

Centre de collaboration nationale
sur les **politiques publiques**
et la **santé**

www.ccnpps.ca

**Formations en Santé dans toutes les politiques :
recensement, analyse et pistes de réflexion**

Rapport | 2023*



Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé

National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy

*Institut national
de santé publique*
Québec

Auteur

Martin Renaud
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

Soutien à l'édition

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

Mise en page

Marie-Cloé Lépine
Institut national de santé publique du Québec

Comment citer ce document

Renaud, M. (2023). *Formations en Santé dans toutes les politiques : recensement, analyse et pistes de réflexion*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

Remerciements

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) tient à remercier Virginie Moffet, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; Nancy Gehlen, Agence de la santé publique du Canada et Thierno Diallo, Université Laval, pour leurs commentaires portant sur une version préliminaire de ce document; et Roxanne Lépine, Institut national de santé publique du Québec, pour son aide dans le développement de la stratégie de recherche documentaire. Enfin, nous remercions Nicole F. Bernier, Hélène Poliquin et Marianne Jacques, du CCNPPS, d'avoir relu une version préliminaire de ce document.

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) 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: www.ccnpps-ncchpp.ca and on the INSPQ website at: 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.

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.

Dépôt légal — 1^{er} trimestre 2023

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-93690-9 (PDF anglais)
ISBN : 978-2-550-93689-3 (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

| | |
|--|-----------|
| Résumé | 1 |
| 1 Introduction | 3 |
| 1.1 Le contexte | 3 |
| 1.2 Les objectifs..... | 4 |
| 2 Méthodologie | 5 |
| 2.1 La recherche documentaire..... | 5 |
| 2.2 Les critères d'inclusion et d'exclusion | 5 |
| 2.3 Le corpus analysé..... | 6 |
| 2.4 Les limites de la recherche | 7 |
| 3 Analyse quantitative | 9 |
| 4 Analyse qualitative | 11 |
| 4.1 Les objectifs et les compétences | 11 |
| 4.2 Le mode de formation et les approches pédagogiques | 12 |
| 4.3 Les conditions favorables ou nuisibles à la mise en œuvre de la SdTP | 13 |
| 4.3.1 Les facteurs structurels | 13 |
| 4.3.2 Les facteurs liés à la mise en œuvre de la SdTP..... | 15 |
| 4.4 Les avantages de la SdTP | 17 |
| 4.4.1 Une solution aux problèmes pernicieux | 17 |
| 4.4.2 L'amélioration de la société dans son ensemble | 18 |
| 4.4.3 Les avantages fonctionnels | 18 |
| 4.4.4 La cohérence | 18 |
| 4.4.5 Le contrôle des coûts | 19 |
| 4.4.6 L'équité | 19 |
| 4.5 Les limites de la SdTP | 20 |
| 4.5.1 Les limites financières et institutionnelles | 20 |
| 4.6 Les outils et principes de mise en œuvre | 22 |
| 4.6.1 Démarches politiques | 22 |
| 4.6.2 Démarches techniques | 26 |
| 4.7 Les expériences de SdTP | 32 |
| 4.7.1 L'Australie-Méridionale | 32 |
| 4.7.2 La Californie | 33 |
| 4.7.3 Les initiatives locales aux États-Unis | 33 |
| 4.7.4 La Thaïlande..... | 34 |
| 4.7.5 L'Équateur..... | 34 |
| 4.7.6 La Finlande..... | 34 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 4.8 | Contexte historique..... | 35 |
| 5 | Discussion..... | 37 |
| 5.1 | Interprétation et pistes de réflexion | 37 |
| 5.1.1 | Dichotomie entre les objectifs et les obstacles | 37 |
| 5.1.2 | Intégration des secteurs autres que la santé..... | 38 |
| 5.1.3 | Flexibilité et outils détaillés | 38 |
| 5.2 | Pistes de solutions..... | 39 |
| 5.2.1 | L’atelier professionnel sur mesure | 39 |
| 5.2.2 | Le contexte canadien..... | 40 |
| 5.2.3 | Suggestions supplémentaires..... | 40 |
| 6 | Conclusion | 43 |
| | Références..... | 45 |
| | Liste des formations analysées..... | 47 |
| | Annexe 1..... | 59 |

Résumé

Ce document recense et analyse 85 formations (ateliers, webinaires, guides, cours, conférences) portant sur l'approche de Santé dans toutes les politiques (SdTP). Il vise à dresser un portrait des formations offertes et à proposer des pistes de réflexion pour les bonifier, notamment dans une perspective canadienne. Le rapport propose une brève analyse quantitative ainsi qu'une analyse qualitative approfondie des dimensions suivantes présentes dans le corpus de formations : les objectifs et compétences, les modes de formation et approches pédagogiques, les conditions favorables ou nuisibles à la mise en œuvre de la SdTP, les avantages et limites, les outils et principes de mise en œuvre, les expériences préalables de SdTP ainsi que le contexte historique. Cette analyse a permis de relever plusieurs constances en matière de contenus abordés. De manière générale, les formations analysées offrent une vue d'ensemble complète des fondements de l'approche et de ses principes de mise en œuvre. Elles tendent à mettre de l'avant une vision de la SdTP axée sur la flexibilité, la collaboration horizontale, les avantages pour l'ensemble de la société, les défis multifacettes liés à sa mise en œuvre et des outils plus conceptuels que pratiques. Malgré la qualité des formations existantes, il semble que des professionnels désirant approfondir leurs connaissances et compétences en SdTP bénéficieraient de formations plus concrètes et applicables. À partir de certaines lacunes discutées dans le présent rapport, nous proposons quelques pistes de réflexion pour enrichir l'offre de formations, la principale étant l'élaboration d'ateliers professionnels, adaptés à des clientèles, publics, secteurs ou contextes particuliers. Cette proposition aurait notamment l'avantage de répondre aux réalités et défis particuliers émergeant de la diversité politique et sociale observable au Canada. Pour des raisons de faisabilité ou de disponibilité de ressources, un cours virtuel s'adressant à une pluralité d'acteurs pourrait aussi être envisagé.

1 Introduction

Après deux décennies de discussions et d'expériences diverses, l'approche de Santé dans toutes les politiques (SdTP)¹ continue de susciter l'espoir d'une meilleure collaboration intersectorielle au sein des gouvernements pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et ainsi faire diminuer les inégalités. Des pionniers de l'approche, experts et universitaires ont créé une variété de formations et de ressources pour introduire la SdTP et outiller les décideurs et professionnels à mettre en œuvre cette approche dans différentes régions du monde. Le présent rapport résume un travail de recension et d'analyse de formations portant sur la SdTP (le terme formation doit être compris dans son sens large, incluant toute activité ou ressource facilitant l'apprentissage). Il vise à dresser la liste des tendances autant dans la forme que dans le contenu et ainsi contribuer à une réflexion plus générale pour bonifier la diffusion et l'apprentissage des connaissances, savoir-faire et compétences liés à la SdTP. Le rapport s'adresse aux acteurs de santé publique intéressés à créer une formation portant sur la SdTP ou, plus globalement, à suivre une ou des formations portant sur cette thématique.

Notre analyse quantitative et qualitative de 85 formations montre la grande qualité de l'offre existante pour introduire l'approche ainsi qu'explicitier ses fondements conceptuels et ses principes de mise en œuvre. Elle souligne aussi des espaces à combler et des éléments à améliorer, à partir desquels nous suggérons des pistes de réflexion pour favoriser un apprentissage plus tangible et pratique. Le rapport débute par une présentation des objectifs et de la méthodologie privilégiée pour recenser et analyser les formations. Par la suite, il propose une brève analyse quantitative suivie d'une analyse qualitative approfondie des approches pédagogiques et surtout des contenus abordés dans le cadre des différentes formations. Le rapport se termine par une discussion proposant des pistes de réflexion visant à enrichir l'offre de formations et l'adapter au contexte particulier des différentes réalités présentes au Canada.

1.1 Le contexte

Le présent projet s'inscrit en continuité avec d'autres initiatives du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) en partenariat avec l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) visant à mieux comprendre et, ultimement, à soutenir la mise en œuvre de l'approche de SdTP au Canada. Plus précisément, il contribue à mettre en application certaines des conclusions et recommandations proposées dans le cadre de la Rencontre pancanadienne sur la SdTP², tenue à Québec en octobre 2019 (avant le début de la pandémie mondiale de COVID-19) et organisée par le CCNPPS en collaboration avec l'ASPC et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), notamment :

- a) « Créer un répertoire de données probantes pour soutenir le renforcement des capacités et la mise en œuvre », particulièrement par la création « d'une boîte à outils canadienne générique en matière de SdTP » et « de modules d'apprentissage en ligne ou de webinaires sur la SdTP et d'initiatives connexes;

¹ « La Santé dans toutes les politiques est une approche intersectorielle des politiques publiques 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 à leurs impacts sur la santé, et ce, à tous les paliers d'élaboration des politiques » (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2013, p. 1).

² Pour en savoir plus sur cette rencontre, visitez le site Internet du CCNPPS : <https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/rencontre-pancanadienne-sur-la-sante-dans-toutes-les-politiques-sdtp/>.

Formations en Santé dans toutes les politiques :
recensement, analyse et pistes de réflexion

- b) Établir les bases d'une interprétation commune de la SdTP dans tous les secteurs », concrètement en développant « un langage et des messages clés communs » et « un réseau intersectoriel en matière de SdTP au Canada;
- c) Explorer des adaptations du HiAP Framework for Country Action (cadre de référence lié à la SdTP pour les interventions des pays) de l'OMS [Organisation mondiale de la Santé] pour le contexte canadien » (Diallo, 2020b, p. 2).

S'appuyant sur ces recommandations, le CCNPPS s'est ainsi associé à l'ASPC pour dresser un portrait de l'offre de formations disponibles en matière de SdTP et explorer différentes pistes de réflexion pour soutenir l'approche dans le contexte canadien.

1.2 Les objectifs

Dans sa vue d'ensemble, ce rapport vise à présenter les principales tendances observables dans l'offre de formations en SdTP en ce qui a trait aux approches pédagogiques et aux contenus privilégiés. Plus particulièrement, les objectifs suivants ont guidé le travail de recherche et la rédaction du rapport :

- Obtenir un aperçu des activités et de la documentation associée existantes visant le développement des connaissances et des compétences en matière de SdTP;
- Optimiser l'utilisation des ressources existantes visant le développement des connaissances et des compétences en matière de SdTP dans le développement d'une formation canadienne sur la SdTP;
- Obtenir une meilleure compréhension des compétences à développer, des dimensions fondamentales et des approches pédagogiques à mobiliser dans le cadre d'une formation canadienne sur la SdTP.

2 Méthodologie

2.1 La recherche documentaire

L'objectif de la recherche documentaire était de répertorier les formations offertes consacrées à la SdTP. Considérant que celles-ci ne constituent pas des publications proprement dites, nous avons privilégié une recherche par mots clés combinée à la méthode « boule de neige » pour identifier et sélectionner les formations. Nous avons appliqué une liste de mots clés aux ressources disponibles en ligne (Google, sites spécialisés tels que le Global Network for HiAP ou l'Organisation mondiale de la Santé, etc.). Voici la liste des mots clés utilisés dans chacune des langues d'usage privilégiées :

- a) Mots clés français : SdTP, « Santé dans toutes les politiques », « approche multisectorielle en santé », cours, formation, atelier, tutoriel, manuel, apprentissage, guide, université;
- b) Mots clés anglais : HiAP, « Health in All Policies », « multisectoral approach to health », course, formation, training, workshop, tutorial, manual, textbook, learning, toolkit, university, college;
- c) Mots clés espagnols : SeTP, « Salud en todas las políticas », taller, curso, manual, guía, universidad, formación, aprendizaje.

Dans le cas des cours, la méthode de recherche par mots clés a permis de déceler des cours abordant la notion de SdTP, mais sans toutefois permettre d'accéder à l'ensemble de leur contenu. Par exemple, de nombreux cours universitaires (spécialement ceux offerts en présentiel) ne publient en ligne qu'une brève description du contenu abordé. Dans le but de répertorier d'autres cours et d'obtenir des informations précises sur les éléments de la SdTP abordés et les approches pédagogiques privilégiées, nous avons communiqué par courriel avec 21 personnes-ressources (professeurs d'université ou experts) ou institutions offrant une formation portant sur la SdTP dans différentes régions du monde. Nous avons ainsi ajouté 6 formations à notre liste (5 cours et 1 atelier) et de la documentation (plans de cours, présentations, accès à des cours en ligne) nous permettant de les analyser en détail. Le reste de ces communications sont restées sans réponse ou, une fois le matériel reçu, nous avons dû exclure ces formations selon les critères décrits dans la section qui suit. Deux rencontres virtuelles ont aussi eu lieu avec des personnes-ressources qui préféraient discuter de leurs formations plutôt que de transmettre leurs matériels d'enseignement.

2.2 Les critères d'inclusion et d'exclusion

Pour s'assurer de la cohérence de notre corpus, les critères d'inclusion et d'exclusion présentés dans le tableau 1 ont été appliqués à chacune des formations retenues au cours de notre recherche documentaire.

Tableau 1 Critères d’inclusion et d’exclusion

| | | |
|---------------------------|---|---|
| Langues | La grande majorité des formations et documents accessibles sont en anglais, mais les formations en français et en espagnol sont aussi incluses. | |
| Date de production | Toute formation produite entre 2005 et 2021. | |
| Contenu abordé | Formations incluses : Explicitement axées sur le concept de SdTP. Couvrant la SdTP dans son ensemble (cadre théorique, mise en œuvre, exemples concrets). Les cours dont une portion significative porte sur la SdTP. | Formations exclues : Axées sur des approches connexes à la SdTP (approche pangouvernementale, approches intersectorielles de la santé ³ , etc.) sans toutefois utiliser un cadre conceptuel fondé sur la SdTP. Portant partiellement sur la SdTP, mais qui ne pourraient pas contribuer à un processus d’apprentissage sur le sujet. |
| Mode de formation | Guides de mise en œuvre de la SdTP. Ateliers. Webinaires. Conférences portant sur la SdTP. Cours (en présentiel ou virtuels). | |
| Durée ou longueur | Les guides de mise en œuvre doivent être d’un minimum de 20 pages. Les webinaires doivent avoir une durée minimale de 50 minutes. Les formations en présentiel doivent contenir plusieurs modules ou séances (par exemple, un court atelier d’introduction à la SdTP serait exclu). Les conférences doivent inclure plusieurs présentations. Les cours n’ont pas de limite minimale de temps. | |

Le critère « mode de formation » nécessite quelques précisions puisque nous avons privilégié une conception très ample de la notion de formation. En nous limitant aux ateliers et aux cours proprement dits, nous risquons de laisser de côté des ressources très riches en contenu et ayant servi à former de nombreux professionnels bien au fait de la SdTP. Ainsi, plusieurs ressources analysées ont un grand potentiel éducatif et d’apprentissage (présentations dans des conférences, webinaires, guides) sans toutefois constituer des formations dans le sens traditionnel du terme.

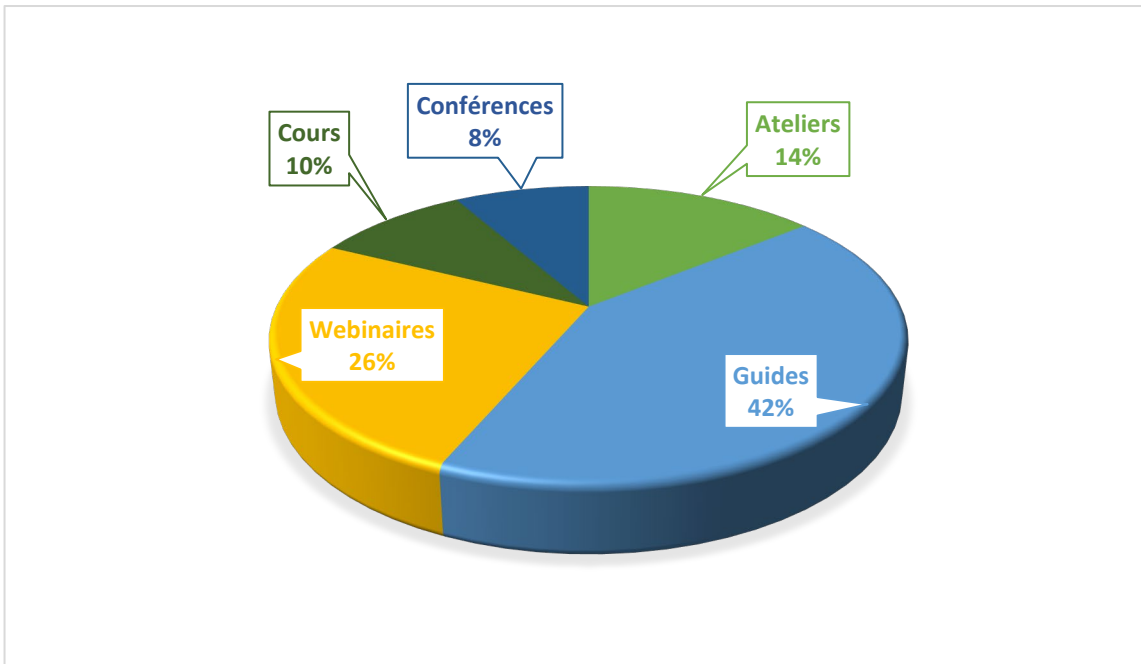
2.3 Le corpus analysé

La liste finale des formations analysées peut être consultée dans la section bibliographique de ce rapport. Nous avons répertorié 12 ateliers, 36 guides, 22 webinaires, 8 cours et 7 conférences respectant les critères d’inclusion et d’exclusion adoptés pour un total de 85 formations (figure 1). Quelques clarifications sont nécessaires concernant certaines formations ainsi que l’analyse des conférences incluses dans le corpus. Le Bureau régional pour l’Afrique de l’OMS a offert un atelier sur la SdTP en anglais en 2015 et en français en 2016. Ces formations étant presque identiques, nous les avons considérées comme une seule et même formation. À l’intérieur des 7 conférences répertoriées, nous avons retenu et analysé 42 présentations individuelles. Ainsi, notre processus d’analyse des conférences diffère légèrement des autres modes de formation. Lorsqu’il est question

³ Bien que l’approche intersectorielle de la santé possède de nombreuses similitudes avec la SdTP, nous avons choisi d’exclure les formations consacrées spécifiquement à cette approche en s’inspirant de l’analyse de Diallo : « La stratégie de la Santé dans toutes les politiques (SdTP) s’inscrit dans ce contexte. Il s’agit d’une approche intersectorielle des politiques publiques 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 santé (OMS, 2013). Cette approche se distingue des initiatives d’action intersectorielle en faveur de la santé dans le sens où elle ne se limite pas à un ou deux secteurs, mais vise une prise en compte systématique des préoccupations de santé dans les décisions de tous les secteurs et le développement de relations de collaboration intersectorielle pérennes » (Diallo, 2020a, p. 3).

de dimensions liées à la structure, à la pédagogie ou aux objectifs, nous avons analysé les conférences dans leur ensemble. En revanche, les dimensions liées au contenu ont été appliquées aux présentations individuelles. Cela explique que nous utilisons deux totaux de formations dans notre section quantitative (85 et 120) selon la dimension d'analyse. La grille d'analyse utilisée pour recueillir les données décrite dans le paragraphe suivant a aussi été adaptée pour faciliter l'analyse des conférences.

Figure 1 Formations analysées selon le mode



Pour recueillir des données quantitatives et qualitatives, nous avons créé une grille d'analyse. Le modèle figure dans l'annexe 1 du présent rapport, tout comme la version adaptée aux conférences. La grille est divisée en deux sections : format et contenu. La première vise à recueillir de l'information pratique et pédagogique sur la formation. La seconde se concentre sur les différents éléments de contenu abordés. Nous avons appliqué les 18 dimensions d'analyse incluses dans la grille aux documents ou ressources de chacune des formations (plans de formation, présentations, enregistrements, documents d'accompagnement, textes, échanges avec les formateurs). Une grille par formation a ainsi été complétée en insérant pour chacune des dimensions d'analyse des données spécifiques, un résumé du contenu ou des citations. Les données recueillies dans ces grilles ont permis de comparer les approches et contenus ainsi que reconnaître des tendances détaillées dans notre brève analyse quantitative et notre analyse qualitative approfondie.

2.4 Les limites de la recherche

L'approche méthodologique privilégiée implique certaines limites. Tout d'abord, certaines formations potentiellement utiles ont pu demeurer à l'extérieur de notre répertoire. Nous avons consciemment choisi de limiter notre corpus aux formations consacrées explicitement à la notion de SdTP. Il est ainsi possible et probable que des formations utilisant une terminologie distincte, mais abordant des thématiques similaires aient été ignorées. Des formations portant sur la SdTP peuvent aussi être incluses à l'intérieur de formations plus amples (p. ex., promotion de la santé, approches multisectorielles) ou utilisant un angle d'analyse différent (par exemple, des formations portant sur les

évaluations d'impact sur la santé). Cette limite pourrait notamment s'appliquer aux formations en espagnol puisque, malgré le fait que plusieurs pays hispanophones ont implanté la SdTP à différents paliers de gouvernement (Équateur, Chili, Espagne, pour en nommer quelques-uns), nous n'avons pu analyser que deux formations en espagnol respectant nos critères d'inclusion. Une raison supplémentaire vient de la résistance, bien compréhensible, de certains professionnels ou organismes à partager le contenu de leurs formations ou encore simplement l'impossibilité d'entrer en communication avec ces derniers. Une autre limite méthodologique vient du matériel parfois incomplet. La documentation reçue ou trouvée était parfois partielle. Par exemple, une présentation PowerPoint sans enregistrement ou un module de formation manquant. Il est possible que certains éléments de contenu abordés par un petit nombre de formations n'aient pas été inclus dans notre analyse pour cette raison.

La décision d'utiliser une définition expressément ample de la notion de formation nous a amenés à incorporer certaines ressources (notamment des guides et conférences) incluant des discussions théoriques ou ancrées dans une démarche de recherche plus que dans une approche de formation professionnelle. L'inclusion de formations plus spécialisées ou approfondies peut avoir augmenté la présence de certaines thématiques dans notre analyse. De plus, les références et citations incluses dans la section analyse du rapport sont disproportionnellement issues des guides puisque, en plus du nombre plus élevé de ce mode de formation (42 %), ce format offre une plus grande quantité et diversité de contenu facile à citer. En comparaison, les ateliers et les cours favorisent habituellement les présentations en format abrégé, moins propice à isoler une citation illustrant un propos. Malgré cette réalité, nous avons pris grand soin d'utiliser des références, exemples et citations reflétant des tendances claires dans l'ensemble ou dans un nombre important de formations.

Il est d'ailleurs nécessaire de mentionner que l'analyse produite ici se fonde exclusivement sur les formations recensées. En ce sens, elle ne constitue pas une analyse de l'approche de SdTP dans son ensemble et n'inclut pas la perspective des acteurs canadiens même si nous espérons que ce rapport leur sera utile. En dépit de ces limites méthodologiques, le corpus répertorié nous a permis d'analyser comment les différentes dimensions de l'approche de SdTP sont enseignées, transmises ou mises à disposition à des publics divers.

3 Analyse quantitative

Après avoir analysé 85 formations (120 si nous considérons les présentations individuelles analysées au sein des conférences), il nous est possible de livrer certaines considérations dérivées des données quantitatives. Ces observations permettent de mettre en lumière quelques tendances et surtout d'établir un point de départ pour une analyse qualitative approfondie.

Concernant les dates de publication ou de réalisation des formations, nous pouvons observer une concentration des guides et des ateliers entre 2013 et 2018 avec respectivement 28 (76 %) et 11 (92 %), soit les années suivant la déclaration de Helsinki (2013) et le cadre de l'OMS sur la SdTP, qui ont probablement joué un rôle important dans la diffusion de l'approche. Par contre, la période 2019-2021 a vu une augmentation marquée des webinaires avec 19 (86 %). Les restrictions mises en place partout sur la planète pour tenter de contrôler la pandémie de COVID-19 à partir de mars 2020 ont sans doute favorisé cette augmentation.

Les données liées à la longueur des formations permettent d'affirmer que les différents modes de formation tendent à favoriser les formats relativement courts (3 jours ou moins pour les ateliers, 75 minutes ou moins pour les webinaires, des conférences d'une journée). Les guides respectent partiellement cette tendance avec 14 guides ayant moins de 35 pages (39 %), 15 guides de 81 pages ou plus (42 % des guides répertoriés) avec seulement 7 guides (19 %) comptant entre 36 et 80 pages.

Puisque les questions de gouvernance et de politique publique sont centrales dans l'approche SdTP, il n'est pas surprenant de constater que 36 formations (42 %) identifient les professionnels en santé publique ou en politique publique comme public cible, suivis des gouvernants ou hauts fonctionnaires avec 22 (26 %). De plus, 90 des 120 (75 %) formations examinent les expériences précédentes de mise en œuvre de la SdTP. L'Australie-Méridionale (22 formations, 18 %) et la Californie (16 formations, 13 %) constituent les initiatives les plus souvent discutées. D'un autre côté, 36 formations (30 %) analysent des expériences locales (municipalités, comtés, etc.). Ces données semblent indiquer une préoccupation marquée pour la mise en œuvre à plus petite échelle. Sans surprise, 111 formations (93 %) incluent une discussion concernant les outils ou principes de mise en œuvre, ce qui montre la centralité des processus de mise en œuvre dans les formations. À l'inverse, seulement 38 formations (31 %) abordent explicitement les avantages de la SdTP.

4 Analyse qualitative

L'analyse qualitative examine des dimensions pédagogiques (objectifs d'apprentissage et compétences; modes de formation et approches pédagogiques), cependant elle se concentre davantage sur les éléments de contenu couverts par les formations (conditions favorables ou nuisibles à la mise en œuvre, limites, avantages, outils et principes de mise en œuvre, expériences précédentes, contexte historique). Cet accent sur le contenu découle principalement de la richesse et de la complexité de celui-ci. Nous dressons la liste des tendances observées et les résumons à partir de nos grilles d'analyse. Des références, citations et exemples sont tirés des formations pour illustrer et appuyer notre analyse.

4.1 Les objectifs et les compétences

Parmi les formations ayant énoncé explicitement leurs objectifs d'apprentissage ou les compétences visées, il est possible de répertorier certaines tendances. D'abord, nous pouvons distinguer deux perspectives dominantes derrière les objectifs et compétences proposés. La première vise à explorer la SdTP d'un point de vue conceptuel. Ces formations stipulent qu'elles souhaitent que les participants comprennent les principes fondamentaux et la vision d'ensemble de la SdTP puisqu'elle peut être « considérée comme une approche, ou une perspective, que les professionnels peuvent adopter dans leur travail quotidien et qui rend compte de la mobilisation avec d'autres secteurs pour développer des politiques, plans et pratiques qui prennent en considération et améliorent les déterminants sociaux de la santé » (SOPHIA HiAP Workgroup, 2017, p. 2). Pour ce faire, on propose d'aborder le cadre théorique des déterminants sociaux de la santé ou les expériences de mise en application de la SdTP. Cette perspective vise en grande partie à établir les fondements conceptuels nécessaires à l'intégration de notions plus concrètes de la SdTP telles que les étapes à suivre ou les outils de mise en œuvre de cette approche. Dans tous les cas, l'accent est mis sur la compréhension de ce qu'est la SdTP et comment concevoir sa mise en œuvre.

La deuxième perspective dominante décelée dans les objectifs d'apprentissage et compétences se centre sur des compétences spécifiques, c'est-à-dire des savoir-faire permettant d'effectuer les tâches concrètes liées à la mise en œuvre de la SdTP. On renvoie ici aux habiletés de négociation, à l'écriture de notes de breffage (*policy briefs*), à la reconnaissance des fenêtres d'opportunité, à l'engagement des parties prenantes, etc. Citons par exemple la formation offerte par le Regional Office of South-East Asia de l'OMS en 2015. Ses objectifs étaient de : « 1. Faire part du progrès et des données probantes menant à la Santé dans toutes les politiques; 2. Offrir de l'assistance technique et une approche par étape illustrant « comment » implanter la Santé dans toutes les politiques; 3. Développer une feuille de route par pays pour implanter la Santé dans toutes les politiques » (Regional Office of South-East Asia, 2015, Rapport de formation [document interne], p. 6).

La première de ces deux perspectives tend à être plus présente, mais il est commun que des formations incluent à la fois une perspective conceptuelle et des apprentissages de compétences spécifiques. Un cours de l'Université d'Édimbourg en constitue un exemple puisqu'il vise à développer : « une compréhension critique de la nécessité pour toute prise de décision publique d'inclure des considérations liées à la santé et l'équité et doter les décideurs de compétences permettant de réaliser cela dans différents contextes » (Douglas, Plan de cours, 2021). Les formations analysées dans le présent rapport s'inscrivent donc dans un large spectre allant de la « trousse de départ » visant des apprentissages terre-à-terre à des formations centrées sur des prémisses conceptuelles aspirant à une compréhension globale de la SdTP.

L'analyse des objectifs et des compétences a permis d'identifier une autre tendance. La très grande majorité des formations mentionnent l'ambition d'outiller les participants pour qu'ils adaptent leurs apprentissages à leurs contextes respectifs (pays, régions, municipalités, organisations, secteurs, etc.). Les participants sont souvent perçus comme des « policy champions » ou « policy entrepreneurs » potentiels. Les formations visent ainsi à outiller ces derniers pour qu'ils intègrent, et surtout, adaptent les connaissances, savoir-faire et compétences transmis et acquis. Un exemple représentatif est tiré de la conférence organisée par la Royal Society of Medicine du Royaume-Uni qui promet d'« offrir un appui aux autorités locales et aux décideurs du NHS (Service national de santé) pour qu'ils déterminent leurs propres besoins et défis spécifiques » (Royal Society of Medicine, Conference Presentation, 2018). En ce sens, les formations consacrées à la SdTP reconnaissent qu'elles visent à offrir une variété d'outils pratiques et conceptuels qui serviront de point de départ d'un processus long et non linéaire, reflétant la complexité et surtout la multidimensionnalité de la SdTP.

4.2 Le mode de formation et les approches pédagogiques

Notre analyse montre que le mode de formation (atelier, webinaire, guide, cours, conférence) influe fortement sur les approches pédagogiques privilégiées puisque nous avons trouvé des similitudes évidentes dans les formations d'un même mode. Dans le but d'illustrer ce point et de résumer les principales approches pédagogiques observées, nous discutons brièvement chacun des modes de formation.

Ateliers

Les ateliers tendent à mettre de l'avant une combinaison d'approches pédagogiques partant habituellement de la théorie (lectures, cours magistraux, vidéos) vers l'applicatif (discussions, activités, études de cas, scénarios). Les approches appliquées tendent à intégrer la dimension collective et collaborative (intrinsèque à la SdTP) à l'apprentissage même des concepts et outils. Plusieurs ateliers privilégient par exemple des discussions ou activités en petits groupes pour explorer des défis potentiels ou les contextes particuliers dans lesquels les participants auront à mettre en œuvre la SdTP.

Guides

Par leur nature même, les guides n'incluent pas de méthodes interactives. De manière générale, ils débutent par une discussion théorique pour ensuite enchaîner avec des exemples applicatifs ou des études de cas. Par contre, certains guides prennent le chemin inverse en mettant l'accent sur les études de cas. Quelques guides centrent par exemple leurs explications sur des expériences concrètes en SdTP ou des témoignages recueillis sur le terrain. Le point de départ devient ainsi tangible et applicable, ce qui peut contribuer à mieux situer l'apprentissage théorique et conceptuel. Par exemple le guide *HiAP: Experiences from local health departments* publié par le National Association of County and City Health Officials (NACCHO) utilise des témoignages de fonctionnaires locaux recueillis au cours de sessions d'écoute et de discussions pour présenter des stratégies de mise en œuvre de la SdTP (2017). Plusieurs guides dirigent aussi les lecteurs vers d'autres ressources telles que des vidéos ou des activités. Cela est particulièrement le cas pour les guides visant à « former les formateurs » (*train the trainers*) afin que ces derniers offrent des formations sur la SdTP dans leur pays ou secteur respectif.

Webinaires

Les approches pédagogiques privilégiées par les formateurs des webinaires semblent être limitées par le format court et par la participation d'un grand nombre de personnes (souvent difficile à prévoir). La très grande majorité propose une ou des présentations d'experts suivies d'une période de questions. Quelques exceptions incluent des sondages des connaissances et préférences des participants, des questions interactives et des mises en situation.

Conférences

Tout comme les webinaires, les conférences utilisent principalement les présentations d'experts suivies de périodes de questions. D'autres moyens d'apprentissage sont mentionnés à quelques reprises (ateliers, tables rondes), mais nous n'avons pas été en mesure d'obtenir la documentation liée à ces activités.

Cours

Contrairement aux webinaires et aux conférences, les cours offrent une panoplie d'approches et de moyens pédagogiques. Les différents cours en personne utilisent la méthode magistrale comme principale approche, à laquelle s'ajoutent des discussions, activités de groupe, exercices et conférenciers invités. Les cours en ligne, en particulier les cours asynchrones, transforment l'éventail des moyens pédagogiques. On parle ici de vidéos (témoignages, conférences, tables rondes, etc.), questionnaires, exercices de révision, travaux en groupe, capsules d'approfondissement, etc. Quelques formations de ce type proposent des espaces de réflexion personnelle à différentes étapes du cours. Ceux-ci sont orientés par des questions permettant de mettre en application les apprentissages effectués et de les rapprocher des connaissances et de la réalité de l'étudiant. Par exemple, le cours *No SDGs Without Health* de l'OMS propose un « journal de leadership » qui stimule la réflexion de l'apprenant tout au long du cours en lien avec le contenu développé. Encore une fois, le mode de formation (en ce qui concerne les cours : en personne, en ligne synchrone ou asynchrone) semble grandement influencer sur les approches pédagogiques privilégiées.

4.3 Les conditions favorables ou nuisibles à la mise en œuvre de la SdTP

La majorité des formations abordent les facteurs favorables ou nuisibles à la mise en place d'une approche de SdTP. Plusieurs formations examinent la question sous l'angle des éléments de contexte ou structurels (sociaux, économiques et politiques) qui influenceraient positivement ou négativement une initiative de SdTP (section 4.3.1) alors que d'autres conçoivent surtout ces facteurs du point de vue de la mise en œuvre (section 4.3.2).

4.3.1 LES FACTEURS STRUCTURELS

4.3.1.1 *L'incidence de l'organisation politique*

En ce qui concerne la structure de gouvernance, la qualité de la bureaucratie, la fragmentation des fonctions gouvernementales et la division des niveaux de gouvernance sont particulièrement reconnues comme freins potentiels à la mise en œuvre de la SdTP. Certaines formations insistent sur l'influence des forces extérieures telles que les limites juridiques aux actions des États imposées par les accords commerciaux internationaux. Se référant principalement à l'Union européenne, Ståhl et ses collègues insistent par exemple sur les limites légales et économiques auxquelles sont confrontés différents secteurs étatiques pour agir sur les déterminants sociaux de la santé :

La mondialisation et les pressions visant à limiter les politiques publiques qui restreignent les marchés vont engendrer encore plus de défis pour inclure la santé dans d'autres politiques et

agir sur les déterminants sociaux de la santé. Cela est d'autant plus compliqué en raison de la gouvernance à plusieurs paliers et des différences dans les priorités nationales, régionales et locales (Ståhl *et al.*, 2006, p. 17).

4.3.1.2 L'environnement idéologique

L'influence d'idéologies dominantes constitue un autre obstacle discuté dans certaines formations. On pense ici au néolibéralisme, à une vision de la santé ancrée dans des choix individuels, à la priorisation des intérêts économiques ou à la conviction que l'État doit limiter son rôle et ses responsabilités. Ces positions idéologiques constituent des remparts contre les fondements mêmes de la SdTP tels que le travail portant sur les déterminants sociaux de la santé ou la responsabilité de l'État de prendre en charge les conditions de vie de l'ensemble de la population. Le cours *Health Disparities* de l'Université du Minnesota exemplifie cette dimension en abordant la vision sociopolitique dominante aux États-Unis fondée sur l'individualisme, la priorisation de la croissance économique et le rôle limité des investissements publics pour expliquer les énormes défis qui accompagnent les tentatives de mise en œuvre de la SdTP (2019).

4.3.1.3 La notion de fenêtre d'opportunité

Ce concept est régulièrement utilisé pour effectuer le pont entre le contexte structurel et la possibilité de mener à bien un processus de mise en œuvre de la SdTP dans un environnement donné. Les formations se réfèrent à Kingdon (1984), qui a articulé le concept de fenêtre d'opportunité dans le cadre plus général des politiques publiques, pour illustrer la nécessité d'un contexte favorable permettant le soutien politique et public de l'approche de SdTP. Une crise économique ou sociale ou bien un événement marquant (comme un grave accident) peut représenter une opportunité de réforme, et ce, dans la mesure où le pouvoir en place a la capacité et l'intérêt d'agir. Par exemple, à l'intérieur du webinar *Health in All Policies in times of COVID-19: Wellbeing economics and social protection*, la professeure norvégienne Elizabeth Fosse considère le mécontentement et les critiques ayant émergé pendant la crise sanitaire et sociale de la COVID-19 comme une opportunité potentielle de revitaliser le modèle scandinave et par le fait même l'approche de SdTP puisque la nécessité d'une plus grande cohérence gouvernementale et de prendre en considération tous les secteurs de la société est devenue manifeste (Fosse *et al.*, 2021).

4.3.1.4 La perception d'« impérialisme de la santé »

Un facteur potentiellement nuisible à la mise en œuvre de la SdTP apparaît régulièrement sous l'expression « impérialisme de la santé ». On renvoie ici à la perception que peuvent avoir d'autres secteurs quant au rôle prépondérant des acteurs de la santé dans un processus d'élargissement des initiatives pour améliorer la santé de la population à leurs domaines d'activité. Bien que les formations priorisent la collaboration et la nécessité de prendre en considération les intérêts de tous les secteurs concernés, la perception que la SdTP puisse être imposée par le secteur de la santé constitue un important risque. L'impression parmi les collaborateurs potentiels d'autres secteurs que les décideurs ou professionnels de la santé imposent leurs pratiques et leurs intérêts paralyserait toute possibilité de mettre en place une stratégie gagnant-gagnant au centre de la SdTP. À l'inverse, certaines formations mettent l'accent sur la résistance venant du milieu même de la santé. Une dominance de la conception biomédicale de la santé, dans laquelle les professionnels de la santé « diffuse[nt] l'image dominante de ce que devrait être une intervention pour la santé et, plus globalement, tant l'« effet secteur », voire la sectorisation, est bien ancrée sur le terrain » (Clavier, 2021, cours no 4). Cette médicalisation de la santé ne laisse qu'une place secondaire aux déterminants sociaux de la santé et tend à « négliger les multiples causes externes d'une santé déficiente et le rôle

d'autres secteurs dans la promotion de la santé et la prévention des maladies » (Ståhl *et al.*, 2006, p. 11) alors que ces causes externes constituent le fondement de la SdTP.

4.3.2 LES FACTEURS LIÉS À LA MISE EN ŒUVRE DE LA SdTP

Plus encore que les facteurs structurels, les formations tendent à explorer les paramètres favorables ou nuisibles à la SdTP dans une perspective strictement de mise en œuvre. En d'autres mots, les formations insistent sur les éléments étant perçus comme favorables ou défavorables à la mise en œuvre de l'approche de SdTP.

4.3.2.1 Les caractéristiques intrinsèques à la SdTP

Puisque la SdTP exige la collaboration de plusieurs acteurs et secteurs, de nombreuses formations soulignent les assises foncièrement politiques de cette approche, notamment Kickbusch et Buckett (2010, p. 34) : « Pour qu'une approche de SdTP réussisse à promouvoir la santé, et particulièrement à promouvoir une distribution plus équitable de la santé, les décisions politiques doivent être prises explicitement en faveur de la santé. » La complexité même de l'approche engendre aussi maints obstacles selon une majorité de formations. Elles insistent en effet sur la difficulté de mettre en œuvre une approche multifactorielle, exigeant la collaboration de nombreux acteurs et la nécessité d'une panoplie de connaissances et de disciplines. À cela s'ajoutent la dimension temporelle et les défis liés à des actions ancrées, par définition, dans le long terme. Puisque les objectifs et les résultats ne peuvent être observés que sur de nombreux cycles électoraux, la SdTP devient ainsi tributaire des changements bureaucratiques ou politiques comme en fait foi l'expérience de l'Australie-Méridionale :

L'approche peut prendre du temps et exige que les partenaires s'engagent à collaborer pour une période raisonnable. En plus, la nature à long terme de l'analyse selon un prisme pour la santé (APS) peut conduire à une modification des impératifs et des structures bureaucratiques, ce qui peut ensuite compliquer l'approche (HiAP Team South Australia, 2017, p. 13).

D'ailleurs, cette dimension temporelle est associée par plusieurs formations aux nombreux défis d'évaluation. En effet, les cibles de la SdTP, soient les changements dans la santé des populations, sont « difficiles à mesurer, influencés par plusieurs facteurs qui peuvent être difficiles à démêler, et peuvent prendre beaucoup de temps à changer » (Rudolph *et al.*, 2013a, p. 99). Conséquemment, il est difficile de recueillir des données probantes illustrant clairement ses bienfaits à long terme sur la santé des populations. Les multiples contraintes limitant la réalisation d'évaluations et le manque de données probantes constituent ainsi des obstacles importants à l'adhésion et à l'application d'une approche SdTP.

Certaines formations insistent sur la difficulté de prouver l'efficacité de la SdTP sans données probantes directes démontrant l'incidence sur la santé des populations. Ce défi s'appuie sur plusieurs raisons, notamment :

- L'évaluation devrait impliquer la mise en œuvre, l'efficacité, les coûts-bénéfices, la satisfaction des utilisateurs [...];
- Il est possible que les nouvelles approches en matière de politiques n'aient toujours pas été évaluées de manière satisfaisante;
- Il est plus difficile d'évaluer des politiques dans leur ensemble que des interventions et des projets définis;

- Plusieurs méthodes d'évaluation ont encore un potentiel de développement (Joint Action on Mental Health and Wellbeing, 2017, p. 49).

Ajouté au fait que « les interventions de SdTP spécifiques peuvent être efficaces dans un contexte, mais pas dans un autre » (Wyss *et al.*, s.d., p. 9), il devient ainsi ardu pour les promoteurs de la SdTP de convaincre des sceptiques et provoquer leur adhésion.

4.3.2.2 Le processus de mise en œuvre

Les formations consacrent beaucoup de temps et d'espace à examiner les facteurs directement liés au processus de mise en œuvre. Un grand nombre de conditions sont discutées dans la plupart des formations. La liste proposée dans *Health in All Policies : Training Manual* semble avoir inspiré de nombreuses formations et est donc représentative des conditions discutées dans la majorité des formations :

- Le gouvernement appuie et encourage l'action intersectorielle;
- Les secteurs possèdent des intérêts partagés ou les deux/tous bénéficient d'une coopération;
- La problématique présente une grande importance politique et requiert une action urgente;
- La politique proposée profite d'un appui public;
- Des leaders efficaces et forts dans la bureaucratie (*policy champions/entrepreneurs*);
- L'action intersectorielle est bien planifiée avec des objectifs, rôles et responsabilités clairs;
- Des lois existent ou sont prévues pour appuyer la politique proposée;
- Des ressources suffisantes sont disponibles; et
- Il y a des plans pour suivre et soutenir les aboutissements (Stone, 2015, p. 71).

Ces éléments pointent essentiellement vers une toile de fond établissant un contexte favorable pour une équipe dédiée à la concrétisation d'une approche SdTP. Chacune des conditions présentées peut constituer un avantage majeur ou un important obstacle dans ce processus. Parmi celles-ci, notons que la présence d'un mandat légal (loi, décret, arrêté municipal, etc.) et un appui affiché des hautes instances politiques sont tout particulièrement mis de l'avant dans les formations.

4.3.2.3 Le leadership

Dans notre analyse des facteurs favorables ou nuisibles à la mise en œuvre de la SdTP, le mot leadership est revenu plus que tout autre. La majorité des formations insistent sur la présence d'un leadership fort et d'une volonté politique notamment au sein de l'exécutif, comme des conditions *sine qua non* pour établir une approche SdTP. Un leadership politique appuyant la SdTP a le potentiel de mobiliser des ressources, d'offrir de la légitimité et surtout de stimuler (ou même forcer) la collaboration et l'adhésion des différents secteurs. Plusieurs formations mentionnent par exemple le rôle central du gouverneur Arnold Schwarzenegger et de son décret de 2010 qui lança la California HiAP Task Force. À l'inverse, un leadership faible ou instable risque d'encourager la compétition entre secteurs et la logique en silo. Les formations insistent non seulement sur le leadership dans le haut de l'échelle politique, mais aussi à tous les paliers politiques et administratifs. Le guide produit par l'Organisation panaméricaine de la santé établit clairement le rôle et l'importance d'un leadership fort :

Il exige d'instaurer de la confiance, de développer des relations de travail, d'établir une base de connaissances et de dresser la liste des liens multiples entre la santé et les différents champs d'action. Il exige aussi un engagement fort, du leadership et de la persévérance pour faire

avancer et implanter les changements nécessaires pour que tout cela se concrétise. (Pan American Health Organization, 2015b, p. 20).

4.3.2.4 Les ressources financières et humaines

Tout comme le leadership, la présence ou l'absence de ressources financières et humaines sont maintes fois cités comme facteurs déterminants. La disponibilité et le mode de financement rendent possible ou freinent la mise en place de l'approche SdTP selon une majorité de formations. L'exemple de l'Australie-Méridionale a démontré que « des ressources consacrées à une petite équipe servant de point de référence pour les activités de SdTP » (Kickbusch et Buckett, 2010, p. 76) ont joué un rôle crucial pour établir les bases du travail intersectoriel. Malheureusement, le financement étatique est habituellement fragmenté et sujet à changement, ce qui constitue un obstacle immense à la collaboration puisque les « incitatifs encouragent la compétition pour le financement de ministères habituellement sous-financés » (Leppo *et al.*, 2013, p. 191). Même une fois ce défi surpassé, un financement temporaire ou dirigé peut nuire à la mise en place d'actions et de politiques cohérentes, selon McQueen et ses collègues (2012, p. 122) :

Les multiples sources de financement à court terme, souvent avec des restrictions strictes stipulant comment les fonds peuvent être utilisés et sujets à différents incitatifs financiers et à des préoccupations face au contrôle des coûts, peuvent agir comme frein important à l'utilisation efficace des ressources pour la SdTP.

On peut ainsi observer un consensus qu'un financement, bien que modeste, constant et garanti à long terme constitue un facteur déterminant pour le succès de la SdTP.

4.4 Les avantages de la SdTP

Notre analyse s'est aussi penchée sur les avantages de la SdTP présentés par les formations. Ces dernières insistent sur les bienfaits de l'approche d'un point de vue de la gouvernance ainsi que des résultats engendrés pour le bien-être et la santé des populations concernées.

4.4.1 UNE SOLUTION AUX PROBLÈMES PERNICIEUX

L'accent sur la prévention, ou le fait de s'attaquer aux « causes des causes », constitue une des constances observées. Le principal avantage de la SdTP mentionné se résume au fait de s'attaquer aux enjeux complexes et interdépendants. L'approche serait essentielle pour faire face aux problèmes pernicieux (*wicked problems*), c'est-à-dire des problèmes définis socialement par leur « complexité, interconnectivité, incertitude, besoin d'action collective, approches systémiques et réponses en réseau, se produisant à des paliers multiples » (Morisod *et al.*, 2021, module 5, diapo 2). Ces problèmes tels que l'obésité, les changements climatiques, la pauvreté, le racisme systémique, etc. engendrent des environnements défavorables à la santé et accentuent les inégalités. Ainsi, « se concentrer sur la SdTP peut déplacer l'accent mis sur les modes de vie individuels et les maladies prises isolément vers les facteurs sociaux et les actions qui forment nos environnements de la vie quotidienne » (Ståhl *et al.*, 2006, p. XVI). Les formations présentent la SdTP comme une alternative aux politiques de santé dominantes des dernières décennies puisque « les approches de soins de santé ne peuvent pas gérer une population vieillissante et le fardeau financier qui l'accompagne » (Kickbusch et Williams, 2013, p. 143). L'immense potentiel de la SdTP est ainsi attribué à la collaboration intersectorielle, à la vue d'ensemble et au travail en amont sur les déterminants sociaux de la santé pour affronter les problèmes pernicieux que les approches actuellement dominantes ne sont pas en mesure de corriger.

4.4.2 L'AMÉLIORATION DE LA SOCIÉTÉ DANS SON ENSEMBLE

En abordant les problèmes pernicioeux, la SdTP propose de réaliser des gains dans toutes les sphères de la société. Sur le long terme, diminuer les inégalités devrait mener à des « sociétés plus justes », des « sociétés inclusives », une « meilleure santé et du bien-être pour la population dans son ensemble » et une « économie plus robuste » (Regional Office of the Western Pacific et University of Otago, 2016, module 2, diapo 22). Les formations lient cette promesse ambitieuse à une approche gagnant-gagnant avec les secteurs autres que la santé. La SdTP aurait ainsi l'avantage d'améliorer non seulement la santé des populations, mais aussi toutes dimensions sous la responsabilité des secteurs concernés, par exemple l'activité économique :

En améliorant la santé et l'équité en santé, les partenariats devraient appuyer d'autres secteurs pour qu'ils réalisent leurs propres objectifs, tels que créer des emplois de qualité ou une stabilité économique locale. En même temps, une population plus en santé apportera probablement des bénéfices sociaux et économiques aux autres secteurs à long terme (Greszczuk, 2019, p. 4).

Les avantages qu'offre la SdTP dans une perspective sociétale globale constituent en quelque sorte la justification ultime de cette approche. Les formations traitent de la possibilité d'améliorer non seulement les indicateurs de santé traditionnels (espérance de vie, mortalité, indicateurs épidémiologiques, etc.), mais la société dans son ensemble en mettant en pratique la SdTP : « La plupart des travaux de SdTP sont cadrés selon la manière dont les investissements en santé contribuent à une société plus productive, renforcent la résilience et la cohésion sociale, donnent du pouvoir aux gens et contribuent au capital social, au bien-être et au bonheur » (Lin et Kickbusch, 2017, p. 178).

4.4.3 LES AVANTAGES FONCTIONNELS

En plus des grandes aspirations de la SdTP, les formations examinent les bénéfices issus du fonctionnement même de l'approche. Plusieurs d'entre elles retiennent la flexibilité comme un avantage incontournable. Puisque la SdTP propose une vision d'ensemble devant être adaptée aux contextes particuliers, ses fondements basés sur la « collaboration et l'engagement intersectoriels, les voies empruntées par les promoteurs des initiatives calquées sur cette approche peuvent varier selon les contextes, les besoins particuliers de la population, les ressources disponibles, les relations avec les partenaires clés et les mécanismes existants » (Brisson et St-Pierre, 2018, p. 7). Cette façon de faire constitue une grande force de l'approche selon de nombreuses formations. Elle évite d'imposer des actions ou des politiques contre-productives ou inadaptées à des environnements sociaux, politiques ou économiques spécifiques. Au contraire, « la force de l'approche de SdTP est qu'elle a le potentiel d'être vaste dans son application et fluide dans ses échéances », permettant de répondre aux besoins spécifiques d'une société, d'une population ou d'un groupe donné (Kickbusch et Buckett, 2010, p. 130).

4.4.4 LA COHÉRENCE

La plupart des formations soulignent la cohérence accrue dans la gouvernance qu'amène la collaboration intersectorielle, et plus globalement la SdTP. En brisant les silos et en valorisant les partenariats, la SdTP permettrait d'éviter les contradictions et doubléments, et ainsi promouvoir une vision à long terme et harmonieuse de l'action gouvernementale. En effet, elle « priorise la modification des systèmes de prise de décision au lieu de modifier une décision unique » (National Association of County and City Health Officials [NACCHO], 2017, p. 7). Pour ce faire, une approche SdTP doit s'assurer d'être à l'écoute des différentes parties prenantes et de mettre à contribution une diversité de ressources et de savoirs, présents dans différents secteurs. Cette stratégie « s'inscrit

bien dans une approche systémique (*whole system approach*) dans laquelle les individus, organismes et communautés travaillent ensemble pour identifier et mettre en commun leurs actifs et ressources en matière de capacités, compétences et connaissances » (Local Government Association, 2016, p. 11). De plus, les formations soulignent la capacité de la SdTP à générer une meilleure communication et à construire des ponts à partir de ces ressources entre des ministères, secteurs et parties prenantes (Merkur *et al.*, 2012). Un avantage central est donc que la SdTP, une fois à maturité, propose une institutionnalisation de la collaboration intersectorielle qui permettrait de surpasser les collaborations ponctuelles pour réellement « incorporer une optique de la santé, de l'équité et du développement durable dans l'ensemble du gouvernement » (Rudolph *et al.*, 2013b, p. 2).

4.4.5 LE CONTRÔLE DES COÛTS

La gestion entre des besoins toujours en croissance et des ressources limitées est le lot de tous les gouvernements. Des formations considèrent que la SdTP peut faire partie des solutions pour faire face à ce dilemme en contrôlant les coûts en santé et, dans une moindre mesure, dans d'autres secteurs. De manière générale, la prévention constitue une stratégie logique dans le contexte de sociétés vieillissantes, « dont les coûts de la santé augmentent, agir sur les déterminants de la santé apparaît donc nécessaire pour garantir la pérennité du système de santé » (Abrassart *et al.*, 2017, p. 11). Une meilleure coordination au sein des instances gouvernementales permettrait une plus grande efficacité, une meilleure cohérence et des résultats améliorés, diminuant ainsi les frais de fonctionnement. Par exemple, Buck et Gregory (2013, p. 11) insistent sur les économies potentielles liées aux actions prises en amont : « L'argumentaire financier établissant des "économies considérables" qui peuvent être faites grâce à des investissements intelligents au moment d'interventions précoces est convaincant. » Certaines formations poussent la logique d'économie de coûts plus loin en énumérant les bénéfices financiers engendrés par les améliorations de la santé et de la qualité de vie des populations : « Les politiques qui rendent les communautés plus en santé ont démontré un important rendement sur les capitaux investis en réduisant les coûts des soins de santé, en créant des emplois et en augmentant les revenus fiscaux » (Change Lab Solutions, 2018, p. 3). La logique sous-jacente à ces économies se base sur les principes fondamentaux de la SdTP que sont le travail en amont sur les déterminants sociaux de la santé et une gouvernance mieux coordonnée.

4.4.6 L'ÉQUITÉ

Plusieurs formations établissent l'équité à la fois comme principe fondamental et bénéfique de la SdTP. Le renommé professeur sir Michael Marmot (2018) préfère d'ailleurs utiliser l'expression *Health Equity in All Policies* (Équité en Santé dans toutes les politiques) pour mettre l'accent sur ce principe et mieux définir l'approche. Dans une perspective de résultats, la SdTP forcerait les décideurs politiques à situer « les enjeux d'équité au premier plan » des orientations gouvernementales (Lowrie et Von Hagen, 2021, diapo 83). L'approche permettrait ainsi de faire diminuer les inégalités sociales et en santé alors que « les déterminants de la santé devraient être abordés comme des médiateurs entre les politiques et les effets sur la santé, et l'équité devrait être considérée comme une valeur fondamentale » (South-Eastern Europe Health Network [SEEHN], 2013).

4.5 Les limites de la SdTP

Bien que les formations défendent naturellement les avantages de la SdTP (discutés dans la section 4.4), elles reconnaissent et décrivent tout de même certaines limites de cette approche. Il est à noter que les facteurs nuisibles à la mise en œuvre (discutés en opposition aux facteurs favorables dans la section 4.3) et les limites de la SdTP comportent certaines similitudes. Ici, l'accent est mis sur les barrières limitant l'étendue des accomplissements de la SdTP une fois mise en place et non sur les obstacles précédant la mise en œuvre. Cette division reflète davantage un effort de clarté pour présenter nos résultats d'analyse qu'une position théorique affirmée.

4.5.1 LES LIMITES FINANCIÈRES ET INSTITUTIONNELLES

Alors que la SdTP est présentée comme un moyen pour réduire les coûts et ne nécessitant pas un grand financement pour sa mise en œuvre, certaines formations énumèrent des barrières engendrées par un manque de ressources financières et institutionnelles. Le South-Eastern Europe Health Network (SEEHN, Réseau en santé du Sud-Est européen) (2013, p. 34) insiste par exemple sur les capacités restreintes de suivi et d'accumulation de données en Albanie, Bosnie et Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Monténégro, Moldavie, Roumanie, Serbie et en ex-République yougoslave de Macédoine : « Aucun des pays du SEEHN n'a la capacité de suivre régulièrement les résultats en santé décomposés en une série d'indicateurs incluant le revenu, l'éducation, la profession, le genre, le contexte rural/urbain, la taille du ménage, le statut migratoire et, si cela est permis par la loi nationale, l'ethnicité. » Plusieurs formations relèvent ainsi que la SdTP ne peut excéder les capacités et les ressources qu'un État possède.

La SdTP ambitionne de stimuler la collaboration intersectorielle et graduellement d'institutionnaliser cette pratique pour que « la santé devienne pratique courante » (Local Government Association, 2016, p. 17). Par contre, puisque la SdTP vise la participation de nombreux secteurs et « comme la SdTP est par nature intersectorielle et traverse les silos, elle n'a pas de domicile institutionnel spécifique » (NACCHO, 2017, p. 36). Il existe donc une tension entre le besoin d'institutionnalisation et la nature foncièrement intersectorielle de la SdTP. Cette tension risque de limiter le type ou le nombre d'actions mises en œuvre, soit en étouffant l'esprit innovateur et flexible à la base de la SdTP, soit par une institutionnalisation précaire ou partielle : « Plusieurs bonnes pratiques ont une durabilité limitée parce qu'elles sont des projets organisés et ne font pas encore partie intégrante du gouvernement local, régional ou national » (Joint Action on Mental Health and Wellbeing, 2017, p. 49).

4.5.1.1 Les tensions entre objectifs, délibération et collaboration

Une des principales stratégies de mise en œuvre de la SdTP prend en considération les objectifs et intérêts des secteurs autres que la santé dans une logique gagnant-gagnant. Cette façon de faire s'avère efficace pour stimuler leur adhésion; par contre, plusieurs formations mentionnent le risque que cette stratégie dilue les objectifs initiaux liés à la santé des populations. En effet, la négociation, les compromis et, surtout, la prise de décision par consensus « prennent du temps » et « risquent de perdre de vue les objectifs de départ » (Rudolph *et al.*, 2013a, p. 60). Similairement, la mise en œuvre de la SdTP risque de souffrir d'une tension entre les actions d'envergure réalisées selon une approche *top-down* et une mise en œuvre horizontale donnant voix à un grand nombre d'acteurs. Morisod et ses collègues (2021, module 5, diapo 8) insistent par exemple sur le fait que « plus il y a de parties prenantes à la table, plus le processus risque d'être difficile et d'exiger davantage de temps pour en venir à une compréhension et une position communes. » Non seulement les processus de délibération et de mise en œuvre peuvent être alourdis par une multitude de parties prenantes, ces dernières risquent aussi parfois de les freiner.

4.5.1.2 L'obstruction de certains acteurs ou secteurs

Plusieurs formations présentent la résistance à la SdTP par de multiples acteurs comme un frein important à sa mise en œuvre. La bonne foi et le désir de collaboration risquent en effet de se buter à des intérêts contraires, et surtout à d'importantes capacités de nuire à la mise en œuvre de politiques publiques concrètes. En premier lieu, les promoteurs de la SdTP sont habituellement confrontés à des restrictions en ce qui concerne les possibilités d'actions. L'Organisation panaméricaine de la santé affirme que « les secteurs de la santé nationale dans la région [les Amériques] ont rarement le mandat, l'autorité ou la capacité organisationnelle pour mettre en œuvre une politique globale et les changements structureaux qui sont nécessaires » (Pan American Health Organization, 2015b, p. 6). Deuxièmement, certains secteurs gouvernementaux contrôlent les plus puissants leviers étatiques (économie, emploi, commerce, finance) qui influent par différents moyens sur les déterminants sociaux de la santé. La mise en œuvre de la SdTP risque donc de s'arrêter là où les ressources financières ou les politiques contrôlées par ces secteurs le permettent : « La mise en œuvre de mesures fiscales dans une perspective de politique en santé est souvent restreinte par les priorités d'autres secteurs, défiée dans un contexte de politiques commerciales ou opposée par les ministères des Finances, du Commerce et de l'Industrie » (Leppo *et al.*, 2013, p. 90).

Quelques formations examinent la grande influence et la capacité de résistance du secteur privé, limitant ainsi la mise en œuvre de nombreuses politiques publiques cohérentes avec une approche SdTP. Dans une perspective générale, il peut être question d'actions généralement contraires aux objectifs de la SdTP telles que des « stratégies et approches utilisées par le secteur privé pour promouvoir des produits ou des choix qui sont nuisibles à la santé » (World Health Organization [WHO], 2015c, module 7, diapo 16). Plus directement, quelques formations ciblent le secteur privé comme obstacle potentiel direct puisqu'il peut « avoir recours à des procédures judiciaires à l'échelle nationale et internationale pour contester les décisions politiques. Créer des alliances avec d'autres secteurs du monde des affaires. Déménager dans des pays offrant moins de résistance » (WHO, 2015c, module 7, partie 1, diapo 22). Les formations transmettent ainsi une certaine dose de réalisme politique puisqu'elles expliquent que l'ampleur de la mise en œuvre d'une approche SdTP est partiellement dépendante d'acteurs traditionnellement peu concernés par la santé.

4.5.1.3 La relative nouveauté de la SdTP

La SdTP s'inscrit en continuité avec d'autres initiatives intersectorielles en santé, mais elle constitue tout de même une approche relativement récente. Certaines formations affirment qu'il est donc nécessaire de reconnaître « que plusieurs initiatives de SdTP en sont encore à leurs balbutiements alors que l'intérêt et la mise en œuvre des approches de SdTP ont considérablement augmenté, la SdTP demeure à une étape de développement » (NACCHO, 2017, p. 9). Une certaine ambiguïté conceptuelle et de mise en pratique est ainsi attribuable à la jeunesse relative de l'approche et « se traduit par une documentation et une systématisation des pratiques de l'action intersectorielle en santé limitées » (Solar et Valentine, 2013, p. 7), notamment en raison des difficultés d'évaluation mentionnées plus tôt. Bien qu'on se réfère surtout à une certaine imprécision de la SdTP dans son ensemble, d'autres formations retiennent des éléments précis qui demandent encore à être clarifiés pour atteindre un stade de maturité. Par exemple, Fafard (2018) souligne la reddition de comptes et le rôle du ministère des Finances comme étant deux grands défis généralement peu reconnus ou analysés lorsqu'il est question de la mise en œuvre de la SdTP. La notion de nouveauté est bien sûr relative. À mesure que la littérature et les formations se développent, ces préoccupations risquent de s'estomper.

4.5.1.4 Les aspirations de la SdTP

La proposition à la base de la SdTP est tout sauf modeste puisqu'elle vise à améliorer la santé des populations et l'équité en santé en travaillant sur l'ensemble des déterminants sociaux de la santé. Selon certaines formations, les grandes ambitions de la SdTP risquent de former une barrière à l'avancement même de l'approche. D'un côté, les objectifs de la SdTP peuvent créer des attentes disproportionnées. Par exemple, le *Health in All Policies: Training Manual* de l'OMS dresse la liste des attentes ingérables qui peuvent émerger lorsque des parties prenantes participent à des initiatives de SdTP (Stone, 2015). Par ailleurs, la professeure Alderman (2015) souligne le risque que la SdTP soit perçue comme une tâche immense ou trop vaste, pouvant ainsi démotiver des acteurs potentiels. Finalement, les grandes ambitions de la SdTP font en sorte que les objectifs (en matière d'incidences sur la santé) ne sont jamais complètement atteints puisque « le problème n'est jamais définitivement résolu, et sa solution peut mener à des problèmes dans d'autres domaines » (Kickbusch et Buckett, 2010, p. 13). La gestion des attentes et des objectifs réalistes devient ainsi cruciale au moment de la mise en œuvre de la SdTP.

4.6 Les outils et principes de mise en œuvre

L'ensemble des formations réservent considérablement d'espace et de temps à explorer les outils et principes de mise en œuvre de la SdTP. Puisque de nombreuses dimensions sont abordées, nous nous inspirons du Bureau régional pour l'Afrique de l'OMS (2016), qui établit que « la SdTP [est] basée sur des démarches politiques et techniques ». Suivant cette catégorisation, il sera premièrement question des principes sous-jacents à la mise en œuvre, de ses étapes, ainsi que de l'intégration au processus politique. Par la suite, l'analyse de la portion technique inclura les outils d'analyse, les structures de mise en œuvre, les politiques concrètes et une variété de compétences nécessaires pour soutenir le processus vers la réalisation de la SdTP.

4.6.1 DÉMARCHES POLITIQUES

4.6.1.1 L'état d'esprit de la SdTP

De nombreuses formations suggèrent aux promoteurs de l'approche d'aborder la mise en œuvre dans un état d'esprit (*mindset*) cohérent avec l'approche SdTP. On renvoie ici à une vision globale de la santé fondée sur les actions portant sur les déterminants sociaux et la priorisation de l'équité. Plus spécifiquement, cela inclut une compréhension adéquate :

- de l'interaction entre la santé et la société ainsi que la santé et le bien-être;
- des grands défis en santé liés aux changements sociaux et économiques dynamiques;
- d'un large éventail de déterminants de la santé, en particulier les déterminants sociaux, politiques et commerciaux;
- des défis en matière d'équité en lien avec la santé (Regional Office of the Western Pacific et University of Otago, 2016, module 3, diapo 23).

Le *HiAP: A Manual for Local Government* résume clairement cette façon de penser au centre de l'approche en insistant sur le contexte et l'environnement (en opposition aux choix individuels) et sur les valeurs de justice, d'efficacité, d'opportunité et d'équité. Le manuel offre une image simple, mais efficace de la conception que les promoteurs de la SdTP doivent garder à l'esprit : « cadre environnemental + solution + valeurs + preuves = Santé dans toutes les politiques » (Local Government Association, 2016, p. 22).

4.6.1.2 Les assises de la SdTP

Dans le même ordre d'idées, les formations discutent des principes fondamentaux à respecter dans l'approche SdTP. Il est particulièrement question des principes nécessaires au travail intersectoriel tels que la communication, le partenariat, le partage de ressources, la flexibilité, la coopération, le soutien interorganisationnel, l'apprentissage continu, etc. Les priorités proposées par la formation HiAP Workshop – The Case of Air Pollution, Urban Health and Sustainability de l'OMS (World Health Organization [WHO], 2018) en constituent un exemple représentatif : « 1. Collaboration; 2. Mobilisation citoyenne; 3. Un mélange de réglementation et de persuasion; 4. Agences et groupes d'experts indépendants; 5. Politiques flexibles, structures résilientes et prévoyance ». Bien qu'utilisant parfois une terminologie différente ou insistant sur certains aspects plus que d'autres, l'ensemble des formations soulignent l'importance de ces principes en cohérence avec le fait qu'« une approche de SdTP priorise donc le développement de partenariats pour des politiques publiques en identifiant des situations de gagnant-gagnant, de coproduction et de cobénéfices » (Lin et Kickbusch, 2017, p. 2).

4.6.1.3 Les étapes de la mise en œuvre

Certaines des formations suggèrent des étapes à suivre dans le processus de mise en œuvre. Plusieurs points de départ très concrets sont énoncés, par exemple : « Un décret, une politique d'évaluations d'impact sur la santé, une loi-cadre sur la santé, un plan d'action multisectoriel SdTP, une entente visant à implanter un plan national de développement, favorisant un plaidoyer en faveur de l'approche et un renforcement des compétences » (Herriot et Valentine, 2018, p. 15). Une plus grande proportion des formations privilégie cependant de débiter par l'analyse du contexte, l'établissement de contacts avec des partenaires et l'identification d'opportunités d'actions favorables. Un conseil maintes fois mentionné est d'adopter une approche graduelle : « retenir des cibles à porter de main, ou les petites étapes facilement réalisables pour lancer une progression vers un objectif à long terme » (NACCHO, 2017, p. 32). Cette façon de faire permettrait d'établir les assises d'une collaboration intersectorielle avant d'entreprendre des actions plus ambitieuses.

Plusieurs formations reprennent intégralement les étapes de mise en œuvre formulées dans le Framework for Country Action de l'OMS : « 1. Établir les besoins et priorités pour la SdTP; 2. Cadrer l'action planifiée; 3. Identifier les structures et les processus d'appui; 4. Favoriser le recensement et la mobilisation; 5. S'assurer du suivi, de l'évaluation et de la reddition de comptes; 6. Renforcer les capacités » (World Health Organization [WHO], 2014, p. 7). D'autres ajoutent quelques modifications, mais dans l'ensemble on établit un processus de mise en œuvre graduelle fondé sur l'analyse, la recherche de collaboration, la mise en place et l'évaluation continue. Certaines formations adaptent ces étapes à un contexte ou à un palier de gouvernement en particulier. Par exemple, *Change Lab Solutions* (2018, p. 11) conseille d'adopter une politique de SdTP au niveau local en suivant les étapes suivantes : « Convoquer et collaborer, mobiliser et concevoir, faire un plan, investir dans le changement, suivre la progression. » En respect avec l'approche SdTP, il est généralement précisé que les orientations stratégiques et les étapes de mise en œuvre constituent des outils pour guider une éventuelle mise en œuvre, lesquels peuvent et doivent être adaptés aux environnements particuliers.

4.6.1.4 Le modèle de fenêtre d'opportunité

Comme toute initiative subordonnée à une décision politique, la SdTP dépend d'un contexte favorable pour obtenir le soutien politique nécessaire à sa mise en œuvre. Comme nous l'avons déjà mentionné, de nombreuses formations se réfèrent au modèle de fenêtre d'opportunité de Kingdon pour reconnaître un moment politique opportun et la meilleure manière d'en tirer profit. Premièrement, un problème doit être reconnu comme tel par le pouvoir en place. Il doit ensuite

s'insérer dans l'agenda politique et être cadré favorablement. Troisièmement, la solution proposée doit être « techniquement faisable, culturellement et éthiquement acceptable, financièrement raisonnable » (WHO, 2015c, module 4, diapo 8). Finalement, seul un contexte politique adéquat permet une négociation et une mise en œuvre de la solution proposée. De nombreuses formations insistent sur la notion de fenêtre d'opportunité puisque l'incorporation de la SdTP aux orientations gouvernementales dépend de la capacité de ses promoteurs à la promouvoir au bon moment et de manière efficace.

Plusieurs formations approfondissent cette notion en décrivant des opportunités potentielles et en offrant des exemples concrets. Nous avons observé un optimisme considérable, au sein des formations, sans doute puisque des « fenêtres d'opportunité pour la Santé dans toutes les politiques sont partout » (Rudolph *et al.*, 2013a, p. 21). En effet, elles dressent la liste d'une multitude de fenêtres d'opportunité possibles, habituellement liées aux actions gouvernementales (budgets, réformes institutionnelles, plans stratégiques, etc.), à des problématiques précises ou à des événements ponctuels. McQueen et ses collègues discutent par exemple du rôle de contrôle parlementaire au Parlement britannique dans la création d'une fenêtre d'opportunité pour la SdTP. Le House of Common Health Committee (Comité de la Chambre des communes sur la santé) a analysé en profondeur la question des inégalités en santé en 2009. Son rapport a permis d'insérer cette thématique dans l'agenda politique britannique et ainsi ouvrir la voie à des débats et discussions permettant de présenter l'approche de SdTP comme une solution appropriée au problème (McQueen *et al.*, 2012).

4.6.1.5 Le mandat légal

Lorsqu'il est question d'instruments ou de moyens à prendre pour transformer ces fenêtres d'opportunités en initiatives politiques concrètes, les formations favorisent généralement un mandat légal ou l'utilisation de mécanismes existants (sous-section 4.6.1.6). L'intégration de concepts clés de la SdTP dans des textes de loi aurait plusieurs fonctions, notamment, selon Gakh : « Officialiser le travail de SdTP; favoriser le travail de SdTP; intégrer directement la santé dans d'autres secteurs » (Gakh *et al.*, 2015). L'adoption d'un mandat légal amorcerait ainsi un processus d'institutionnalisation de la SdTP en clarifiant ses orientations et les cadres d'application, ce qui augmenterait sa pérennité (Kickbusch et Williams, 2013). Les détails législatifs ne sont généralement pas discutés dans les formations; par contre, on mentionne certaines possibilités spécifiques à la SdTP telles que des lois sur la santé publique obligeant des évaluations d'impact, modifiant le financement, etc. Certaines formations examinent aussi les cadres réglementaires (Kickbusch et Buckett, 2010) ou les initiatives locales telles qu'« une ordonnance ou une résolution locale comme moyen d'institutionnaliser officiellement la SdTP » (NACCHO, 2017, p. 31).

4.6.1.6 Mobiliser les mécanismes existants

L'utilisation de mécanismes existants est présentée comme une alternative ou un complément à l'adoption de législations encadrant la SdTP. Tout mécanisme facilitant la collaboration intersectorielle ou ciblant les déterminants sociaux de la santé peut servir d'ancrage à des initiatives de SdTP. L'adoption de plans stratégiques ou d'ententes de fonctionnement entre différents secteurs ou agences en est un exemple (Abrassart *et al.*, 2017). Les évaluations (obligatoires ou non), en particulier les évaluations d'impact sur la santé (EIS), sont très régulièrement citées par les formations comme point d'entrée, par exemple : « Dans le contexte de SdTP, le rôle adéquat de l'EIS pourrait bien être d'en pousser d'autres à développer les changements nécessaires au lieu d'effectuer des recommandations spécifiques précisant comment la politique devrait être modifiée » (Ståhl *et al.*, 2006, p. 194). Nous aborderons plus en détail les évaluations d'impact et leurs fonctions dans un contexte de mise en œuvre de la SdTP dans la sous-section 4.6.2.1, consacrée aux outils d'analyse.

La Ville-santé constitue un autre exemple de « concept clé de l'application de la SdTP au niveau local » (Simos, entretien avec l'auteur, 28 octobre 2021). Cette stratégie propose, selon Barr, la mise en œuvre au palier municipal d'un « plan exhaustif, la santé au premier rang des priorités, d'un engagement envers la santé et le bien-être, s'assurer que les politiques soient des politiques favorables à la santé » (Shankardass et Bart, 2018). Là où elle est déjà en processus de réalisation, les pratiques et mécanismes de la Ville-santé peuvent grandement faciliter l'introduction et la consolidation de l'approche SdTP.

4.6.1.7 Promouvoir la SdTP auprès des décideurs

Les formations proposent différentes stratégies pour influencer les décideurs politiques et promouvoir la mise en œuvre de la SdTP, notamment en promouvant la mise sur pied d'un réseau de partenaires. Les partenariats constituant une assise fondamentale de l'approche, il devient crucial de planifier adéquatement l'incorporation des individus et organismes puisqu'« ajouter de nouveaux membres ou agences à un groupe existant exige une introduction au processus du groupe, une compréhension des objectifs partagés, et de porter attention aux dynamiques du groupe » (Rudolph *et al.*, 2013a, p. 34). Il est aussi crucial d'identifier et d'encourager des leaders, habituellement nommés « champions ». Ceux-ci utiliseront leur influence pour « centrer la discussion sur l'enjeu, établir un consensus, attirer des ressources et saisir et créer des opportunités pour faire avancer la réforme » (Stone, 2015, p. 50). En plus de mobiliser les partenaires potentiels, les formations soulignent l'importance de démontrer la faisabilité et le potentiel de l'approche SdTP rapidement pour obtenir un soutien politique et enclencher le processus d'institutionnalisation. On insiste d'abord sur la nécessité de « produire des livrables concrets, tangibles comme véhicules pour guider les politiques et documenter la progression » (Rudolph *et al.*, 2013a, p. 79). Des actions concrètes (plans, évaluations d'impact, politiques, etc.) illustrent ce qu'est la SdTP et orientent le développement de l'approche, mais elles servent aussi à prouver la validité de la rhétorique proposée pour lancer le processus. Parallèlement, les formations soulignent l'importance de proposer un cadre d'action clairement ancré dans son contexte qui :

Définit l'environnement contextuel et jusqu'à quel point il peut être influencé ou changé; définit les actions qu'il peut contrôler à l'intérieur de son propre espace stratégique; et définit l'environnement transactionnel où il vise à influencer le changement en partenariat avec les autres acteurs dans cet espace (Lin et Kickbusch, 2017, p. 180).

Stratégiquement, les formations favorisent ainsi une multitude d'actions visant à faire avancer l'approche SdTP en mobilisant les ressources pour obtenir des résultats tangibles tout en maintenant la préoccupation constante que la SdTP doit être promue et surtout appuyée par des autorités politiques et une panoplie de collaborateurs.

4.6.1.8 Les paliers de mise en œuvre

Il est opportun de mentionner que les principes, outils et stratégies de mise en œuvre observés tendent à différer selon le palier analysé. Au palier local, les formations soulignent habituellement les actions liées à la construction de consensus telles que sensibiliser, informer ou mobiliser des partenaires, renforcer les capacités ou créer des espaces d'échange ou de collaboration (Lemieux, 2021). Pour les paliers de gouvernance supérieure, on insiste davantage sur les aspects formels à prendre en compte tels que les structures à mettre en place, les procédures, les mécanismes de suivi et l'évaluation, les initiatives législatives, etc. Cette différence s'observe aussi, sinon plus, lorsqu'il est question des démarches techniques de la mise en œuvre de la SdTP.

4.6.2 DÉMARCHES TECHNIQUES

La ligne de démarcation entre les démarches politiques et les démarches techniques peut être relativement imprécise considérant que toutes les actions prises pour implanter la SdTP sont interconnectées et s'inspirent des mêmes principes. Par démarches techniques, nous pensons ici aux outils d'analyse, aux structures de mise en œuvre, aux politiques concrètes pouvant être adoptées et aux compétences professionnelles à développer.

4.6.2.1 Les outils d'analyse

Nous avons recensé de nombreux outils permettant d'effectuer des évaluations d'impact sur la santé et sur l'équité, de faciliter la mise en œuvre, d'évaluer le processus, et, dans le cas de la Nouvelle-Zélande, de réaliser ces différents éléments dans une perspective autochtone. En ce qui a trait aux outils d'évaluations d'impact sur la santé et sur l'équité, les formations tendent à effectuer le pont entre des outils utilisés depuis plusieurs décennies et l'approche SdTP. Elles dédient temps et espaces à ces outils, car :

L'évaluation des impacts sur la santé et l'équité en santé ne sont pas que des outils très efficaces pour mesurer les conséquences de grands changements sociaux, environnementaux et économiques pour la santé des populations; ils ont aussi une influence significative sur la qualité et la durabilité du développement et de la mise en œuvre des politiques (Vasconcellos, 2016, p. 35).

Un peu partout dans le monde, les évaluations d'impact sur la santé (EIS) sont utilisées pour évaluer les risques et les bénéfices potentiels de projets pour la santé des populations et les inégalités. En engageant les différentes parties prenantes, une EIS est en mesure de formuler des recommandations pour améliorer un projet, un programme ou une politique. De nombreuses formations discutent en détail du fonctionnement et des étapes de l'EIS. Elles établissent des liens évidents en matière de valeurs, d'objectifs et de cadres d'analyse entre l'EIS et l'approche plus globale qu'est la SdTP. En tant qu'outil d'analyse, l'EIS est souvent présentée comme un point de départ efficace pour la mise en œuvre de la SdTP. D'une part, une EIS contribue techniquement à la SdTP puisqu'elle « regroupe des données, le savoir d'experts et l'apport du public pour reconnaître et examiner les effets sur la santé des décisions proposées d'une manière graduelle » (NACCHO, 2017, p. 23). D'autre part, elle établit les bases de la collaboration intersectorielle au centre de l'approche :

Plusieurs praticiens de l'EIS rapportent que les meilleurs résultats de leurs projets furent les relations établies avec d'autres secteurs. Ces relations facilitent souvent la collaboration dans des projets futurs même en absence d'une EIS subséquente. Pour cette raison, l'EIS est un excellent outil pour un projet individuel ou une approche axée sur les politiques pour mettre en place la SdTP (Wyss *et al.*, s.d., p. 6).

Quelques formations abordent aussi des outils dérivés de l'EIS pour élargir le mandat de celle-ci ou mettre l'accent sur une dimension en particulier. Pour illustrer cet élément, notons l'étude d'impact environnemental et social (EIES)⁴, *Health Equity Impact Assessment* (HEIA – évaluation d'impact sur l'équité en santé), *Strategic Health Impact Assessment* (évaluation d'impact stratégique sur la santé),

⁴ Il est à noter qu'en français certaines sources privilégient « étude » et d'autres « évaluation » pour désigner l'outil « évaluation d'impact sur la santé ». Dans le cas de l'EIES, nous n'avons rencontré que le terme « étude ».

Health Equity Assessment Tool (HEAT – outil d'évaluation de l'équité en santé)⁵ ou encore *Health Rights Health Impact Assessment* (HRHIA – évaluation d'impact sur la santé sur les droits en santé).

Les formations présentent également quelques outils d'analyse consacrés principalement à la mise en place de la SdTP. Parmi ceux répertoriés, l'analyse selon un prisme santé (APS) *Health Lens Analysis* constitue certainement l'outil le plus approfondi. Les pionniers de la SdTP en Australie-Méridionale se sont inspirés du concept de l'EIS pour créer un outil d'analyse adapté à la SdTP. En appliquant les étapes suivantes : mobiliser, recueillir des données probantes, générer, naviguer et évaluer, l'APS vise à « examiner les connexions entre les politiques et la santé d'une façon systématique et collaborative, ce qui entraîne la formulation de recommandations fondées sur des données probantes pour guider la stratégie politique » (WHO, 2015c, module 10, diapo 26). Plusieurs formations analysent en détail cet outil puisque, contrairement à l'EIS, qui tend à se concentrer sur un projet spécifique, l'APS analyse prioritairement la dimension collaborative et « l'accent est mis autant sur l'atteinte des buts et objectifs des agences partenaires que sur l'amélioration des résultats en matière de santé et de bien-être et la réduction des inégalités » (HiAP Team South Australia, 2017, p. 13).

En plus de l'APS, d'autres outils analytiques sont proposés pour établir les balises d'une éventuelle mise en œuvre de la SdTP en analysant le contexte, les implications ou les parties prenantes. Nous présentons ici de brèves descriptions de ces outils, mais nous nous sommes limités à ceux discutés dans plus d'une formation. L'analyse des parties prenantes (*stakeholder analysis*) se trouve dans plusieurs formations. Elle s'inscrit dans la nécessité d'intégrer des organismes, groupes et personnes de différents horizons dans le processus de mise en œuvre. L'analyse des parties prenantes vise à « identifier les alliés et opposants; identifier les parties prenantes prioritaires qui peuvent le plus influencer la problématique; identifier la meilleure stratégie pour influencer les parties prenantes prioritaires; [faire] un meilleur usage des ressources » (Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2017, session 2.4). Dans la même optique, mais ciblant des parties prenantes dans un espace spécifique, l'étude de la communauté (*community assessment*) met à profit des données existantes, réalise des sondages ou entrevues pour « déterminer systématiquement et exhaustivement quelles sont les préoccupations des résidents, quelles sont les principales forces de la communauté, et quels sont les plus importants obstacles à l'amélioration de la santé » (Change Lab Solutions, 2018, p. 18).

Finalement, des formations issues de la Nouvelle-Zélande décrivent quelques outils analytiques fondés sur les pratiques et perspectives autochtones. L'exemple du « Te Pae Māhutonga » est représentatif des outils observés. Ce modèle de promotion comprend un guide de planification incluant l'analyse des « éléments nécessaires pour le développement d'une communauté forte, dont *Te Oranga* (participation en société), *Mauriora* (connexion à la communauté et la culture), *Toiora* (saines habitudes de vie), *Waiora* (protection environnementale), *Te Mana Whakahaere* (propriété et autonomie communautaire) et *Ngā Manukura* (leadership) » (Health in All Policies Team, Community and Public Health, 2018, p. 17). Nous n'avons pas trouvé d'outils consacrés aux réalités autochtones dans les formations répertoriées et produites dans d'autres pays (y compris le Canada). Considérant les principes de la SdTP et la conscience grandissante que les approches en santé et dans d'autres domaines bénéficieraient à faire une plus grande place aux organismes, intérêts et perspectives autochtones, cette absence constitue une lacune importante dans l'offre de formations existante.

⁵ Leppo et ses collègues se réfèrent plutôt à *Health Economic Assessment Tool* (HEAT – outil d'évaluation économique de la santé) (2013).

Les formations abordent régulièrement la méthodologie d'évaluation de la SdTP. Bien qu'il ne soit pas question d'outils d'analyse au sens strict, les explications et détails offerts concernant l'évaluation de l'approche contribuent à l'analyse de la SdTP tout au long du processus de mise en œuvre, ce qui nous motive à inclure cette dimension ici. Pour les raisons mentionnées précédemment, l'évaluation de la SdTP implique de nombreux défis. Cette dimension est malgré tout cruciale puisqu'elle permet de « démontrer l'efficacité, promouvoir l'apprentissage et l'amélioration continue, aider à guider l'évolution de programme, l'allocation des ressources, et promouvoir la mobilisation des parties prenantes » (Local Government Association, 2016, p. 55). Plusieurs formations distinguent trois objets d'évaluation : le processus ou le développement de la mise en œuvre (collaboration, équipe, formation, etc.); l'impact (réglementation, politiques, lois, initiatives, etc.); les résultats (changements dans la santé des populations). Quelques formations offrent aussi des conseils ou des orientations pour faciliter le processus d'évaluation. On souligne par exemple l'importance de développer ou d'utiliser des indicateurs « basés sur le revenu, l'âge, l'emplacement géographique et l'ethnicité » pour s'assurer de couvrir adéquatement les populations ciblées (Kickbusch et Williams, 2013, p. 245). On suggère aussi de « prévoir des modalités de suivi et d'évaluation dès le début, diffuser publiquement les résultats et les conclusions », toujours dans une perspective d'amélioration continue et d'exposition des avantages de la SdTP (Brisson et St-Pierre, 2018, p. 17). Certaines formations favorisent l'utilisation de données non centrées sur la santé (par exemple des données sur la criminalité ou l'éducation) pour obtenir une vision plus globale et favoriser d'autres lignes de collaboration (Rudolph *et al.*, 2013a).

Les formations insistent sur l'importance de l'évaluation dans la mise en œuvre de la SdTP. Par contre, mis à part des conseils plutôt généraux, comme ceux mentionnés ici, peu d'outils sont présentés pour concrétiser le processus d'évaluation. À l'opposé, les formations tendent à suggérer des structures de mise en œuvre assez bien définies.

4.6.2.2 Les structures de mise en œuvre

Comme pour l'ensemble des éléments discutés jusqu'à présent, les formations tendent à favoriser la flexibilité et l'adaptabilité lorsqu'il est question des structures de gouvernance de la SdTP. Malgré des propositions relativement précises, elles laissent la porte ouverte à de multiples possibilités, dans les mots de McQueen et ses collègues (2012, p. 47) : « Ces trois paliers [gouvernement, parlement et bureaucratie] ont un grand potentiel d'actions pour soutenir la collecte de données, établir des cibles, coordonner, promouvoir, suivre et évaluer et orienter les politiques. » Au-delà de cette flexibilité, nous avons observé, d'un côté, des suggestions basées sur une logique de haut vers le bas et favorisant des structures formelles. De l'autre, des propositions inspirées d'une logique horizontale mettant l'accent sur la notion de réseautage ou une approche partant d'espaces informels menant graduellement vers l'institutionnalisation.

Lorsque la SdTP est conçue et présentée principalement comme une approche visant à améliorer la gouvernance d'un État (pays, province ou État), les structures formelles et une logique de haut vers le bas sont habituellement privilégiées. On considère que la SdTP est « mieux soutenue par des structures formelles qui sont stables et encouragent un changement à long terme » puisqu'elles assurent une meilleure reddition de comptes, justifient le financement et offrent une orientation claire (Rudolph *et al.*, 2013a, p. 62). Des comités (ou sous-comités) de ministres et de hauts fonctionnaires sont mentionnés à de nombreuses reprises puisqu'ils ont une « forte influence sur les étapes d'élaboration de l'agenda et de la formulation de la politique du cycle de politique » (Bureau régional pour l'Afrique, 2016). Pour leur part, les comités parlementaires sont vus comme des véhicules efficaces pour promouvoir la SdTP.

Les formations proposent aussi des modifications structurelles à la gouvernance, au lieu de créer de nouvelles structures. On mentionne par exemple les mégaministères et les fusions pour améliorer « l'efficacité et la cohérence du travail politique et administratif dans le gouvernement et l'administration » (Merkur *et al.*, 2012, p. 5). Bien que cette solution soit fréquemment incluse, la plupart des formations offrent peu de détails, alors que l'une d'elles affirme qu'il y a peu d'exemples probants et qu'ils ont été très coûteux (McQueen *et al.*, 2012). La stratégie de financement mixte (*joint budgeting*) figure aussi régulièrement dans les formations. Il s'agit d'éviter le financement en silo des ministères ou agences pour distribuer les ressources en considérant les objectifs et actions sous la SdTP, ce qui aurait le potentiel de « réduire les coûts administratifs et transactionnels, générant des économies d'échelle en partageant du personnel, des ressources et un pouvoir d'achat, tout en facilitant une prise de décision rapide » (Mekur *et al.* 2012, p. 15). En opposition ou en complément aux structures ayant le plus d'incidence sur les décisions et orientations politiques, plusieurs formations mettent l'accent sur des structures horizontales.

Une partie des formations mettent en relief le réseautage et une approche plus organique que structurelle pour optimiser les échanges et la collaboration (Reeves, 2018). Les réseaux constituent des espaces de collaboration flexibles et, pour certains, pourraient ainsi « remplacer les organismes comme mécanisme pour faire avancer les enjeux complexes » (Schwenger et Kalda, 2014). Sans se limiter à la notion de réseau, plusieurs formations proposent de mettre à profit des espaces existants, ad hoc ou informels pour promouvoir une institutionnalisation graduelle de la SdTP. Par exemple, Shankardass (2014) affirme que les actions intersectorielles ad hoc permettent de « construire sur des structures de gouvernance et des outils existants pour soutenir l'automatisme ». Il est aussi commun de proposer la mise en place d'une petite équipe de travail qui pourrait stimuler la collaboration et s'assurer d'une coordination efficace entre les différents secteurs et acteurs. Cette position s'appuie sur plusieurs expériences concrètes telles que celles de la Californie ou de l'Australie-Méridionale : « Dans plusieurs études de cas, une petite équipe dédiée de professionnels de SdTP a agi comme moteur pour faire avancer et piloter les partenariats » (Lin et Kickbusch, 2017, p. 182). Dans une perspective similaire, certaines formations favorisent les comités interdépartementaux pour créer des espaces de collaboration au sein de la bureaucratie. Ce type de structures aurait l'avantage de « travailler à l'intérieur de la bureaucratie gouvernementale, ne requiert pas de coûts significatifs ou de réorganisation, peut travailler avec des départements au fil du temps » (Merkur *et al.*, 2012, p. 13).

Les formations discutent donc en profondeur des différentes structures de mise en œuvre de la SdTP. Certaines préfèrent une approche de haut vers le bas alors que d'autres privilégient des structures horizontales de collaboration — dans tous les cas, les formations soulignent qu'à long terme il y a « une nécessité d'institutionnaliser pour soutenir les initiatives [...] Dans les deux cas [structures informelles et formelles], la reddition de comptes et la supervision sont nécessaires » (Local Government Association, 2016, p. 46).

4.6.2.3 Les politiques publiques émanant de la SdTP

Notre analyse s'est aussi penchée sur les politiques publiques favorables à la santé découlant de la mise en œuvre de la SdTP. Certaines propositions se concentrent sur des politiques gouvernementales telles que des mesures fiscales, des réglementations, des programmes ou des changements organisationnels. Ces suggestions tendent cependant à demeurer générales. La dimension financière est souvent priorisée puisque les taxes et les mesures fiscales prennent une place relativement importante. Par exemple, Kickbush et ses collègues (2020) proposent d'utiliser des « politiques fiscales qui garantissent équité et redistribution ». Il est encore plus commun d'observer des propositions ciblant les milieux de vie des populations. De nombreuses politiques

suggérées visent à influencer ou améliorer l'environnement immédiat des citoyens. Des politiques portant sur l'urbanisme, le logement, la prévention liée à la santé mentale ou à la violence dans les écoles ou les communautés fournissent des exemples répertoriés dans les formations. Les priorités formulées par le King's Fund du Royaume-Uni permettent d'obtenir un aperçu de ce que les politiques proposées au palier local tentent d'accomplir :

- un meilleur départ dans la vie;
- des écoles et des élèves en santé;
- aider les gens à trouver et conserver de bons emplois;
- du transport actif et sécuritaire;
- des logements plus chauds et sécuritaires;
- un accès à des espaces verts et publics et le rôle des services de loisir;
- des communautés fortes, le bien-être et la résilience;
- une protection publique et des services réglementaires;
- de la planification en santé et territoriale (Local Government Association, 2016, p. 56).

Le fait que les formations insistent sur la flexibilité de l'approche SdTP et qu'elles semblent vouloir éviter d'imposer un cadre trop rigide explique peut-être le peu de place consacrée à des propositions de politiques publiques concrètes pouvant être engendrées par la mise en œuvre de la SdTP.

4.6.2.4 Compétences associées à la SdTP

Le dernier aspect lié aux outils de mise en œuvre est celui des compétences à développer. Les formations consacrent beaucoup de temps et d'espace à promouvoir des savoir-faire et des habilités professionnelles jugés essentiels pour concrétiser l'approche SdTP. Elles soulignent notamment l'importance du leadership, la collaboration, la promotion et l'engagement. Nous aborderons également la capacité à rédiger des notes de breffage pour conclure cette sous-section.

La plupart des formations soulignent l'importance du leadership, et ce, à tous les niveaux, pour mettre en œuvre la SdTP avec succès. On rattache à cette notion de nombreuses compétences, similaires à celles que nous abordons ci-dessous, en nous référant par exemple à la notion de leadership sur le plan des systèmes (*systems leadership*), qui faciliterait une « orientation stratégique collaborative et une prise de décision avec d'autres parties prenantes » (Pan American Health Organization, 2015a, module 11). Les formations abordent surtout le leadership issu du secteur de la santé. On présente les organisations de ce secteur (ministères, agences, etc.) comme des facilitateurs entre secteurs, une source d'expertise et ayant le potentiel d'établir une orientation forte pour tous les acteurs engagés dans la SdTP. Les propos de Leppo et ses collègues sont représentatifs d'un message souvent répété dans les formations :

Les ministères de la Santé ont plusieurs rôles : dresser la liste des problématiques et offrir une base de données (flux de problèmes); promouvoir des solutions; convoquer les interlocuteurs concernés, selon la problématique; prendre l'initiative; mener par l'exemple; et arbitrer et négocier dans le but d'arriver à l'élaboration de politiques (flux de politiques) (Leppo *et al.*, 2013, p. 310).

Le leadership est donc présenté comme une compétence cruciale dans un processus de mise en œuvre. Par contre, cette notion demeure parfois générale — les formations examinent aussi des compétences plus spécifiques et concrètes.

La SdTP appuyant son fonctionnement en grande partie sur la collaboration intersectorielle, il n'est pas surprenant de constater que les formations décrivent l'importance et la manière dont elle doit être cultivée. Pour ce faire, il est primordial de développer « des relations fortes construites sur des fondements de confiance, mutualité et réciprocité » (Rudolph *et al.*, 2013a, p. 47). On suggère d'être au fait des intérêts des interlocuteurs, de s'assurer de leur donner le crédit qu'ils méritent, d'être transparent et, en définitive, de « basculer d'un état d'esprit fondé sur la rareté et la compétition pour les ressources vers un modèle collaboratif à long terme basé sur l'encouragement et le soutien » (Rudolph *et al.*, 2013a, p. 51).

En plus d'une attitude reposant sur la confiance et la réciprocité, les formations insistent énormément sur la stratégie gagnant-gagnant. Il serait en effet primordial de s'assurer que les objectifs et intérêts de chaque partenaire sont pris en considération. Une des stratégies à privilégier serait d'éviter de travailler avec des intérêts potentiellement antagonistes : « La plupart des catégories et des actions en SdTP fonctionnent mieux dans le bas de l'échelle des conflits, là où il y a moins de controverses » (SOPHIA HiAP Workgroup, 2017, p. 12). Dans cette optique, les capacités de négociation deviennent incontournables. Les promoteurs de la SdTP doivent être outillés pour « négocier horizontalement » pour atteindre une cohérence nationale dans les politiques au moyen d'une approche pangouvernementale et « négocier à l'extérieur » pour une approche « pansociétale » (*whole-of-society*), ce qui signifie construire des coalitions avec une diversité d'acteurs. Cela signifie aussi négocier « au sein » du secteur de la santé » (Stone, 2015, p. 114). En pratique, ces compétences en négociation impliquent par exemple d'« exploiter les forces de chaque secteur et communauté, “suivre le courant” plutôt que l'affronter, démontrer les cobénéfices à ceux concernés (même auprès des secteurs à l'extérieur du gouvernement), et éviter les guerres intestines » (Vasconcellos, 2016, p. 46). Certaines formations soulignent aussi les dimensions humaines nécessaires pour mener des négociations fructueuses telles que les rencontres informelles, le développement de relations entre individus ou l'engagement constant dans les réunions et communications (Ricklin et Ulrich, 2019).

La relative nouveauté et les ambitions de la SdTP exigent qu'elle soit promue et défendue pour convaincre des partenaires de se joindre à une initiative de SdTP et, surtout, de se lancer dans une collaboration sincère et profonde. Dans ce but, les formations proposent différentes manières de communiquer les avantages et le fonctionnement de l'approche. Pour parler de la SdTP, on suggère de mettre l'accent sur les déterminants sociaux de la santé et ainsi illustrer la logique de l'approche. Il s'agit par exemple d'« articuler un “cadre environnemental” qui démontre que les endroits où les gens vivent, travaillent et jouent touchent leur santé et leurs choix » (Rudolph *et al.*, 2013a, p. 101). Un autre élément suggéré par plusieurs est d'établir les valeurs partagées (équité, efficacité, etc.) comme point de départ d'une conversation ou d'une négociation. On valorise aussi un discours positif et pratique : « Énoncez clairement la solution, et soyez certain que la solution obtienne autant — ou plus — de visibilité que le problème » (Rudolph *et al.*, 2013a, p. 104). Similairement, certaines formations établissent des stratégies argumentatives. Par exemple, le *HiAP Training Manual* de l'OMS divise celles-ci en trois catégories : « L'argument santé : la santé en tant que valeur intrinsèque. L'argument santé pour les autres secteurs : améliorer la santé et l'équité peut soutenir la mise en œuvre des mandats et objectifs d'autres secteurs gouvernementaux. L'argument santé pour les objectifs sociétaux : améliorer la santé et l'équité peut aussi contribuer à des gains sociaux plus larges » (Stone, 2015, p. 83).

En plus des compétences communicationnelles, les formations soulignent l'importance de diffuser les connaissances et le savoir-faire nécessaires pour implanter la SdTP. Cela s'avère crucial pour générer de l'intérêt et, ultimement, former des « policy champions » qui porteront le flambeau de l'approche. Mettre les données à la disposition de tous ou toute autre « démarche de transfert de connaissances [...] favorisant la diffusion, l'adoption et l'appropriation des connaissances les plus à

jour possible en vue de leur utilisation dans la pratique professionnelle ou dans l'exercice de la gestion en matière de santé » (Cultures & Santé, 2018, p. 45) contribue à faire rayonner la SdTP. De nombreuses formations mettent l'accent sur l'importance de rendre accessibles des ressources éducatives et de proposer des formations. L'OMS suggère par exemple de concrétiser les actions suivantes : « Soutenir des réseaux d'institutions/formateurs pour donner la formation. Réaliser des formations régionales et nationales. Créer une banque de données de ressources et concevoir du nouveau matériel – soutenir des communautés de pratique. Soutenir activement l'adaptation des cours » (World Health Organization [WHO], 2015a, session 1.2).

De nombreuses formations mentionnent l'utilité des notes de breffage (*policy briefs*) pour promouvoir l'approche SdTP et plus spécifiquement pour « combler l'écart entre la connaissance et l'action » (Organización Panamericana de la Salud, 2015, module 6). Quelques formations approfondissent cette notion et soulignent l'importance de savoir formuler des notes de breffage efficaces. Bien maîtriser cet outil constituerait une compétence incontournable pour influencer les décideurs politiques. Pour cela, il faut produire des notes de breffage « ciblées et d'une portée limitée; professionnelles plutôt qu'universitaires; basées sur des données probantes; concises, compréhensibles, accessibles; et pratiques et faisables » (Stone, 2015, p. 83).

En termes techniques, les formations tendent à suggérer des outils d'analyse, des structures de gouvernances potentielles, des compétences à développer. Par contre, les outils d'application concrets permettant la mise en œuvre sur le terrain de la SdTP ne sont que très peu détaillés, les notes de breffage représentant l'exception.

4.7 Les expériences de SdTP

Comme l'a démontré notre analyse quantitative, les formations renvoient à plusieurs expériences de mise en œuvre de la SdTP pour illustrer ces processus. La présente sous-section propose un aperçu de la manière dont ces expériences sont intégrées aux formations. Il est à noter que nous avons sélectionné quelques exemples pour illustrer ces éléments, mais, pour des raisons de concision, certaines expériences mentionnées à plusieurs reprises dans les formations ne sont pas discutées ici (notamment les initiatives au Royaume-Uni, au Québec et en Norvège).

4.7.1 L'AUSTRALIE-MÉRIDIIONALE

Étant donné que l'Australie-Méridionale constitue l'un des premiers exemples de mise en œuvre et qu'une part considérable des formations consacrées à la SdTP en sont influencées ou viennent directement de cette région, il n'est pas surprenant que cette expérience soit si souvent incluse dans les formations. Elle est habituellement présentée comme l'une des belles réussites de la SdTP. On explique d'ailleurs ce succès par quelques caractéristiques fondamentales, notamment : « Un mandat de haut niveau émanant du gouvernement central, un cadre général qui soutient un plan de travail diversifié, un engagement à travailler en collaboration et en partenariat entre les agences, et un processus d'évaluation solide » (Solar et Valentine, 2013, p. 12). Plusieurs formations prennent le temps de raconter l'histoire de la SdTP en Australie-Méridionale. Les différentes étapes de mise en œuvre sont utilisées pour illustrer la complexité et la nature graduelle du processus. Par exemple, un guide publié par l'équipe SdTP de l'Australie-Méridionale décrit en détail les différentes étapes qu'elle a dû traverser : « Preuve du concept et pratique (2007-2008). Établissement et application de la méthodologie (2008-2009). Consolidation et croissance (2009-2013). Adaptation et renouveau (2014). Renforcement et systématisation (2015-2016) » (HiAP Team South Australia, 2017, pp. 4-10). Le « story telling » de l'expérience de l'Australie-Méridionale est repris et adapté par de nombreuses formations. Elles se réfèrent à cette expérience pour décrire de multiples aspects de la mise en

œuvre tels que des outils ou mécanismes, par exemple l'analyse selon un prisme santé, des politiques adoptées, les bonnes pratiques ou encore des principes guidant toutes les étapes de mise en œuvre. Selon la perspective dominante dans les formations, l'Australie-Méridionale représente la norme d'excellence pour illustrer le processus de mise en œuvre et les accomplissements potentiels de la SdTP.

4.7.2 LA CALIFORNIE

Ayant amorcé le processus de mise en œuvre en 2010 à la suite d'une décision politique, la Californie représente un autre exemple phare maintes fois cité, en particulier dans les formations étatsuniennes. En plus de discuter du cadre d'action centré sur les communautés en santé (Healthy Communities Framework) et des objectifs à la base de l'approche dans cet État (« transport actif, logement sain, parcs et verdissement urbain, sécurité communautaire par la prévention, alimentation saine, politiques publiques favorables à la santé ») (Rudolph *et al.*, 2013a, p. 118), les formations insistent sur le processus de mobilisation des parties prenantes. Le California HiAP Task Force est présenté comme un « pôle connectant plusieurs projets simultanés, s'assurant qu'un effort collectif maintienne la coordination et le momentum » (Rudolph *et al.*, 2013a, p. 124). Les résultats et changements obtenus en Californie sont en grande partie attribués aux initiatives pour joindre des partenaires, sensibiliser les communautés et faciliter la collaboration entre différents acteurs. Malgré le rôle central des hautes instances politiques pour lancer la SdTP en Californie, elle est habituellement décrite comme une approche horizontale où la collaboration interpersonnelle constitue une dimension centrale pour obtenir des gains institutionnels. Plusieurs formations présentent d'ailleurs le Task Force comme un vecteur ou un multiplicateur des initiatives de SdTP à l'échelle locale. Dans le cadre d'un webinaire, des représentants ont souligné ces caractéristiques alors que l'équipe compte des membres officiels et non officiels : « La participation est volontaire et n'est pas financée; la prise de décision [se fait] par consensus; les parties prenantes de la communauté [constituent] la priorité » (Dillon et Gutierrez, 2020). Cet accent sur le réseautage et la collaboration informelle s'observe d'ailleurs dans la plupart des exemples d'initiatives de SdTP mises en place aux États-Unis.

4.7.3 LES INITIATIVES LOCALES AUX ÉTATS-UNIS

Les formations issues des États-Unis examinent une multitude d'initiatives locales qui partagent habituellement les caractéristiques mentionnées dans le paragraphe précédent. Par exemple, le National Association of County and City Health Officials (NACCHO) propose une série de webinaires dont l'objectif est de présenter les expériences de SdTP dans des comtés ou des municipalités. Pour illustrer l'intégration des expériences locales dans les formations, nous nous limitons au King County, mentionné dans plusieurs formations. Ce comté de l'État de Washington « a priorisé les projets situés dans des zones où il y a de grandes communautés de gens issus des minorités visibles ou de personnes à faibles revenus », notamment pour planifier le développement urbain, les parcs et le transport (Change Lab Solutions, 2018, p. 15). Comme pour d'autres initiatives locales, quelques formations se réfèrent à l'expérience du comté de King pour exemplifier l'adoption du décret municipal basé sur l'équité et la justice sociale ainsi que le travail de collaboration au sein de communautés marginalisées (Wyss *et al.*, s.d.). Les dimensions horizontales, interpersonnelles et d'intégration d'une diversité de groupes sont mises à l'avant-plan lorsqu'il est question des initiatives locales de SdTP. Contrairement à cet accent évident sur les expériences locales observé dans les formations étatsuniennes, celles issues d'autres régions du monde tendent à mettre de l'avant des expériences à l'échelle nationale ou, dans certains cas, infranationale.

4.7.4 LA THAÏLANDE

L'approche privilégiée par la Thaïlande permet aux formations d'offrir un exemple éloquent qui combine des mécanismes légaux et un haut niveau d'institutionnalisation à une dynamique de participation citoyenne où une grande diversité de parties prenantes a voix au chapitre. Une formation de l'OMS qualifie d'ailleurs cette approche d'« exemple exceptionnel de gouvernance participative en action » (WHO, 2015c, module 9, diapo 16). En peu de mots, la Thaïlande organise une assemblée nationale de la santé annuelle fondée sur la Loi nationale sur la santé. Cette assemblée, composée d'universitaires, d'organismes de la société civile, de citoyens et de différents secteurs gouvernementaux, a le pouvoir de « promouvoir, concevoir, planifier et implanter la santé au-delà des secteurs de la santé » (Regional Office of South-East Asia, 2015). Lin et ses collègues (2014, p. 17) illustrent la diversité des thématiques abordées en mentionnant l'assemblée de 2012, où furent discutés les thèmes « sécurité alimentaire, pollution de l'air, systèmes pour soutenir la marche et le vélo, les enfants et les technologies de l'information, l'éducation du personnel de santé, entre autres ».

4.7.5 L'ÉQUATEUR

Pour sa part, l'expérience de l'Équateur est incluse dans plusieurs formations pour illustrer à la fois le rôle central du pouvoir politique et la mise en place de la SdTP à plusieurs paliers de gouvernance. En intégrant à la constitution le « Plan national pour le bien-être » (*Plan nacional para el buen vivir*) et en l'accompagnant d'investissements sociaux, le président de l'époque Rafael Correa a adopté un « mandat transformateur pour la SdTP », ce qui a engendré une « plus grande adhésion pour la mise en œuvre de la SdTP dans divers secteurs » (Shankardass, 2019). Cet appui des hautes instances politiques s'est matérialisé en actions nationales — par exemple, une hausse de taxes et des restrictions sur l'alcool. Au palier municipal, la capitale Quito a stimulé la participation citoyenne par l'entremise de ses quartiers en santé : une action qui « promeut les initiatives menées par la communauté, soutient les politiques publiques favorables à la santé et intègre la santé à l'aménagement urbain et dans les décisions d'investissement local » (Lin et Kickbusch, 2017, p. 24). L'expérience de l'Équateur permet ainsi aux formations de démontrer la cohérence entre un appel à une logique de haut vers le bas pour appuyer la mise en place de la SdTP et un discours valorisant la participation citoyenne et la collaboration horizontale.

4.7.6 LA FINLANDE

Le cas de la Finlande est associé à quatre principaux éléments. Des formations l'utilisent pour contextualiser et expliquer les origines de la SdTP. Depuis les années 1960, la Finlande a mis en place diverses initiatives pour améliorer la santé de sa population. Le projet spécifique de la Carélie du Nord visant à modifier la nutrition, les produits disponibles et les comportements (par exemple, la consommation de cigarettes) combiné à une « nouvelle loi sur la santé publique, adoptée en 1972, qui a renforcé les bases légales de la santé cardiovasculaire et d'autres initiatives de promotion de la santé », font de ce pays un précurseur de la collaboration intersectorielle ciblant les déterminants sociaux de la santé (Ståhl *et al.*, 2006, p. 151). Les formations présentent aussi ce pays comme un exemple d'encadrement gouvernemental stimulant la mise en œuvre au palier local. À partir d'une loi-cadre nationale, la mise en œuvre de la SdTP s'effectue principalement dans les municipalités en incorporant des objectifs de santé dans leurs plans stratégiques, leurs aménagements urbains et en réalisant des évaluations d'impact sur les êtres humains (Human Impact Assessment) (Douglas, 2021). De plus, on cite la Finlande pour son rôle déterminant dans l'expansion de la SdTP sur le plan international, en particulier, lors de sa présidence de l'Union européenne en 2006, qui a servi de tremplin pour la promotion de la SdTP. Finalement, quelques formations utilisent l'expérience de ce pays pour montrer l'interconnexion entre la mise en œuvre nationale et le contexte international. Par exemple, Ollila (2015) souligne l'influence cruciale des discussions, formations et de la promotion de

la SdTP sur le plan international (OMS, Union européenne, etc.) derrière la mise en œuvre de politiques concrètes en Finlande. Cette interaction entre les différents niveaux de mise en œuvre s'inscrit aussi dans un contexte historique plus global, sujet de notre prochaine sous-section.

4.8 Contexte historique

Lorsqu'il est question de situer l'approche SdTP dans son contexte historique, nous avons observé deux principales tendances dans les formations. D'un côté, on situe l'émergence de la SdTP comme réponse logique et indispensable aux problèmes pernicieux caractérisant la société postmoderne : « Mondialisation, urbanisation, pauvreté, inégalité socioéconomique, insécurité alimentaire, dégradation environnementale, transition démographique » (WHO, 2015c, module 2, diapo 3). L'approche SdTP est littéralement « une réponse aux problèmes pernicieux et aux inégalités » (Kickbusch, 2017). Dans un contexte de mondialisation, de sociétés vieillissantes et d'inégalités toujours en croissance, la SdTP devient le reflet d'une prise de conscience « de l'importance d'améliorer et de maintenir la santé des populations et de réduire les inégalités en santé » (Greszczuk, 2019, p. 2). Ainsi, les problèmes pernicieux et les inégalités combinés aux limites évidentes des approches dominantes centrées sur le traitement des maladies (en opposition à une approche centrée sur la santé) ont donné lieu à une recherche de solutions prenant en compte l'ensemble des causes. Cette tendance à situer l'émergence de la SdTP dans le contexte des grands changements sociaux touchant la santé est cependant moins présente que l'inscription de la SdTP en continuation avec les initiatives internationales visant les déterminants sociaux de la santé.

Le désir d'insérer la SdTP dans l'héritage des efforts précédents en santé publique est manifeste comme l'expliquent Kickbusch et Buckett (2010, p. 27) : « Les politiques publiques favorables à la santé ont une longue histoire, élaborées à partir des données épidémiologiques, des sciences sociales et de l'analyse historique. La SdTP peut être vue comme la plus récente expression de cette longue tradition. » Plus spécifiquement, les formations situent l'émergence de la SdTP dans les actions de concertation internationale autour des questions de santé. De nombreuses formations offrent d'ailleurs une ligne du temps et des explications détaillées des résolutions et conférences consacrées à la promotion de la santé : « Le concept de la Santé dans toutes les politiques est un dérivé des mouvements antérieurs consacrés aux déterminants sociaux de la santé tels que le mouvement pour la promotion de la santé, qui a mené à et a émané de la Charte d'Ottawa de 1986 » (Rudolph *et al.*, 2013b, p. 18). Parmi plusieurs autres, la Conférence de 1986 et la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé sont fréquemment mentionnées puisqu'elles établissaient les piliers des déterminants sociaux de la santé : « La paix, le logement, l'éducation, l'alimentation, le revenu, un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'équité » (Herriot et Valentine, 2018, p. 7). D'autres conférences régulièrement discutées incluent Alma Ata en 1978 mettant de l'avant le travail intersectoriel; Adélaïde en 1988 promouvant la recherche d'une plus grande diversité de partenaires; ou « tant la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé que la déclaration d'Helsinki sur la Santé dans toutes les politiques de 2013 promeuvent la SdTP comme méthode pour favoriser une approche sur l'élaboration de politiques plus intégrée et en réseau » (Valentine et Neira, 2018, p. 10). La Commission sur les déterminants sociaux de la santé mise en place par l'OMS, qui a publié son rapport en 2008, est aussi souvent abordée, notamment parce qu'elle « montre clairement que les enjeux de santé ont des frontières approximatives et que les déterminants de la santé sont principalement situés en dehors du champ d'action du secteur de la santé, et ont des racines sociales profondes » (Solar et Valentine, 2013, p. 3). Il est indéniable que la majorité des formations inscrivent la SdTP en continuité avec les résolutions de la communauté internationale visant à élargir notre conception de la santé et à favoriser le travail intersectoriel. En ce sens, plusieurs formations établissent des liens avec les initiatives plus globales de l'ONU, par exemple, l'Agenda 21, les Objectifs de développement durable ou les Accords sur les changements climatiques.

5 Discussion

Dans cette dernière section, nous interprétons les résultats de notre analyse pour mettre en lumière certaines limites dans l'offre de formations. À partir de cette interprétation, nous proposons des pistes de réflexion pour la conception de formations à venir. Par la suite, ces éléments nous guident vers des propositions concrètes visant à soutenir des initiatives de formation en SdTP au Canada. Les suggestions mises de l'avant visent modestement à optimiser le travail d'analyse effectué et surtout à contribuer à une réflexion pour bonifier l'offre existante de formations portant sur la SdTP. Nous avons consciemment mis l'accent sur les limites reconnues avec l'objectif de proposer une critique constructive pour compléter l'offre de formations existante, qui permet déjà de bien intégrer les fondements de la SdTP.

5.1 Interprétation et pistes de réflexion

5.1.1 DICHOTOMIE ENTRE LES OBJECTIFS ET LES OBSTACLES

Au cours de notre analyse des facteurs favorables ou nuisibles à la mise en œuvre de la SdTP présentés dans les formations, nous avons pu constater un certain amalgame entre les obstacles auxquels les responsables de la mise en œuvre de la SdTP doivent s'attendre et les objectifs qu'une telle approche se propose d'atteindre. Les formations soulignent régulièrement la fragmentation des gouvernements, le fonctionnement opérationnel et la logique en silos, des intérêts difficilement conciliables, la compétition pour des ressources limitées entre les agences ou ministères, l'absence d'un langage commun ou encore un financement ponctuel et non récurrent comme des obstacles majeurs à la mise en œuvre de la SdTP alors que surpasser ces éléments constitue une partie centrale de la mission de la SdTP. En effet, cette approche vise à stimuler la collaboration entre secteurs, à travailler vers des intérêts communs (gagnant-gagnant) et, ultimement, à concrétiser des politiques publiques cohérentes qui diminuent les inégalités en santé. Matérialiser ces ambitions revient donc à résoudre les obstacles énumérés ci-dessus. L'omniprésence de la notion ou de l'image du silo dans les formations illustre bien notre propos. D'un côté, les formations présentent la SdTP comme une solution pour surpasser la logique verticale et le travail en silo, lesquels empêchent la collaboration et l'articulation de politiques publiques pouvant réellement modifier les déterminants sociaux de la santé et ultimement améliorer les causes profondes de la santé des populations. De l'autre, cette logique en silo est présentée comme l'une des principales raisons pour laquelle la SdTP est difficile à mettre en place. Par exemple, une formation de l'OMS (WHO, 2015c, module 9, diapo 17) identifie la « prédominance des prises de décision en silo et des définitions étroites des activités principales » comme des menaces importantes à la mise en œuvre.

Il est donc commun de présenter certaines des situations que la SdTP propose d'améliorer comme étant aussi des freins importants à sa mise en œuvre. En ce sens, les formations semblent pointer, consciemment ou non, vers un défi de taille au moment de concrétiser cette approche ancrée dans la collaboration et la réciprocité entre secteurs. Selon nous, il serait souhaitable de reconnaître la contradiction discutée ici. Conséquemment, il serait pertinent pour une formation d'explorer des solutions applicables directement aux obstacles inhérents à la gouvernance et ainsi permettre aux participants de visualiser les ponts potentiels entre ces obstacles et les objectifs de la SdTP. En d'autres mots, il est essentiel d'insister sur les solutions réalisables et d'articuler une plus grande cohérence entre ces deux éléments.

5.1.2 INTÉGRATION DES SECTEURS AUTRES QUE LA SANTÉ

Bien que l'approche de SdTP soit fondamentalement enracinée dans le travail multisectoriel, les formations ciblent principalement les professionnels et les décideurs du secteur de la santé. Il est tout de même important de noter que certaines formations mentionnent d'autres secteurs dans leurs publics cibles (12 % des formations ciblent explicitement les professionnels ou hauts fonctionnaires de secteurs autres que celui de la santé). Cette priorisation des acteurs de la santé se reflète dans le contenu privilégié par les formations. Par exemple, lorsqu'il est question de l'intégration d'autres secteurs aux initiatives de SdTP, il est commun de proposer aux représentants de la santé des moyens à prendre pour les convaincre d'adhérer, notamment en considérant leurs intérêts et objectifs. Ainsi, l'un des principaux pièges à éviter est celui que la SdTP soit perçue comme de l'« impérialisme de la santé ». En d'autres mots, l'objectif d'intégrer plusieurs secteurs à l'approche de SdTP constitue une priorité dans la majorité des formations, mais en s'adressant principalement au secteur de la santé.

Dans le but de satisfaire le principe de collaboration intersectorielle intrinsèque à la SdTP, il serait utile que des formations s'adressent plus explicitement à une multitude de secteurs. Il semble en effet contradictoire d'insister sur la prise en considération des besoins de tous les secteurs, l'égalité de tous les acteurs et d'éviter à tout prix la perception d'« impérialisme de la santé » alors que les formations ne font qu'une place limitée aux acteurs issus d'autres secteurs. Cela pourrait se concrétiser en concevant des formations adaptées directement aux perspectives d'autres secteurs ou de considérer la possibilité d'offrir des formations qui s'adressent à une multitude de secteurs gouvernementaux⁶.

5.1.3 FLEXIBILITÉ ET OUTILS DÉTAILLÉS

Comme il est mentionné dans notre analyse qualitative, les formations insistent sur la flexibilité qu'offre la SdTP. La possibilité de modeler les initiatives de collaboration intersectorielle et les politiques qui en découlent aux différents contextes constitue l'un de ses principaux avantages. Cet accent sur l'adaptabilité explique possiblement la présence limitée d'outils détaillés et concrets dans les formations. Nous avons observé des inclinations similaires concernant une multitude de thématiques, mais nous utilisons l'exemple de l'évaluation pour illustrer notre propos. Notre analyse montre que les formations considèrent que cette étape est cruciale dans un long processus de mise en œuvre. Elles reconnaissent et résument aussi les difficultés associées à la réalisation d'évaluations. Malgré ces observations, nous n'avons pas répertorié d'outils pratiques détaillés pour mener à terme ce processus d'évaluation. De manière générale, les formations se limitent à souligner l'importance de l'évaluation, donner la liste de ses avantages, mentionner les éléments possiblement évaluables ou les principes de base à respecter.

Les formations tendent à examiner les principes et objectifs de la SdTP, mais semblent réticentes à offrir des moyens concrets et applicables pour les réaliser. Selon nous, il serait souhaitable, à cette étape de l'évolution de la SdTP, de fournir aux participants des outils concrets applicables à des problématiques particulières. Au lieu de laisser aux futurs « policy champions » le soin de développer leurs propres outils, il pourrait être bénéfique d'inclure dans une formation des outils appliqués à des cas concrets. À partir de ceux-ci, les participants auraient la possibilité de les reformuler et de les adapter à leur environnement particulier.

⁶ Il est possible que des formations de ce type existent, mais qu'elles n'aient pas été répertoriées dans le présent rapport si elles n'utilisent pas la terminologie de la SdTP.

5.2 Pistes de solutions

Notre analyse qualitative nous permet de conclure que certains éléments fondamentaux de la SdTP sont très bien couverts par les formations existantes : information conceptuelle, expériences précédentes, principes de mise en œuvre, contexte historique, avantages, limites, facteurs favorables ou nuisibles à la mise en œuvre. En d'autres mots, un professionnel désirant comprendre le fonctionnement de la SdTP et entamer une réflexion sur l'approche trouvera une diversité d'excellentes formations pour répondre à ses besoins. En revanche, un professionnel voulant s'outiller pour mettre en application l'approche dans son milieu serait moins bien servi par les formations disponibles. Dans ce contexte, la question se pose : comment bonifier l'offre de formations pour contribuer à la progression de la SdTP? Nous suggérons une solution que nous considérons idéale pour répondre aux interrogations soulevées dans ce rapport, suivie d'une discussion visant spécifiquement les contextes canadiens ainsi que des propositions complémentaires.

5.2.1 L'ATELIER PROFESSIONNEL SUR MESURE

La conception d'ateliers professionnels adaptés à des contextes, acteurs ou secteurs spécifiques nous semble offrir le plus grand potentiel pour compléter la qualité et la variété des formations existantes. Quoiqu'il exige des ressources humaines et même matérielles importantes, l'atelier constitue le mode de formation le plus favorable aux activités interactives et applicatives. Ainsi, ce mode de formation laisse entrevoir de nombreuses possibilités pour approfondir les outils pratiques et l'apprentissage adaptés aux besoins. L'atelier professionnel serait aussi adéquat pour concrétiser nos trois suggestions articulées dans les paragraphes précédents. Premièrement, des experts en SdTP seraient à même de proposer des avenues concrètes pour répondre aux obstacles existants dans des contextes précis. En collaboration avec des participants, un atelier pourrait mettre l'accent sur des obstacles de gouvernance spécifiques dans un environnement donné : le contexte d'une fédération, un environnement politique ou légal, des enjeux sociaux ou politiques, etc. Deuxièmement, les ateliers possèdent la flexibilité de se modeler aux perspectives et aux besoins des participants. Ainsi, il serait possible d'adapter les ateliers à des secteurs en particulier. Les acteurs issus d'autres secteurs que la santé pourraient être formés pour devenir des « policy champions » et développer la SdTP à partir de leurs propres intérêts et champs d'action. Finalement, à partir de l'expertise des formateurs, inspirés par des expériences préalables, et surtout en étroite collaboration avec les participants, les ateliers ont le potentiel de présenter et d'adapter des outils existants. Des ateliers ciblés pourraient ainsi outiller les participants avec des instruments d'évaluation ou des propositions de politiques publiques qui ont déjà été mis en place. Il est important de noter que plusieurs ateliers répertoriés ont déjà mis de l'avant cette approche. Par exemple, le *HiAP Training Slides: Companion Material to Support HiAP Training Activities* de l'OMS propose des activités applicatives pour mettre en place des campagnes de santé publique ciblant les déterminants sociaux de la santé (2015c). Nous inspirant de ces ateliers, nous pensons que des formations ciblant des participants ayant déjà une compréhension conceptuelle de la SdTP et principalement axées sur la mise en œuvre auraient le potentiel d'outiller les acteurs pour mettre en pratique l'approche. De cette manière, il serait possible de parfaire certaines des lacunes relevées dans notre analyse et de faire progresser le processus de mise en œuvre de l'approche, en particulier au Canada.

5.2.2 LE CONTEXTE CANADIEN

Notre travail de recherche s'appuie sur une volonté d'offrir les outils nécessaires pour faciliter la mise en œuvre de l'approche SdTP au Canada. Il est donc pertinent de s'interroger sur les implications de nos conclusions et réflexions sur le processus de mise en œuvre de la SdTP spécifiquement dans les réalités canadiennes. Certaines formations sont issues du Canada, mais aucune ne propose une analyse spécifique à ses réalités ou n'y adapte son contenu. Nous discutons brièvement de la particularité des formations proposées en français et l'applicabilité de notre suggestion principale aux contextes canadiens.

Parmi les 85 formations recensées, seulement neuf (10,5 %) sont en français ou contiennent une composante en français (notamment deux conférences). À la suite d'une analyse comparative entre ces formations et l'ensemble de notre corpus, nous n'avons pas été en mesure de déceler de différences substantielles concernant les dimensions analysées. Au contraire, les concepts et thématiques mis de l'avant dans les formations phares, notamment celles proposées par l'OMS, y sont repris et discutés. Par contre, le nombre restreint de formations implique une diversité limitée de formats et d'approches. Par exemple, nous n'avons pas recensé de cours en ligne en français alors que plusieurs options sont accessibles en anglais. Il est donc possible pour des professionnels ou des étudiants francophones d'accéder à des formations de qualité, mais les options demeurent limitées.

Notre proposition de privilégier la création d'ateliers adaptés à des secteurs ou acteurs spécifiques s'applique aussi aux contextes canadiens. Avant tout, il n'est pas concevable, ni probablement souhaitable, de combler l'écart entre le nombre de formations disponibles en anglais et en français. Par contre, l'atelier modelé aux besoins et réalités de certains publics faciliterait l'accès à de l'information utile et de l'apprentissage pertinent aux individus, groupes ou organismes francophones partout au pays. D'ailleurs, la diversité linguistique et culturelle du Canada amplifie le besoin de formations ciblant les besoins et les perspectives de groupes spécifiques. L'exemple le plus éloquent vient probablement des nations et communautés autochtones, pour qui une éventuelle formation en SdTP devrait prendre en considération leurs perspectives, besoins, voire le désir même de s'approprier ou non l'approche. Le système fédéral accentue aussi la nécessité d'un apprentissage prenant en compte les environnements particuliers engendrés par les réalités politiques des provinces et territoires ou encore les défis économiques et sociaux des différentes régions du pays.

5.2.3 SUGGESTIONS SUPPLÉMENTAIRES

Offrir des ateliers ciblés constitue à nos yeux la solution la mieux adaptée aux lacunes décelées par notre analyse des formations. Concevoir et réaliser des ateliers modulés en fonction de groupes spécifiques exigent par contre des ressources humaines et matérielles considérables. De plus, le roulement de personnel dans les organismes potentiellement concernés risque d'engendrer la nécessité d'une répétition fréquente de ces ateliers. Dans cette optique, nous proposons des pistes de réflexion additionnelles pour bonifier l'offre de formations et l'harmoniser aux réalités propres au Canada.

Une première étape dans un processus d'élaboration de formations adaptées aux contextes canadiens (incluant des ateliers professionnels ciblés) devrait être une prise des besoins en formation des acteurs intéressés à participer à la mise en œuvre de la SdTP. Une collecte de données pancanadienne (entrevues, sondages, groupes de discussion) permettrait de clarifier les attentes et besoins des publics potentiels. Une prise des besoins contribuerait à déterminer clairement les

secteurs ou groupes souhaitant se former, les formats et les contenus privilégiés⁷. Cela contribuerait notamment à améliorer la connaissance et la compréhension des perspectives des acteurs œuvrant dans différents paliers de gouvernance ou dans différents secteurs (particulièrement autres que la santé), dans différentes langues, au sein des communautés autochtones ou dans des groupes marginalisés.

La création d'un cours en ligne asynchrone ciblant tout particulièrement les réalités canadiennes constituerait une solution de rechange ou même un complément aux ateliers ciblés. Un tel cours aurait l'avantage d'exiger des ressources plus modestes et d'être accessible à tous. Il pourrait se construire sur la base des formations existantes tout en proposant une certaine diversité de contenu. Comme l'expose notre analyse, il serait pertinent de faire une place prépondérante aux outils et instruments pratiques facilitant la mise en œuvre de la SdTP. Par exemple, des études de cas incluant des outils utilisés sur le terrain pourraient être adaptées par les participants dans leurs efforts de mise en œuvre. De plus, ce type de formation permettrait d'intégrer le processus de réconciliation avec les peuples autochtones à l'approche de SdTP, lequel constitue à la fois un grand défi et une priorité dans le contexte canadien. Malgré les limites de l'apprentissage en virtuel, un cours en ligne pourrait tout de même inclure une dimension de partage de connaissances et de réseautage pour les participants. De plus, un cours asynchrone n'a pas à imposer la même formation à tous les participants. Il est possible de créer une variété de modules pour répondre à différents besoins et à des réalités diverses.

Une autre possibilité serait d'offrir de l'accompagnement sur mesure par des experts comme suivi à une formation (cours en ligne, atelier ou autre). Des rencontres périodiques avec un spécialiste ou un mentor permettraient aux participants d'obtenir une rétroaction tout en ayant la latitude d'adapter à leurs réalités les connaissances et le savoir-faire préalablement appris. Cette approche aurait l'avantage de constituer un complément aux formations existantes, axées sur les principes et la logique générale de la SdTP, en soutenant concrètement le processus d'adaptation de la SdTP par les participants aux environnements particuliers dans lesquels ils travaillent.

Les suggestions proposées s'inscrivent dans la foulée de tout le travail effectué pour développer les formations que nous avons répertoriées et analysées. Elles constituent des propositions visant à contribuer à une réflexion plus large sur les moyens à prendre pour soutenir la mise en œuvre de la SdTP.

⁷ Poliquin et Carrillo Botero ont réalisé une prise de besoins concernant la mise en place éventuelle d'un réseau pancanadien de SdTP. Les différents acteurs sondés décrivent notamment leurs besoins en formation sans toutefois préciser le format ou les paramètres d'une possible formation (Poliquin et Carrillo Botero, sous presse).

6 Conclusion

Le présent rapport propose une interprétation critique et constructive des formations portant sur la SdTP. En utilisant une définition ample de la notion de formation, nous avons pu répertorier et contextualiser plusieurs tendances relatives aux approches pédagogiques, mais surtout aux contenus abordés dans ce corpus de formations. Malgré la diversité des méthodes didactiques, nous avons observé des similitudes évidentes en matière de thématiques mises de l'avant. Les formations tendent en effet à établir efficacement les bases conceptuelles et les principes de mise en œuvre. En revanche, notre rapport suggère que des formations plus pratiques et ciblées contribueraient à atténuer certaines lacunes, notamment des manquements du côté des outils et instruments pour concrétiser l'approche sur le terrain. C'est ainsi que l'atelier modelé aux besoins de groupes particuliers possède le potentiel de pallier les limites observées dans l'offre de formations. En appliquant nos conclusions à la situation canadienne, il serait possible de concevoir le développement d'ateliers adaptés aux différentes réalités selon les provinces, secteurs d'activité, niveaux de gouvernance, régions, communautés autochtones, etc. Des ateliers alignés sur les besoins et contextes des participants limiteraient probablement le nombre de personnes pouvant y prendre part, en plus d'exiger une préparation minutieuse et flexible des formateurs. En ce sens, la création d'un cours virtuel aurait le potentiel de compléter ou de se substituer à un travail axé sur l'atelier ciblé pour des raisons de faisabilité et d'accessibilité. En privilégiant l'une ou l'autre de ces propositions, il semble essentiel d'outiller davantage et plus concrètement de potentiels « policy champions » pour soutenir la multiplication et l'approfondissement d'initiatives de mise en œuvre de la SdTP.

Références

- Diallo, T. (2020a). *Cinq exemples d'actions intersectorielles en faveur de la santé à l'échelle locale et régionale au Canada*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. <https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/cinq-exemples-dactions-intersectorielles-en-faveur-de-la-sante-a-lechelle-locale-et-regionale-au-canada>
- Diallo, T. (2020b). *Rencontre pancanadienne sur la Santé dans toutes les politiques (SdTP) : Québec, 9 octobre 2019*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. <https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/rapport-de-la-rencontre-pancanadienne-sur-la-sante-dans-toutes-les-politiques-sdtp>
- Kingdon, J. W. (1984). *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Little, Brown and Company.
- Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Ce qu'il faut savoir au sujet de la Santé dans toutes les politiques*. http://promosante.org/wp-content/uploads/2016/03/declaration_Helsinki.pdf
- Poliquin, H. et Carrillo Botero, N. (sous presse). *Mise sur pied d'un réseau canadien de Santé dans toutes les politiques : consultation auprès de divers acteurs au Canada et à l'étranger (sous presse)*. Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

Liste des formations analysées

Ateliers

- Bureau régional pour l'Afrique. (2016, octobre). *Formation OMS AFRO sur la « Santé dans toutes les politiques »* [document inédit]. Organisation mondiale de la Santé.
- Kickbusch, I. (2017). *HiAP master class* [document inédit]. World Health Organization et Government of South Australia.
- Lowrie, K. et Von Hagen, L. A. (2021). *Health in all policies: Incorporating health into decision-making*. Rutgers – Office of Continuing Professional Education.
<http://www.cpe.rutgers.edu/courses/current/ep0706wb.html>, <http://phci.rutgers.edu> et documents inédits.
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Curso-taller: salud en todas las políticas o PAHO Regional HIAP training Mexico* [document inédit]. Organización Mundial de la Salud.
- Pan American Health Organization. (2015a). *Health in all policies (HiAP) workshop* [document inédit]. World Health Organization.
- Regional Office for Africa. (2015). *Regional workshop on implementation of HiAP programme* [document inédit]. World Health Organization.
- Regional Office for Africa (Bureau régional pour l'Afrique). (2016, October). *Formation OMS AFRO sur la « Santé dans toutes les politiques »* [document inédit]. Organisation mondiale de la santé.
- Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2017, février). *EMRO regional workshop on applying HiAP approach in achieving sustainable development goals* [document inédit]. World Health Organization.
- Regional Office of South-East Asia. (2015). *Regional workshop on implementation of HiAP* [document inédit]. World Health Organization.
- Regional Office of the Western Pacific et University of Otago. (2016, février). *Public health summer school – health in all policies* [document inédit]. World Health Organization.
- World Health Organization. (2015a). *Global HiAP training* [document inédit].
- World Health Organization. (2018). *HiAP workshop – The case of air pollution, urban health and sustainability* [document inédit].
- World Health Organization. (2015b). *Workshop: Preparing for training in HiAP using the newly launched WHO HiAP training manual* [document inédit].
- World Health Organization. (2015c). *Health in all policies (HiAP) training slides: Companion material to support HiAP training activities*. [https://www.who.int/publications/m/item/health-in-all-policies-\(hiap\)-training-slides-companion-material-to-support-hiap-training-activities](https://www.who.int/publications/m/item/health-in-all-policies-(hiap)-training-slides-companion-material-to-support-hiap-training-activities)

Guides

- Abrassart, A., Graff, A. L. et Künzi, K. (2017). *Approche multisectorielle de la promotion de la santé : un guide pour la Suisse romande et le Tessin*. Document de travail 39. Promotion Santé Suisse. [https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/arbeitspapiere/Document de travail 039 PSCH 2017-05 - _Approche multisectorielle.pdf](https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/arbeitspapiere/Document%20de%20travail%20039%20PSCH%202017-05_-_Approche%20multisectorielle.pdf)
- Bergeron, K. (2018). *Manuel de soutien au processus d'élaboration de politiques*. L'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario). <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/S/2018/supporting-policy-making.pdf?la=fr>
- Brisson, J. et St-Pierre, L. (2018). *Guide d'implantation de l'approche de la Santé dans toutes les politiques au palier local*. Réseau francophone international pour la promotion de la santé. https://refips.org/wp-content/uploads/2020/01/GuideSdTP_web.pdf
- Buck, D. et Gregory, S. (2013). *Improving the public's health. A resource for local authorities*. The King's Fund. https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/improving-the-publics-health-kingsfund-dec13.pdf
- Change Lab Solutions. (2018). *A roadmap for Health in All Policies collaborating to win the policy marathon*. https://www.changelabsolutions.org/product/HiAP_Roadmap
- Cultures & Santé. (2018). *Osez : le plaidoyer pour la santé ! Balises pour une démarche communautaire*. <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-education-permanente/item/506-osez-le-plaidoyer-pour-la-sante-balises-pour-une-demarche-communautaire.html>
- Greszczuk, C. (dir.). (2019). *Implementing HiAP: Lessons from around the world*. The Health Foundation. <https://www.health.org.uk/publications/reports/implementing-health-in-all-policies>
- Health in All Policies Team, Community and Public Health. (2018). *Tools to support a health in all policies approach: A guide for moving from theory to practice*. Canterbury District Health Board. <https://www.cph.co.nz/your-health/health-in-all-policies/ways-of-working>
- HiAP Team South Australia. (2017). *Working paper: How the governance and practice of health in all policies has changed over time in South Australia: Exploring the evolution 2007-2017*. Government of South Australia.
- Herriot, M. (2013). *Implementing HiAP: Practising a HiAP approach—lessons for universal health coverage and health equity. A policy briefing for ministries of health based on experiences from Africa, South-East Asia and the Western Pacific*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/105529/9789241506632_eng.pdf?sequence=1
- Herriot, M. et Valentine, N. (2018). *Health in all policies as part of the primary health care agenda on multisectoral action*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326463>
- Joint Action on Mental Health and Wellbeing. (2017). *Mental health in all policies: Situation analysis and recommendations for action*. https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/mental_health/docs/2017_mh_allpolicies_en.pdf

- Pan American Health Organization. (2015b). *Advancing the health in all policies approach in the Americas: What is the health sector's role? A brief guide and recommendations for promoting intersectoral collaboration*. World Health Organization. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/hiap-Brief-Guide-and-Recomendations-ENG.pdf>
- Rudolph, L., Caplan, J., Ben-Moshe, K. et Dillon, L. (2013a). *Health in all policies: A guide for state and local governments*. American Public Health Association and Public Health Institute. https://www.apha.org/-/media/Files/PDF/factsheets/Health_inAll_Policies_Guide_169pages.ashx
- Rudolph, L., Caplan, J., Mitchell, C., Ben-Moshe, K. et Dillon, L. (2013b). *Health in all policies: Improving health through intersectoral collaboration*. National Academy of Sciences. <https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/BPH-HiAP.pdf>
- Social Determinants of Health Unit. (2013). *Health in all policies: Report on perspectives and intersectoral actions in the African region*. WHO—Regional Office for Africa. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/127848/9789290232445.pdf?sequence=1>
- Solar, O. et Valentine, N. (2013). *Demonstrating a HiAP Analytic framework for learning from experiences based on literature reviews from Africa, South-East Asia and the Western Pacific*. World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/104083/9789241506274_eng.pdf?sequence=1
- SOPHIA HiAP Workgroup. (2017, octobre). *Health in all policy approaches guide: Finding the mix of strategies that fits your needs*. Society of Practitioners of Health Impact Assessment. <https://hiasociety.org/resources/Documents/SOPHIA%20HIAP%20Screening%20Guide%20FINAL%20Oct%202017.pdf>
- South-Eastern Europe Health Network (SEEHN). (2013). *Opportunities for scaling up and strengthening the health-in-all-policies approach in South-Eastern Europe*. World Health Organization. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/186063/e96821.pdf
- Ståhl, T., Ollila, E. et Leppo, K. (2006). *HiAP: Prospect and potentials*. Finnish Ministry of Social Affairs and Health. https://eurohealthobservatory.who.int/docs/librariesprovider3/studies---external/health-in-all-policies-prospects.pdf?sfvrsn=76aa7bd6_3&download=true
- Stone, V. (dir.). (2015). *Health in all policies: Training manual*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241507981>
- Valentine, N. et Neira, M. (2018). *Health in all policies as part of the primary health care agenda on multisectoral action*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.59>
- Vasconcellos, M. (dir.). (2016). *HIAP – Health in All Policies, from the global to the local*. WHO—Pan American Health Organization. <https://www.paho.org/en/documents/hiap-health-all-policies-global-local>
- World Health Organization. (2014). *Helsinki statement on health in all policies*. Framework for country action. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506908>
- Wyss, K., Dolan, K. et Goff, N. (s.d.). *HiAP: A framework for state health leadership*. Association for State and Territorial Health Officials (ASTHO). <https://astho.org/HiAP/Framework>

Webinaires

- Atkey, K., Webb, A. et Killborn, M. (2020, 13 mars). *Health in all policies: The importance and impact of a health-in-all policies approach for municipalities* [Webinaire]. Alberta Policy Coalition for Chronic Disease Prevention. https://www.auma.ca/sites/default/files/Advocacy/auma_-_healthy_futures_webinar_series_webinar_recording_now_available.pdf et <https://www.youtube.com/watch?v=MlfnVaFdRiY>
- Branson, T., Kobler, C. et Bosse, S. (2019, mars). *Increasing health departments capacity to implement HiAP initiatives* [Webinaire]. NACCHO. <https://www.youtube.com/watch?v=crAKWtpk4Wo>
- Dillon, L. et Watkins, M. (2020, mai). *California task force et City of Santa Cruz HiAP* [Webinaire]. NACCHO. https://naccho.zoom.us/rec/play/65J_1e2trTo3TofDuASDBqV7W9S5fK2s1nceqKIEmU60W3YHYVDyZrAbNOv7rdKLJCJJvH5KFBKFJ-5?continueMode=trueet_x_zm_rtaid=xzrEdhEUTvac6EyQJrrSmg.1590674422259.fbeddbcbc3787ebc76098c68a101dccbft_x_zm_rtaid=207
- Dills, J. et Whitehead, S. (2020, 28 avril). *SOPHIA et HiAP/Covid listening session* [Webinaire]. NACCHO. https://naccho.zoom.us/rec/play/75d4Ju6u_Go3H4WT5ASDAqB6W9TsLPms2nAZ_KIOykbmUHSZlqgNbdGYuFdYK1yJ8t_eKcfA4-Isch?startTime=1588096629000et_x_zm_rtaid=Wb0ZKToWT2OX4Q4DQrZ9MA.1588597220831.26d65711d72380d80bd3249b5c8ca311et_x_zm_rtaid=294
- Fosse, E., Cairney, P., Lau Andersen, A., Lundberg, O. et Hätönen, H. (2021, 26 janvier). *Health in all policies in times of COVID-19: Wellbeing economics and social protection* [Webinaire]. GNHIAP et Tampere University. <https://actionsdg.ctb.ku.edu/gnhiap-events/webinar-health-in-all-policies-in-times-of-covid-19-wellbeing-economics-and-social-protection>
- Gakh, M., Alderman, L., Chrysler, D. et Hacker, K. (2015). *Health in all policies and the law*. American Public Health Association. <https://www.apha.org/Events-and-Meetings/APHA-Calendar/Webinar-Events/Health-in-All-Policies>
- Gakh, M. et Baron, T. (2020, 30 janvier). *Impact of state and federal HiAP approaches* [Webinaire]. NACCHO. https://naccho.zoom.us/rec/play/124KBLpFmV8Z8xuVuFoFbHMYSSg5H4aa4BY-ZYAdegkuRvlsn5S5TaMSh_F6XaLLaitvntuyv_-fPncp.oLk1ebUDbx-PFiUB?continueMode=trueet_x_zm_rtaid=hSugjt7sT2qF93Q0a9aupQ.1632232927478.c1470bc3d47215409264db82ff87caebet_x_zm_rtaid=268
- Gase, L. (2018, décembre). *Evaluation strategies* [Webinaire]. NACCHO. <https://www.youtube.com/watch?v=2czlK1DTZgE>
- Gassaway, G., Hart, N. et Gonzales, T. (2019, juillet). *Using a HiAP approach for lead poisoning prevention* [Webinaire]. NACCHO. <https://www.youtube.com/watch?v=lksrciUXT5k>
- Gittins, L., Higgins, A., Hutchings, T., Taylor, G., Gordon, A. et Marshall, L. (2020). *Webinar: Health in all policies: Leading place to tackle the social determinants of health* [Webinaire]. Local Government Association. <https://www.youtube.com/watch?v=D7nXGYXmS8U>
- Hilliard, C. et Huang, J. (2019, janvier). *HiAP initiatives in rural counties* [Webinaire]. NACCHO. https://www.youtube.com/watch?v=tuH_t1F2p8Q

- Kerner B., Ware, A. et Roobol, H. (2020, juillet). *Introducing a new evaluation tool for local Health departments* [Webinaire]. NACCHO. https://naccho.zoom.us/rec/play/jl9WbXGoYXkrtLD5jL6nfYOC0zXt4i6N4UoOsNChriW8Ofu5Aqdlensbg8LTKb_xkWJhtOWtOz-0aSe.m5LG35TwOYfhiLPx?continueMode=trueet_x_zm_rtaid=A0gutAiDSjapvCS-jqwoxQ.1632244294483.400fab22c7e88f50c6903f6600350a7et_x_zm_rhtaid=350
- Kickbush, I., Kershaw, P., Kerner, B. et Koivisto, T. (2020, 10 novembre). *HiAP in times of Covid-19: What role for the health sector moving forward (2)?* [Webinaire]. GNHIAP et National Health Commission Office of Thailand. <https://actionsdg.ctb.ku.edu/gnhiap-events/webinar-health-in-all-policies-in-times-of-covid-19-what-role-for-the-health-sector-moving-forward>
- Lemieux, L. (2021, 14 avril). *La SdTP : s'engager avec tous les secteurs pour améliorer la santé de la population et réduire les inégalités sociales de santé* [Webinaire]. Société Santé en français. <https://www.santefrancais.ca/ressource-ssf/sante-toutes-politiques-sdtp-sengager-secteurs-ameliorer-sante-de-population-reduire-inegalites-sociales-de-sante>
- Lemieux, L. et Renaud, L. (2021, 28 avril). *Exploration de la mise en œuvre de l'approche Santé dans toutes les politiques* [Webinaire]. Réseau francophone international pour la promotion de la santé. <https://refips.org/webinaires>
- Lin, T. et Houchen, C. (2020, mars). *Health impact check list, a tool for policymakers* [Webinaire]. NACCHO. <https://naccho.zoom.us/rec/play/vJZ-leGggTs3GdfGsASDAvR-W9XuKvms1iIMqfsFyxu1UyQGNISmYOAwn7GnVM7SOyDBXnIVKdlbQIYa?continueMode=true>
- Morrison, R. et Dore, K. (2019, février). *Initiatives and policy opportunities* [Webinaire]. NACCHO. <https://www.youtube.com/watch?v=9dO80ruB5fE>
- Mutnansky, C. et Thompkins, K. (2020, 27 février). *Local HiAP initiatives* [Webinaire]. NACCHO. https://naccho.zoom.us/rec/play/Ju_dNXfFf_i9j9KT4U_Kx6E99VHV8vXi8dr60Z09tGyqHK0seDridqEFbReCosk8NjoUU5i4i6khlcbQ.XFnAnWak6xoSlbxW?continueMode=trueet_x_zm_rtaid=hSugit7sT2qF93Q0a9aupQ.1632232927478.c1470bc3d47215409264db82ff87caebet_x_zm_rhtaid=268
- Reid, M., Smith, T. et Lesser, D. (2019, juin). *Cross-sector collaboration to implement HiAP* [Webinaire]. NACCHO. <https://www.youtube.com/watch?v=xtPPdUSdWFA>
- Ricklin, A. et Ulrich, S. (2019, mai). *Local approaches to HiAP capacity building* [Webinaire]. NACCHO. <https://www.youtube.com/watch?v=KlvK9wB-1x4>
- Shankardass, K. et Barr, V. (2018, 23 octobre). *Health-in-all policies as a health promotion strategy* [Webinaire]. National Collaborating Centre for Determinants of Health et Promotion de la santé Canada. <https://nccdh.ca/workshops-events/entry/webinar-health-in-all-policies-as-a-health-promotion-strategy1>
- Weerasak, P., Friel, S., Stevenson, A. et Panichkraengkrai, W. (2020, 29 octobre). *HiAP in times of Covid-19: What role for the health sector moving forward (1)?* [Webinaire]. GNHIAP et National Health Commission Office of Thailand. <https://actionsdg.ctb.ku.edu/gnhiap-events/webinar-health-in-all-policies-in-times-of-covid-19-what-role-for-the-health-sector-moving-forward>

Conférences

- American Public Health Association. (2015, 31 octobre au 4 novembre). *American public health association annual meeting: Health in all policies*. Chicago, Illinois.
<https://apha.confex.com/apha/143am/webprogram/start.html>
- Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. (2019, 9 octobre). *Rencontre pancanadienne sur la Santé dans toutes les politiques*. Québec, Québec.
<https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/rencontre-pancanadienne-sur-la-sante-dans-toutes-les-politiques-sdtp>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et Global Network for Health in All Policies. (2019, 7 au 9 octobre). *Seconde rencontre internationale du Global Network for Health in All Policies (GNHiAP)*. Québec, Québec. <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/2e-rencontre-internationale-du-global-network-for-health-in-all-policies-gnhiap/a-propos/>
- Ontario Public Health Association. (2014, 6 mars). *Health in all policies: Advancing an intersectoral approach to promoting healthy eating in Ontario*. Toronto, Ontario.
<https://opha.on.ca/event/health-in-all-policies-advancing-an-intersectoral-approach-to-promoting-healthy-eating-in-ontario>
- Public Health Association of British Columbia. (2013, 4 et 5 novembre). *Health in all policies: Taking intersectoral action for equitable et sustainable health*. Vancouver, Colombie-Britannique.
<https://phabc.org/presentation/health-in-all-policies-taking-intersectoral-action-for-equitable-sustainable-health-2>
- Royal Society of Medicine. (2018, 6 novembre). *HiAP 2018: A strategy for improving population health*. Londres, Royaume-Uni.
- Waka Toa Ora (District Health Board-led inter-sectoral network in the Canterbury region). (2015, avril). *HiAP New Zealand conference*. Christchurch, New Zealand.
<https://www.healthychristchurch.org.nz/priority-areas/chiapp/hiap-nz-conference-2015/conference-presentations>

Communications orales

- Boyd, L. (2013, 4 et 5 novembre). *The healthy child Manitoba strategy—A model for horizontal policy management and integrated service delivery* [Communication orale]. Health in All Policies: Taking Intersectoral Action for Equitable & Sustainable Health. Vancouver, Colombie-Britannique. <https://phabc.org/presentation/health-in-all-policies-taking-intersectoral-action-for-equitable-sustainable-health-2>
- Buck, D. (2018, 6 novembre). *Prioritising HiAP within local authorities: Where to put your efforts?* [Communication orale]. HiAP 2018: A Strategy for Improving Population Health. Congrès de la Royal Society of Medicine. Londres, Royaume-Uni.
- Burgess, J. (2013, 4 et 5 novembre). *Healthy campuses: Towards mental health in the young adult population* [Communication orale]. Health in All Policies: Taking Intersectoral Action for Equitable & Sustainable Health. Vancouver, Colombie-Britannique.
<https://phabc.org/presentation/health-in-all-policies-taking-intersectoral-action-for-equitable-sustainable-health-2>
- Burlington, S. (2018, 6 novembre). *A whole council approach to health policies* [Communication orale]. *HiAP 2018: A Strategy for Improving Population Health*. Congrès de la Royal Society of Medicine. Londres, United-Kingdom.

- Caplan, J., Ollila, E., Peña Fajuri, S., Forster, N. et Kanchanachitra, C. (2015, 31 octobre au 4 novembre). *Health in all policies around the globe: International perspective on improving health through policies and programs across sectors* [Communication orale]. American Public Health Association Annual Meeting: Health in All Policies. Chicago, Illinois. <https://apha.confex.com/apha/143am/webprogram/Session45736.html>
- Choukeir, J. (2018, 6 novembre). *A place-based approach to improving health* [Communication orale]. HiAP 2018: A Strategy for Improving Population Health. Congrès de la Royal Society of Medicine. Londres, Royaume-Uni.
- Connolly, A. M. (2018, 6 novembre). *Public health outcomes: What can a HIAP approach provide* [Communication orale]. HiAP 2018: A Strategy for Improving Population Health. Congrès de la Royal Society of Medicine. Londres, Royaume-Uni.
- Connor, M. (2014, 6 mars). *Support every child, reach every student* [Communication orale]. Health in All Policies: Advancing an Intersectoral Approach to Promoting Healthy Eating in Ontario. Ontario Public Health Association. Toronto, Ontario. <https://opha.on.ca/event/health-in-all-policies-advancing-an-intersectoral-approach-to-promoting-healthy-eating-in-ontario>
- Dang, T., Cooper, J., Alfsen, W., Quiner C., Hollister, P., Fritz, P., Irwin, K., Singh, C. et Ngo, U. (2015, 31 octobre au 4 novembre). *Health in all Policies: Active living/active transport and community health* [Communication orale]. American Public Health Association Annual Meeting: Health in All Policies. Chicago, Illinois. <https://apha.confex.com/apha/143am/webprogram/Session46020.html>
- Diallo, T. (2019, 9 octobre). *Santé dans toutes les politiques – Aperçu de l'approche et des initiatives liées à la SdTP dans le contexte canadien* [Communication orale]. Rencontre pancanadienne sur la Santé dans toutes les politiques. Québec, Québec. <https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/rencontre-pancanadienne-sur-la-sante-dans-toutes-les-politiques-sdtp>
- Dobush, O. (2014, 6 mars). *Ontario's healthy kids strategy: Moving forward to address childhood obesity in Ontario* [Communication orale]. Health in All Policies: Advancing an Intersectoral Approach to Promoting Healthy Eating in Ontario. Ontario Public Health Association. Toronto, Ontario. <https://opha.on.ca/event/health-in-all-policies-advancing-an-intersectoral-approach-to-promoting-healthy-eating-in-ontario>
- Dyck, L. (2013, 4 et 5 novembre). *Population health status reporting: A tool to support intersectoral action* [Communication orale]. Health in All Policies: Taking Intersectoral Action for Equitable & Sustainable Health. Vancouver, Colombie-Britannique. <https://phabc.org/presentation/health-in-all-policies-taking-intersectoral-action-for-equitable-sustainable-health-2>
- Eijkemans, G. (2019, 7 au 9 octobre). *HIAP in the regional movement for healthy municipalities, cities and communities* [Communication orale]. Seconde rencontre internationale du Global Network for Health in All Policies (GNHiAP). Québec, Québec. https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/gnhiap/13h15_Gerry.pdf
- Fafard, P. (2014, 6 mars). *Health in all meets horizontal government* [Communication orale]. Health in All Policies: Advancing an Intersectoral Approach to Promoting Healthy Eating in Ontario. Ontario Public Health Association. Toronto, Ontario. <https://opha.on.ca/event/health-in-all-policies-advancing-an-intersectoral-approach-to-promoting-healthy-eating-in-ontario>

- Fortune, K. (2013, 4 et 5 novembre). *Addressing the social determinants of health through health in all policies: A regional perspective* [Communication orale]. Health in All Policies: Taking Intersectoral Action for Equitable & Sustainable Health. Vancouver, Colombie-Britannique. <https://phabc.org/presentation/health-in-all-policies-taking-intersectoral-action-for-equitable-sustainable-health-2>
- Grégoire, M. et Artault-Nory, C. (2019, 7 au 9 octobre). *Inégalités sociales de santé : comprendre et intervenir autrement* [Communication orale]. Seconde rencontre internationale du Global Network for Health in All Policies (GNHiAP). Québec, Québec. https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/gnhiap/16h30_Ville_Qc_FR.pdf
- Haigh, F. (2015, avril). *Human Rights and HiAP* [Communication orale]. HiAP New Zealand conference. Christchurch, New Zealand. <https://www.healthychristchurch.org.nz/priority-areas/chiapp/hiap-nz-conference-2015/conference-presentations>
- Hancock, T. (2013, 4 et 5 novembre). *IAH, HPP, HiAP and more: A guided tour of alphabet soup*. [Communication orale]. Health in All Policies: Taking Intersectoral Action for Equitable & Sustainable Health. Vancouver, Colombie-Britannique. <https://phabc.org/presentation/health-in-all-policies-taking-intersectoral-action-for-equitable-sustainable-health-2/>
- Hätönen, H. et Ståhl, T. (2019, 7 au 9 octobre). *Global Status Report on Health in All Policies Critical elements of HiAP practice in the light of HiAP framework and results of the survey* [Communication orale]. Seconde rencontre internationale du Global Network for Health in All Policies (GNHiAP). Québec, Québec. https://www.youtube.com/watch?v=yvZ3ZPM1_wA&t=2202s
- Harris, P. et Haigh, F. (2015, avril). *Trading away health: A health impact assessment of the Trans Pacific trade agreement* [Communication orale]. HiAP New Zealand Conference. Christchurch, New Zealand. <https://www.healthychristchurch.org.nz/priority-areas/chiapp/hiap-nz-conference-2015/conference-presentations>
- Johnson, R., Wooten, H., Hoppe, K., Hartisg, S., Davidovitch, N., Kranzler, Y., Rabbani, R. et Ritchie, D. (2015, 31 octobre au 4 novembre). *Health in all policies: Community health advocacy and health initiatives* [Communication orale]. American Public Health Association Annual Meeting: Health in All Policies. Chicago, Illinois. <https://apha.confex.com/apha/143am/webprogram/Session46021.html>
- Long, A. (2019, 9 octobre). *Promouvoir la Santé dans toutes les politiques à l'échelle fédérale* [Communication orale]. Rencontre pancanadienne sur la Santé dans toutes les politiques. Québec, Québec. <https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/rencontre-pancanadienne-sur-la-sante-dans-toutes-les-politiques-sdtp>
- Ly, C., Hoelscher, D., Nichols, D., Dowdy, D., Menendez, T., Atterberry, H., Paylson, A., Ferguson, K. et Clarke, A. (2015, 31 octobre au 4 novembre). *Health in all policies: Obesity and related chronic diseases prevention strategies and policy development* [Communication orale]. American Public Health Association Annual Meeting: Health in All Policies. Chicago, Illinois. <https://apha.confex.com/apha/143am/webprogram/Session46007.html>
- Mah, C. (2014, 6 mars). *Food in all policies: Trends and theory* [Communication orale]. Health in All Policies: Advancing an Intersectoral Approach to Promoting Healthy Eating in Ontario. Ontario Public Health Association. Toronto, Ontario. <https://opha.on.ca/event/health-in-all-policies-advancing-an-intersectoral-approach-to-promoting-healthy-eating-in-ontario>

- Marmot, M. (2018, 6 novembre). *Health equity and government Policies* [Communication orale]. HiAP 2018: A Strategy for Improving Population Health. Congrès de la Royal Society of Medicine. Londres, Royaume-Uni.
- McManus, J. (2018, 6 novembre). *Finding opportunities for change: Strategic opportunism for mainstreaming health* [Communication orale]. HiAP 2018 : A Strategy for Improving Population Health. Congrès de la Royal Society of Medicine. Londres, Royaume-Uni.
- Miller, G. (2013, 4 et 5 novembre). *Promoting health through intersectoral action: The case of BC* [Communication orale]. Health in All Policies: Taking Intersectoral Action for Equitable & Sustainable Health. Vancouver, Colombie-Britannique. https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/07/Promoting_health_through_Intersectoral_Action_the_case_of_BC_by_Gord_Miller.pdf
- Misago, L. (2019, 7 au 9 octobre). *Health in all policies in Burundi* [Communication orale]. Seconde rencontre internationale du Global Network for Health in All Policies (GNHiAP). Québec, Québec. https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/gnhiap/9h45_LeonidasMisago_ENG.pdf
- O’Brian, W. (2013, 4 et 5 novembre). *Intersectoral action on mental health and substance use* [Communication orale]. Health in All Policies: Taking Intersectoral Action for Equitable & Sustainable Health. Vancouver, Colombie-Britannique. <https://phabc.org/presentation/health-in-all-policies-taking-intersectoral-action-for-equitable-sustainable-health-2>
- Poirier, S. (2019, 7 au 9 octobre). *La politique gouvernementale de prévention en santé du Québec : une approche de Santé dans toutes les politiques pour renforcer le dialogue sur la santé au sein du gouvernement* [Communication orale]. Seconde rencontre internationale du Global Network for Health in All Policies (GNHiAP). Québec, Québec. https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/gnhiap/9h45_Panel_SylviePoirier_FR.pdf
- Reeves, M. (2018, 6 novembre). *Assets all around us: New approaches to health and wellbeing in our places* [Communication orale]. HiAP 2018: A Strategy for Improving Population Health. Congrès de la Royal Society of Medicine. Londres, Royaume-Uni.
- Riodan, J., Tully, J., Kreger, M., Sargent Cairoli, K., Trasher, J., Ucker, P., Castle Redmond, J. D., Brindis, C., Urita, L., Rathbone, D., Mahany, K. et Soto, J. (2015, 31 octobre au 4 novembre). *Health in all policies: Community health promotion strategies in schools* [Communication orale]. American Public Health Association Annual Meeting: Health in All Policies. Chicago, Illinois. <https://apha.confex.com/apha/143am/webprogram/Session46019.html>
- Roberts, K. (2018, 6 novembre). *Preventing childhood obesity: A holistic approach* [Communication orale]. HiAP 2018: A Strategy for Improving Population Health. Congrès de la Royal Society of Medicine. Londres, Royaume-Uni.
- Roblin, L. et Truscott, R. (2014, 6 mars). *Advancing an intersectoral approach to promoting health eating in Ontario* [Communication orale]. Health in All Policies: Advancing an Intersectoral Approach to Promoting Healthy Eating in Ontario. Ontario Public Health Association. Toronto, Ontario. <https://opha.on.ca/event/health-in-all-policies-advancing-an-intersectoral-approach-to-promoting-healthy-eating-in-ontario>

- Schwenger, S. et Kalda, R. (2014, 6 mars). *Building and measuring your networks to increase intersectoral collaboration* [Communication orale]. Health in All Policies: Advancing an Intersectoral Approach to Promoting Healthy Eating in Ontario. Ontario Public Health Association. Toronto, Ontario. <https://opha.on.ca/event/health-in-all-policies-advancing-an-intersectoral-approach-to-promoting-healthy-eating-in-ontario>
- Shankardass, K. (2019, 7 au 9 octobre). *Political hazards in implementing health in all policies* [Communication orale]. Seconde rencontre internationale du Global Network for Health in All Policies (GNHiAP). Québec, Québec. https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/gnhiap/9h15_KetanShankardass_EN_G.pdf
- Shankardass, K. (2014, 6 mars). *Getting started with HiAP* [Communication orale]. Health in All Policies: Advancing an Intersectoral Approach to Promoting Healthy Eating in Ontario. Ontario Public Health Association. Toronto, Ontario. <https://opha.on.ca/event/health-in-all-policies-advancing-an-intersectoral-approach-to-promoting-healthy-eating-in-ontario>
- St-Pierre, L. (2019, 9 octobre). *La gouvernance intersectorielle pour la santé; enjeux et défis – Le cas de la Politique gouvernementale de prévention en santé du Québec* [Communication orale]. Rencontre pancanadienne sur la Santé dans toutes les politiques. Québec, Québec. <https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/rencontre-pancanadienne-sur-la-sante-dans-toutes-les-politiques-sdtp>
- Weatherup, C. (2019, 7 au 9 octobre). *Strategic lead, health and sustainability hub, public health Wales. Introduction to Welsh sustainable development legislation* [Communication orale]. Seconde rencontre internationale du Global Network for Health in All Policies (GNHiAP). Québec, Québec. https://www.msss.gouv.qc.ca/inc/documents/ministere/gnhiap/15h15_CatherineWeatherup_ENG.pdf
- Weppler, J. (2019, 9 octobre). *Présentation du comté de Grey et Bruce : Contexte de la SdTP à Grey et Bruce SdTP* [Communication orale]. Rencontre pancanadienne sur la Santé dans toutes les politiques. Québec, Québec. <https://ccnpps-ncchpp.ca/fr/rencontre-pancanadienne-sur-la-sante-dans-toutes-les-politiques-sdtp>

Cours

- Clavier, C. (2021, automne). *Cours no 4, Déterminants sociaux et Santé dans toutes les politiques. SPU 7001, Séminaire général en santé publique* [Document inédit]. Université de Montréal.
- Extension Health in All Policies. (s.d.). *Oregon State University – Professional and Continuing Education*. <https://workspace.oregonstate.edu/course/hiap>
- Douglas, M. (2021). *PUHR 11086: Health in All Policies and Health Impact Assessment*. University of Edinburgh. <http://www.drps.ed.ac.uk/20-21/dpt/cxpuhr11086.htm>
- Hanafi, S. (s.d.) *Health in All Policies 101: Health Happens Here!* Nevada Public Health Training Center.
- Morisod, K., Williams, C. et Valentine, N. (2021). *Multisectoral Approaches for Health: Implications for Policy and Practice*. [Document inédit]. SSPH+ Lugano Summer School. http://www.ssph-lugano-summer-school.ch/2021-programme/2021_cMSA

Formations en Santé dans toutes les politiques :
recensement, analyse et pistes de réflexion

No SDGs Without Health. (s.d.). World Health Organization.

<https://360.articulate.com/review/content/84d149a2-3aaf-4970-845f-fe094d6abf55/review>

PUBH X378: *Health Disparities Round Table 2015: Health in All Policies*. (s.d.). University of Minnesota.

<https://learning.umn.edu/search/publicCourseSearchDetails.do?method=loadetcourseId=1753345>

Simos, Jean. « *Promotion de la santé et santé communautaire* » du *Certificate of Advanced Studies* et « *Sustainable Development, Environment and Health* » du *Master of Sciences in Global Health*. Université de Genève. Entretiens avec l'auteur, 28 octobre 2021.

Annexe 1

Grille d'analyse : modèle

| | CARACTÉRISTIQUES | NOTES |
|-------------------------------|---|--------------|
| FORMAT | Année de publication ou de réalisation | |
| | Durée ou longueur | |
| | Publics cibles | |
| | Objectifs | |
| | Enseignants et formateurs | |
| | Organisme hôte ou responsable de la publication | |
| | Approches pédagogiques | |
| | Coût | |
| | Mode de formation | |
| CONTENU | Compétences visées | |
| | Cadre théorique | |
| | Outils ou principes d'implantation | |
| | Facteurs permettant l'implantation | |
| | Utilisation de la littérature | |
| | Défis et obstacles | |
| | Expériences précédentes | |
| | Historique ou contexte international | |
| | Avantages de la SdTP | |
| OBSERVATIONS GÉNÉRALES | | |

Grille d'analyse : conférence

| | CARACTÉRISTIQUES | NOTES |
|-------------------------------|---|--------------|
| FORMAT | Année de publication ou de réalisation | |
| | Durée ou longueur | |
| | Publics cibles | |
| | Objectifs | |
| | Enseignants et formateurs | |
| | Organisme hôte ou responsable de la publication | |
| | Approches pédagogiques | |
| | Coût | |
| | Mode de formation | |
| | Cadre théorique | |
| OBSERVATIONS GÉNÉRALES | | |

Grille d'analyse: présentation individuelle

| | CARACTÉRISTIQUES | NOTES |
|-------------------------------|--------------------------------------|--------------|
| FORMAT | Objectifs | |
| | Formateurs | |
| CONTENU | Compétences visées | |
| | Cadre théorique | |
| | Outils ou principes d'implantation | |
| | Facteurs permettant l'implantation | |
| | Utilisation de la littérature | |
| | Défis et obstacles | |
| | Expériences précédentes | |
| | Historique ou contexte international | |
| Avantages de la SdTP | | |
| OBSERVATIONS GÉNÉRALES | | |

