composition du réseau, taille et critères d'adhésion**

En ce qui concerne la structure du réseau, les répondants ont insisté sur l'importance de bien réfléchir aux critères d'adhésion, lesquels devraient être fondés sur des buts et des priorités préalablement définis. Quant à la taille, même s'ils reconnaissaient la « force du nombre », de nombreux répondants ont fait valoir qu'il faudrait donner la priorité à un petit réseau, du moins au début, car il serait plus facile à gérer et plus efficace. Cependant, pour prendre en charge la croissance potentielle du réseau, bon nombre de répondants privilégiaient la création de volets ou de sous-groupes, en fonction des ordres de gouvernement, de thèmes ou d'autres considérations, concernant notamment les régions géographiques, les fuseaux horaires, les priorités établies par les gouvernements et les organisations inuits, métis et des Premières Nations, ainsi que les langues officielles.

L'inclusion d'acteurs venant de l'extérieur de la santé publique était privilégiée par la majorité des répondants, mais les réflexions sur la façon de les intégrer divergeaient. Certains soutenaient que la diversité d'acteurs était souhaitable dès la création du réseau, tandis que d'autres pensaient qu'il fallait plutôt les inviter à se joindre au réseau lorsqu'un noyau de membres fondateurs, principalement issus de la santé publique et du milieu universitaire, aurait convenu des bases du réseau. À cette fin, de nombreuses suggestions ont été formulées, notamment le déploiement progressif ou l'adoption d'une structure de réseau fondée sur différents niveaux de participation. Des discussions ont également eu lieu sur le profil des principaux membres à recruter et les secteurs à

privilégier. Les répondants avaient des points de vue divergents quant aux caractéristiques à rechercher, la plupart mentionnant les personnes en position de pouvoir, qui sont engagées envers la SdTP et qui sont connues pour en être des champions.

### **Considérations relatives aux perspectives inuites, métisses et des Premières Nations**

Les répondants ont été invités à se prononcer sur la pertinence et l'utilité d'un réseau canadien pour les gouvernements et organisations inuits, métis et des Premières Nations. Les conclusions relatives à cette question sont toutefois limitées, car seuls deux répondants ont présenté une perspective inuite ou métisse. Il sera donc nécessaire de mener d'autres consultations avec des gouvernements et organisations inuits, métis et des Premières Nations, afin d'éclairer la configuration et le développement du réseau.

Il est reconnu que les collaborations en matière de santé publique avec les gouvernements et les organisations inuits, métis et des Premières Nations ont été entravées par divers facteurs et doivent être améliorées. Pour de nombreux répondants (autochtones et non autochtones), il est crucial de reconnaître et de comprendre ces antécédents pour évoluer vers une démarche non colonialiste. Deux recommandations principales ont été présentées : que les partenaires inuits, métis et des Premières Nations soient consultés dès la création du réseau, et non après coup; et que leurs perspectives soient au premier plan de ces conversations. L'importance d'assurer la sécurisation culturelle au sein du réseau a également été soulignée.

Il a par ailleurs été jugé essentiel de s'éloigner des définitions occidentales et de reconnaître les conceptions des Premières Nations, des Inuits et des Métis en matière de santé, de bien-être, de gouvernance, et d'autres concepts connexes. Il a en outre été recommandé d'éviter d'imposer la SdTP comme un modèle qui remplacerait leurs cadres de référence ou leurs conceptualisations existantes. Les partenaires inuits, métis et des Premières Nations doivent être consultés sur la pertinence pour eux de participer à ce projet — il s'agit du message le plus important. Bien que la SdTP puisse sembler prometteuse aux yeux de ces partenaires, il sera indispensable de les consulter sur la façon dont ils souhaitent participer au projet, et à quel moment, à quel niveau et avec quelle intensité.

### **Consultations auprès de membres du Global Network for Health in All Policies**

En ce qui concerne les bonnes pratiques qui pourraient être appliquées au RCSdTP, cinq membres du GNHiAP ont été consultés afin qu'elles fassent part de leur expérience quant au déploiement et à la gestion du réseau mondial. Les principaux points retenus sont les suivants :

- Il convient d'assurer le financement du secrétariat dès le début et de veiller à la sélection minutieuse de leaders et champions de l'approche, tels que les titulaires de la présidence du réseau;
- Il faut assurer la diversité des membres et privilégier l'engagement des personnes plutôt que le nombre de membres;
- Les avantages les plus importants d'être membre du réseau sont les possibilités d'apprendre des autres et d'échanger sur les expériences, de pouvoir compter sur le soutien des autres pour solutionner des problèmes, d'élargir sa perspective de la SdTP, de pouvoir faire connaître son travail, et de gagner en crédibilité auprès de ses pairs et partenaires;
- Il est important d'investir du temps afin d'apprendre à connaître les membres, de les fidéliser au réseau et d'assurer que le réseau leur soit utile de façon concrète (le « comment faire » entourant la SdTP);

- Il est important d'évaluer les retombées et les réalisations, ceci devrait être au cœur de la planification, tout comme le principe d'équité entre les membres.

### **Principales considérations liées à la coordination du réseau canadien**

Les répondants ont formulé quelques recommandations qu'ils ont qualifiées de pratiques, mais importantes, pour la configuration et la coordination du RCSdTP :

- Assurer le financement dès le début et sélectionner soigneusement le noyau de membres fondateurs et l'équipe de coordination;
- Mettre la pérennité du réseau au premier plan en prévoyant son suivi et son évaluation;
- Établir les critères d'adhésion en fonction du mandat et des buts du réseau, et viser la qualité de l'engagement des personnes plutôt que le nombre de membres;
- Mettre les stratégies de mobilisation et de rétention des membres à l'avant-plan;
- Travailler avec les acteurs clés pour définir le mandat et éviter les chevauchements avec d'autres réseaux ou organisations;
- Envisager différentes structures et formes de gouvernance pour déterminer celles qui conviendront le mieux à la diversité, aux besoins et aux attentes des membres.

### **Limites**

Cette consultation comporte toutefois certaines limites. D'abord, les personnes consultées provenaient principalement du secteur de la santé publique ou étaient des universitaires travaillant dans le domaine, et la plupart étaient déjà très favorables à la mise en œuvre de la SdTP au Canada. Leurs points de vue ne représentent donc pas nécessairement l'opinion de la majorité des acteurs de la santé publique ou d'autres secteurs. Par ailleurs, seuls deux répondants ont fourni une perspective inuite ou métisse. Pour éclairer la mise sur pied de ce projet, il faudra mener d'autres consultations avec des représentants issus de gouvernements et d'organisations inuits, métis et des Premières Nations et mobiliser des acteurs provenant de secteurs autres que la santé publique. Néanmoins, les résultats peuvent être considérés comme un bon point de départ pour la planification et la mise sur pied d'un RCSdTP.

### **Conclusion**

Cette consultation a permis de confirmer l'intérêt pour la mise sur pied d'un RCSdTP et de recueillir des informations riches et pertinentes en vue d'en éclairer la planification et le développement. Les visions et les attentes exprimées par les répondants en ce qui concerne les buts, les objectifs et les activités devront se refléter dans le mandat du réseau, mais il faudra veiller à ce que ce dernier demeure réaliste et applicable.



## 1 Introduction

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) s'est associé à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) en vue de mettre sur pied un réseau canadien sur la Santé dans toutes les politiques (RCSdTP). La Santé dans toutes les politiques (SdTP) est une initiative promue à l'échelle mondiale qui découle des principes de promotion de la santé et d'actions intersectorielles. Cette initiative a été présentée initialement en 2006 par la présidence finlandaise de l'Union européenne (Ståhl, 2018). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) fait la promotion de la SdTP depuis 2014; elle estime qu'il s'agit d'une façon de réduire les inégalités de santé et de favoriser la santé des populations en agissant sur ses déterminants sociaux — conditions de logement, travail et revenu, urbanisme, options de transport (Ståhl, 2018; World Health Organization et Finland Ministry of Social Affairs and Health, 2014). Plus précisément :

La Santé dans toutes les politiques est une approche liée aux politiques publiques qui se veut intersectorielle et qui tient compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche des synergies et qui évite les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en matière de santé. Elle accroît la responsabilité des décideurs quant aux impacts sur la santé de ces décisions, et ce, à tous les paliers d'élaboration des politiques. Elle met notamment l'accent sur les conséquences des politiques publiques sur les systèmes de santé, les déterminants de la santé et le bien-être (World Health Organization, 2014, p. i17).

La SdTP a pour but d'accroître la sensibilisation aux conséquences sanitaires des décisions politiques prises dans tous les secteurs gouvernementaux et la prise en considération de celles-ci dans l'élaboration des politiques publiques (Diallo, 2020). À ce titre, la SdTP pourrait se révéler très utile pour orienter les initiatives de rétablissement après la pandémie de COVID-19 afin de promouvoir la santé et le bien-être des Canadiennes et des Canadiens, tout en visant à réduire les inégalités de santé. Le présent rapport porte sur les résultats d'une consultation menée pour éclairer le projet de création d'un RCSdTP.

Ce rapport vise à éclairer les acteurs canadiens qui participent à l'initiative de SdTP, ou qui s'y intéressent, et qui souhaitent son adoption par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les administrations municipales et les gouvernements ou les organisations inuits, métis ou des Premières Nations. La perspective des intervenants de la santé publique a fait l'objet d'une attention particulière dans le cadre de ces travaux.



## 2 Contexte

En octobre 2019, le CCNPPS a organisé une rencontre pancanadienne sur la SdTP en partenariat avec l'ASPC et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec<sup>1</sup>. Cette rencontre a réuni 25 participants des gouvernements fédéral et provinciaux, d'autorités de santé régionales, d'organisations métisses et des Premières Nations et d'universités à travers le Canada. Elle a permis de confirmer l'intérêt des personnes présentes envers la SdTP en tant qu'approche prometteuse pour améliorer la santé de la population et l'équité en matière de santé au pays, ainsi que le souhait des participants de continuer à échanger sur leurs connaissances et leur expérience à ce sujet.

Cette rencontre a permis de circonscrire trois principaux domaines d'intervention pour soutenir la mise en œuvre de la SdTP au Canada : 1) le développement des connaissances afin de renforcer les capacités et la mise en œuvre de la SdTP; 2) l'établissement de bases pour une compréhension commune de la SdTP dans tous les secteurs; et 3) le lancement d'un réseau intersectoriel de SdTP au Canada (Diallo, 2020).

Ce document porte sur le troisième domaine d'intervention, soit le lancement d'un réseau de SdTP. Dans un premier temps, le CCNPPS a examiné les conditions de fonctionnement de réseaux similaires au Canada et à l'étranger afin de déterminer les options possibles pour le RCSdTP. Ce travail a permis de cerner des défis et des occasions pour le réseau; de proposer des options quant à sa mission et à des structures possibles (p. ex., sa raison d'être, sa forme, ses membres); et d'élaborer une série de questions permettant d'orienter les discussions sur son développement.

Dans un deuxième temps, le CCNPPS a mené des entrevues avec divers acteurs dans le but de recueillir leurs points de vue sur le projet de RCSdTP. Plus précisément, cette consultation visait à mieux comprendre :

1. La valeur ajoutée et l'utilité d'un RCSdTP;
2. Les objectifs, la portée et les activités possibles d'un RCSdTP;
3. Les pratiques prometteuses en matière de partage des connaissances et de renforcement des capacités en SdTP;
4. Les pratiques prometteuses en matière de gestion du réseau et d'interactions avec les membres;
5. La contribution des membres potentiels au RCSdTP.

---

<sup>1</sup> Pour en savoir plus sur cette rencontre, consultez : <https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/rencontre-pancanadienne-sur-la-sante-dans-toutes-les-politiques-sdtp/>.



### 3 Méthodologie

Pour sélectionner les personnes à interroger, le CCNPPS a dressé, conjointement avec l'ASPC, une liste de personnes impliquées en SdTP, participant à des actions intersectorielles en santé ou s'intéressant à ces approches. Une première série d'entrevues a été menée avec des acteurs clés impliqués dans des activités de partage de connaissances sur la SdTP au sein du GNHiAP. Étant donné les similitudes et les liens possibles entre le RCSdTP et le GNHiAP, il a été jugé fort pertinent de réaliser des entrevues auprès des répondants internationaux de ce réseau afin d'éclairer la création du RCSdTP. Une deuxième série d'entrevues a été menée avec des acteurs canadiens, principalement des membres potentiels du réseau, c'est-à-dire des fonctionnaires du secteur de la santé ou de la santé publique des différents ordres de gouvernements, soit fédéral, provinciaux, territoriaux et locaux/régionaux ou d'organisations inuites et métisses, ainsi que des universitaires experts en SdTP qui pourraient vouloir participer à un RCSdTP. Les acteurs de ce deuxième groupe ont été sélectionnés en raison de leur rôle dans la mise en œuvre de la SdTP dans leur juridiction, de leur intérêt pour la SdTP ou d'autres actions intersectorielles pour la santé, ou encore de leur affiliation à des gouvernements ou à des organisations inuits, métis ou des Premières Nations. Des représentants de réseaux canadiens liés à la promotion de la santé et à des actions intersectorielles pour la santé ont également été contactés afin d'accroître la compréhension des difficultés propres à la gestion de réseaux au Canada.

Les personnes figurant dans la liste des répondants potentiels (n=36) ont été invitées par courriel à prendre part à une entrevue par Zoom. Vingt-quatre entrevues ont été réalisées du 5 octobre 2021 au 17 décembre 2021. La grande majorité des répondants étaient originaires du Canada (20) et 4 étaient des membres du GNHiAP originaires d'autres pays. Les entrevues ont été menées en anglais (22) ou en français (2) et ont duré en moyenne 1 heure (de 30 minutes à 2 heures).

**Tableau 1** Caractéristiques des répondants

Caractéristiques des répondants (non mutuellement exclusives)	Nombre
Du Canada <sup>1,2</sup>	20
De l'extérieur du Canada	4
Membres du GNHiAP	5
S'identifient comme femmes	13
S'identifient comme hommes	11
S'identifient comme Autochtones ou travaillent pour une organisation autochtone	2
Proviennent de la santé publique (organisme gouvernemental)	13
Proviennent d'une organisation non gouvernementale (ONG) (y compris celles qui ont une mission de santé publique)	5
Proviennent du milieu universitaire	9
<b>Total de répondants</b>	<b>24</b>

1 - Les répondants canadiens provenaient des provinces et des territoires suivants : Alberta (3); Colombie-Britannique (3); Terre-Neuve-et-Labrador (1); Nouvelle-Écosse (2); Ontario (5); Île-du-Prince-Édouard (1); Québec (3); Saskatchewan (1); Yukon (1).

2 - Ordres de gouvernement ou type d'organismes répondants canadiens (non mutuellement exclusifs) : fédéral (2); provincial (4); territorial (1); régional ou local (2); milieu universitaire (8); organisation autochtone (1); organisation non gouvernementale (ONG) (3).

Mise sur pied d'un réseau canadien sur la Santé dans toutes les politiques :  
consultation auprès de divers acteurs au Canada et à l'étranger

Les répondants ont reçu à l'avance un court texte présentant le contexte de la consultation (voir les annexes 1 et 2) ainsi qu'une grille d'entrevue pour qu'ils puissent se préparer. Trois grilles différentes ont été élaborées : une pour les membres du GNHiAP; une pour les répondants qui possèdent une expérience en SdTP ou s'y intéressent; et une pour les répondants qui ont une expérience en lancement et en gestion d'un réseau (voir les grilles d'entrevue aux annexes 3 à 5).

Toutes les entrevues ont été menées par la première autrice du présent rapport. Elles ont été enregistrées sur bande audio et ont été transcrites intégralement en verbatim. Les répondants ont reçu une synthèse de leur entrevue et ont été invités à ajouter des informations supplémentaires s'ils le souhaitaient. Six répondants ont demandé des changements mineurs, qui ont été effectués.

Les deux autrices ont d'abord analysé le matériel séparément, en fonction de thèmes déjà établis et émergents. Puis, elles ont regroupé les thèmes et catégories, comparé leurs analyses et discuté des thèmes et sous-thèmes, ainsi que des liens entre ces derniers. Ce travail a permis de raffiner et de regrouper les résultats qui sont présentés dans ce rapport. Toutes les données ont été anonymisées afin de garantir la confidentialité des répondants et les noms ont été remplacés par des numéros. Les enregistrements ont été détruits, et toutes les notes individuelles ont été classées avec la mention « confidentiel ».

## 4 Résultats

Cette section présente les points de vue et les considérations des répondants concernant :

- La nécessité de mettre sur pied un RCSdTP;
- Les buts, les objectifs potentiels, la portée et les activités du RCSdTP;
- La composition du réseau, sa taille et les critères d'adhésion au RCSdTP;
- Les perspectives inuites, métisses ou des Premières Nations au sein du RCSdTP;
- La coordination et la pérennité du RCSdTP.

Les résultats comprennent également une synthèse des consultations menées auprès des membres du GNHiAP quant à leur expérience concernant la composition du réseau, la valeur ajoutée associée au fait d'être membre de ce réseau, les activités et les réalisations les plus importantes du GNHiAP, ainsi que les défis liés à sa mise en place et à sa coordination.

### 4.1 Nécessité de la mise sur pied d'un réseau canadien sur la Santé dans toutes les politiques

---

D'entrée de jeu, tous les répondants ont souligné la pertinence de développer un RCSdTP et se sont montrés très enthousiastes à l'égard de ce projet.

N'abandonnez pas! C'est la bonne chose à faire! Ce n'est pas toujours facile à comprendre en tant que politique publique, mais je pense que, si nous avons suffisamment de partage de connaissances et de soutien pour ce type de réseau à l'échelle nationale, cela va nous aider au niveau provincial et local (P17<sup>2</sup>, santé publique, provincial).

Les répondants ont indiqué que la SdTP occupait un créneau particulier et que les personnes qui y prennent part ressentent le besoin d'échanger et de se soutenir mutuellement. Les répondants ont également affirmé qu'il était nécessaire d'en savoir plus sur les initiatives de SdTP canadiennes et de disposer de données et de recherches contextualisées sur cette approche. Bien qu'ils aiment entendre parler des expériences en SdTP à l'étranger, certains ont mentionné que celles-ci n'étaient pas souvent transposables aux contextes socioéconomiques, culturels et politiques canadiens : « Lorsque nous observons à l'échelle mondiale les leçons apprises, certaines semblent bonnes, mais elles ne fonctionneraient pas dans un contexte canadien » (P2, milieu universitaire).

### 4.2 Considérations relatives à l'établissement de buts pour le réseau

---

Cette section présente les buts d'un éventuel RCSdTP que les répondants considèrent comme les plus importants.

#### 4.2.1 CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES RELATIVES À L'ÉTABLISSEMENT DE BUTS

Avant de présenter les résultats détaillés, nous souhaitons souligner deux considérations importantes relatives à l'établissement de buts qui ont émergé des entrevues. Selon de nombreux répondants, le but principal du RCSdTP devrait être la promotion des occasions d'échange, de partage de connaissances et de renforcement des capacités. La plupart des répondants ont toutefois indiqué que le réseau devrait être plus qu'un « groupe de discussion », et qu'il devrait être orienté vers

---

<sup>2</sup> Afin de garantir l'anonymat des répondants, leurs noms ont été remplacés par des numéros.

l'action et servir à influencer l'adoption de la SdTP au Canada. Pour le réseau, l'un des défis sera de trouver le juste équilibre entre ces deux objectifs.

En effet, certains répondants ont confié qu'ils nourrissent de grands espoirs pour ce qui est de l'adoption de la SdTP au Canada et qu'ils souhaitaient une approche de SdTP « qui est normalisée à chaque ordre de gouvernement au Canada » (P15, santé publique, territorial [traduction]) ou qui « favorisera la santé, la prospérité et la réussite des Canadiennes et des Canadiens » (P22, ONG [traduction]). Néanmoins, la plupart des répondants ont conseillé de se concentrer sur des objectifs simples, réalistes et pratiques, tels que la création d'un référentiel de compétences, le recensement et la documentation des expériences en matière de SdTP au Canada et le soutien au développement de projets concrets. Leurs observations découlent du fait que l'adoption de la SdTP ne va pas de soi; elle se heurte parfois à la culture de cloisonnement qui prévaut dans certains secteurs et organismes. Par conséquent, les répondants ont indiqué qu'il ne fallait pas avoir d'attentes démesurées au cours des premières étapes de l'existence du réseau. Comme la SdTP « touche à tous les déterminants de la santé » (P10, milieu universitaire [traduction]), il est inévitable que le choix des priorités soit ardu, car celles-ci varient en fonction des intérêts et des affiliations des membres (par exemple, les ordres de gouvernement). Des choix devront donc être faits pour fixer des objectifs réalistes et empêcher que le réseau devienne trop grand, ingérable, et perde son utilité pour les membres. Beaucoup pensaient qu'il serait préférable d'avoir un départ modeste en établissant des buts limités, en optant idéalement pour des projets pilotes, et de compter sur de petites victoires comme le simple fait de réussir à réunir un groupe ou à se mettre d'accord sur une compréhension commune de la SdTP. Comme l'ont mentionné quelques répondants, la création d'un réseau de SdTP en soi donne de la crédibilité à la démarche :

Je pense que ça m'aide de pouvoir me tourner vers d'autres juridictions qui font le même travail. Je crois que cela montre vraiment que nous ne demandons pas la lune, mais que c'est quelque chose qui se passe au Canada et dans le monde. Je pense que c'est vraiment utile. [...] Je considère que c'est un élément vraiment central : la façon dont nous nous soutenons les uns les autres pour poursuivre ce travail (P4, santé publique, provincial [traduction]).

#### **4.2.2 BUTS LIÉS AU PARTAGE DE CONNAISSANCES ET AU RENFORCEMENT DES CAPACITÉS**

L'acquisition et le partage de connaissances ainsi que le renforcement des capacités sont deux des principaux buts envisagés pour le RCSdTP. Ces buts s'adressent à différents auditoires, dont les membres mêmes du réseau, le milieu de la santé publique en général (y compris pour les étudiants en santé publique) et un public plus vaste, dont les analystes politiques, les décideurs, les fonctionnaires et les partenaires de différents secteurs.

##### **a. Interagir avec d'autres acteurs engagés en SdTP au Canada**

Les répondants ont formulé des buts qui concernent les réseaux en général, par exemple, de permettre aux gens de se parler et d'interagir, de partager leurs connaissances, de communiquer leurs expériences et d'établir des partenariats. Voici un exemple de réponse la plus courante à ce sujet :

Je pense que les buts les plus simples seraient probablement l'échange de connaissances et le renforcement des capacités. Je crois qu'il y aurait un excellent échange dans tout le pays entre les personnes qui mènent ces travaux, ce qui aiderait à renforcer les capacités de ceux et celles qui connaissent moins bien cette approche (P7, santé publique, régional ou local [traduction]).

Certains répondants ont également suggéré que le réseau constituerait un lieu d'échanges dans un environnement de confiance au sein duquel les membres pourraient trouver ensemble des solutions et discuter des causes profondes des problèmes, notamment les inégalités de santé, en vue d'établir des liens entre les déterminants sociaux de la santé et trouver des solutions collectives à ces problèmes. « L'un des avantages d'un réseau de SdTP est que [...] lorsque vous avez besoin d'aide, vous avez une liste de personnes à qui vous pouvez vous adresser » (P15, santé publique, territorial [traduction]).

Les répondants souhaitaient particulièrement être informés de ce qui se fait en matière de SdTP au Canada à différents ordres de gouvernement. Puisque la SdTP est considérée comme une « niche », les acteurs qui œuvrent dans ce champ d'expertise se sentent isolés et ont peu d'occasions d'échanger. Le réseau contribuerait à combler cette lacune. Les répondants ont indiqué qu'ils souhaitaient vraiment entendre parler d'expériences de première main dans la mise sur pied d'initiatives, notamment en lien avec le quoi, le comment, le pour qui, et le par qui. Pour reprendre les mots d'un participant : « L'essentiel, c'est de pouvoir raconter des histoires et partager des exemples, puis cela peut être soutenu par des boîtes à outils et des webinaires » (P4, santé publique, provincial [traduction]).

De nombreux participants présumaient que des initiatives de SdTP avaient déjà lieu au Canada et pensaient que le réseau pourrait aider à les faire connaître à un public plus vaste. Cela contribuerait à accroître les connaissances relatives à la mise en œuvre de la SdTP dans des contextes variés. De plus, les répondants estimaient qu'il serait fort pertinent d'en connaître davantage sur des initiatives qui s'apparentent à la SdTP, c'est-à-dire des initiatives semblables, mais qui ne sont pas explicitement présentées comme telles par les acteurs concernés :

Différents types d'organismes et de groupes de tous les ordres de gouvernement mènent actuellement des travaux. Parfois, ils ne sont même pas conscients que ce qu'ils font relève de la Santé dans toutes les politiques et, lorsqu'ils le sont, ils n'ont pas nécessairement l'avantage d'apprendre les uns des autres et de collaborer, de mettre en commun les ressources, de partager leurs expériences, ce qui a fonctionné, ce qui n'a pas fonctionné... Bref, tout ce qui pourrait faire avancer le travail au Canada un peu plus rapidement que lorsqu'il faut tout faire seul, et d'autres choses aussi (P23, santé publique, provincial [traduction]).

Plusieurs répondants ont souligné l'utilité des activités de partage d'expériences liées à la SdTP (p. ex., celles liées aux plaidoyers, à la mise en œuvre, aux actions intersectorielles) avec des personnes passionnées qui partagent les mêmes idées, en particulier dans le cadre de conversations informelles, en mode présentiel et en privé (« *off the record* »).

Nous devons débattre ensemble du problème. Il faut plus de dialogue, et le réseau ne doit pas être une communication unidirectionnelle. Les gens mènent des travaux intéressants et ils devraient pouvoir les faire connaître. Les membres devraient aussi avoir beaucoup d'occasions d'échanger et ne pas seulement assister à des présentations, des webinaires, etc. (P6, santé publique, régional ou local [traduction]).

Certains répondants ont également dit que les petites juridictions (en termes populationnels) pourraient bénéficier du soutien et du leadership national du réseau, surtout si les plus grandes juridictions participent activement au réseau. « ... Et donc, surtout étant donné que notre province est petite, un réseau national nous aiderait vraiment » (P17, santé publique, provincial [traduction]). Il a également été mentionné que les grandes provinces pourraient en apprendre beaucoup des provinces et territoires plus petits, ainsi que des gouvernements et des organisations inuits, métis et des Premières Nations du Canada. L'ouverture du dialogue et la promotion des échanges entre les juridictions fourniront une expérience d'apprentissage bidirectionnelle.

Le réseau peut favoriser le soutien entre les provinces et les territoires. Comme nous sommes dans un petit territoire, il est très utile d'avoir des gens à qui parler. Les gens du Sud ont souvent du mal à communiquer avec les gens du Nord. Il y a des choses qui se passent sans que nous en soyons informés — recherche, programmes, etc. [...] De plus, les grandes provinces ont des choses à apprendre des petites, qui ont des paysages sociodémographiques et des contextes politiques et géographiques très particuliers (P15, santé publique, territorial [traduction]).

#### b. Construire la base des connaissances scientifiques

Tous les répondants ont insisté sur le manque de données probantes sur la SdTP, ce qui rend difficile le plaidoyer en faveur de sa mise en œuvre auprès d'acteurs extérieurs à la santé publique. Par exemple, beaucoup ont mentionné la nécessité de pouvoir démontrer aux gouvernements que la SdTP peut générer un meilleur rendement des fonds investis, et qu'elle a des effets positifs sur la santé et le bien-être de la population. Toutefois, cet argumentaire doit s'appuyer sur une solide base de connaissances scientifiques (données probantes), laquelle est actuellement plutôt limitée, même s'il y a un consensus de plus en plus large au sein du secteur de la santé publique que cette approche est pertinente. Pour combler cette lacune, des répondants ont suggéré que le réseau travaille à la constitution de données probantes, en formant une solide base de connaissances pour mesurer les retombées de la SdTP. Ces travaux pourraient inclure le développement d'un ensemble de paramètres de mesure et d'indicateurs liés à la SdTP :

Nous avons la base de données pancanadienne sur les inégalités en matière de santé qui compte environ 70 paramètres. Mais les membres du réseau pourraient collaborer à l'établissement d'un ensemble plus restreint de paramètres de mesure sur l'équité en santé et définir les domaines prioritaires à aborder (P21, santé publique, fédéral [traduction]).

Quant au rendement des investissements liés à la SdTP, les répondants ont souligné à quel point l'argument économique, y compris la rentabilité, était fondamental pour convaincre les politiciens et les décideurs politiques des avantages de la SdTP. Par conséquent, l'élaboration d'indicateurs de rendement pour des politiques publiques favorables à la santé serait la clé de cet argumentaire.

Vous savez, évidemment, comme la santé accapare de 45 à 55 % du budget, si nous pouvons économiser du côté de la santé, peut-être que cet argent serait disponible pour d'autres secteurs et, donc, il faudrait faire valoir cet argument (P2, milieu universitaire [traduction]).

Il s'agit, je pense, de créer un environnement dans lequel la SdTP serait acceptée, ce qui peut être vraiment difficile, parce qu'une grande partie [de l'acceptation] vient des avantages économiques, le rendement des fonds investis, car beaucoup de politiciens et de décideurs veulent voir des résultats économiques et une rentabilité des investissements (P15, santé publique, territorial [traduction]).

c. Créer un répertoire de connaissances sur la SdTP

Les répondants ont également souligné le besoin de transfert de connaissances basées sur les données probantes existantes et ciblé sur les publics clés, y compris les secteurs autres que la santé, quant à l'utilité de la SdTP, la façon dont elle est adoptée par les juridictions et son influence sur les actions intersectorielles. Selon bon nombre de répondants, c'est en mettant en lumière les réussites en SdTP qu'on favoriserait l'adhésion aux initiatives et montrerait que sa mise en œuvre est possible. Voilà qui constitue donc un but potentiel pour le réseau : « Les gens doivent voir d'eux-mêmes que ces efforts en valent la peine » (P20, ONG [traduction]).

Même si les données probantes sont actuellement limitées, la plupart des répondants espéraient que le réseau devienne un centre de référence sur la SdTP, une sorte de « centre de partage d'information », de « répertoire de connaissances », ou de « carrefour très complet » (par l'entremise d'un site Internet, p. ex.), contenant une mine d'informations sur la SdTP, qui permettrait aux gens d'interagir avec d'autres personnes qui travaillent dans ce champ d'expertise au Canada. Un participant a suggéré par exemple qu'une section du site Internet soit réservée aux membres. D'autres envisageaient un réseau qui puisse éventuellement contribuer à la formation de praticiens et d'étudiants en santé publique à la grandeur du Canada pour que ceux-ci deviennent des défenseurs de la SdTP. Selon certains, le RCSdTP pourrait fournir des informations précieuses aux néophytes en matière de SdTP, ce qui serait utile compte tenu, par exemple, du taux de roulement élevé chez les fonctionnaires. Quelques répondants ont recommandé que le réseau soutienne une communauté de pratique sur la SdTP. Les besoins les plus souvent mentionnés étaient : la mise en commun des ressources existantes, telles que les outils et les paramètres de mesure, ainsi que des conseils sur leur utilisation; l'établissement de pratiques exemplaires soutenues par la recherche scientifique et les études de cas; la définition d'un « cadre de référence normalisé » pour la SdTP; le partage d'expériences de mise en œuvre réussie de la SdTP; et les connaissances sur les travaux entourant la SdTP, autant au Canada qu'à l'étranger (voir l'encadré 1).

Le réseau peut aussi avoir pour fonction d'être simplement un lieu d'échange pour, tout d'abord, énumérer les activités qui se déroulent au Canada. Il permettrait aux gens de se faire une meilleure idée des personnes qui travaillent dans ce domaine au pays, avec qui ils pourraient s'identifier et potentiellement entrer en contact s'ils ont des préoccupations, des problèmes ou des questions (P23, santé publique, provincial [traduction]).

d. Guider les personnes et les nouveaux projets et combler le fossé entre les connaissances et l'action

Les répondants ont souligné le manque de savoir-faire en matière de SdTP et un partage d'informations limité sur la mise en œuvre de la SdTP, autrement dit, un « fossé entre les connaissances et l'action » (P8, santé publique, fédéral [traduction]). Pour plusieurs répondants, le retard dans la mise en œuvre de la SdTP serait attribuable au fait qu'elle était souvent dépeinte comme n'étant pas une « chose naturelle » (P2, milieu universitaire [traduction]) ni une « chose facile à faire » (P18, milieu universitaire [traduction]). De façon générale, les répondants ont mentionné que la SdTP semblait compliquée et que son processus était mal défini, ce qui dissuadait les gouvernements et les autres acteurs de s'y engager. Par conséquent, plusieurs répondants ont proposé que le réseau choisisse des projets en SdTP afin de pouvoir augmenter la visibilité de ces initiatives et aussi de les soutenir.

[...] La Santé dans toutes les politiques n'est pas un processus clairement défini. [...] Je pense qu'il y a un réel effet dissuasif même pour les gouvernements qui sont intéressés par l'idée; ce n'est pas une chose facile à faire. Donc, je crois qu'il y a un besoin d'orientation et qu'il faut établir cette orientation. Encore une fois, il ne s'agira pas d'un livre de recettes, il ne s'agira pas de dire clairement comment faire, parce que chaque juridiction est unique possédant ses propres désirs, ses propres difficultés et sa propre histoire, et il doit en être ainsi. Donc, je pense qu'il y a un réel besoin pour ce genre de partage de connaissances pour soutenir les gouvernements là où ils sont et dans ce qu'ils essaient de faire, et fondamentalement, peu importe de quoi il s'agit (P18, milieu universitaire [traduction]).

De plus, de nombreux répondants ont suggéré que le réseau pourrait soutenir des projets concrets tels que des projets pilotes à l'aide d'un capital de départ, par exemple en ayant recours au financement de contrepartie. Quelques répondants du milieu universitaire se sont montrés prêts à aider les gouvernements (p. ex., par le biais de la recherche interventionnelle, d'EIS ou de transfert de connaissances liées aux politiques publiques). Des répondants estimaient que le réseau pourrait contribuer à ce but en permettant aux gouvernements et aux organismes concernés qui travaillent dans ce champ d'expertise d'entrer en contact avec des chercheurs et des personnes expérimentées dans la mise en œuvre de la SdTP.

Donc, peut-être qu'un objectif, c'est de faire de la recherche interventionnelle. [...] En mettant des chercheurs avec des gens sur le terrain qui développent différentes initiatives, un suivi se fait. Ceci peut être un transfert d'expérience au sens de transfert de politiques publiques, où l'on se partage ce que l'on est capable de faire. On n'a pas parlé des instruments de la SdTP, il y a évidemment les EIS. Alors est-ce que ça peut être un noyau ou un point de départ à partir duquel travailler, comme un moyen pour aller vers davantage de santé dans toutes les politiques? [...] Est-ce qu'un tel réseau pourrait mener à ou susciter des projets concrets à financer (P1, milieu universitaire)?

#### **ENCADRÉ 1 — PRINCIPAUX POINTS À RETENIR CONCERNANT LES BUTS LIÉS AU PARTAGE DE CONNAISSANCES ET AU RENFORCEMENT DES CAPACITÉS**

Voici quelques-uns des moyens concrets suggérés par les répondants pour soutenir le partage de connaissances et le renforcement des capacités :

- Viser la participation de membres issus de différents milieux (p. ex., de la santé publique, des universités, des gouvernements);
- Contribuer à l'établissement d'une compréhension et d'un langage communs à l'égard de la SdTP;
- Constituer et développer une base de connaissances fondée sur des données probantes relatives à l'efficacité de la SdTP, par exemple, sur ses avantages économiques, la façon dont les objectifs des autres secteurs s'arriment à ceux des objectifs de santé ou la valeur du travail intersectoriel pour résoudre des problèmes complexes;
- Développer les connaissances scientifiques fondées sur les données probantes en matière de SdTP;
- Synthétiser et mobiliser les connaissances fondées sur des données probantes connues pour accroître le savoir-faire relatif à la mise en œuvre de la SdTP (fossé entre les connaissances et l'action);

### **ENCADRÉ 1 — PRINCIPAUX POINTS À RETENIR CONCERNANT LES BUTS LIÉS AU PARTAGE DE CONNAISSANCES ET AU RENFORCEMENT DES CAPACITÉS (SUITE)**

Voici quelques-uns des moyens concrets suggérés par les répondants pour soutenir le partage de connaissances et le renforcement des capacités :

- Créer un répertoire de connaissances ou un centre de partage de connaissances où les gens pourront obtenir des informations de pointe sur la SdTP (pratiques exemplaires, guides, cours, dernières nouvelles);
- Fournir des occasions de réseautage et de partage de connaissances entre les membres, y compris des échanges informels par la tenue de réunions en présentiel;
- Former une communauté de pratique pour aider les membres à rompre l'isolement;
- Soutenir les initiatives de SdTP par l'accompagnement, les recherches interventionnelles ou d'autres mesures incitatives;
- Offrir aux membres la possibilité de faire connaître leur travail;
- Tenir les membres à jour et informés en organisant des conférences, des webinaires, des réunions et en publiant des bulletins d'information;
- Soutenir les partenariats pour la recherche et les évaluations liées à la SdTP (p. ex., les EIS);
- Soutenir les praticiens qui s'intéressent à la SdTP, mais qui ne l'ont pas encore adoptée en tant que démarche structurée;
- Contribuer à la formation d'une diversité d'acteurs sur la SdTP, tels que les acteurs de la santé publique et les étudiants en santé publique.

#### **4.2.3 BUTS LIÉS À LA CLARIFICATION ET À LA DÉFINITION DES CONCEPTS ET DE LA RAISON D'ÊTRE DE LA SdTP**

##### **a. Clarifier les concepts tout en évitant le jargon de la santé publique**

Pour de nombreux répondants, il semblait essentiel d'éviter le jargon de la santé publique pour obtenir l'adhésion des partenaires des autres secteurs. De plus, bon nombre d'entre eux ont mentionné que la SdTP pouvait sembler nébuleuse et que la compréhension de ce qu'elle sous-tend variait d'une personne à l'autre. Par conséquent, beaucoup ont suggéré que le réseau, dans ses premières étapes, vise à clarifier les principaux concepts, tels que « santé », « action intersectorielle », « déterminants de la santé » et « gouvernance intersectorielle », et à établir une compréhension commune de ceux-ci.

[...] À mon avis, le réseau ne pourrait pas se passer de cette étape-là, de discuter de ce qu'on veut dire : « Est-ce que c'est ça? Ce n'est pas ça! C'est quoi? » Et que tout le monde s'entende à peu près sur ce qu'on entend par la santé dans toutes les politiques (P10, milieu universitaire).

Par ailleurs, certains répondants estimaient qu'il fallait clarifier les outils de la SdTP, tels que les EIS, qui sont parfois confondus avec l'approche comme telle. Étant donné que la SdTP nécessite une compréhension fine de problèmes complexes et des mécanismes de collaboration avec d'autres secteurs, de nombreux répondants pensaient que l'établissement d'un langage commun entre les secteurs faciliterait le travail entre les divers acteurs.

La SdTP en tant que telle serait le premier concept à clarifier. Plusieurs répondants proposaient d'adopter une vision large et holistique du concept, ce qui signifiait, pour bon nombre d'entre eux, d'inclure des initiatives qui, sans être spécifiquement nommées SdTP, s'apparentent à cette approche. De plus, plusieurs répondants ont clairement indiqué qu'ils évitaient de mentionner le mot « santé » dans leurs échanges avec leurs partenaires, car ce terme risquait d'être un facteur de dissuasion. Ainsi, plusieurs ont dit préférer des concepts qui ont davantage de sens pour les partenaires de secteurs autres que la santé, tels que « pauvreté », « crise du logement », « justice sociale », « prospérité », « qualité de vie » et « développement économique ». Certains ont également mentionné qu'ils évitaient les termes « inégalités sociales de santé » ou « déterminants sociaux de la santé », qui ne sont pas nécessairement clairs pour beaucoup de gens et qui sont souvent considérés comme du jargon de la santé publique. Un participant, parlant de l'expérience de travail avec des acteurs extérieurs au secteur de la santé, a déclaré :

Il est impossible d'utiliser l'expression « déterminants sociaux de la santé », sinon les gens vont s'enfuir en courant. Ils ne la comprennent pas, ils ne comprennent pas comment cela peut avoir des effets sur quoi que ce soit! [...] Et nous ne faisons pas un très bon travail pour le démontrer (P20, ONG [traduction]).

Plusieurs répondants ont donc affirmé leur préférence pour des termes comme « équité », « égalité » et « inclusion », qui sont généralement mieux acceptés et compris par les différents publics.

Il est intéressant de noter qu'en Finlande, le concept de « bien-être » est davantage accepté que le concept de « santé ». Selon un participant : « Ils [les représentants de la santé publique] veulent utiliser les concepts de bien-être et de promotion de la santé pour discuter avec les municipalités et les citoyens [...] parce que le bien-être en tant que concept est plus neutre » (P16, santé publique [traduction]). Un autre répondant a parlé de son expérience au niveau du travail intersectoriel et du cadrage de la SdTP autour des résultats recherchés par ses partenaires (comme l'équité ou la réduction de la pauvreté). Lorsqu'on lui a demandé s'il emploie explicitement l'expression « Santé dans toutes les politiques », cette personne a répondu :

Non, non, nous sommes beaucoup plus discrets que cela. Le langage que nous utilisons fait écho aux déterminants sociaux de la santé, mais nous ne les appelons pas ainsi, délibérément. [...] Ils [les gens] sont très sensibilisés à l'équité, donc nous utilisons souvent ce terme pour entamer la conversation à ce sujet (P4, santé publique, provincial [traduction]).

Le nom que portera le futur réseau constitue un autre élément d'importance pour les répondants. À cet égard, de nombreux répondants ont dit qu'ils aimeraient que le mot « bien-être » soit inclus dans le nom du réseau. Parmi leurs suggestions, on trouve « Le bien-être dans toutes les politiques » et « Partenariat pour la santé et le bien-être dans toutes les politiques ». L'adoption d'une approche de bien-être<sup>3</sup> était perçue par un bon nombre de répondants comme une façon d'aller au-delà d'une vision de la santé axée sur les soins de santé, les maladies et le mode de vie, et de s'éloigner du risque de « dérive vers les comportements individuels<sup>4</sup> ». Toutefois, quel que soit le nom que portera le réseau, la majorité des répondants ont indiqué que l'équipe de coordination et les membres

<sup>3</sup> Les approches gouvernementales de bien-être reposent sur une vision du progrès social, humain, économique et environnemental qui va au-delà des mesures économiques types, telles que le produit intérieur brut et qui est adoptée pour soutenir ce qui compte le plus pour les gens, à savoir leur bien-être, sans compromettre l'avenir de la planète ou le bien-être des générations futures (Morrison et Lucyk, 2021; Poliquin, 2022).

<sup>4</sup> La « dérive vers les comportements individuels » fait référence à une tendance politique qui consiste d'abord à reconnaître la nécessité d'agir sur les déterminants sociaux en amont des inégalités de santé pour ensuite dériver en aval et se concentrer largement sur les facteurs liés aux comportements individuels (Popay *et al.* 2010, p. 148, cité par Baum et Fisher, 2014). Elle peut également faire référence à un « glissement récurrent » qui se produit lorsque les déclarations politiques passent de principes généraux à des objectifs stratégiques (Williams et Fullagar, 2019, p. 22).

devraient s'efforcer de communiquer clairement sa raison d'être à différents publics, y compris ceux qui ne font pas partie du secteur de la santé.

Je pense que, peu importe le nom du réseau, nous allons devoir trouver la façon de communiquer son importance et sa raison d'être en utilisant un langage varié pour différents publics. Et ces derniers ne vont pas nécessairement s'intéresser à la Santé dans toutes les politiques ni aux déterminants sociaux de la santé, même si c'est ce qu'ils font. [...] Mais nous pouvons les rencontrer et leur dire : « Ce que vous faites compte beaucoup pour notre mandat de Santé dans toutes les politiques » (P14, milieu universitaire [traduction]).

Quelques répondants ont toutefois avancé des arguments en faveur du maintien du nom « SdTP ». L'un de ces arguments étant que la SdTP est un concept reconnu dans les publications scientifiques et dans l'ensemble de la communauté internationale. Cette reconnaissance aiderait probablement à développer une base de données probantes sur la SdTP (contrairement à l'utilisation du mot « bien-être ») et à soutenir sa crédibilité et, donc, son attrait pour les gouvernements. De plus, l'établissement d'une terminologie et d'un langage communs relativement à la SdTP a le potentiel de renforcer la voix collective qui défend cette approche et d'accroître la légitimité des arguments en faveur de sa mise en œuvre, et par le fait même de contribuer à la promotion de la santé et à la réduction des inégalités de santé, les buts ultimes de la SdTP.

Enfin, de façon générale, les répondants ont dit craindre que trop de temps consacré à débattre des concepts puisse paralyser les actions. Par conséquent, beaucoup ont fait valoir que, sans trop débattre des questions conceptuelles, des efforts devraient être déployés pour rendre attrayants les concepts fondamentaux de la SdTP par la formulation claire et simple de l'approche, des raisons qui la sous-tendent et des avantages associés à son adoption pour les décideurs et autres publics clés (voir l'encadré 2 pour les principales recommandations relatives à la clarification des concepts).

## **ENCADRÉ 2 — PRINCIPAUX POINTS À RETENIR CONCERNANT LA CLARIFICATION ET LA DÉFINITION DE LA RAISON D'ÊTRE ET DES CONCEPTS DE LA SdTP**

### **Parler le même langage et comprendre ce qu'est et ce que n'est pas la SdTP**

- Travailler à la clarification des concepts fondamentaux de SdTP et à l'établissement d'une compréhension commune de ceux-ci;
- Envisager de formuler la SdTP en utilisant d'autres termes tels que « bien-être », « santé et bien-être », « équité » ou « justice ».

### **Éviter le jargon de la santé publique et utiliser un langage inclusif**

- Utiliser le langage que les partenaires potentiels connaissent le mieux (p. ex., un langage qui s'arrime aux priorités de leur ministère);
- Adopter une méthode inclusive en réfléchissant au choix de mots, tels que « santé », « bien-être », « justice » et « équité »;
- Chercher des initiatives de SdTP qui portent un nom différent en vue de les inclure;
- Envisager d'adopter une vision large de la SdTP afin d'inclure toutes les initiatives afférentes au lieu de consacrer beaucoup de temps à la clarification et à la délimitation du concept.

b. Lassitude envers les cadres de référence : envisager une approche de SdTP dans les cadres existants

Selon plusieurs répondants, rendre l'approche applicable et réaliste pour les différents secteurs gouvernementaux constituait un but possible du futur réseau en vue de contribuer à accroître l'adhésion à la SdTP au Canada. Si les répondants étaient d'avis que les principes de la SdTP étaient généralement bien compris, ils pensaient en revanche que leurs dimensions pratiques et opérationnelles (le comment) étaient jugées plutôt complexes. Selon de nombreux répondants, cette situation attise les difficultés de mise en œuvre actuelles réelles ou anticipées pour de nombreux responsables gouvernementaux et d'autres acteurs.

Un participant a parlé de « lassitude envers les cadres de référence » (P2, milieu universitaire [traduction]), mentionnant le risque que les décideurs et autres acteurs de différents secteurs ne soient pas réceptifs ou même incapables d'intégrer un autre cadre de référence pour élaborer leurs politiques publiques, à moins d'y être contraints. La question de la légitimité a également été soulevée : de quel droit les autorités de la santé publique peuvent-elles demander aux autres d'adopter la SdTP? Cette demande pourrait être perçue comme l'imposition d'un mode de fonctionnement ou comme une forme d'impérialisme sanitaire. C'est pourquoi de nombreux répondants doutent que la SdTP puisse être mise en œuvre si les acteurs intersectoriels ne sont pas contraints d'agir en ce sens. De même, de nombreux répondants ont mentionné que la SdTP avait beaucoup de points communs avec les initiatives de bien-être et d'autres cadres de référence, tels que celui des ODD. Par conséquent, des répondants ont suggéré d'envisager d'incorporer la SdTP aux cadres de référence existants, donc de miser sur les cadres de référence qui sont déjà des priorités pour les gouvernements (p. ex., ODD, bien-être), afin d'éviter d'en ajouter un autre :

Je pense aux objectifs de développement durable, en particulier, qui sont des objectifs, encore une fois, pour de nombreux gouvernements nationaux. [...] Nous pouvons démontrer comment une approche de Santé dans toutes les politiques peut contribuer à faire face à ces défis spécifiques (P18, milieu universitaire [traduction]).

#### 4.2.4 BUTS LIÉS AUX DIMENSIONS POLITIQUES DE LA SdTP

La plupart des répondants ont défendu la nécessité d'une mise en œuvre concrète de la SdTP au Canada. Ainsi l'un des principaux buts envisagés pour le futur réseau est de pouvoir entrer en contact avec des politiciens, décideurs et analystes politiques des échelons intermédiaires et supérieurs et d'autres parties prenantes afin d'obtenir un réel engagement de leur part envers l'implantation de la SdTP. Les résultats suivants concernent les aspects politiques de la mise en œuvre de la SdTP et ses implications pour le réseau.

a. L'importance du leadership des gouvernements et des hauts fonctionnaires pour influencer sur l'adoption de l'approche

Pour de nombreux répondants, le leadership de fonctionnaires aux échelons intermédiaires et supérieurs augmenterait la crédibilité du RCSdTP et son attrait, tout en influençant l'adoption de l'approche de la SdTP. La plupart convenaient que l'adhésion de gouvernements et de hauts fonctionnaires pourrait contribuer à l'atteinte de nombreux buts du RCSdTP : « Je pense que nous avons besoin de leadership au plus haut échelon possible, donc que ce soit notre premier ministre ou quelqu'un travaillant à ce niveau » (P8, santé publique, fédéral [traduction]). Ainsi, pour faire participer les gouvernements à la SdTP, il convient d'aborder les fonctionnaires en faisant ressortir les synergies entre leurs intérêts et programmes politiques — comme l'atteinte des 17 ODD, la lutte contre les changements climatiques, les maladies non transmissibles, etc. — et les objectifs du réseau. L'idée est de « tirer parti de l'intérêt des acteurs politiques et des autres parties prenantes

pour démontrer qu'ils contribuent à la santé et au bien-être de leur communauté » (P18, milieu universitaire [traduction]). Par exemple, un participant a mentionné que les changements législatifs relatifs à la SdTP se produisent souvent lorsque la volonté politique coïncide avec les objectifs des organisations (telles que les ONG) qui tentent d'influencer les agendas politiques.

Par ailleurs, bon nombre de répondants étaient également d'avis que le contexte pandémique constituait une occasion unique, puisqu'elle a mis en évidence l'omniprésence des inégalités sociales au Canada et la nécessité d'accroître la collaboration entre les secteurs. Ils considéraient les récents efforts collectifs de lutte contre cette maladie transmissible comme des tremplins permettant un plus grand engagement envers les déterminants de la santé. Par conséquent, de nombreux répondants ont mentionné que le réseau arriverait à point nommé pour soutenir l'adoption de la SdTP : « À l'heure actuelle [pandémie de COVID], il s'agit d'un moment clé pour des transformations innovantes, où les secteurs des services sociaux et de l'économie désirent collaborer avec le secteur de la santé [...] » (P21, santé publique, fédéral [traduction]).

#### b. Obtenir des changements législatifs à l'appui de la SdTP

Selon de nombreux répondants, il est crucial de disposer de leviers législatifs pour donner un environnement et un mandat favorables à la mise en œuvre de la SdTP. C'est pourquoi l'un des buts du réseau suggéré pourrait être de contribuer à l'établissement d'objectifs concrets en SdTP, notamment à l'échelle provinciale.

Ce qu'il faut, c'est un modèle qui ressemble à celui de Terre-Neuve, où c'est inscrit dans la loi. Ensuite, il y a un ensemble de personnes qui ont la responsabilité des résultats. [...] Donc, le réseau regrouperait des leaders en matière de politiques publiques, des experts en recherche, des courtiers en connaissances. Mais il faut que ça commence par une forte imputabilité (P21, santé publique, fédéral [traduction]).

La SdTP concerne la gouvernance intersectorielle, et certains répondants la voient comme un mariage entre les connaissances techniques et l'engagement politique.

Parmi les meilleurs exemples dont j'ai eu écho [sur la mise en œuvre de la SdTP] sont ceux dans lesquels la loi définit clairement ce qu'elle est [la SdTP] et dans quels contextes elle doit avoir lieu. Ainsi, la SdTP est appliquée de façon uniforme. En fin de compte, ce que nous avons vu à certains endroits, et pas seulement en ce qui a trait à la loi, mais aussi à la structure de gouvernance qui est mise en place pour permettre à cette méthode de fonctionner réellement dans tous les ministères concernés. Ainsi, il ne s'agit pas seulement de savoir si quelqu'un participe ou non, il y a en fait une structure de gouvernance facilitant l'adoption de la SdTP, laquelle vient avec une obligation d'imputabilité. Donc, je pense que c'est ce qui est vraiment nécessaire (P23, santé publique, provincial [traduction]).

#### c. Soutenir les décideurs politiques et informer les acteurs de la santé publique sur l'élaboration de politiques publiques

L'une des voies envisagées par de nombreux répondants pour promouvoir la SdTP est d'influencer son adoption dans le développement des politiques publiques. Il s'agit d'un objectif à deux volets. D'une part, plusieurs répondants ont mentionné que le réseau devrait tendre la main aux gouvernements et aux décideurs politiques afin de contribuer à améliorer leur compréhension des moyens permettant d'intégrer la SdTP dans l'élaboration de politiques publiques. Cela pourrait se faire notamment en leur fournissant des notes de breffage sur les politiques publiques, des exemples de politiques publiques qui s'inspirent de la SdTP ou des informations sur les principaux déterminants de la santé. De plus, quelques répondants ont suggéré de créer un répertoire de politiques publiques et d'outils reliés à la SdTP pour orienter l'élaboration de politiques publiques en

matière de SdTP dans diverses juridictions. Certains ont mentionné que cette méthode pourrait être particulièrement utile dans les plus petites provinces ou dans les territoires du Canada :

Je pense aussi qu'il serait vraiment bénéfique d'avoir [...] une sorte de référentiel virtuel, parce que je me souviens de l'époque où je rédigeais des politiques et que je n'avais rien pour me guider et que je n'avais jamais rédigé de politiques publiques auparavant [...] (P24, santé publique, provincial [traduction]).

D'autre part, le renforcement des connaissances et des capacités des acteurs de la santé publique au niveau des processus de politiques publiques et le domaine politique en général (tels que les agendas politiques, le cycle politique, les fenêtres d'opportunité et l'élaboration de politiques publiques) est également considéré comme essentiel pour guider les décisions et les politiques publiques au sein de leur propre organisme ainsi qu'au sein des différents ordres de gouvernement. Selon plusieurs répondants, l'acquisition de ces compétences pourrait grandement favoriser les échanges avec des politiciens et des décideurs et ainsi les convaincre de la pertinence de l'approche de la SdTP. Certains ont proposé des activités qui pourraient être menées par le réseau, telles que la formation à l'élaboration de politiques publiques, le *monitoring* ou le *scan* de politiques publiques pour aider les acteurs à saisir les fenêtres d'opportunité qui se présentent.

### **ENCADRÉ 3 — PRINCIPAUX POINTS À RETENIR CONCERNANT LES BUTS LIÉS AU SOUTIEN POLITIQUE ET À L'ADOPTION DE LA SdTP**

- Favoriser l'adhésion, la volonté politique, l'engagement et le leadership des fonctionnaires des échelons intermédiaires et supérieurs;
- Former les acteurs de la SdTP sur les processus politiques et l'élaboration de politiques publiques afin d'influencer les décisions politiques;
- Entreprendre des activités de transfert de connaissances en matière de SdTP pour les fonctionnaires de divers secteurs;
- Travailler à influencer les décisions publiques, les politiques publiques et les lois pour soutenir l'adoption de la SdTP;
- Traduire les principes et les concepts de la SdTP dans un langage simple et familier pour faciliter leur adoption par les gouvernements et les différents secteurs (p. ex., à travers un travail sur des lignes directrices, ou le cadrage de la SdTP).

#### **4.2.5 BUTS LIÉS AUX ACTIVITÉS DE PLAIDOYER**

Selon la grande majorité des répondants, les activités de plaidoyer devraient également être l'un des buts du réseau, mais pas nécessairement au cours des premières phases. Plusieurs ont indiqué qu'il faudrait d'abord étudier les difficultés associées à l'adoption de la SdTP au Canada et produire des documents en vue d'orienter les objectifs en matière de plaidoyers. Parmi les domaines les plus souvent mentionnés comme devant faire l'objet de plaidoyers, se trouvent ceux ayant trait au financement des projets de SdTP; la promotion de l'adoption de l'approche par les gouvernements; l'engagement des gouvernements; l'adoption de lois en faveur de la SdTP; l'augmentation de l'adhésion des diverses parties prenantes; et la collecte de données granulaires pour accroître la base de connaissances fondées sur des données probantes en matière de SdTP afin de pouvoir démontrer son utilité et sa légitimité.

Néanmoins, la plupart des répondants ont fait valoir qu'il fallait être prudent dans les activités de plaidoyer afin d'éviter de s'aliéner des membres, notamment des fonctionnaires, ou de les mettre en position de conflit avec leur organisation. Dans ce contexte, de nombreux répondants privilégieraient plutôt les activités de promotion (au lieu des activités de plaidoyer direct). Dans cette perspective, le rôle du réseau pourrait consister à habiliter les acteurs à défendre efficacement l'approche de SdTP en favorisant le partage de connaissances (p. ex., études de cas de mises en œuvre réussies, notes de breffage, avis, recension des écrits) et le réseautage. Enfin, certains ont suggéré d'établir des liens avec des groupes de plaidoyer indépendants du réseau et des autorités gouvernementales, ce qui contribuerait à créer une voix collective pour relayer le message. Cette formule semblait idéale aux yeux de nombreux répondants.

Eh bien, je pense certainement qu'il faut mener des activités de plaidoyer. Je suppose que tout dépend de la nature du réseau et de la personne qui le dirige, car toutes les organisations ne sont pas autorisées à faire du plaidoyer. Mais je pense qu'il serait essentiel d'avoir une sorte de volet de plaidoyer, qu'il soit assuré par le réseau lui-même ou un organisme partenaire (P9, milieu universitaire [traduction]).

### **4.3 Considérations relatives à la composition du réseau, à sa taille et aux critères d'adhésion**

---

Les répondants ont fait part de leurs points de vue sur l'adhésion au réseau, notamment sa composition idéale, l'engagement des membres, la portée et la structure interne possible, soit des éléments qui permettraient d'en assurer le bon fonctionnement et la pérennité. Ils ont mentionné qu'il faudrait fixer les buts et les priorités du réseau avant de déterminer les critères d'adhésion. Ainsi, la plupart des répondants ont indiqué qu'un comité consultatif devrait être créé afin d'établir les buts initiaux et de fixer les critères d'adhésion.

#### **4.3.1 CARACTÉRISTIQUES DES MEMBRES : PERSONNES DE POUVOIR ET CHAMPIONS**

En ce qui concerne la sélection des membres, la majorité des répondants étaient d'avis que le recrutement de leaders est essentiel, c'est-à-dire de personnes en position de pouvoir (fonctionnaires des échelons intermédiaires et supérieurs) ou capables d'influencer la prise de décision, ou encore, des champions — à savoir des personnes charismatiques et passionnées qui aiment le travail en équipe, qu'elles soient issues du milieu universitaire, d'organismes gouvernementaux ou d'ONG. Les champions ont également été décrits comme des personnes ayant un « esprit de collaboration » (P5, ONG [traduction]), qui s'intéressent à la SdTP, sont conscientes de sa valeur et « ont des idées audacieuses ». Les répondants estimaient qu'il était également utile de recruter des personnes qui ne sont pas en position d'autorité, car elles ont peut-être une plus grande liberté de parole que les fonctionnaires, par exemple :

Les personnes qui ne sont pas en position d'autorité, elles n'ont pas de pouvoir, mais elles peuvent avoir des idées audacieuses, alors que les personnes en position d'autorité, elles ont du pouvoir, mais elles ne peuvent pas nécessairement avoir des idées audacieuses (P8, santé publique, fédéral [traduction]).

Certains répondants ont souligné l'importance de choisir soigneusement des personnes qui sont motivées à travailler à la mise en œuvre de la SdTP et qui peuvent contribuer à cet objectif. En outre, certains répondants pensaient que les membres qui jouent un rôle dans la mise en œuvre ou l'adoption de la SdTP seraient très précieux pour le réseau et contribueraient à la réalisation du vaste but visant l'adoption de la SdTP.

Je pense que, ce qui serait le plus utile, ce serait un groupe de personnes en mesure de fournir des exemples concrets de la façon de commencer au Canada. [...] Je crois qu'il faudra des personnes qui ont un intérêt. [...] Mais, s'il n'y a rien de tangible pour les parties prenantes, cela ne se produira jamais [c.-à-d. l'adoption de la SdTP] (P2, milieu universitaire [traduction]).

#### 4.3.2 UN RÉSEAU HÉTÉROGÈNE ET INCLUSIF

La plupart des répondants estimaient qu'il était crucial pour le futur réseau d'être diversifié, inclusif et représentatif des provinces et territoires ainsi que de la diversité culturelle du Canada. Cet aspect serait souvent négligé dans les initiatives nationales similaires. Selon un participant :

L'une de mes plus grandes préoccupations au Canada est que, lorsque nous faisons des choses, nous ne considérons pas toujours l'ensemble du pays, qui compte trois territoires et dix provinces, et nous déployons beaucoup d'efforts dans nos grandes provinces, vous savez, la Colombie-Britannique, l'Alberta, l'Ontario. Et nous n'avons pas tendance à chercher à obtenir la contribution des gens du Québec, des Maritimes, du Nord, ni à les inclure. Et je pense qu'il est essentiel que nous examinions l'équilibre si nous avons un réseau [...] parce que les territoires sont trop souvent laissés de côté et ils représentent une merveilleuse partie du Canada. La composition du réseau devrait représenter la diversité du pays. Puisque nous sommes un pays multiculturel, et nous devrions représenter cette réalité si nous créons un réseau canadien, le réseau devrait vraiment être représentatif du Canada (P24, santé publique, provincial [traduction]).

Il est à noter que quelques répondants, tous issus de la santé publique, ont suggéré de lancer d'abord le réseau uniquement avec des membres composés d'acteurs de la santé publique et du milieu universitaire, cela afin d'en arriver à une compréhension commune de la SdTP, de s'assurer qu'un langage commun est utilisé en SdTP et aussi pour bien circonscrire le projet.

Lorsque nous [la santé publique] aurons un consensus en tant que groupe sur les priorités actuelles ou à venir, ou sur les problèmes, nous pourrions inviter des représentants d'autres secteurs, qui dirigent ces priorités ainsi que des experts en la matière (P8, santé publique, fédéral [traduction]).

Cependant, la plupart des répondants pensaient qu'il valait mieux miser sur la mixité dès la création du réseau plutôt que de commencer uniquement avec un groupe de professionnels de la santé publique, principalement pour éviter que le réseau ne finisse par devenir un groupe fermé d'acteurs de la santé publique, aussi engagés soient-ils, qui se parlent entre eux plutôt que de dialoguer avec des acteurs d'autres secteurs, comme ils le devraient. Idéalement, selon la plupart des répondants, les membres devraient provenir de divers horizons (p. ex., du secteur de la santé publique, des ONG, des gouvernements et organisations inuits, métis et des Premières Nations). De plus, beaucoup ont mentionné qu'il faudrait inviter des membres qui occupent des postes variés aux différents ordres de gouvernement fédéral, provincial et territorial et au sein d'administrations municipales (p. ex., cadres supérieurs et intermédiaires, décideurs, analystes politiques, leaders en matière de politiques publiques, etc.).

De mon point de vue, toute la raison d'être de la Santé dans toutes les politiques repose sur le fait qu'il faut éviter que ce soit une conversation exclusive à la santé publique. [...] Ça ne se passe pas dans ce domaine, ça se passe ailleurs. Et je pense que, pour que l'initiative soit féconde, nous devons entendre les histoires et les exemples des parties prenantes d'autres secteurs avec lesquels nous établirions ce dialogue, nous tisserions ces relations et ferions le travail d'élaboration des politiques. Donc, je pense vraiment que cette représentation est importante (P4, santé publique, provincial [traduction]).

### 4.3.3 SECTEURS OU THÈMES À CIBLER

Malgré les divergences d'opinions quant à la composition initiale du réseau (à savoir, s'il faut ou non n'inclure au départ que des acteurs de la santé publique), la grande majorité des répondants estimaient que le réseau devrait évoluer pour devenir intersectoriel. Il leur semblait tout particulièrement important d'attirer des gens du secteur des finances. Les autres secteurs les plus souvent mentionnés étaient l'environnement, l'éducation et les services sociaux (même si, dans certaines provinces, les services sociaux et la santé font partie du même ministère). Aussi, bien que la mise en œuvre d'un réseau intersectoriel puisse apparaître de prime abord difficile, plusieurs répondants pensaient que la diversité des secteurs pourrait enrichir les échanges et contribuer à créer les alliances nécessaires entre les acteurs de la santé publique et ceux des autres secteurs :

C'est sûrement plus difficile d'implanter un réseau intersectoriel puisque ça implique d'aller chercher des gens dont on ne connaît pas nécessairement l'implication [avec la SdTP]. Mais, c'est probablement le plus gros bénéfice que l'on puisse en retirer, c'est d'avoir davantage d'interactions significatives entre les acteurs de la santé publique et ceux des autres secteurs (P1, milieu universitaire).

Quelques répondants ont également proposé de choisir un nombre restreint de secteurs pour que les buts du réseau restent réalistes. De plus, plutôt que de rechercher les « meilleurs » secteurs, certains répondants ont recommandé de cibler de manière pragmatique les partenaires avec lesquels la santé publique a développé les plus grandes affinités ou qui souhaitent explicitement adopter une approche de SdTP, indépendamment des secteurs : « Je pense que le secteur n'a presque pas d'importance, tant qu'il est prêt à s'engager et qu'il voit les avantages potentiels. Ce serait les meilleurs secteurs à choisir, ceux qui sont les plus disposés à s'engager » (P2, milieu universitaire [traduction]).

### 4.3.4 TAILLE DU RÉSEAU

Certains répondants ont fait valoir que la « force du nombre » était importante et voyaient donc des avantages à créer un vaste réseau, notamment afin que différents publics puissent partager un langage, des connaissances et des buts communs. Cependant, la plupart convenaient qu'il fallait éviter que le réseau devienne énorme, car il perdrait de la valeur pour ses membres. Par conséquent, selon la plupart des répondants, le nombre de membres devrait être limité, au moins pendant les premières phases de déploiement du réseau, pour assurer son efficacité, éviter de diluer le mandat et laisser suffisamment de temps aux membres pour échanger. Beaucoup ont indiqué que les réunions risquaient de générer peu de dialogues et de ressembler « davantage à des séances de type-conférence » si le réseau était très vaste (P4, santé publique, provincial [traduction]).

Il y a la notion du bon équilibre entre le fait d'être inclusif, suffisamment inclusif pour être crédible, et suffisamment agile pour s'implanter et bouger, parce que les relations au sein de l'organisation se construisent entre les régions géographiques, les secteurs et les caractéristiques démographiques (P22, ONG [traduction]).

### 4.3.5 ORDRES DE GOUVERNEMENT ET AUTRES ACTEURS CLÉS

Quelques répondants ont mentionné que les trois ordres de gouvernement contribuaient au succès de la SdTP. Cependant, la plupart estimaient que, pour des raisons pratiques, le réseau devrait choisir les ordres qu'il souhaitait soutenir (fédéral, provincial, territorial, régional ou local). Il a été souligné qu'il faudrait chercher à obtenir l'adhésion d'un gouvernement provincial pour renforcer la crédibilité du RCSdTP, faire avancer le programme de la SdTP et inciter d'autres provinces à adopter l'approche.

Quelques répondants ont exprimé leurs réticences à inclure les acteurs municipaux, principalement pour éviter de diluer les priorités du réseau. Une personne a suggéré que les municipalités pourraient bénéficier des conseils d'un représentant du gouvernement provincial. En revanche, d'autres estimaient que les municipalités et les régions étaient des acteurs incontournables à cibler, car ce sont eux qui traduisent les politiques publiques fédérales et provinciales en actions et qu'ils « sont les plus proches du terrain et ceux qui tentent de faire le travail » (P20, ONG [traduction]). Par conséquent, leurs histoires de réussite pourraient servir à attirer des champions de la SdTP et inciter les décideurs à adopter la SdTP. De même, il pourrait être utile d'inviter d'autres parties prenantes telles que des organismes communautaires et des ONG, puisque, comme le souligne une participante, « une grande partie du travail que nous considérons aujourd'hui comme relevant de la Santé dans toutes les politiques est en fait effectuée par des ONG et des organismes communautaires » (P23, santé publique, province [traduction]). Cependant, comme il est impossible d'inclure tous les membres potentiels, quelques répondants ont également suggéré qu'un membre puisse être désigné afin qu'il « agisse en tant que représentant d'un groupe plus large » (P22, ONG [traduction]).

#### **4.3.6 VOILETS THÉMATIQUES OU SOUS-GROUPES**

Même si la SdTP peut rallier de nombreux membres, beaucoup de répondants ont mentionné qu'il faudrait tenir compte des différences contextuelles (p. ex., entre les juridictions canadiennes ou les secteurs), puisque les collectivités ne sont pas homogènes et que les politiques publiques doivent également tenir compte de la culture et de la diversité. Pour prendre en considération les différences canadiennes et aussi pour des raisons pratiques (p. ex., la difficulté d'organiser des réunions en raison des fuseaux horaires, de l'étendue de la zone géographique, de la dualité linguistique, des ordres de gouvernement), beaucoup ont suggéré la création de volets ou de sous-groupes, qui pourraient être établis en fonction des ordres de gouvernement ou du type d'organisation (p. ex. : municipal, provincial, inuit, métis, des Premières Nations), de thèmes précis (inégalités, changements climatiques, environnement, droits des Autochtones, immigration), de régions géographiques (provinces de l'Atlantique, provinces de l'Ouest, territoires du Nord) ou de la langue. Certains répondants ont également proposé la création d'une section internationale. Quelques-uns ont mentionné que le réseau pourrait être une occasion pour le Canada de reprendre son rôle de chef de file en matière de promotion de la santé qu'il avait jadis à l'échelle internationale, notamment avec la Charte d'Ottawa.

Les membres pourraient donc choisir de faire partie de volets précis tout en faisant également partie du groupe principal afin de ne pas être absents lorsque se tiennent d'autres échanges importants.

À propos de la taille? Tout dépend des liens que nous essayons d'établir [...], pour que le réseau reste gérable en raison de la taille et des relations établies. Je veux dire qu'il y a plusieurs façons de procéder. Nous pouvons avoir un groupe principal et ensuite réunir un petit groupe de gens qui font un travail similaire. Je crois vraiment que ce serait utile. Si c'est le cas, le réseau pourrait être plus grand et je ne pense pas que le nombre serait nécessairement un problème. [...] Je pense que l'idée est de rassembler des personnes ayant suffisamment de points communs pour que la conversation soit pertinente. Il est difficile de s'associer à tout. Si les gens peuvent sélectionner eux-mêmes les groupes qui les intéressent, en fonction du type de travail qu'ils font ou de la juridiction dans laquelle ils travaillent, je pense que c'est comme ça que nous pourrions fonctionner (P6, santé publique, régional ou local [traduction]).

#### 4.3.7 LA CONTRIBUTION DES MEMBRES ET DURABILITÉ DE LEUR ENGAGEMENT

De nombreux répondants estiment que le succès du RCSdTP dépendra fortement de sa capacité à rassembler une diversité de membres ainsi qu'à tirer parti de leur expertise et de leur contribution au réseau. Ils ont abordé les difficultés relatives à la mise sur pied d'un groupe hétérogène de membres (quant aux expériences et aux profils des membres), surtout de personnes en dehors du secteur de la santé, et au maintien de l'engagement des membres. Interrogé sur la façon d'attirer des partenaires intersectoriels, un participant a mentionné que le réseau devrait cadrer la SdTP comme une approche rentable pour eux et « comment elle améliorera leur travail et les aidera à servir leurs clients ou les personnes qu'ils représentent. Je pense que nous devons commencer par cela : montrer en quoi cette approche est bénéfique pour eux (P4, santé publique, provincial [traduction]).

Aussi, les répondants ayant de l'expérience dans la mise en œuvre d'un réseau ont souligné l'importance de bien connaître les membres, leurs motivations à faire partie du RCSdTP et la contribution qu'ils souhaitent apporter. Par exemple, les répondants du milieu universitaire ont indiqué leur intérêt à pouvoir présenter leurs travaux à de potentiels collaborateurs de recherche. Selon les répondants, d'autres membres pourraient trouver leur compte en assumant un leadership au sein du réseau, par exemple relatif à un volet spécifique ou un projet précis.

Parmi les incitatifs à prendre part au RCSdTP, les répondants ont nommé ceux de pouvoir participer à des conférences et d'obtenir des fonds de démarrage pour de petits projets ou des bourses d'études. Pour favoriser l'engagement, les répondants ont également recommandé de donner aux membres des occasions de contribuer de façon significative au réseau, entre autres en faisant connaître leurs travaux, en organisant des webinaires ou en rédigeant des articles qu'ils pourraient ensuite publier sur le site Internet du RCSdTP. Pour soutenir l'intérêt, beaucoup pensaient également qu'il devrait y avoir un juste équilibre entre les échanges formels et informels. Selon les répondants, les réunions et les conférences en présentiel (nationales et internationales) ont également la cote auprès des personnes qui aiment voyager et rencontrer d'autres interlocuteurs. Il convient de noter que plusieurs répondants ont mentionné que la rencontre pancanadienne sur la SdTP qui a eu lieu à Québec en 2019 avait été une expérience riche qui leur avait permis d'échanger en toute spontanéité avec d'autres personnes sur la SdTP.

#### **ENCADRÉ 4 — PRINCIPAUX POINTS À RETENIR CONCERNANT LA TAILLE ET LES CRITÈRES D'ADHÉSION**

- Les buts et les priorités du réseau doivent être fixés avant la détermination des critères d'adhésion. Ainsi, un comité consultatif doit être créé pour ce faire;
- Beaucoup pensent que le nombre de membres devrait être limité, du moins pendant les premières phases du réseau, afin que ce dernier soit efficace et gérable, et que les buts demeurent réalistes;
- Si quelques répondants ont suggéré de lancer le réseau avec uniquement des acteurs de la santé publique et du milieu universitaire lors de ses phases initiales, afin de définir le projet et d'en arriver à une compréhension commune, la plupart préféreraient miser sur la mixité dès la création du réseau;
- Malgré les divergences d'opinions concernant la composition initiale du réseau (à savoir, s'il faut ou non n'inclure au départ que des acteurs de la santé publique), la grande majorité des répondants étaient d'avis que le réseau devrait évoluer et devenir un réseau intersectoriel;

#### **ENCADRÉ 4 — PRINCIPAUX POINTS À RETENIR CONCERNANT LA TAILLE ET LES CRITÈRES D'ADHÉSION (SUITE)**

- La majorité des répondants estimaient qu'il serait tout aussi gagnant de recruter des champions de la SdTP ainsi que des personnes charismatiques et passionnées que de recruter des acteurs en position de pouvoir;
- Selon les répondants, le groupe d'acteurs centraux et l'ensemble du réseau devraient idéalement comprendre des membres issus de divers horizons et être représentatifs des provinces et des territoires ainsi que de la diversité culturelle du Canada;
- Il était considéré que, outre le financement adéquat, la pérennité du réseau dépendra de sa capacité à rassembler une diversité de membres, à tirer parti de leur expertise et à les maintenir engagés au sein du réseau;
- Un bon nombre de répondants ont suggéré la création de volets ou de sous-groupes pour mieux atteindre les divers objectifs du réseau, mais aussi pour des raisons pratiques et pour tenir compte des différences contextuelles (p. ex., fuseaux horaires, étendue de la zone géographique, dualité linguistique, ordres de gouvernement).

#### **4.4 Considérations relatives aux perspectives inuites, métisses et des Premières Nations**

La question suivante a été posée à tous les répondants, qu'ils soient autochtones ou non : « Que faudrait-il pour que le RCSdTP soit approprié et utile pour les organisations autochtones, et respectueux envers elles? » Les résultats présentés dans cette sous-section proviennent principalement de répondants non autochtones, étant donné que seulement un participant se définissait comme Autochtone et qu'un seul autre répondant était affilié à une organisation autochtone. Par conséquent, il faudra mener d'autres consultations avec les gouvernements et organisations inuits, métis et des Premières Nations pour recueillir des informations approfondies sur la valeur de la SdTP telle qu'elle est perçue par ces gouvernements ou organisations, car leur compréhension et leur vision de la santé diffèrent peut-être de celles véhiculées par le concept de SdTP. Même s'il est reconnu que les priorités varient d'un gouvernement et d'une organisation inuit, métis et des Premières Nations à l'autre, il est crucial de mieux comprendre s'ils envisagent de prendre part au réseau et, si oui, de quelle façon.

##### **4.4.1 LACUNES RELATIVES À LA COLLABORATION ENTRE LA SANTÉ PUBLIQUE ET LES GOUVERNEMENTS ET LES ORGANISATIONS INUITS, MÉTIS ET DES PREMIÈRES NATIONS**

De nombreux répondants ont indiqué qu'il était crucial d'améliorer la collaboration entre la santé publique et les gouvernements et les organisations inuits, métis et des Premières Nations. Selon ces répondants, la collaboration est entravée en partie en raison de la complexité liée aux différentes juridictions impliquées, au colonialisme et au manque de savoir-faire pour établir des rapports significatifs avec les acteurs autochtones.

Selon le répondant d'une organisation autochtone, la nation des Métis applique déjà une approche des déterminants sociaux de la santé. Par conséquent, le cadre de la SdTP et les outils connexes pourraient les aider à mener à bien des actions en cours. Par exemple, la conception multidimensionnelle de la santé et du bien-être de la nation des Métis inclut la terre et les communautés, ce qui fait que les revendications territoriales et les traités sont indissociables de la SdTP. De même, selon d'autres répondants, les perspectives inuites, métisses et des Premières

Nations, qui sont considérées comme holistiques et donc correspondant aux principes de SdTP, pourraient contribuer de façon importante à l'avancement de la SdTP : « Je pense que les communautés autochtones pourraient beaucoup nous aider avec la réflexion sur la SdTP compte tenu de leur conception de la santé qui est déjà pluricirculaire [...] » (P10, milieu universitaire).

Pour toutes ces raisons, la plupart des répondants estimaient que des perspectives inuites, métisses ou des Premières Nations devaient être au premier plan dans les discussions sur la création du réseau.

#### **4.4.2 NÉCESSITÉ DE CONSULTER LES GOUVERNEMENTS ET LES ORGANISATIONS INUITS, MÉTIS ET DES PREMIÈRES NATIONS DÈS LA PHASE INITIALE**

Les répondants ont proposé de consulter les gouvernements et les organisations inuits, métis et des Premières Nations et d'intégrer un leadership autochtone (de la part d'individus ou d'organismes) dès la création du réseau. Plus important encore, de nombreux répondants estiment qu'il est crucial que des membres inuits, métis et des Premières Nations contribuent à l'élaboration de la vision et de la mission du RCSdTP et qu'il ne faudra pas se contenter de les inviter à se joindre au réseau dans une phase ultérieure.

Il ne s'agit pas simplement d'envoyer un courriel à quelqu'un pour lui demander : « Voulez-vous participer à notre réseau? » Non. Je pense que nous devons avoir un engagement concret avec les trois groupes autochtones, un engagement respectueux, et comprendre qu'ils ont des leaders et des personnes qui peuvent prendre des décisions [...] (P5, ONG [traduction]).

Il est également essentiel de tenir compte du colonialisme, des droits des Autochtones, de l'autonomisation et de l'autodétermination dans la mise sur pied du réseau.

Mais cela prend du temps, il faut établir la confiance. Ce n'est pas quelque chose que l'on peut faire rapidement [...], il faut d'abord éliminer le négatif. Les Autochtones ont un dicton : « Rien sur nous sans nous. » Ne faites pas de plans pour nous si nous ne sommes pas inclus, car ça ne marchera pas. [...] Et nous devons les écouter. C'est difficile, ce n'est pas rien, ça ne peut pas être compliqué, ça ne peut pas être d'une ampleur telle que ça ne fonctionne pas, ça doit aussi être représentatif, et c'est toujours le défi (P24, santé publique, provincial [traduction]).

De plus, quelques répondants ont recommandé que le réseau explore la possibilité de fournir des incitatifs (d'ordre pécuniaire ou autre) pour encourager la participation des membres inuits, métis et des Premières Nations et d'être clair sur ce que l'on attend d'eux. Les organisations autochtones reçoivent beaucoup de demandes pour prendre part à des groupes nationaux et à divers projets, alors que leurs ressources sont limitées. Ainsi, il conviendrait de leur fournir les bonnes informations, afin qu'elles puissent choisir si elles veulent participer au réseau en général et dans quels projets précis elles souhaitent s'impliquer, et ainsi faire bon usage de leur temps :

Il est important de prendre en considération que les organisations autochtones n'ont pas assez de ressources pour prendre part à toutes les conversations et à tous les réseaux ou groupes de travail. C'est pourquoi il est préférable d'essayer de les faire participer à des initiatives précises, à des projets précis (P5, ONG [traduction]).

#### **4.4.3 ASSURER LA SÉCURISATION CULTURELLE AU SEIN DU RÉSEAU**

Plusieurs répondants ont indiqué que les organisations ou les gouvernements pourraient hésiter à prendre part au réseau, puisque la SdTP pourrait être vue comme une autre approche coloniale, qui ne sert pas nécessairement leurs intérêts. Pour établir des liens avec les partenaires inuits, métis et

des Premières Nations, les répondants ont suggéré de s'éloigner de la perspective occidentale rigide et étroite et d'inclure d'autres langues, conceptions (de la santé ou du bien-être), modes de connaissance et façons d'envisager les problèmes et les solutions. Certains répondants ont proposé que les membres non autochtones reçoivent une formation sur la sécurisation culturelle afin de reconnaître leurs préjugés individuels (p. ex., en en apprenant sur la décolonisation). De plus, selon un participant, la SdTP ne devrait pas être présentée ni perçue comme une tentative de remplacer d'autres cadres de référence (p. ex., l'approche holistique de la roue médicinale).

Je pense que oui, nous voudrions nous assurer qu'elle [la SdTP] répond aux besoins des organisations autochtones. Il faut également être très clair sur le fait qu'il ne s'agit pas de remplacer ce qui existe déjà, soit des modèles ou des perspectives, mais plutôt d'être complémentaire en quelque sorte (P5, ONG [traduction]).

#### **4.4.4 FIXER DES BUTS QUI CORRESPONDENT AUX PRIORITÉS, AUX CONNAISSANCES ET AUX PRINCIPES DES PREMIÈRES NATIONS, DES INUITS ET DES MÉTIS**

De nombreux répondants étaient d'avis que la création d'un volet autochtone permettrait de s'assurer que les priorités des Premières Nations, des Inuits et des Métis seraient prises en compte. Certains ont mentionné l'importance de la Commission de vérité et réconciliation et l'arrimage de ses recommandations avec l'essence de la SdTP : « Maintenant que nous avons la vérité et la réconciliation, ce sera beaucoup plus holistique et beaucoup mieux pour la santé de tous les Canadiens et Canadiennes » (P24, santé publique, provincial [traduction]). Enfin, beaucoup considéraient qu'il était essentiel d'assurer une représentation inuite, métisse et des Premières Nations afin que les travaux du RCSdTP correspondent aux principes de vérité et de réconciliation, et pour ne pas reproduire l'héritage colonial.

La présence d'organisations autochtones permet de s'assurer que le programme de la Santé dans toutes les politiques aborde les enjeux dans lesquels le racisme institutionnalisé pourrait se perpétuer, quel que soit le travail en cours. Donc, il est important de s'assurer qu'il y a une perspective ou une composante autochtone dans les travaux entourant la Santé dans toutes les politiques (P23, santé publique, provincial [traduction]).

En plus de veiller à l'intégration des principes fondamentaux, un volet autochtone, selon des répondants, pourrait faciliter l'apprentissage et le partage des connaissances et du savoir-faire des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Ce volet pourrait, par exemple, faire connaître les gouvernements, organisations ou communautés autochtones — qui utilisent la SdTP (ou une approche similaire) et permettre aux autres d'apprendre de leurs principes et de leur expérience de mise en œuvre.

#### **4.4.5 LA POURSUITE DES CONSULTATIONS EST JUGÉE NÉCESSAIRE**

En raison des limites présentées, il importe de mener d'autres consultations sur l'intérêt des gouvernements et des organisations inuits, métis et des Premières Nations, à se joindre à un éventuel réseau, sur les caractéristiques qu'un tel réseau devrait avoir et comment ils souhaiteraient s'y engager. De nombreux répondants estimaient qu'il était nécessaire de réfléchir davantage à la façon de consulter ces gouvernements et organisations. Un participant a souligné l'importance de consulter les partenaires inuits, métis et des Premières Nations d'abord pour savoir ce qui compte le plus pour eux et, à l'aide d'une démarche ascendante, définir des enjeux tels que le logement, le transport et le climat, plutôt que de commencer par le concept de SdTP. Il est également crucial de demander aux partenaires dans quelle mesure les politiques publiques relatives à ces enjeux les intéressent, tout en évitant le jargon de la santé publique, comme un participant l'a souligné :

Vous obtiendrez beaucoup plus de rétroaction avec ce genre d'approche que si vous vous contentez de parler du réseau de SdTP. Pour beaucoup de gens, c'est un autre acronyme. Je vais être honnête... nous en avons des milliards. C'est un autre acronyme qui ne veut rien dire [...]. Parce que, l'erreur que nous avons commise, c'est de considérer les choses de haut en bas, et nous devons aller de bas en haut et penser beaucoup plus à la façon dont nous menons des consultations (P24, santé publique, provincial [traduction]).

#### **ENCADRÉ 5 — PRINCIPAUX POINTS À RETENIR CONCERNANT L'INCLUSION DES GOUVERNEMENTS ET DES ORGANISATIONS INUITS, MÉTIS ET DES PREMIÈRES NATIONS**

##### **Considérations générales**

- Les valeurs et les priorités des gouvernements et organisations inuits, métis et des Premières Nations peuvent être différentes de celles des gouvernements et organisations non autochtones;
- Les perspectives inuites, métisses et des Premières Nations ne sont pas homogènes dans tout le pays;
- Il est possible que les intervenants inuits, métis et des Premières Nations hésitent à prendre part à la SdTP, car celle-ci peut être considérée comme une autre approche coloniale qui ne sert pas nécessairement leurs intérêts;
- Souvent, les ressources (humaines et financières) des gouvernements et des organisations inuits, métis et des Premières Nations sont limitées. Il serait donc judicieux de leur fournir suffisamment d'informations pour leur permettre de participer aux discussions et aux projets de leur choix;
- Les approches et les apports des Premières Nations, des Inuits et des Métis à la SdTP peuvent contribuer de façon unique à l'essor mondial de la SdTP.

##### **Comment assurer la sécurisation culturelle du réseau et éviter les approches coloniales**

- Faire participer les gouvernements et les organisations inuits, métis et des Premières Nations et chercher à intégrer un leadership autochtone dès la création du réseau;
- Explorer les perspectives inuites, métisses et des Premières Nations sur la SdTP et chercher des gouvernements et des organisations qui ont recours à cette approche;
- Demander aux gouvernements et aux organisations inuits, métis et des Premières Nations comment ils souhaitent participer;
- Adopter une démarche qui n'est pas conceptuellement rigide et définie selon une perspective occidentale;
- Adopter une démarche ascendante plutôt que descendante — demandez aux représentants inuits, métis et des Premières Nations ce qui les préoccupe et partez de là, demandez-leur quelles sont leurs priorités et sur quels projets ils souhaitent travailler;
- Contribuer à faire connaître aux membres non autochtones les luttes des Autochtones contre le colonialisme et les conditions socioculturelles et historiques qui ont une incidence sur leur santé et leur bien-être, ainsi que les principales dimensions qui favorisent la collaboration entre les Autochtones et les non-Autochtones, comme la sécurité culturelle.

## 4.5 Consultations auprès de membres du Global Network for Health in All Policies

---

Parmi les 24 répondants, 5 étaient membres du GNHiAP<sup>5</sup>. Une grille d'entrevue a été conçue spécialement pour les consultations avec ces personnes, afin de tirer profit de leurs expériences dans l'établissement et le maintien du GNHiAP et d'explorer les pratiques prometteuses qui pourraient être appliquées au RCSdTP. Les questions portaient sur la structure, la gouvernance, les activités, les critères d'adhésion pour les membres et la composition du réseau. Les répondants ont également été invités à parler des défis et des occasions associés à la mise en place et au fonctionnement d'un réseau, des avantages de faire partie du GNHiAP, ainsi que de ce qu'ils feraient ou feraient différemment s'ils devaient lancer un réseau aujourd'hui.

### 4.5.1 STRUCTURE ET COMPOSITION DU GNHIAP

#### a. Structure

Les répondants ont été interrogés sur les éléments essentiels au fonctionnement du réseau. Tous ont répondu qu'il était indispensable de pouvoir compter sur un financement adéquat et un secrétariat solide. Aussi, puisque ces membres sont tous très occupés par leur travail à temps plein, il est crucial selon eux de nommer une personne responsable de la coordination. De plus, la ou le titulaire de la présidence est considéré comme un moteur et sa présence est essentielle. Selon les répondants, il est important pour un réseau mondial que la ou le président soit bien connu à l'échelle internationale, car la représentation du réseau et la défense de la SdTP font partie de ses principales fonctions. Dans le cadre du GNHiAP, la ou le président assume un mandat rotatif de trois ans, ce qui fait que différents membres ont l'occasion d'occuper le poste. Cette rotation peut également les aider à gagner la confiance des parties prenantes locales pour la mise en œuvre de la SdTP dans leur juridiction. Cependant, cette structure comporte également des défis, notamment en ce qui concerne la continuité du leadership.

#### b. Critères d'adhésion et gouvernance

L'établissement des critères d'adhésion au GNHiAP a été guidé par le principe thaïlandais du « triangle qui déplace les montagnes ». Ces critères ont trait à trois catégories de membres ou de « pouvoirs » nécessaires au changement :

1. le gouvernement ou les États membres, parce qu'ils ont une autorité;
2. la société civile, pour créer un mouvement social visant à changer l'ensemble de la société;
3. les universitaires, pour créer des données probantes et des connaissances en vue de soutenir les politiques publiques et apporter un regard extérieur sur les activités de SdTP, ainsi que sur les façons de travailler et de mettre l'approche en œuvre.

Lorsque consultés sur le nombre idéal de membres, les répondants ont souligné qu'il ne fallait pas nécessairement viser à recruter beaucoup de membres, mais plutôt à attirer des membres engagés afin d'augmenter l'efficacité et la pérennité du réseau.

---

<sup>5</sup> Tous les participants sont issus de la santé publique; nous ne fournissons pas d'autres détails pour éviter qu'ils soient identifiés.

Tous les répondants du GNHiAP convenaient qu'il était judicieux d'inclure une diversité de membres. Ils ont aussi souligné l'importance du critère selon lequel 50 % des membres doivent être issus de gouvernements nationaux ou subnationaux. Parmi les autres aspects vitaux à prendre en compte pendant la phase de mise en place du réseau se trouvent ceux visant à assurer la coordination fluide de la structure de gouvernance, ainsi que sa flexibilité, sa neutralité et son indépendance. Conséquemment, les membres ont choisi de ne pas être liés à une institution particulière, telle que l'OMS, bien que cette dernière soit un membre inestimable.

Toutefois, un participant a mentionné qu'il était malheureux que tous les membres soient issus du secteur de la santé et que le réseau devrait viser à diversifier sa composition. Cette personne a également affirmé que le secteur de la santé devait apprendre à travailler avec des acteurs d'autres secteurs, notamment pour établir une compréhension commune de la SdTP. Le secteur de la santé doit également éviter « l'impérialisme sanitaire » et plutôt chercher à accroître sa compréhension de la contribution que font les autres secteurs à la santé.

Les autres secteurs peuvent avoir l'impression qu'il s'agit d'une autre activité d'impérialisme sanitaire et que le secteur de la santé essaie simplement de les amener à faire ce qu'il veut qu'ils fassent. Et ce n'est pas un dialogue équilibré ni un travail intersectoriel équilibré. C'est pourquoi je pense que, pour l'établissement et la mise en pratique de la SdTP, il est nécessaire de faire participer d'autres secteurs au réseau (P16, santé publique [traduction]).

#### **4.5.2 AVANTAGES D'ÊTRE MEMBRE DU GNHiAP**

Interrogés sur les bénéfices qu'apporte leur l'adhésion au GNHiAP, les répondants ont mentionné le plus souvent les possibilités d'apprendre de l'expérience que d'autres membres ont acquise dans différents ordres de gouvernement et différents contextes, le tout dans un esprit de collaboration et de solidarité. Ces échanges contribuent également à élargir et à parfaire la pratique de la SdTP. Par exemple, les expériences de mise en œuvre locale et régionale de la SdTP en Amérique latine montrent que cette approche n'a pas toujours besoin de provenir d'un gouvernement central comme certains le prétendent.

Pour de nombreuses raisons, la possibilité d'être en contact avec des personnes très compétentes et passionnées par la SdTP est également appréciée des répondants. Parmi les avantages d'être membre du GNHiAP mentionnés, citons l'occasion de trouver des solutions et d'obtenir de l'aide pour résoudre des problèmes complexes, le fait de disposer d'un lieu pour faire connaître leur travail et leurs projets, ainsi que la possibilité de gagner en crédibilité, en autorité, en références et en influence dans sa juridiction grâce à la solide réputation du GNHiAP. Tous les membres ont affirmé avoir obtenu une reconnaissance de leurs pairs et de leurs partenaires à l'échelle nationale grâce à leur participation au réseau : « Le GNHiAP favorise la reconnaissance de mon organisme à l'échelle internationale et l'aide à se distinguer davantage à l'échelle nationale. Il lui permet de se hisser à un niveau lui permettant de travailler à l'international, il lui donne une reconnaissance » (P12, santé publique [traduction]).

#### **4.5.3 LES PLUS IMPORTANTES ACTIVITÉS ET RÉALISATIONS**

Selon les répondants, les activités qui ont été les plus efficaces pour mobiliser les membres du GNHiAP étaient les réunions en personne, les webinaires, le site Internet et la rédaction du rapport de situation mondiale, soit le *Global Status Report on Health in All Policies* (Global Network for Health in All Policies and Government of South Australia, 2019).

#### a. Réunions en présentiel

Tous les répondants ont souligné la valeur des réunions en présentiel et des colloques pour consolider des apprentissages, entretenir les relations, instaurer la confiance, établir des partenariats et entreprendre de nouveaux projets. Les réunions en ligne sont également utiles pour garder contact, mais tous convenaient que « ce n'est pas pareil ».

Les réunions ont été importantes pour mobiliser les gens. Les gens aiment voyager. Plus nous faisons des réunions Zoom et ce genre de choses, plus nous nous rendons compte des raisons pour lesquelles nous aimons les réunions en face à face. [...] Avec une réunion en face à face, il est possible de faire participer les membres immédiatement, par exemple, à la planification de la prochaine réunion (P13, santé publique [traduction]).

L'importance de la rencontre qui a eu lieu en 2019 à Québec a également été soulignée par tous. Cependant, les réunions en personne nécessitent beaucoup de ressources, et les répondants étaient aussi préoccupés par les changements climatiques et les questions d'équité qui doivent être pris en compte. Par exemple, un participant a mentionné que, lors de la tenue de rencontres en personne, subventionner les frais de déplacement des membres dont l'organisme n'a pas les moyens de payer des voyages est une question d'équité et que le réseau devrait s'en soucier.

#### b. Les webinaires

Tous ont indiqué que les quatre webinaires qui ont eu lieu en 2021, un dans chacun des fuseaux horaires, ont été des réussites.

Les webinaires qui impliquent des membres du réseau. Même s'ils ne permettent pas aux répondants de poser directement des questions, il y a beaucoup d'échanges dans le salon de clavardage. Le conférencier a l'occasion de se faire connaître. C'est une activité profitable et beaucoup moins coûteuse que les réunions en personne. De plus, elle peut donner accès à un large public (P11, santé publique [traduction]).

#### c. Le site Internet

Le site Internet du GNHiAP est également considéré comme l'une des plus grandes réalisations du réseau, selon tous les répondants. Très apprécié, il est devenu au fil du temps une source de référence sur la SdTP :

Notre site Internet est aussi une excellente source d'information, et il contient une plus grande diversité d'informations et plus de détails que le site de l'OMS. C'est un carrefour de connaissances qui regorge de ressources, de vidéos, de documents » (P11, santé publique [traduction]).

#### d. Le *Global Status Report on Health in All Policies*

Sans conteste, le rapport de situation mondiale soit le *Global Status Report on Health in All Policies* publié en 2019<sup>6</sup> constitue, pour les répondants, la contribution la plus importante du GNHiAP. Ce rapport a en effet aidé à la promotion et au plaidoyer de la SdTP, et a permis de maintenir le concept vivant sur la scène mondiale. Par exemple, les répondants ont déclaré qu'il avait contribué à la signature d'un accord de l'Union africaine sur la SdTP.

---

<sup>6</sup> Voir: Global Network for Health in All Policies et Government of South Australia (2019). *Global Status Report on Health in All Policies*. Disponible au: <https://actionsdg.ctb.ku.edu/wp-content/uploads/2019/10/HiAP-Global-Status-Report-final-single-pages.pdf>.

#### 4.5.4 CE QU'ILS FERAIENT DIFFÉREMMENT EN RÉTROSPECTIVE

Les répondants ont fait part de leurs réflexions sur ce qu'ils feraient différemment aujourd'hui. Quelques-uns des principaux éléments mentionnés étaient liés à la nécessité de s'assurer d'avoir les ressources suffisantes, d'être en mesure de soutenir les membres et de pouvoir, maintenir des liens avec ces derniers, malgré les défis entourant les différents fuseaux horaires, les langues et les capacités des membres. Certains ont indiqué que davantage d'attention aurait pu être accordée à l'équité entre les membres et à l'évaluation du GNHiAP.

##### a. Défis liés aux ressources

La première série de difficultés soulevées était liée aux ressources (financières, humaines et temporelles). Les répondants ont mentionné qu'interagir avec les membres était difficile en raison de la petite taille du secrétariat et du fait que les hauts dirigeants du réseau mondial occupaient parallèlement un emploi à temps plein. Il a été difficile de trouver les ressources nécessaires pour assurer le fonctionnement d'un secrétariat, même petit, afin de garantir la coordination. Par ailleurs, le fait que le réseau ne soit pas un organe juridique complique le financement.

Un autre domaine de défis lié aux ressources concerne la pérennité du réseau. Les répondants ont souligné que le travail de collaboration au sein de réseaux nécessitait du temps et de l'engagement, mais qu'il est fréquent que les organismes ne valorisent pas ce travail. Les membres sont donc souvent tenus de justifier leur participation au GNHiAP au sein de leur propre institution, ce qui « peut être difficile comme tâche » puisque « tout ce qui est horizontal exige des efforts supplémentaires » (P13, santé publique [traduction]).

#### Ce qu'ils feraient différemment :

**Garantir les ressources nécessaires :** tous les répondants ont mentionné qu'ils auraient assuré le financement dès le début et mis en place une structure de coordination. Il était jugé insuffisant que la coordination soit assurée par une seule personne à temps partiel. Idéalement, le secrétariat serait composé de deux ou trois personnes. Il est aussi essentiel d'avoir les fonds nécessaires pour soutenir les projets et maintenir le réseau vivant par le biais d'activités régulières.

**Demander aux membres ce qu'ils peuvent apporter au réseau :** certains répondants ont mentionné qu'il faudrait demander aux personnes qui souhaitent adhérer au réseau d'obtenir le soutien de leur organisme et d'offrir une forme quelconque d'engagement.

##### b. Défis liés à l'utilité du réseau pour ses membres

En ce qui concerne leur participation au réseau, les répondants ont constaté que les interactions et les discussions les plus actives avaient eu lieu entre les membres du comité exécutif, qui ont tous contribué aux travaux fondateurs du réseau. Cependant, ils convenaient que moins d'efforts avaient été déployés pour faire participer de façon significative l'ensemble des membres, notamment en raison des barrières linguistiques et des différents fuseaux horaires :

Nous avons fait le travail de base, nous avons progressé vers la compréhension conceptuelle de ce qui fonctionne, mais nous n'avons pas fourni aux membres des occasions de partager de l'information et de discuter. Nous n'avons pas fait de renforcement des capacités ni de partage des connaissances (P3, santé publique [traduction]).

Selon une enquête menée par le GNHiAP, les membres souhaiteraient obtenir plus d'informations pratiques sur l'application de la SdTP en échangeant sur des expériences concrètes. Selon cette enquête, les gens ne veulent plus entendre parler de concepts généraux et abstraits, et désirent avoir davantage d'occasions de discuter. Le principal besoin exprimé au cours de cette enquête était le partage de connaissances avec des personnes ayant de l'expérience dans la mise en œuvre de la SdTP, et cela dans des contextes variés.

**Ce qu'ils feraient différemment :**

**Offrir aux membres davantage d'occasions de s'engager de façon significative :** interagir avec les autres, faire connaître leur travail, échanger sur les pratiques exemplaires et leurs expériences, et faire preuve de leadership au sein du réseau.

**Assurer l'engagement des membres :** tous les répondants estimaient qu'ils pourraient en faire davantage pour soutenir l'engagement des membres. Cela pourrait être fait entre autres par le biais de « certaines activités systématiques régulières » (P16, santé publique [traduction]) et « de messages plus courts et d'informations plus brèves » (P13, santé publique [traduction]) qui sont pertinents pour eux (bulletins d'information, conférences, séances libres [« *drop-in sessions* »<sup>7</sup>], réunions informelles sur Zoom).

c. Défis liés à l'équité

Assurer l'équité entre les membres présente certaines difficultés d'ordre pratique, notamment en ce qui a trait au décalage horaire, puisqu'il n'est pas possible pour tous les membres d'assister aux réunions, notamment lorsqu'elles ont lieu la nuit dans leur fuseau horaire. Il est aussi difficile pour les membres qui ne parlent pas anglais de prendre part aux réunions. Ces deux facteurs constituent des obstacles potentiels à l'inclusion et à la participation de tous les membres.

Le GNHiAP a fourni du soutien en temps ou en nature aux pays à faibles revenus pour leur permettre de participer à ses activités, comme les colloques, mais il n'est pas en mesure d'aider autant qu'il le souhaiterait en raison de ressources insuffisantes. Certains répondants ont souligné que cette situation était particulièrement malheureuse étant donné que ces pays luttent pour intégrer la SdTP dans un contexte de ressources limitées et qu'ils sont, de plus, davantage susceptibles de quitter le réseau.

**Ce qu'ils feraient différemment :**

**Créer des sous-comités en fonction des fuseaux horaires afin de faire participer davantage les membres à des réunions informelles.** Cette solution donnerait également plus de possibilités aux membres d'exercer un leadership, mais nécessiterait plus de ressources du secrétariat.

**Obtenir davantage de ressources (financières ou en nature) pour soutenir les membres des pays à faibles revenus,** et ainsi leur permettrait, par exemple, de réaliser des études de cas, de traduire des rapports, de participer à des réunions internationales ou de mener des activités de renforcement des capacités.

<sup>7</sup> Les séances libres (*drop-in sessions*) visent à permettre des discussions spontanées entre des membres qui souhaitent résoudre des problèmes de mise en œuvre de la SdTP.

d. Les retombées n'ont pas été systématiquement mesurées

Certains répondants ont également observé qu'il n'y avait pas eu de plan pour évaluer le réseau de façon robuste et complète, et ainsi mesurer son succès et sa pertinence. Certaines activités ont été évaluées, comme les webinaires, et le GNHiAP a mené deux enquêtes auprès de ses membres (au cours des étés 2020 et 2021). La première enquête concernait principalement la mise en œuvre de la SdTP dans les juridictions auxquelles sont rattachés les membres (structures mises en place, etc.), et la seconde visait à améliorer la compréhension des besoins des membres et des questions de pérennité du réseau.

**Ce qu'ils feraient différemment :**

**Planifier comment seront démontrés les résultats ou les retombées**, car il s'agit d'un aspect essentiel pour assurer la pérennité du GNHiAP. Il a également été mentionné qu'il aurait été très utile pour obtenir du financement que le réseau ait des objectifs clairs et un plan pour mesurer les résultats. De plus, la démonstration de résultats pourrait aider à maintenir l'intérêt des membres du GNHiAP et augmenter leur satisfaction et leur engagement, qui sont également des éléments cruciaux pour la pérennité du réseau.

## **4.6 Principaux éléments à prendre en compte en vue du lancement, de la coordination et de la pérennité du RCSdTP**

---

À la lumière de l'ensemble des commentaires reçus, les éléments suivants ont été retenus comme particulièrement pertinents pour assurer le succès du réseau. Alors que ces éléments méritent d'être considérés, certains répondants ont également souligné les risques à vouloir tout déterminer avant de lancer le réseau, dont le risque d'aboutir à d'interminables discussions et à l'inaction. Tout en gardant à l'esprit cette mise en garde, les éléments ci-dessous semblaient importants à prendre en compte avant le lancement du réseau.

### **4.6.1 RESSOURCES ET COORDINATION**

La coordination du réseau est essentielle. Il faut donc sélectionner avec soin l'équipe de coordination, c'est-à-dire le secrétariat et le comité de direction qui composeront le réseau et l'orienteront lorsque celui-ci sera constitué. En ce qui concerne le secrétariat, les répondants ont recommandé de rechercher des personnes charismatiques, engagées, bonnes communicatrices, techniquement compétentes, et possédant une solide compréhension des processus d'élaboration de politiques publiques à différents ordres de gouvernement. Il était également considéré comme essentiel que le comité de direction puisse compter sur des compétences clés complémentaires. Un participant du GNHiAP a suggéré de rechercher les profils complémentaires suivants pour constituer l'équipe de coordination : « 1) planificateur stratégique; 2) coordonnateur; 3) communicateur; 4) responsable de la mise en œuvre; 5) chercheur » (milieu universitaire) (P12, santé publique [traduction]).

Afin que le réseau puisse croître et durer, un élément crucial consiste à s'assurer du financement adéquat, notamment pour le secrétariat et le fonctionnement général. Des répondants ont indiqué que des fonds de démarrage pour soutenir des projets pourraient attirer des membres et contribuer à la création de partenariats entre les membres. Il a également été suggéré d'offrir des bourses d'études, car les étudiants peuvent contribuer grandement aux activités du réseau (p. ex., en

collectant des données, en rédigeant des articles, en soutenant la coordination ou en faisant des présentations).

Je pense que le financement du secrétariat représente la plus grande difficulté. Il ne faut pas sous-estimer le temps qu'il faut pour faire fonctionner un réseau — tenir les informations à jour, les coordonnées, le site Internet. C'est beaucoup de travail (P13, santé publique [traduction]).

#### 4.6.2 ENGAGEMENT DES MEMBRES

La plupart des répondants ont fait valoir que la qualité des membres (p. ex., les connaissances, l'engagement, le leadership et l'autorité) comptait plus que leur nombre. Cependant, les répondants ont précisé que la rétention des membres dans un réseau est souvent un défi, puisqu'il n'est pas rare que les personnes qui possèdent ces qualités soient également membres d'autres groupes et réseaux. Quelques répondants ont recommandé que le réseau évalue le niveau d'engagement que l'on peut réalistement attendre des membres. Il a également été suggéré que le mandat du réseau prévoie d'obtenir un engagement précis des membres quant à leur façon de contribuer au réseau.

En outre, tous les répondants ont affirmé que les interactions avec les membres étaient essentielles, mais qu'il fallait respecter le temps que ces derniers sont en mesure d'offrir au réseau. L'encadré 6 présente une synthèse des conseils des répondants concernant la rétention des membres.

##### **ENCADRÉ 6 — PRINCIPAUX POINTS À RETENIR CONCERNANT L'ENGAGEMENT ET LA RÉTENTION DES MEMBRES**

- Démontrer la valeur de l'engagement, d'abord en établissant des buts concrets et des résultats attendus, et en évitant que le réseau soit un simple « groupe de discussion »;
- Avoir une compréhension réaliste de la manière dont les membres peuvent s'engager : évaluer ce qu'il est raisonnable d'attendre d'eux en termes d'engagement et de contributions financières ou en nature. Avoir de trop grandes exigences envers les membres pourrait les inciter à quitter le réseau;
- Explorer ce qui convient le mieux au niveau du type et de la fréquence des réunions et faire preuve de souplesse. De nombreuses combinaisons intéressantes sont possibles, y compris l'alternance des hôtes des réunions (chaque région accueille à tour de rôle une réunion);
- Offrir aux membres de multiples occasions de renforcer leur sentiment d'appartenance au réseau, par exemple en s'engageant à différents degrés, ou encore dans des projets ou des volets précis;
- Bien connaître les membres et comprendre leurs motivations à faire partie du réseau. Voici les mesures incitatives les plus souvent mentionnées par les répondants :
  - Pouvoir interagir avec les autres, échanger de façon informelle et trouver des solutions;
  - Obtenir du soutien et renforcer la crédibilité de leur projet de SdTP;
  - Assumer un leadership au sein du réseau;
  - Être en mesure de faire connaître leurs travaux (présentations, publications, etc.);
  - Établir de nouveaux partenariats, alliances et collaborations, p. ex, pour la recherche, des publications ou des projets.
- S'enquérir auprès des membres pour sonder leur satisfaction par rapport au réseau et évaluer si leurs objectifs sont atteints ou leurs attentes comblées, le but étant d'ajuster les activités en conséquence pour maintenir leur engagement.

#### 4.6.3 DÉTERMINATION DU MANDAT, DE LA STRUCTURE ET DU TYPE DE GOUVERNANCE DU RÉSEAU

Le RCSdTP peut revêtir différentes formes selon ses buts. La détermination de sa raison d'être est donc considérée comme une étape cruciale à laquelle il faut consacrer beaucoup de temps et d'efforts. Concernant la définition du mandat, l'encadré 7 contient les principales suggestions offertes par les répondants à un éventuel comité consultatif chargé de mettre sur pied le réseau.

##### **ENCADRÉ 7 — PRINCIPAUX POINTS À RETENIR CONCERNANT LA DÉFINITION DU MANDAT**

- Connaître le terrain : avoir une bonne idée des initiatives de SdTP ou des initiatives semblables qui sont en cours au Canada, non seulement pour repérer des membres potentiels, mais aussi pour disposer d'une base de référence sur leur niveau d'implantation. La cartographie des initiatives de SdTP dans tout le Canada peut également être un objectif initial du futur réseau;
- Convenir collectivement d'un nom pour le réseau, de son mandat, de ses priorités et objectifs initiaux. Ce travail peut être réalisé par le comité consultatif initial ou par la consultation auprès d'un groupe restreint de membres fondateurs;
- Envisager d'arrimer les priorités à celles de la majorité des parties prenantes tout en tenant compte des questions d'équité et de l'évolution des priorités. Un participant ayant l'expérience du lancement et de la coordination d'un réseau intersectoriel a suggéré de laisser les membres formuler les priorités du réseau au cours d'un colloque de deux jours, ce qui leur permettrait de se rencontrer et d'échanger de manière informelle. En revanche, d'autres ont suggéré de définir progressivement les priorités, par exemple au cours des deux premières années qui suivront le lancement du réseau;
- Envisager d'adopter une démarche progressive quant aux priorités, aux objectifs et à la sélection des critères d'adhésion. Beaucoup pensent qu'il vaut mieux commencer petit avec un nombre limité d'objectifs, principalement très pragmatiques;
- Veiller à ce que le réseau ne chevauche pas ou ne soit pas perçu comme chevauchant la mission d'un autre réseau ou d'une autre entité. Il convient de se concentrer sur la création de liens, de synergies et de complémentarité avec d'autres groupes qui mènent des travaux intersectoriels ou qui œuvrent à des causes précises.

De nombreuses possibilités ont été mentionnées quant à la structure et à la gouvernance du RCSdTP. Par exemple, beaucoup ont affirmé qu'il faudra trouver un équilibre entre l'engagement et le soutien du gouvernement (sur le plan politique et les ressources) afin de maintenir l'indépendance jugée nécessaire pour que le réseau puisse atteindre ses objectifs.

Les répondants ont insisté sur un point important : il faudrait éviter que le réseau devienne trop grand et ingérable. Pour contrer cet effet, de nombreuses solutions ont été proposées, notamment la création de sous-groupes ou de volets pour faciliter la coordination du réseau, qui seraient composés d'une grande diversité d'acteurs. L'encadré 8 résume les principales suggestions.

#### **ENCADRÉ 8 — PRINCIPAUX POINTS À RETENIR CONCERNANT LA STRUCTURE ET LA GOUVERNANCE DU RÉSEAU**

- Envisager la décentralisation du réseau, qui serait doté de sous-groupes et de volets, ainsi que d'un groupe central qui relierait les différents sous-groupes. Cette structure présenterait de nombreux avantages, notamment celui de permettre la tenue d'activités autour du réseau et d'inciter les membres, par exemple, à assumer un leadership dans leur domaine d'intérêt. Ces sous-groupes pourraient être créés en fonction des éléments suivants :
  - Secteurs (services sociaux, éducation, environnement, finances);
  - Thèmes ou projets particuliers qui couvrent plusieurs juridictions et secteurs (logement, pauvreté, inégalités, environnement, vérité et réconciliation);
  - Priorités inuites, métisses et des Premières Nations;
  - Ordres de gouvernement (fédéral, provincial, territorial, municipal ou régional);
  - Régions géographiques (provinces de l'Atlantique, provinces de l'Ouest et de l'Est, territoires, régions rurales ou urbaines);
  - Langues;
  - Certains ont également suggéré que le réseau ait une section internationale, par exemple, pour permettre la coopération et le partage avec les pays à faibles revenus.
- Envisager d'offrir un rôle de leader à une entité gouvernementale, tout en maintenant l'indépendance du réseau, notamment en s'assurant de l'adhésion d'un haut fonctionnaire ou d'un politicien. Certains répondants ont suggéré de faire appel au leadership d'une juridiction qui a adopté la SdTP (p. ex., un gouvernement provincial). Cette mesure pourrait être un moyen d'éviter l'apparence d'impérialisme sanitaire.
- Songer à établir un réseau bicéphale, par exemple avec une codirection composée d'un responsable gouvernemental, pas nécessairement de la santé publique, et d'un responsable de la santé publique.

## 5 Conclusion

Cette consultation visait à explorer l'intérêt envers la mise sur pied d'un RCSdTP, tout comme la faisabilité d'un tel réseau. Elle avait aussi comme objectif spécifique de mieux comprendre la valeur ajoutée et l'utilité d'un RCSdTP, ses objectifs, sa portée et ses activités potentielles, les pratiques prometteuses en matière de partage de connaissances sur la SdTP, de renforcement des capacités, de gestion du réseau, de mobilisation des membres, ainsi que les contributions potentielles de ceux-ci au RCSdTP.

Les méthodes qualitatives utilisées ont contribué à la richesse et à la crédibilité des résultats. Cette richesse, comme en fait état ce rapport, englobe des points de vue différents et parfois opposés sur les principaux enjeux. Il est néanmoins possible, à partir de ces résultats, de dégager des points communs, des visions partagées et certains principes directeurs qui éclaireront les étapes subséquentes.

### Limites

Cette consultation comporte toutefois des limites. Premièrement, les personnes consultées provenaient presque exclusivement du secteur de la santé, principalement de la santé publique, ou étaient des universitaires travaillant dans le domaine, et la plupart étaient déjà très favorables à la mise en œuvre de la SdTP au Canada. Ainsi, leurs points de vue ne représentent pas nécessairement l'opinion de la majorité des acteurs de la santé publique ou d'autres secteurs. D'autres potentiels acteurs clés à mobiliser (p. ex., analystes stratégiques, responsables politiques et décideurs de secteurs autres que la santé publique) étaient sous-représentés, voire pas du tout représentés. Deuxièmement, puisque seuls deux répondants ont fourni une perspective inuite ou métisse, les conclusions ne reflètent pas adéquatement le point de vue des gouvernements et des organisations inuits, métis et des Premières Nations. Il faudra donc poursuivre les consultations avec ceux-ci et envisager de s'adresser à des acteurs potentiels qui ne proviennent pas de la santé publique.

Il semble essentiel d'aborder ces limites avant le lancement du réseau afin d'en éclairer la mise sur pied et d'assurer son arrimage avec les principales considérations liées aux structures de gouvernance et à la diversité culturelle du Canada. Néanmoins, les résultats, issus des données recueillies auprès des répondants, sont d'une grande valeur pour informer et établir la base de la planification et du développement d'un RCSdTP.

### Valeur ajoutée et utilité d'un RCSdTP

Comme principal constat, il existe un consensus sur la pertinence de ce projet et sur le fait qu'il mérite d'être mené à bien. Cette consultation révèle qu'il y a effectivement un vide à combler, essentiellement pour soutenir les personnes qui travaillent à mettre en œuvre une approche de SdTP et leur permettre d'interagir entre elles. Le moment choisi pour la création d'un RCSdTP a également été souligné. En effet, de nombreux participants ont vu s'ouvrir une fenêtre d'opportunité pour l'adoption de la SdTP au Canada à la suite de la pandémie, qui a démontré la nécessité de travailler de manière plus efficiente et cohérente entre les secteurs.

### Objectifs, portée et activités possibles du RCSdTP

Selon la plupart des répondants, le RCSdTP devrait viser deux buts principaux et primordiaux : renforcer les connaissances et les capacités, et influencer l'adoption de la SdTP au Canada, notamment par la mise en commun d'outils, de connaissances et d'expériences de mise en œuvre de la SdTP dans différentes juridictions. Pour atteindre ces buts, les principaux moyens suggérés

consistaient à organiser des activités de partage de connaissances et d'apprentissages, telles que des forums en ligne, des webinaires et des réunions en présentiel; à établir un répertoire de connaissances afin de contribuer à guider la mise en œuvre; à accroître les connaissances fondées sur les données probantes, notamment sur les retombées et l'efficacité de la SdTP; à cartographier les initiatives de SdTP existantes au Canada; et à produire des documents et des outils pratiques, tels que des livres blancs, des guides de pratiques directrices ou des référentiels de compétences sur la SdTP.

Par ailleurs, établir des relations stratégiques et de confiance avec des décideurs et des politiciens afin qu'ils se mobilisent pour influencer les gouvernements au Canada à adopter la SdTP était le deuxième objectif primordial émergeant de cette consultation. À cette fin, le renforcement des capacités, selon les répondants, pourrait également inclure de la formation et du soutien destinés à divers publics pour les aider à comprendre les cycles de politiques publiques, l'établissement de programmes et l'élaboration de politiques publiques. Le soutien aux activités de plaidoyer par le transfert de connaissances et le réseautage, ainsi que le soutien de projets de SdTP concrets, ont également été soulignés comme des activités potentielles pouvant contribuer à ce but.

Ces buts sont interdépendants, et les résultats nous permettent de proposer un ensemble d'éléments et de priorités à prendre en compte pour jeter les bases du réseau.

### **Pratiques prometteuses relatives au partage de connaissances et au renforcement des capacités**

En ce qui concerne les connaissances entourant la SdTP, il appert essentiel de faire un travail initial de clarification des principaux concepts. Alors que de nombreux répondants ont mis en garde contre le risque de passer trop de temps sur des débats conceptuels, la plupart ont insisté sur le fait que la clarification des concepts constituait une étape inévitable pour en arriver à une compréhension commune de la SdTP, laquelle formera la base des activités de partage de connaissances et de renforcement des capacités. À cette fin, la plupart des répondants ont suggéré d'être inclusifs et d'envisager d'autres façons de cadrer les initiatives ou les démarches qui s'apparentent à la SdTP. Il faudrait pour ce faire s'éloigner du jargon de la santé publique et intégrer les cadres de référence et façons de travailler d'autres secteurs.

### **Importance de favoriser les échanges entre les membres**

La plupart des répondants ont déploré le fait qu'ils aient peu d'occasions d'échanger sur la SdTP et d'apprendre les uns des autres. Ils souhaiteraient établir des relations de confiance, des alliances et des collaborations pour mener des projets et résoudre des problèmes. Les répondants ont donc manifesté un vif intérêt pour la mise en place d'un réseau qui faciliterait et favoriserait ces échanges. Ils ont fait valoir que les gens voulaient entendre parler d'histoires de réussite, échanger avec des personnes qui « l'on fait », consulter des acteurs expérimentés et champions de la SdTP, faire connaître leur travail et être en mesure d'assumer un leadership pour promouvoir l'approche.

### **Pratiques prometteuses en matière de gestion de réseau et d'interactions avec les membres**

La consultation a permis de déterminer les éléments pratiques importants à prendre en compte quant à la gestion du réseau et à l'engagement des membres. Il semble essentiel au succès et à la pérennité du réseau de s'assurer d'avoir un secrétariat solide ainsi qu'un financement suffisant pour la coordination. En ce qui concerne le type et le nombre de membres, certains répondants estimaient qu'il serait plus sage de commencer par un petit groupe composé principalement d'acteurs de la santé publique et du milieu universitaire afin de mieux définir les besoins et les étapes à venir, tout en

évitant de devoir débattre de ces questions devant un vaste public. Cependant, la plupart des répondants souhaitaient que les membres du réseau proviennent de divers secteurs et horizons. Différentes stratégies pour y parvenir ont été proposées, la plus courante étant d'opter pour le déploiement progressif du réseau, en intégrant, étape par étape, divers acteurs. L'objectif principal devrait consister à garder le réseau gérable et ses objectifs réalistes. Inévitablement, cela impliquerait de mener une réflexion approfondie sur la taille et la composition du réseau. Différentes possibilités quant à la structure et à la gouvernance du réseau ont également été abordées, les répondants étant majoritairement d'avis que celles-ci devraient faire écho aux différents contextes (géographie, ordres de gouvernement) et à la diversité culturelle du Canada. Un autre principe faisant largement consensus était qu'une attention particulière devrait être accordée à l'inclusion des perspectives inuites, métisses et des Premières Nations, et ce, dès la création du réseau.

Aux yeux des répondants, maintenir l'engagement des membres était considéré comme l'une des questions les plus cruciales après le recrutement. Les répondants considéraient qu'il serait difficile de tenir compte d'une variété probablement trop grande d'intérêts, de capacités et d'expériences en plus des différences géographiques, de juridictions, de fuseaux horaires, de langues et de cultures. Des solutions potentielles visant à maintenir l'engagement des membres ont été suggérées, comme la création de sous-groupes ou de volets (p. ex., en fonction de certains thèmes, d'ordres de gouvernement ou de régions géographiques). D'autres stratégies ont été proposées par les répondants, par exemple, faire en sorte que le réseau demeure pertinent pour les membres. Pour ce faire, il faudrait s'assurer que l'équipe de coordination connaisse bien les membres afin de pouvoir leur offrir des incitatifs, tels que des possibilités de faire connaître leur travail, de créer des partenariats, de contribuer à des projets, de jouer des rôles concrets au sein du réseau et d'accéder à des ressources pertinentes et de pointe (contenu et outils) utiles à la mise en œuvre de la SdTP.

### **Contribution des membres potentiels au RCSdTP**

Même si cette question n'a pas été explicitement posée aux répondants, plusieurs d'entre eux ont parlé spontanément de la façon dont ils se voyaient contribuer au réseau. Par exemple, les acteurs du milieu universitaire ont suggéré une collaboration par l'intermédiaire de la recherche interventionnelle ou des EIS, en soutenant des projets précis et en établissant des partenariats de recherche. Certains répondants ont exprimé le souhait d'assumer un leadership au sein d'un volet ou d'un projet spécifique. Par ailleurs, la plupart des personnes interviewées considèrent leur expertise comme complémentaire à celle des autres, reconnaissant que la SdTP requiert un ensemble diversifié de savoir-faire et de connaissances, qui s'obtient notamment en apprenant de personnes qui ont de l'expérience dans la mise en œuvre de la SdTP ou d'approches semblables. C'est la combinaison de cette diversité et des synergies qui peuvent se créer qui constituerait la richesse et la valeur du réseau.

### **Implications relatives aux résultats et étapes subséquentes**

Les résultats tirés de la consultation avec les principaux acteurs clés en SdTP provenant de la santé publique, du milieu universitaire et d'ONG confirment qu'il existe un réel besoin de mettre sur pied un réseau de SdTP. Ils attestent également de l'intérêt des personnes travaillant dans ce domaine à faire partie d'un réseau canadien sur la SdTP qui soit intersectoriel. Ce besoin, qui a d'abord fait l'objet de discussions en tant que domaine d'action dans le cadre de la rencontre pancanadienne sur la SdTP tenue en octobre 2019, est désormais énoncé dans une gamme de visions, d'attentes et d'activités potentielles, qui peuvent éclairer et guider l'établissement des principes fondateurs d'un RCSdTP.

Mise sur pied d'un réseau canadien sur la Santé dans toutes les politiques :  
consultation auprès de divers acteurs au Canada et à l'étranger

La tâche consiste maintenant à traduire toutes ces visions en des mandats qui jetteront les bases de la création du réseau. Compte tenu de la diversité des attentes, il est important de réfléchir à la portée du réseau ainsi qu'à la manière de formuler une vision et une mission qui engloberaient les buts plus vastes définis à long terme, tout en établissant des buts à court terme réalistes et pragmatiques, des objectifs précis et des activités durables. Voilà qui aura également une influence directe sur les décisions concernant la structure, la gouvernance et la gestion du réseau. Il est également important de noter que, bien qu'une base solide soit nécessaire pour soutenir le lancement de ce projet, la flexibilité et la créativité seront aussi requises en cours de route pour s'adapter à la croissance et aux priorités changeantes potentielles du réseau, ainsi que pour négocier les priorités avec les différentes parties prenantes tout en veillant à ce que le réseau reste pertinent pour ses membres.

## 6 Références

- Baum, F. et Fisher, M. (2014). Why behavioural health promotion endures despite its failure to reduce health inequities. *Sociology of Health & Illness*, 36(2), 213-225. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12112>
- Diallo, T. (2020). *Rencontre pancanadienne sur la Santé dans toutes les politiques (SdTP) : Québec, 9 octobre 2019. Rapport*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. <https://ccnpps-ncchpp.ca/docs/2020-sante-dans-toutes-les-politiques-rencontre-pancanadienne-rapport.pdf>
- Global Network for Health in All Policies et Government of South Australia. (2019). *Global Status Report on Health in All Policies*. <https://actionsdg.ctb.ku.edu/wp-content/uploads/2019/10/HiAP-Global-Status-Report-final-single-pages.pdf>
- Morrison, V. et Lucyk, K. (2021). *Rebâtir en mieux : des budgets bien-être pour une relance post-COVID-19?* Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. <https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/rebatir-en-mieux-des-budgets-bien-etre-pour-une-relance-post-covid-19/>
- Poliquin, H. (2022). *Les approches pangouvernementales de bien-être : une analyse comparative de quatre initiatives de gouvernements centraux*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. <https://ccnpps-ncchpp.ca/docs/2022-Approches-Bien-Etre-Gouvernements-Centraux.pdf>
- Popay, J., Whitehead, M. et Hunter, D.J. (2010). Injustice is killing people on a large scale – but what is to be done about it? *Journal of Public Health*, 32(2), 148-149. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdq029>
- Ståhl, T. (2018). From rhetoric to implementation and evaluation – the Finnish experience. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(20 suppl.), 38-46. <https://doi.org/10.1177/1403494817743895>
- Williams, O. et Fullagar, S. (2019). Lifestyle drift and the phenomenon of 'citizen shift' in contemporary UK health policy. *Sociology of Health & Illness*, 41(1), 20-35. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12783>
- World Health Organization et Finland Ministry of Social Affairs and Health. (2014). *Health in All Policies: Helsinki Statement. Framework for Country Action*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112636>
- World Health Organization (2014). The Helsinki Statement on Health in All Policies. *Health Promotion International*, 29(suppl\_1), 2014, i17-i18. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau036>

## **Annexe 1**

### **Contexte présenté aux participants canadiens**

## Contexte et information sur le processus de consultation

Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé  
Automne 2021

### Contexte

En octobre 2019, le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) a organisé une rencontre pancanadienne sur la Santé dans toutes les politiques (SdTP) en partenariat avec l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec. Cette rencontre a réuni 25 participants des gouvernements fédéral et provinciaux, d'autorités sanitaires régionales, de gouvernements autochtones et d'universités de tout le Canada. Elle a permis de confirmer l'intérêt envers la SdTP en tant qu'approche prometteuse pour améliorer la santé de la population et l'équité en matière de santé au pays, ainsi que le souhait des participants de continuer à échanger sur leurs connaissances et leur expérience à ce sujet. Pour soutenir la mise en œuvre de l'approche de SdTP au Canada, trois domaines d'intervention principaux ont été définis :

- Créer un répertoire de données probantes pour soutenir le renforcement des capacités et la mise en œuvre;
- Établir les bases d'une compréhension commune de la SdTP dans tous les secteurs;
- Lancer un réseau intersectoriel en matière de SdTP au Canada.

Pour donner suite aux recommandations et aux intérêts exprimés pendant la rencontre pancanadienne sur la SdTP et compte tenu des possibilités que la SdTP peut offrir pendant la période de rétablissement post-pandémique au pays pour aborder les inégalités exacerbées par la pandémie et promouvoir la santé de la population, le CCNPPS s'est associé à l'ASPC en vue de mettre sur pied un réseau canadien de Santé dans toutes les politiques (RCSdTP).

La première étape pour y parvenir a consisté en l'exploration des conditions de fonctionnement de réseaux similaires, au Canada et à l'étranger, afin de définir les options possibles pour le réseau canadien. Ces travaux ont permis de cerner les possibilités et les difficultés relatives au RCSdTP, de proposer des options quant à sa structure (p. ex., sa forme, ses membres, son but) et de fournir une série de questions pour guider les discussions sur sa mise sur pied. Pour conclure cette première étape, le CCNPPS réalisera des entrevues avec des parties prenantes ou des informateurs pour en savoir plus sur leurs perceptions des pratiques exemplaires en ce qui a trait à la gestion du réseau et des besoins des membres cibles du réseau.

Ces entrevues visent à accroître notre compréhension des dimensions suivantes :

- les pratiques prometteuses en matière de gestion du réseau et d'interactions avec les membres;
- les pratiques prometteuses relatives à l'échange de connaissances et au renforcement des capacités en SdTP;
- la valeur ajoutée et l'utilité d'un RCSdTP;
- ses objectifs, sa portée et ses activités possibles;
- la contribution des membres potentiels au RCSdTP.

Mise sur pied d'un réseau canadien sur la Santé dans toutes les politiques :  
consultation auprès de divers acteurs au Canada et à l'étranger

### **Information sur le processus de consultation**

Vous êtes invité à participer à une entrevue qui sera menée par l'équipe du CCNPPS par Zoom ou Teams. **Cette entrevue devrait durer environ 60 minutes.** Les questions sont jointes au présent document pour vous permettre de vous préparer. Dans la mesure du possible, les entrevues seront enregistrées pour faciliter la prise de note, l'analyse des données et la rédaction d'un rapport. Les données seront rendues anonymes dans le rapport sommaire définitif et d'autres publications pour assurer la confidentialité des participants. Les enregistrements seront détruits et toutes les notes individualisées seront classées confidentiellement une fois le rapport terminé. Les entrevues seront menées en anglais ou en français, selon les préférences. Quelques jours après l'entrevue, l'équipe chargée des entrevues vous enverra une synthèse de vos propos à des fins de validation; si vous le désirez, vous pourrez y ajouter d'autres renseignements que vous jugez pertinents. Nous serons ravis de vous transmettre le rapport sommaire définitif à votre demande.

## **Annexe 2**

**Contexte présenté aux participants du Global Network**



## **Consultations des principaux intervenants participant aux activités d'échange de connaissance sur la Santé dans toutes les politiques au sein du Global Network for Health in All Policies <sup>8</sup>**

Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé  
Automne 2021

### **Contexte**

En octobre 2019, le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) a organisé une rencontre pancanadienne sur la Santé dans toutes les politiques (SdTP) en partenariat avec l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec. Cette rencontre a réuni 25 participants des gouvernements fédéral et provinciaux, d'autorités sanitaires régionales, de gouvernements autochtones et d'universités de tout le Canada. Elle a permis de confirmer l'intérêt envers la SdTP en tant qu'approche prometteuse pour améliorer la santé de la population et l'équité en matière de santé au pays, ainsi que le souhait des participants de continuer à échanger sur leurs connaissances et leur expérience à ce sujet. Pour soutenir la mise en œuvre de l'approche de SdTP au Canada, trois domaines d'intervention principaux ont été définis :

- Créer un répertoire de données probantes pour soutenir le renforcement des capacités et la mise en œuvre
- Établir les bases d'une compréhension commune de la SdTP dans tous les secteurs;
- Lancer un réseau intersectoriel lié à la SdTP au Canada.

Pour donner suite aux recommandations et aux intérêts exprimés pendant la rencontre pancanadienne sur la SdTP et compte tenu des possibilités que la SdTP peut offrir pendant la période de rétablissement post-pandémique au pays pour aborder les inégalités exacerbées par la pandémie et promouvoir la santé de la population, le CCNPPS s'est associé à l'ASPC en vue de mettre sur pied un réseau canadien de Santé dans toutes les politiques (RCSdTP).

La première étape pour y parvenir a consisté en l'exploration des conditions de fonctionnement de réseaux similaires, au Canada et à l'étranger, afin de définir les options possibles pour le réseau canadien. Ces travaux ont permis de cerner les possibilités et les difficultés relatives au RCSdTP, de proposer des options quant à sa structure (p. ex., sa forme, ses membres, son but) et de fournir une série de questions pour guider les discussions sur sa mise sur pied. Pour conclure cette première étape, le CCNPPS réalisera des entrevues avec des parties prenantes ou des informateurs pour en savoir plus sur leurs perceptions des pratiques exemplaires en ce qui a trait à la gestion du réseau et des besoins des membres cibles du réseau.

Ces entrevues visent à accroître notre compréhension des dimensions suivantes :

1. les pratiques prometteuses en matière de gestion du réseau et d'interactions avec les membres;
2. les pratiques prometteuses relatives à l'échange de connaissances et au renforcement des capacités en SdTP;
3. la valeur ajoutée et l'utilité d'un RCSdTP;
4. ses objectifs, sa portée et ses activités possibles;
5. la contribution des membres potentiels au RCSdTP.

---

<sup>8</sup> Ce document de contexte a été transmis uniquement en anglais aux répondants du GNHiAP. Le contenu a été traduit pour ce rapport.

### **Information sur le processus de consultation**

Vous êtes invité à participer à une entrevue qui sera menée par l'équipe du CCNPPS par Zoom ou Teams. **Cette entrevue devrait durer environ 60 minutes.** Les questions sont jointes au présent document pour vous permettre de vous préparer. Dans la mesure du possible, les entrevues seront enregistrées pour faciliter la prise de note, l'analyse des données et la rédaction d'un rapport. Les données seront rendues anonymes dans le rapport sommaire définitif et d'autres publications pour assurer la confidentialité des participants. Les enregistrements seront détruits et toutes les notes individualisées seront classées confidentiellement une fois le rapport terminé. Les entrevues seront menées en anglais ou en français, selon les préférences. Quelques jours après l'entrevue, l'équipe chargée des entrevues vous enverra une synthèse de vos propos à des fins de validation; si vous le désirez, vous pourrez y ajouter d'autres renseignements que vous jugez pertinents. Nous serons ravis de vous transmettre le rapport sommaire définitif à votre demande.

## **Annexe 3**

**Grille de questions pour les acteurs canadiens possédant de l'expérience ou un intérêt relativement à la SdTP ou aux actions intersectorielles en santé**



### Consultation de parties prenantes canadiennes

<b>Nom</b>	
<b>Poste</b>	
<b>Organisation</b>	

<b>Objectifs et valeur ajoutée du Réseau</b>
1. Pensez-vous qu'il soit utile de créer un RCSdTP? Si oui, quelle serait selon vous l'utilité ou la valeur ajoutée d'un RCSdTP pour soutenir et faire progresser l'approche de la SdTP au Canada?
2. Selon vous, que faudrait-il pour soutenir l'adoption et la mise en œuvre de l'approche de SdTP au Canada, et comment un réseau canadien de SdTP pourrait-il y contribuer?
3. Quels pourraient être les buts, les objectifs ou la raison d'être (plaidoyer, renforcement des capacités, échange de connaissances, etc.) de ce Réseau?
<p><b>4. Si vous avez déjà mis en place une démarche SdTP</b> Puisque vous avez <b>déjà mis en œuvre d'une approche de SdTP</b> dans votre juridiction, quelle serait la valeur ajoutée pour vous ou votre organisation de participer à ce nouveau Réseau? Seriez-vous intéressé par un quelconque soutien de la part du RCSdTP?</p> <p><b>Ou</b> Considérant que vous avez <b>contribué à la mise en œuvre d'actions intersectorielles pour promouvoir la santé dans votre juridiction</b>, quelle serait la valeur ajoutée pour vous ou votre organisation de participer à ce nouveau Réseau?</p>
5. Selon vous, quel(s) type(s) d'activités le Réseau devrait-il mettre en place pour avoir le meilleur retour sur les investissements?
<b>Défis et occasions liés au contexte canadien</b>
6. Dans le contexte où le RCSdTP serait composé de membres issus notamment des secteurs de la santé/santé publique aux paliers gouvernementaux fédéral, provincial/territorial, local/régional, ainsi que du milieu universitaire et des gouvernements autochtones, entrevoyez-vous des défis associés à ce <i>membership</i> diversifié? Si oui, lesquels?
7. Dans le contexte où le RCSdTP serait composé de membres issus notamment des secteurs de la santé/santé publique aux paliers gouvernementaux fédéral, provincial/territorial, local/régional, ainsi que du milieu universitaire et des gouvernements autochtones, entrevoyez-vous des occasions liées à ce <i>membership</i> diversifié? Si oui, lesquels?
<b>Membres</b>
8. Selon vous, quel type d'acteurs faut-il cibler en tant que membres du RCSdTP?
9. Le Réseau devrait-il inclure des membres de secteurs autres que la santé et de la santé publique? Si oui, quels secteurs devons-nous prioriser? Si non, pourquoi?
<b>Considérations pour les organisations autochtones</b>
10. Que devrions-nous faire ou mettre en place pour que le RCSdTP soit approprié, respectueux et utile pour les organisations autochtones?
<b>Renforcement des capacités en SdTP et partage des connaissances</b>
11. Sur la base de votre expérience dans le domaine de la SdTP, y a-t-il des occasions ou des défis spécifiques auxquels nous devrions réfléchir eu égard au partage des connaissances et au renforcement des capacités liées à la SdTP?
<b>Derniers commentaires</b>
12. Avez-vous des conseils à nous donner relativement à la mise sur pied d'un RCSdTP?
13. Y a-t-il d'autres informations ou conseils que vous aimeriez nous communiquer concernant le RCSdTP?
14. Accepteriez-vous d'être contacté ultérieurement dans le cadre de nos démarches visant à informer le développement du RCSdTP?



## **Annexe 4**

**Grille de questions pour les acteurs canadiens possédant  
de l'expérience en lancement et en gestion de réseau**



### Consultation de membres de réseaux canadiens<sup>9</sup>

<b>Nom</b>	
<b>Poste</b>	
<b>Organisation</b>	

<b>Objectifs et valeur ajoutée du réseau</b>
1. De quelle façon avez-vous décidé de créer un réseau?
2. Comment avez-vous établi la composition du réseau et pourquoi avez-vous choisi ces types de membres?
3. Disposez-vous d'un plan d'évaluation pour mesurer les retombées, le rendement ou les résultats du réseau?
4. Comment votre réseau assure-t-il sa pérennité?
<b>Adhésion, engagement et rétention des membres</b>
5. Quel type de structure de réseau permet une bonne interaction avec les membres?
6. Qu'est-ce qui favorise ou entrave l'attraction et la rétention des membres?
7. Quelles seraient les difficultés relatives à la mise en place d'un RCSdTP qui regroupe une diversité de membres des secteurs de la santé et de la santé publique des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, d'administrations régionales ou locales ainsi que des gouvernements autochtones et du milieu universitaire?
8. Quelles seraient les possibilités relatives à la mise en place d'un RCSdTP qui regroupe une diversité de membres des secteurs de la santé et de la santé publique des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, d'administrations régionales ou locales ainsi que des gouvernements autochtones et du milieu universitaire?
<b>Gestion et activités du réseau</b>
9. Qu'est-ce qui permet ou entrave les activités du réseau?
10. Quels types d'activités se sont avérés les plus efficaces pour mobiliser les membres?
11. Quels ont été les facteurs les plus difficiles ou les plus facilitants pour votre réseau?
12. En rétrospective, que feriez-vous différemment si vous deviez établir un réseau aujourd'hui?
13. En rétrospective, que feriez-vous de la même façon (bonnes idées ou pratiques que nous devrions essayer pour en apprendre davantage ou sur lesquelles nous appuyer)?
<b>Considérations relatives aux organisations autochtones</b>
14. Que faudrait-il pour que le RCSdTP soit approprié et utile pour les organisations autochtones, et respectueux envers elles?
<b>Autres commentaires</b>
15. Quels conseils auriez-vous à nous donner dans la conception du RCSdTP?
16. Y a-t-il d'autres informations ou conseils que vous souhaitez nous transmettre concernant le RCSdTP?
17. Acceptez-vous que nous communiquions avec vous pour obtenir des informations supplémentaires afin d'éclairer la mise sur pied du RCSdTP?

<sup>9</sup> La grille d'entrevue utilisée pour ces répondants était rédigée uniquement en anglais. Le contenu a été traduit pour ce rapport.



## **Annexe 5**

### **Grille de questions pour les membres du Global Network**



### Consultation de membres du Global Network <sup>10</sup>

<b>Nom</b>	
<b>Poste</b>	
<b>Organisation</b>	
<b>Rôle au sein du réseau</b>	

<b>Motifs justifiant l'adhésion à un réseau et valeur ajoutée</b>
1. Pour les membres fondateurs : Comment les membres fondateurs du GNHiAP ont-ils choisi les types de membres qui feraient partie du GNHiAP?
2. Selon vous, quelle est la valeur ajoutée du réseau pour votre zone de compétence ou votre organisme et pour ses membres en général?
<b>Engagement et rétention des membres</b>
3. Quels types d'activités se sont avérés les plus efficaces pour mobiliser les membres du GNHiAP?
4. Y a-t-il des éléments à modifier pour assurer l'engagement des membres?
5. Qu'est-ce qui favorise ou entrave l'attraction et la rétention des membres?
<b>Gestion et activités du réseau</b>
6. Comment avez-vous abordé la diversité des contextes (niveaux de mise en œuvre de la SdTP, type de système politique, taille des pays, type d'organisme [milieu universitaire, pays, OMS, etc.]) des membres?
7. Quels ont été les facteurs les plus difficiles ou les plus facilitants pour le GNHiAP?
8. Pour les membres fondateurs : En rétrospective, que feriez-vous différemment si vous deviez créer un réseau aujourd'hui?
9. En rétrospective, que feriez-vous de la même façon (bonnes idées ou pratiques que nous devrions essayer pour en apprendre davantage ou sur lesquelles nous appuyer)?
<b>Retombées et pérennité du réseau</b>
10. Comment les retombées du GNHiAP sont-elles évaluées en ce qui a trait aux résultats concrets et tangibles tels que les membres cibles, l'échange de connaissances, les interactions avec d'autres secteurs, la gouvernance de la santé et l'équité en matière de santé, le renforcement des capacités enSdTP?
11. Selon votre expérience avec le GNHiAP, quels sont les facteurs importants pour favoriser sa pérennité?
<b>Renforcement des capacités et partage de connaissances</b>
12. D'après votre expérience dans le domaine de la SdTP, y a-t-il des possibilités ou des contraintes précises auxquelles nous devrions penser en ce qui concerne le partage de connaissances et le renforcement des capacités?
<b>Autres commentaires</b>
13. Quels conseils auriez-vous à nous donner dans la conception et le lancement d'un RCSdTP?
14. Y a-t-il d'autres informations ou conseils que vous souhaitez nous transmettre concernant le GNHiAP?
15. Acceptez-vous que nous communiquions avec vous pour obtenir des informations supplémentaires afin d'éclairer la mise sur pied du RCSdTP?

<sup>10</sup> La grille d'entrevue utilisée pour les répondants du GNHiAP était rédigée uniquement en anglais. Le contenu a été traduit pour ce rapport.





Pour en savoir plus, visitez [ccnpps.ca](http://ccnpps.ca)

**Institut national  
de santé publique**

**Québec**



Centre de collaboration nationale  
sur les politiques publiques et la santé

National Collaborating Centre  
for Healthy Public Policy