

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

[www.ccnpps.ca](http://www.ccnpps.ca)

# GOUVERNANCE INTÉGRÉE ET POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ : DEUX EXEMPLES CANADIENS

RAPPORT | DÉCEMBRE 2008



Centre de collaboration nationale  
sur les politiques publiques et la santé

National Collaborating Centre  
for Healthy Public Policy

*Institut national  
de santé publique*

Québec 



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

[www.ccnpps.ca](http://www.ccnpps.ca)

# GOUVERNANCE INTÉGRÉE ET POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ : DEUX EXEMPLES CANADIENS

RAPPORT | DÉCEMBRE 2008



Centre de collaboration nationale  
sur les politiques publiques et la santé

National Collaborating Centre  
for Healthy Public Policy

*Institut national  
de santé publique*

Québec

## AUTEURS

François Gagnon  
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Denise Kouri  
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

## MISE EN PAGES

Madalina Burtan  
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

## REMERCIEMENTS

Nous remercions les autres membres du CCNPPS (François Benoit, Louise St-Pierre, Marie-Christine Hogue, François-Pierre Gauvin), Geneviève Lapointe (INSPQ) ainsi que Ron Duffel (ex-Directeur exécutif, *ActNow BC*) et Marilyn Shinto (Directrice, Gestion et évaluation de la performance, *ActNow BC*) pour leur collaboration à ce travail.

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 le biais du financement du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS).

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), un chef de file en santé publique au Canada.

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'Institut national de santé publique du Québec au : [www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca) et du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé au : [www.ccnpps.ca](http://www.ccnpps.ca).*

*An English version of this paper is also available at [www.ncchpp.ca](http://www.ncchpp.ca) and at [www.inspq.qc.ca/english](http://www.inspq.qc.ca/english).*

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

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

DÉPÔT LÉGAL – 3<sup>e</sup> TRIMESTRE 2012  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA  
ISBN : 978-2-550-65100-0 (VERSION IMPRIMÉE ANGLAISE)  
ISBN : 978-2-550-65101-7 (PDF ANGLAIS)  
ISBN : 978-2-550-65098-0 (VERSION IMPRIMÉE)  
ISBN : 978-2-550-65099-7 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2012)

## **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 nationale en santé publique se spécialise dans un domaine précis, mais partage un mandat commun de synthèse, d'utilisation et de partage des connaissances. Le réseau des Centres agit autant comme une structure de diffusion des contributions spécifiques des Centres que de lieu de production conjointe des projets communs.



## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>1 GOUVERNANCE ET POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ.....</b>	<b>3</b>
1.1 Gouvernance intégrée : une définition de travail .....	3
1.2 Axes de coordination et statut des acteurs coordonnés .....	4
1.3 L'article 54 de la Loi sur la santé publique du Québec : un exemple de gestion horizontale.....	4
1.4 <i>ActNow BC</i> : un exemple de <i>whole-of-gouvernement</i> .....	5
<b>2 L'ARTICLE 54 DE LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC ET     ACTNOW BC : DESCRIPTION COMPARATIVE .....</b>	<b>7</b>
2.1 L'article 54 de la Loi sur la santé publique du Québec .....	7
2.1.1 Cadre conceptuel .....	7
2.1.2 Stratégie de mise en œuvre et moyens d'application .....	8
2.2 <i>ActNow BC</i> .....	9
2.2.1 Cadre conceptuel .....	9
2.2.2 Stratégie de mise en œuvre et moyens d'application .....	10
2.3 Caractéristiques comparées des initiatives .....	12
<b>3 FACTEURS DE SUCCÈS DES INITIATIVES DE GOUVERNANCE INTÉGRÉE.....</b>	<b>13</b>
3.1 Conception du pouvoir gouvernemental .....	13
3.2 Mécanismes et procédures de contrôle.....	15
3.3 Système de production des savoirs.....	17
<b>4 LES PRINCIPAUX ENJEUX.....</b>	<b>21</b>
<b>RÉFÉRENCES.....</b>	<b>23</b>
<b>ANNEXE 1 GLOSSAIRE ANNOTÉ.....</b>	<b>27</b>



## INTRODUCTION

La production de politiques publiques favorables à la santé est par nature intersectorielle. En effet, les acteurs du domaine de la santé tentent d'influencer les politiques des autres secteurs. Une action intersectorielle est nécessaire, notamment pour agir sur les déterminants de la santé et réduire les inégalités de santé dans la population. Il existe un nombre croissant d'études sur les approches multisectorielles, ou de « gouvernance intégrée », comme nous les avons nommées. Pour contribuer à l'ensemble de ces études, et dans le contexte décrit, nous présentons ici deux exemples d'initiatives visant une politique publique favorable à la santé qui ont récemment été mises en œuvre au Canada. Ces initiatives sont conçues pour mieux coordonner les politiques publiques de multiples secteurs d'activités gouvernementales afin d'améliorer la santé publique. Dans cet article, nous explorons ces initiatives en tant qu'exemples de gouvernance intégrée et nous décrivons leurs cadres conceptuels et leurs stratégies de mise en œuvre respectifs. Enfin, nous notons leur potentiel et leurs limites, tels que nous les avons identifiés dans les études portant sur les initiatives de gouvernance intégrée que nous avons recensées.

Les deux exemples auxquels nous faisons référence sont les stratégies entourant l'article 54 de la Loi sur la santé publique du Québec et *ActNow BC*. Nous avons choisi de nous concentrer sur ces exemples pour deux raisons. D'abord parce qu'ils ont bénéficié d'une certaine couverture médiatique dans le secteur de la santé publique et sont donc relativement connus. Cela en fait des points de référence utiles dans la discussion que nous souhaitons mener. Ensuite, parce que ces deux exemples diffèrent par leurs contextes, leurs cadres conceptuels et leurs stratégies de mise en œuvre. Ces différences procurent un ensemble de facteurs intéressants à considérer.

Nous voulons insister sur le fait que le but de notre article n'est pas d'évaluer l'efficacité de ces initiatives, ni d'identifier la « meilleure » d'entre elles. Il tente plutôt de présenter une réflexion permettant de mieux informer la conceptualisation et la mise en œuvre de ce type d'initiatives.

Cet article comporte quatre sections. Premièrement, nous situons le concept de politiques publiques favorables à la santé dans le champ plus vaste des approches de gouvernance intégrée (gestion horizontale ou verticale, action intersectorielle, concertation interministérielle ou intersectorielle, *whole-of-government*, *network government*, etc.). Deuxièmement, nous proposons une description des deux exemples d'initiatives évoqués. Troisièmement, nous présentons quelques propositions puisées dans les littératures scientifique et grise sur les facteurs de succès de ces initiatives et utiliserons ces initiatives pour illustrer ces facteurs lorsque c'est possible. Quatrièmement, nous proposons en conclusion quelques pistes de réflexion sur de telles initiatives.



# 1 GOUVERNANCE ET POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ

Comme nous l'avons mentionné plus tôt, les initiatives visant la production de politiques publiques favorables à la santé examinées ici ont pour objectif explicite d'influencer les politiques publiques dans les autres secteurs d'activités gouvernementales que celui de la santé, afin de produire une réponse (plus) efficace, cohérente et intégrée aux divers problèmes qui préoccupent les acteurs de santé publique. De telles initiatives émergent du constat critique suivant : les politiques publiques sont moins efficaces à améliorer l'état de santé de la population en raison d'une coordination déficiente résultant de la division des activités gouvernementales en secteurs et/ou juridictions (souvent décrite comme « effet de silo »).

De manière générique, la critique affirme que le manque de coordination a pour résultat : (1) une efficacité limitée, ou moins qu'optimale, des activités gouvernementales affectant les préoccupations des autorités responsables de la santé publique et/ou; (2) des politiques publiques ayant un effet négatif sur la santé. Il est donc possible de dire que ces initiatives de santé publique constituent une réaction aux situations où il est reconnu que les politiques publiques d'autres secteurs et/ou juridictions ont une influence négative sur des états de santé qui préoccupent des acteurs de santé publique.

## 1.1 GOUVERNANCE INTÉGRÉE : UNE DÉFINITION DE TRAVAIL

En plus des concepts visant l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé qui sont employés dans le secteur de la santé même, plusieurs autres concepts servent à délimiter les diverses approches dont l'objectif est l'un et/ou l'autre des problèmes identifiés dans le paragraphe précédent, notamment : « gestion horizontale » ou « gestion verticale » (Bourgault, 2002); « action intersectorielle » (White, Jobin, McCann et Morin, 2002); « concertation interministérielle ou intersectorielle » (Rondeau *et al.*, 2001); « *joined-up government* » (Ling, 2002), « *network government* » (Atkinson, 2003) ou « *multi-level government* » (Van Gramberg, Teicher et Rusailh, 2005)<sup>1</sup>. Ces concepts sont en effet utilisés (parfois de manière interchangeable, à tort ou à raison) pour désigner une série passablement diversifiée de stratégies visant à régler l'un ou plusieurs de ces problèmes liés au découpage sectoriel et/ou juridictionnel des activités gouvernementales et à la qualité de coordination très variable qui en résulterait.

Bien que leur utilisation dans les documents gouvernementaux et les travaux des chercheurs universitaires manque remarquablement d'uniformité et de cohérence, cette multitude de concepts renvoie à différentes formes de pratiques stratégiques étroitement apparentées. Nous utilisons ici le concept de gouvernance intégrée pour désigner « toute action initiée et développée par une agence publique cherchant à intégrer les actions d'autres acteurs qui agissent sur les mêmes problèmes. Ainsi, peut être qualifiée de gouvernance intégrée toute action de coordination des politiques publiques qui est initiée et développée par une autorité

---

<sup>1</sup> En annexe à ce document se trouve un glossaire répertoriant ces termes et les définitions qui en sont données par différents auteurs.

publique et qui est actualisée par des acteurs publics et/ou privés multiples, qu'ils se situent dans un ou plusieurs autres secteurs et/ou niveaux gouvernementaux et/ou qu'ils agissent à une ou plusieurs échelles différentes ».

## 1.2 AXES DE COORDINATION ET STATUT DES ACTEURS COORDONNÉS

En examinant les différentes stratégies, on peut immédiatement identifier deux principales variations parmi celles qui sont utilisées dans la production de politiques publiques favorables à la santé. Ces variations seront également pertinentes pour l'examen des deux exemples analysés.

Tout d'abord, les stratégies visant à produire des politiques publiques favorables à la santé varient sur le plan des axes ou des chaînes de coordination qu'ils établissent. Elles peuvent en fait chercher à intégrer les actions de plusieurs secteurs d'un même palier de gouvernement (auquel cas les termes de gestion horizontale ou de collaboration interministérielle sont fréquemment utilisés), mais elles peuvent également chercher à coordonner le même secteur par le biais de plusieurs paliers gouvernementaux (gestion verticale, *multi-level government*), ou bien par divers secteurs et paliers de gouvernement de manière simultanée (collaboration ou action intersectorielle, *whole of government*, *network government*, *joined-up government*).

Ensuite, elles peuvent également varier selon le statut des acteurs dont elles tentent de coordonner les politiques publiques. Ces acteurs peuvent appartenir exclusivement au secteur de l'administration publique ou peuvent inclure des acteurs qui ne sont pas traditionnellement associés au « gouvernement »<sup>2</sup>. Les stratégies correspondant à ce dernier cas sont fréquemment désignées par les termes *joined-up government*, *whole of government* et *integrated government*.

## 1.3 L'ARTICLE 54 DE LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC : UN EXEMPLE DE GESTION HORIZONTALE

Comme l'objectif de l'article 54 de la Loi sur la santé publique du Québec est de coordonner les politiques publiques de divers secteurs de l'administration publique de l'appareil étatique québécois, la meilleure façon de désigner la stratégie entourant cet article est par le concept de « gestion horizontale ». Inspirée de la définition de Bourgault, la gestion horizontale est entendue ici comme une pratique initiée par une ou plusieurs organisations relevant de l'administration publique d'un même palier de gouvernement (qu'il soit fédéral, provincial ou

---

<sup>2</sup> Il est important de noter que certaines conceptualisations en sciences politiques, de l'administration publique et dans les théories de la gouvernance, ne reconnaissent pas de cette manière cette division devenue habituelle. Par exemple, pour Rose (1993, p. 286) : « *The force field with which we are confronted in our present is made up of a multiplicity of interlocking apparatuses for the programming of this or that dimension of life, apparatuses that cannot be understood according to a polarization of public and private or state and civil society.* » Les chercheurs en sciences de l'administration publique notent eux aussi très fréquemment que les frontières habituelles permettant cette division traditionnelle entre « gouvernemental » et « non-gouvernemental ». Par exemple, celles entre public et privé sont de plus en plus floues et incertaines, le « gouvernement » livrant de plus en plus ses services à travers le biais des sous-contractants « privés » (voir, par exemple, Van Gramberg *et al.*, 2005, p. 2). Nous reviendrons sur cette question au moment de notre analyse des possibilités et des limites des deux initiatives.

municipal). Elle consiste à aborder une question non plus exclusivement à partir des préoccupations et des responsabilités de l'une et/ou l'autre de ces organisations, mais en tenant compte des intérêts, des ressources et des contraintes de chacune et qui sont susceptibles d'avoir un impact sur l'autre (Bourgault et Lapierre, 2000, p. 46)<sup>3</sup>. Nous la distinguons ainsi de la « gestion verticale », un concept qui désigne généralement une pratique visant spécifiquement à mieux coordonner les politiques publiques de divers paliers de gouvernement.

#### 1.4 **ActNow BC : UN EXEMPLE DE WHOLE-OF-GOVERNEMENT**

*ActNow BC*, pour sa part, cherche à coordonner tous les ministères provinciaux, diverses agences municipales ainsi que des partenaires « privés », c'est-à-dire des organismes et des sociétés non gouvernementales. La meilleure façon de décrire ce concept est donc de parler de *whole-of-government*. Selon Hunt :

*Whole-of-government strategies generally entail deliberate action (...) on the part of government, to facilitate cross-departmental and inter-organisational cooperation in the development and implementation of a particular public policy and/or the delivery of services (Hunt, 2005, p. 5).*

Notons que de telles initiatives multisectorielles ne sont pas nouvelles. Même si l'utilisation de ces termes semble de plus en plus fréquente, comme le note Divay (2005) pour le concept de gouvernement intégré et Hunt (2005) pour celui de *whole-of-government*, ces initiatives de coordination et d'intégration des politiques publiques de multiples secteurs et ordres d'activités gouvernementales sont probablement aussi anciennes que les administrations publiques modernes elles-mêmes. La structuration étatique en ministères, lesquels sont dirigés par des ministres, est présentée par Flinders (2002, p. 55) comme datant du milieu du 19<sup>e</sup> siècle au Royaume-Uni. De plus, comme il le souligne :

*Under every government since the turn of the century, ministers have called for more cross-departmental working and have announced plans to realize that ambition (Chester et Wilson, 1957; Hennessy, 1989, dans Flinders, 2002, p. 57).*

---

<sup>3</sup> Les auteurs donnent la définition suivante de la gestion horizontale : « Essentiellement, l'horizontalité survient lorsqu'un ou plusieurs gestionnaires, d'une seule ou de plusieurs organisations, abordent une question non plus exclusivement à partir des préoccupations de leurs responsabilités propres, mais à partir d'une approche plus large qui cherche à inclure les intérêts, ressources et contraintes d'autres acteurs qui interviennent dans ce domaine. » (p. 1) Nous l'avons modifiée, car, ainsi présentée, cette définition nous apparaît à un niveau d'abstraction trop élevé, ce qui pose deux types de problèmes si l'on veut bien cerner ce dont il est question. En effet, d'une part, elle ne précise pas que les organisations impliquées doivent appartenir à un même ordre de gouvernement, ce qui fait qu'elle pourrait servir à désigner aussi des pratiques de « gestion verticale », soit des pratiques impliquant des organismes de plusieurs ordres de gouvernement. D'autre part, elle ne précise pas que les organisations impliquées doivent appartenir formellement à l'administration publique, ce qui suppose qu'elle ouvre la porte à ce que soient aussi considérées des pratiques de gestion impliquant des organisations « privées », ce qui serait un peu étrange étant donné que les organisations en question ne font pas partie de l'appareillage gouvernemental à proprement parler et qu'il serait fort périlleux de les y situer sur une quelconque cartographie de l'administration publique. Il serait à notre sens préférable d'utiliser le concept de gestion intégrée pour définir ce type de pratique de gestion qui implique des organisations privées.

En ce qui concerne les politiques publiques favorables à la santé, les recherches en histoire des pratiques de santé publique révèlent que, dès le milieu du 19<sup>e</sup> siècle, il existait déjà des rapports intersectoriels entre les acteurs de santé publique et ceux d'autres secteurs d'activités gouvernementales. Par exemple, Gagnon (2005, p. 151-211) montre bien que les « officiers de santé » montréalais ont effectué de nombreuses pressions pour que le Comité des chemins, alors responsable des égouts, utilise d'autres matériaux pour leur construction, modifie certains de leurs tracés et/ou de leurs pentes, ou choisissent d'autres lieux de déversement, par exemple. McDougall (1988, p. 69 et suivantes) décrit des rapports de force similaires à Toronto.

Bien que de telles actions aient été nettement moins structurées et organisées que les initiatives analysées dans ce document, elles révèlent clairement que ce genre d'initiative — émanant du secteur de la santé publique mais visant à influencer les politiques publiques d'autres secteurs d'activités — est loin d'être nouveau.

## **2 L'ARTICLE 54 DE LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC ET *ACTNOW BC* : DESCRIPTION COMPARATIVE**

Dans cette section, nous décrivons ces deux initiatives en comparant leurs cadres conceptuels et leurs stratégies de mise en œuvre. Cette description comparative sera suivie par une exploration de certaines particularités de ces initiatives en regard de celles des initiatives de gouvernance intégrée en général.

### **2.1 L'ARTICLE 54 DE LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC**

#### **2.1.1 Cadre conceptuel**

En décembre 2001, l'Assemblée nationale du Québec sanctionne la Loi sur la santé publique proposée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), modifiant ainsi l'encadrement législatif de la pratique de la santé publique au Québec. Avec l'article 54 de cette Loi, en vigueur depuis juin 2002, le gouvernement confirme sa volonté de tenir compte — dans son processus législatif — des effets de l'ensemble de ses politiques publiques sur la santé et le bien-être de la population. L'initiative est pensée de manière horizontale : en procurant une assise légale à la « promotion de la santé », cet article a pour objectif d'inciter l'action et la responsabilité interministérielles pour la promotion de politiques publiques favorables à la santé. Cet article inclut les dispositions suivantes :

Le ministre est d'office le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population.

À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population (Québec, 2005).

L'alinéa 1 de l'article 54 confirme ainsi la fonction de conseiller du ministre responsable de la santé au sein du gouvernement en lui conférant un pouvoir d'initiative. Il peut exercer ce pouvoir en émettant de façon proactive des avis à ses collègues de tous les secteurs d'activité gouvernementale.

Quant à l'alinéa 2, il impose dorénavant à tous les ministères et organismes gouvernementaux (M/O) de consulter le ministre au moment de l'élaboration de lois ou de règlements susceptibles d'avoir un impact significatif sur la santé et le bien-être de la population. L'article 54 est ainsi fondé sur l'idée que l'activité législative et réglementaire des différents secteurs gouvernementaux peut influencer, directement ou indirectement, sur la santé et le bien-être de la population. De plus, il implique que les M/O ont maintenant la responsabilité d'analyser les effets potentiels sur la santé et le bien-être de leurs projets de lois et règlements par le biais d'un processus d'évaluation d'impact sur la santé.

### **2.1.2 Stratégie de mise en œuvre et moyens d'application**

Afin de mettre en œuvre l'article 54, la Direction générale de la santé publique du MSSS élabore et déploie dès 2002 sa Stratégie pour soutenir le développement de politiques publiques favorables à la santé. Cette stratégie comprend deux volets d'implantation caractérisés par des activités qui leur sont propres, bien que l'on souhaite les voir se renforcer mutuellement : 1) le développement et le transfert de connaissances sur les politiques publiques favorables à la santé et au bien-être et; 2) le développement et la mise en place d'un mécanisme intragouvernemental d'évaluation d'impact sur la santé.

#### **Le développement et le transfert des connaissances sur les politiques publiques favorables à la santé et au bien-être**

Ce volet a pour but de permettre au MSSS de jouer pleinement son rôle de conseiller sur toute question de santé publique, conformément à l'alinéa 1 de l'article 54. Plus spécifiquement, ce volet vise à éclairer les processus de prise de décision gouvernementale de manière à favoriser le développement de politiques publiques favorables à la santé. Cette production de savoirs doit s'effectuer par l'accroissement des capacités de recherche interdisciplinaire, le développement de nouvelles connaissances et leur transfert auprès des décideurs et responsables des politiques publiques. Autrement dit, ce volet est actualisé par a) la mise en place et la réalisation d'un programme de recherche conjoint (entre le ministère de la Santé et des Services sociaux, le Fonds de la recherche en santé du Québec et le Fonds Québécois de recherche sur la société et la culture) consacré aux politiques publiques favorables à la santé et b) la mise à profit du rôle d'information et de soutien d'expertise de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)<sup>4</sup> en matière d'impact des politiques publiques sur la santé et le bien-être par la réalisation d'activités de veille et de transfert de connaissances, d'expertise et de soutien.

#### **Le développement et la mise en place d'un mécanisme intragouvernemental d'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS)**

Afin d'appliquer la Loi sur la santé publique et de soutenir les M/O dans leurs nouvelles responsabilités relatives à l'alinéa 2 de l'article 54, le MSSS a élaboré et mis en place un mécanisme intragouvernemental d'évaluation d'impact sur la santé. Pour soutenir l'implantation de ce mécanisme, les efforts suivants ont été déployés : a) la création et l'animation d'un réseau des répondants interministériels; b) le développement d'une procédure interne de traitement des demandes; c) l'élaboration et l'utilisation d'une série d'instruments et d'outils d'analyse inspirés de certains guides développés en Europe; et d) la diffusion de documents d'information sur les déterminants de la santé.

---

<sup>4</sup> L'Institut national de santé publique du Québec, créé en 1998, « vise à être le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Son objectif est de faire progresser les connaissances et de proposer des stratégies et des actions intersectorielles susceptibles d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population ». Site consulté le 9 mai 2007 : <http://www.inspq.qc.ca>.

## 2.2 *ActNow BC*

### 2.2.1 Cadre conceptuel

*ActNow BC* est une initiative lancée publiquement en 2006 par le bureau du premier ministre de la Colombie-Britannique. On souhaitait ainsi profiter de la renommée et de la nature des Jeux olympiques (dont Vancouver sera l'hôte en 2010) comme point de repère et catalyseur afin d'atteindre certains objectifs en matière de santé publique<sup>5</sup>. Comme le précise le plan d'affaires de *ActNow BC*, le premier ministre et le gouvernement provincial ont saisi cette occasion pour mettre en place une « plateforme gouvernementale intégrée et coordonnée de partenariat afin de soutenir des choix de vie sains et de réduire le fardeau de la maladie en Colombie-Britannique » (*ActNow BC*, 2006a, p. 1). L'intention n'était pas de « réinventer ou de remplacer les programmes existants, mais plutôt d'élaborer une direction stratégique et une plateforme unificatrice à la grande diversité des programmes et activités qui cherchent à produire un style de vie sain et actif pour tous les habitants de la Colombie-Britannique » (*ActNow BC*, 2006b, p. 2).

Cette initiative a ainsi été conçue comme une plateforme gouvernementale, c'est-à-dire un ensemble de principes et de propositions définissant le cadre d'une action de politique publique, avec des objectifs établis dans un cadre temporel délimité, soit, en l'occurrence, à l'horizon 2010. Cette plateforme a été articulée en fonction de trois objectifs. D'une part, à travers *ActNow BC*, on visait à « faire de la Colombie-Britannique la juridiction hôte des Jeux olympiques et paralympiques la plus saine » (*ActNow BC*, 2006b, p. 4) de l'histoire. Dans un second temps, l'initiative avait pour objectif plus précis d'« inspirer l'engagement pour créer une Colombie-Britannique qui fait des modes de vie sains le choix le plus facile » (*ActNow BC*, 2006b, p. 4). Enfin, *ActNow BC* visait spécifiquement à améliorer la santé des habitants de la province en encourageant précisément une « alimentation plus saine, une augmentation de l'activité physique, un poids santé, une réduction, l'arrêt ou l'évitement de la consommation de tabac et des choix santé durant la grossesse » (*ActNow BC*, 2006b, p. 4).

Comme il est possible de le constater ci-haut, l'initiative ciblait d'emblée cinq « facteurs de risque modifiables<sup>6</sup> ». Les objectifs de l'initiative ont été quantifiés et, à partir de l'année de référence 2003, on souhaite voir certains d'entre eux augmenter ou diminuer à l'horizon 2010. Il s'agit ainsi d'« augmenter de 20 % la proportion de la population (âgée de 12 ans et plus) qui est physiquement active ou modérément active pendant son temps de loisir à partir du niveau actuel (2003) [...] ; d'augmenter de 20 % la proportion de la population (âgée de 12 ans et plus) qui mange la quantité quotidienne recommandée de fruits et de légumes à partir du niveau actuel (2003) [...] ; de réduire de 10 % la proportion de la population (âgée de 15 ans et plus) qui utilise le tabac à partir du niveau actuel (2003) [...] ; de réduire de 20 %

---

<sup>5</sup> *ActNow BC* est en fait le résultat de la transformation de *Legacies Now*. Ce programme servait à faire la promotion de la candidature de Vancouver comme ville hôte des Jeux en soulignant ses bénéfices (en l'occurrence, les bénéfices de santé) à long terme de la tenue des Jeux dans la ville afin de gagner à la fois la faveur du comité organisateur et des populations de Vancouver et de la province.

<sup>6</sup> Les raisons qui permettent de qualifier les « choix santé durant la grossesse » comme facteur de risque ne sont pas claires. Mais il est indiqué comme tel dans la documentation d'*ActNow BC*, et on comprend, à la lecture de celle-ci, que l'on renvoie ainsi de manière exclusive à la consommation d'alcool durant la grossesse et à sa possibilité d'induire le syndrome d'alcoolisme fœtal.

la proportion de la population (âgée de 18 ans et plus) actuellement classée comme présentant une surcharge pondérale ou comme obèse à partir de la prévalence présente (2003) [...]; d'accroître de 50 % le nombre de femmes conseillées à propos de l'usage d'alcool durant la grossesse et, d'ici à septembre 2006, de faire en sorte que toutes les juridictions de santé publique aient élaboré une stratégie concernant le syndrome d'alcoolisme fœtal. » (ActNow BC, 2006c, p. 6-7).

## 2.2.2 Stratégie de mise en œuvre et moyens d'application

La stratégie générale de mise en œuvre de la plateforme consiste à réaliser des partenariats destinés à accroître les préoccupations et les actions pour la santé de la population chez des acteurs extérieurs au système des soins de santé. Plus précisément, *ActNow BC* vise l'engagement d'un nombre croissant d'acteurs publics et privés (avec ou sans but lucratif) dans la production de politiques publiques favorables à la santé (ActNow BC, 2006c, p. 12).

Pour actualiser la stratégie, une équipe a été créée par le ministère du Tourisme, du Sport et des Arts (MTSA)<sup>7</sup>. Ce dernier était en effet à l'origine le responsable de la mise sur pied de *ActNow BC* et devait ultimement rendre compte de ses actions à un ministre d'État. Le MTSA a été choisi comme ministère hôte de l'équipe en raison de son expertise en matière de mise en marché, de développement d'affaires et par ses actions existantes en rapport à l'activité physique, la mise en forme et les loisirs (ActNow BC, 2006a, p. 12). Deux autres acteurs clés soutenaient l'équipe. Le ministère de la Santé mettait à sa disposition son expertise en activités de promotion de la santé, en gestion des relations entre son équipe et des partenaires externes et en évaluation de la santé de la population. Pour sa part, le Bureau des affaires publiques (BAP) rendait disponible son expertise en matière de stratégie de marque, de relations avec les médias et de communication plus généralement (ActNow BC, 2006a, p. 12).

L'équipe actualisait la stratégie de partenariat en réalisant deux types d'activités : 1) l'identification des partenaires et leur soutien, et; 2) l'évaluation des actions entreprises par ces partenaires en fonction des objectifs établis.

### L'identification des partenaires et leur soutien

Une partie des partenariats est prédéterminée. En effet, tous les ministères de la province sont d'emblée engagés dans l'initiative. Ceux-ci avaient, en 2007-2008, l'obligation formelle d'incorporer dans leurs rapports de planification annuelle respectifs leurs efforts pour contribuer à l'atteinte des objectifs poursuivis par *ActNow BC* (ActNow BC, 2006a, p. 12). Dans ces cas, l'équipe collabore avec les ministères dans le cadre de leur travail d'intégration des objectifs de *ActNow BC* dans leurs plans et pour implanter des politiques, programmes et pratiques en tant que partie intégrale de leurs plans opérationnels et d'affaires. Cette collaboration prend deux formes : le soutien au développement de la

---

<sup>7</sup> Bien qu'*ActNow BC* accorde un certain financement à plusieurs de ces acteurs, la stratégie mise principalement sur les ressources financières et humaines de ces acteurs, selon ce que nous a expliqué Ron Duffel, le directeur exécutif de *ActNow BC*.

politique organisationnelle et de sa mission première, d'une part<sup>8</sup> et, d'autre part, l'équipe dirige une rencontre trimestrielle avec un représentant de chacun des ministères, de manière à garantir que l'ensemble des actions prises par les ministères soient coordonnées en fonction des objectifs (ActNow BC, 2006a, p. 12).

Pendant un certain temps, le choix des autres partenaires s'est effectué sur une base *ad hoc*, en fonction de partenariats de services déjà établis et/ou au gré d'occasions ponctuelles, avec des objectifs diversifiés<sup>9</sup>. Une stratégie de communication lancée plus récemment (et fondée sur la création d'une signature de marque – *ActNow BC – Easy Ways to Better Health*) doit toutefois permettre de systématiser le processus de choix des partenaires et d'en attirer de nouveaux, dont certains à titre de commanditaires de la plateforme, le but étant alors d'accroître les fonds disponibles pour réaliser celle-ci<sup>10</sup>. Le soutien à ces partenaires prend deux formes : d'une part, un soutien financier leur permettant d'intensifier leurs pratiques et, d'autre part, un soutien à l'intégration des cibles établies par la plateforme dans le cadre de leur programmation.

### L'évaluation des actions

Afin de planifier de façon stratégique, c'est-à-dire pour s'assurer d'atteindre les cibles établies à l'horizon 2010, les actions entreprises dans le cadre d'*ActNow BC* sont soumises à un processus d'évaluation<sup>11</sup>. Ce processus comporte trois objectifs et préoccupations parallèles : vérifier que les programmes ont été implantés conformément à leur planification (évaluation du processus), fournir une appréciation des changements occasionnés par les programmes (évaluation des effets) et de l'allocation et s'assurer de l'utilisation adéquate des ressources (évaluation de la responsabilité administrative). Le mécanisme par lequel l'évaluation sera menée tout comme les objets plus précis de l'évaluation sont toujours en voie de définition. On peut toutefois d'emblée affirmer que l'évaluation sera effectuée autant par les experts du MTSA que par des experts externes<sup>12</sup>. Par exemple, la BC Healthy Living Alliance, l'un des plus importants partenaires financés par *ActNow BC* pour implanter 15 initiatives dans diverses communautés de la province, utilise les services de la Michael Smith Foundation for Health Research pour mener et organiser l'évaluation. On peut également d'ores et déjà préciser que l'évaluation des actions d'*ActNow BC* menées dans les communautés autochtones de la province sera planifiée et effectuée par le Centre de

---

<sup>8</sup> D'après une entrevue que nous a accordée Ron Duffel, le directeur exécutif de *Act Now BC*.

<sup>9</sup> Ainsi, des partenariats ont été conclus avec l'Alliance pour la vie en santé de la Colombie-Britannique (AVSCB), l'organisation 2010 Legacies Now, l'Union des municipalités de la Colombie-Britannique et les Parcs récréatifs de la Colombie-Britannique, afin de soutenir leurs activités parce que ces organisations réalisaient des activités allant dans le sens des objectifs de *ActNow BC*. La Chambre de commerce de la Colombie-Britannique a pour sa part été approchée en tant que partenaire pour introduire le programme Point blanc dans les restaurants de la province (les menus des restaurants proposent des choix santé). Et, pour fournir, un dernier exemple, le Centre de collaboration nationale sur la santé autochtone (CCNSA) a été approché en tant que partenaire pour effectuer l'évaluation de *ActNow BC* dans les communautés autochtones.

<sup>10</sup> Le développement de cette signature de marque n'a pas pour seul objectif d'organiser ou de réorganiser la stratégie de partenariat. Il est pensé aussi comme une façon de publiciser *ActNow BC* de manière cohérente et il comprend des initiatives bien connues sous le nom de « marketing social ».

<sup>11</sup> Si nous discutons ici de l'évaluation, c'est qu'elle est importante dans la stratégie de partenariat, car elle peut orienter les choix des partenaires (en fonction de l'effectivité des programmes menés par ceux-ci, par exemple) et qu'elle peut éventuellement impliquer une révision des partenariats déjà conclus.

<sup>12</sup> Selon une entrevue accordée par Ron Duffel.

collaboration nationale sur la santé autochtone (CCN SA) situé à Prince George, dans le cadre d'un partenariat.

## 2.3 CARACTÉRISTIQUES COMPARÉES DES INITIATIVES

Les deux initiatives présentent de nombreuses différences, tant par leurs cadres conceptuels que par leurs mises en œuvre. Les caractéristiques les plus notables de ces initiatives sont résumées dans le tableau 1 ci-dessous. Dans la prochaine section, nous examinons comment certaines de ces caractéristiques peuvent affecter le potentiel et les limites de ces initiatives.

**Tableau 1 Principales caractéristiques des conceptions et des stratégies de mise en œuvre respectives des deux initiatives**

<b>Caractéristiques</b>	<b>Article 54</b>	<b>ActNow BC</b>
Concept général	Système de production de savoirs pour éclairer la prise de décision ET mécanisme d'évaluation des lois et des règlements portés par les M/O	Plateforme de partenariat intégrant une série de programmes et d'activités existants et ciblant cinq facteurs de risque modifiables
Activités de la stratégie de mise en œuvre	(1) Développement et transfert de savoirs sur les politiques publiques favorables à la santé (2) Développement et mise en œuvre d'un mécanisme intragouvernemental d'évaluation des effets sur la santé	(1) Établissement et soutien des partenaires (2) Évaluation des actions entreprises par les partenaires en fonction des objectifs établis
<i>Leadership</i> des élus	Amorcé par le Parti québécois et poursuivi par le Parti libéral	Initiative menée par le premier ministre Campbell et le gouvernement provincial
Secteurs/ordres de gouvernement et types d'acteurs visés	Provincial	Provincial, régional, municipal, local et privés
Évaluation	ÉIS des lois et des règlements par M/O promoteurs (soutien du MSSS) et production de savoirs des impacts des politiques publiques sur la santé publique (MSSS – INSPQ)	Évaluation interne et externe du processus d'implantation des programmes, des effets des programmes et de l'allocation et de l'utilisation des ressources dans le cadre de l'initiative ActNow BC
Participation à la programmation des ministères et/ou partenaires par acteurs de santé publique	Pas de participation formelle à la programmation des ministères	Soutien formel à la programmation des partenaires et coordination
Place des savoirs dans l'initiative	Production de savoirs scientifiques et d'expertise des liens entre politiques publiques et santé publique	Repose sur les savoirs implicites des pratiques établies allant dans le sens des objectifs de la plateforme

### 3 FACTEURS DE SUCCÈS DES INITIATIVES DE GOUVERNANCE INTÉGRÉE

Bien qu'il existe un certain nombre de guides indiquant « comment s'y prendre », il n'existe, à notre connaissance, aucune analyse étendue et systématique portant spécifiquement sur la capacité des initiatives de gouvernance intégrée à produire des politiques publiques favorables à la santé dans les autres secteurs d'activité gouvernementale que celui de la santé. À notre sens, ce type d'analyse est pourtant nécessaire pour que les décisions effectuées au moment de la conception et la mise en œuvre de telles initiatives soient bien informées.

Avant de procéder à notre analyse, il faut noter que toute stratégie doit être structurée en fonction des objectifs poursuivis lorsque ces initiatives sont lancées, mais aussi selon les contextes historique, juridique et institutionnel de leur mise en œuvre. Cela dit, il y a beaucoup à gagner en cherchant à identifier les facteurs de succès des initiatives de gouvernance intégrée et à en tenir compte dans le cadre des pratiques actuelles au Canada.

Nous espérons ainsi que l'exploration des travaux à ce sujet contribuera favorablement au processus d'identification de ces facteurs de succès. Nous discuterons du potentiel des initiatives de gouvernance intégrée visant à favoriser la santé dans les politiques publiques selon les trois catégories qui se dégagent des travaux passés en revue :

- Conception du pouvoir gouvernemental;
- Mécanismes et procédures de contrôle;
- Système de production des savoirs.

#### 3.1 CONCEPTION DU POUVOIR GOUVERNEMENTAL

Dans la littérature traitant de ce que l'on peut appeler la « théorie de la gouvernance », il est possible de distinguer, comme le font d'ailleurs plusieurs auteurs, deux grandes tendances dans la compréhension de la nature du gouvernement ou du pouvoir de l'état : 1) une tendance à concevoir le pouvoir comme étant essentiellement juridique et constitutionnel (le pouvoir, selon cette conception, pourrait se résumer à une substance que seul le gouvernement possède, grâce à une constitution qui la lui délègue), et 2) une tendance à concevoir ce pouvoir comme une capacité de coordination des ressources publiques et privées<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Flinders soutient également (aux côtés de nombreux autres comme Stoker [1998], Sabatier [1999], Salamon [2002] ou Minnery [2006]) que les réseaux par lesquels s'actualisent les politiques publiques aujourd'hui ne sont plus composés uniquement de membres issus de l'administration publique « centrale », c'est-à-dire exclusivement des agences et des organismes de l'État. En fait, explique Flinders, il est de plus en plus clair pour les chercheurs participant du développement de cette « théorie de la gouvernance » que les pouvoirs des États d'élaborer et de mettre en œuvre des politiques publiques sont de plus en plus tributaires de forces exercées aussi bien « par en haut » (des organisations transnationales, telles que le Fonds monétaire international, par exemple) que « sur le côté » (des agences quasi autonomes — par exemple, la Société des alcools du Québec ou les organismes gérant les jeux de hasard dans toutes les provinces canadiennes) et « par en bas » (des instances publiques régionales — la Greater Vancouver Transportation Authority, par exemple).

Dans la seconde tendance, on ne conçoit plus les réseaux grâce auxquels les politiques publiques sont développées comme étant uniquement composés de membres de l'administration publique « centrale », c'est-à-dire d'agences et d'organismes étatiques (Stoker, 1998 p. 19-30; Salamon, 2002; Minnery, 2007, p. 325-345; Sabatier et Jenkins-Smith, 1999, p. 117-166). En suivant l'aboutissement logique de cette tendance, il est possible de dire que l'efficacité des initiatives de gouvernance intégrée lancées par des agences gouvernementales centrales dépend de leur capacité à coordonner des réseaux complexes qui ne comptent pas seulement des agences étatiques, habituellement décrites comme le « gouvernement » (les ministères provinciaux et fédéraux, au Canada).

De nos deux initiatives, l'article 54 est le meilleur exemple de la première conception. La stratégie élaborée autour de l'article 54 vise à coordonner le développement de politiques publiques dans les autres secteurs d'activité de l'état québécois avec les préoccupations de santé publique. Autrement dit, elle concerne exclusivement le travail effectué dans les agences étatiques, c'est-à-dire des ministères et organismes publics liés directement à l'appareil d'état québécois. Ici, la conception du pouvoir semble d'abord être d'ordre légal et contraignant, même si on peut dire que, d'une certaine façon, il comporte des incitatifs.

La stratégie ne vise, ni ne permet la coordination d'autres acteurs impliqués dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques, comme les autorités régionales, les organismes privés avec ou sans but lucratif, ou les autorités supranationales. Son champ d'influence potentiel est concentré sur une catégorie d'acteurs, en conformité avec la compréhension du pouvoir comme une entité légale et constitutionnelle, bref une question d'état.

*ActNow BC* est un exemple incarnant la seconde conception. Il s'agit d'une initiative fondée sur la coordination de divers organismes étatiques et non étatiques, publics et privés. Elle cherche à influencer de nombreux acteurs qui, bien qu'étant pour plusieurs extérieurs à l'appareil étatique, sont impliqués dans les processus des politiques publiques<sup>14</sup>.

La conception du pouvoir organisant l'initiative semble en être une de facilitation, de motivation et de coordination des pratiques plutôt que d'exigence légale de se conformer à certains critères, normes ou préoccupations. *ActNow BC* est conçu pour s'insérer dans les pratiques et les programmes existants des partenaires et ne remet fondamentalement en question aucune des politiques publiques des autres ministères et partenaires, même si les politiques en question pourraient avoir — ou ont — un effet négatif significatif sur de nombreux déterminants des cinq « facteurs de risque modifiables » explicitement visés par l'initiative.

---

<sup>14</sup> Cependant, il faut noter que l'objectif de *ActNow BC* n'est pas de coordonner des organismes impliqués dans l'élaboration de politiques publiques qui sont placés « au-dessus », comme des ministères et des organismes fédéraux (par exemple, ceux qui élaborent les politiques agricoles canadiennes) ou des institutions supranationales.

### 3.2 MÉCANISMES ET PROCÉDURES DE CONTRÔLE

Pour coordonner efficacement les politiques publiques de secteurs d'activités variés, les initiatives de gouvernance intégrée visant la production de politiques publiques favorables à la santé doivent faire appel à des mécanismes et à des procédures de contrôle qui traverseront les frontières entre ministères et organismes.

Selon les travaux consultés, il est possible de postuler qu'un contrôle efficace nécessite l'un ou plusieurs des sept facteurs suivants :

1. Un solide *leadership* de la part des élus responsables de cette initiative (Ritsatakis et Järvisalo, 2006, p. 145-167);
2. L'implication de fonctionnaires de haut rang, provenant d'autres ministères, dans l'initiative (Flinders, 2002, p. 51-75);
3. La mise en place de procédures et de mécanismes d'imputabilité adaptés à ce genre d'initiative (Flinders, 2002; Hunt, 2005, p. 34; Sullivan, 2003, p. 353-369; Wilkins, 2002, p. 114-119; Mulgan, 2000, p. 555-573)<sup>15</sup>;
4. La mise en place de mesures pour inciter les autres ministères et organismes à inclure des préoccupations et critères de santé publique dans leurs politiques (Flinders, 2002);
5. L'adaptation de ces mesures incitatives à la « culture organisationnelle » de ces ministères et organismes (Flinders, 2002);
6. L'exploitation des fenêtres d'opportunités permettant d'intégrer les préoccupations et les critères particuliers de ces ministères et organismes à ceux prônés par l'initiative (Flinders, 2002);
7. Des pratiques efficaces de gestion des conflits (Flinders, 2002).

L'article 54 est institutionnalisé dans la Loi sur la santé publique du Québec, placée sous l'autorité et la responsabilité du ministère de la Santé. En référence au point 1) ci-dessus, il faut noter que l'article 54 est soutenu par les actuels responsables élus; initié par le Parti québécois alors qu'il était au pouvoir, il a été repris par le gouvernement suivant formé par le Parti libéral du Québec.

---

<sup>15</sup> En effet, les textes recensés soulignent à peu près tous que les mécanismes et les procédures traditionnels (par lesquels les dirigeants des ministères répondent d'un ministre qui, lui, doit rendre des comptes au Conseil des ministres et/ou au parlement) sont inadaptés par rapport à ce type de pratiques gouvernementales. En leur état conventionnel, ceux-ci sont dits avoir des effets inhibitifs sur la coopération intersectorielle en renforçant les frontières organisationnelles et en prévenant l'innovation nécessaire à des initiatives de gouvernement intégré. Il semble raisonnable de penser que cela s'applique tout à fait aux initiatives de gouvernement intégré favorables à la santé que nous considérons.

Le principal mécanisme d'imputabilité de l'article 54 est l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS)<sup>16</sup>. Les ministères qui n'effectuent pas d'ÉIS peuvent voir leurs projets bloqués par le Conseil des ministres du Québec. Cependant, il n'existe pas d'autres mesures incitatives ou coercitives pour inciter les ministères à intégrer des préoccupations et des critères de santé publique.

Dans l'article 54, les fenêtres d'opportunités pour impliquer les autres ministères prennent deux formes : 1) le dépôt d'une loi ou d'un règlement par un ministère, ce qui active le processus d'ÉIS et/ou; 2) un processus impliquant une consultation et un dialogue entre les responsables du ministère de la Santé et les experts de l'INSPQ, ce qui peut se traduire par des avis et des recommandations de politiques publiques à être mises en œuvre par les autres secteurs d'activités gouvernementales.

*ActNow BC* est l'exemple même d'une fenêtre d'opportunité saisie. Cette initiative a été entièrement structurée autour de l'occasion offerte par les Jeux olympiques que Vancouver doit accueillir en 2010. Les objectifs sont alignés sur cette échéance et la visibilité et le prestige des JO sont également mis à profit dans la campagne de « marketing social » qui est déployée dans le cadre d'*ActNow BC*.

*ActNow BC* est également exemplaire par son utilisation de mesures incitatives. Cette stratégie inclut en effet des incitatifs pour tous les partenaires, variant selon leur statut. Pour les ministères, l'incitatif est à la fois prescriptif et financier. Prescriptif, car, sur « ordre » du premier ministre, les ministères ont l'obligation formelle d'adopter des stratégies visant à rendre le milieu de travail plus favorable à la santé (*workplace strategy*). D'autre part, à compter de 2007/2008, ils doivent indiquer dans leur planification annuelle comment ils intègrent les objectifs de *ActNow BC* dans le cadre de la réalisation de leur mission première<sup>17</sup>. Les incitatifs sont également d'ordre financier : un fonds a été mis à la disposition de l'équipe de *ActNow BC* pour partager les coûts des actions entreprises dans le cadre de l'initiative par les ministères (*ActNow BC*, 2006a, p. 6). Par ailleurs, certains des partenaires « privés » reçoivent aussi un soutien financier. Pour ceux qui en bénéficient, l'idée générale semble être de leur allouer des fonds pour qu'ils intensifient les activités et les programmes qu'ils mènent déjà pour agir sur les cinq « facteurs de risque modifiables ».

Il semble par ailleurs que les incitatifs utilisés tiennent compte des « cultures organisationnelles » des partenaires. D'abord, en distribuant des fonds à certains partenaires privés pour qu'ils intensifient leurs activités et programmes, on peut dire que l'initiative

---

<sup>16</sup> Même si le cas du virage à droite au feu rouge laisse voir que ce mécanisme, techniquement contraignant, n'a pas été toujours appliqué par les ministères (qui sont responsables de son application), il semble toutefois possible de conclure que ce mécanisme a légitimé la considération de certains des critères et des préoccupations de santé publique dans les activités de certains M/O. De fait, comme le laisse voir le cas de la Loi sur l'aquaculture commerciale, il semble au moins avoir incité à la collaboration avec le MSSS certains autres ministères dans leur processus d'élaboration des politiques publiques. La question de savoir s'il va éventuellement permettre la légitimation des critères et préoccupations de santé publique dans tous les M/O ainsi qu'une collaboration des tous les M/O avec le MSSS reste ouverte.

<sup>17</sup> Après vérification de quelques plans annuels disponibles sur les sites Web des ministères, cela semble avoir été fait par les ministères — même si reste ouverte la question de savoir si ce qui a été fait sera suffisant pour atteindre les objectifs établis.

respecte leurs « façons de faire » courantes. Et pour ce qui est des ministères, l'équipe travaille de concert avec chacun sur une base individuelle (incluant ceux dont les programmations pourraient *a priori* sembler contraires aux objectifs établis), à partir de leur programmation courante<sup>18</sup>. Cette démarche illustre une volonté de s'adapter aux divers contextes de programmation, normatif et pragmatique de ces organisations, bref, à leurs « cultures organisationnelles ».

Cependant, la résolution du paradoxe apparent qui consiste à travailler en s'ajustant (c'est-à-dire en respectant) aux « cultures organisationnelles » existantes tout en provoquant des transformations suffisamment importantes pour atteindre les objectifs établis pourrait demeurer un défi. Par exemple, comment modifier substantiellement les indicateurs d'activité physique sans modifier de manière importante les politiques qui affectent les déterminants de ces facteurs de risque : aménagement du territoire, planification des transports, répartition des richesses, etc.?

L'initiative *ActNow BC*, dont le partisan le plus fervent a été le premier ministre de la Colombie-Britannique, a été placée sous l'autorité et la responsabilité d'un nouveau ministre d'État. En retour, la direction du programme a été placée sous la structure administrative du MTSA. En juin 2008, *ActNow BC* a été intégrée à un nouveau ministère, soit le ministère de la Vie en santé et du Sport, un ministère qui est dorénavant chapeauté par un nouveau ministre. Un comité des sous-ministres adjoints est maintenant imputable des actions de *whole-of-government* qui sont menées dans le but d'atteindre les objectifs de *ActNow BC*.

### 3.3 SYSTÈME DE PRODUCTION DES SAVOIRS

Les analyses des formes modernes d'exercice du pouvoir gouvernemental reconnaissent généralement que celui-ci s'effectue à travers des dispositifs de production et de gestion de savoirs (Dean, 1999; Rose, 1993, p. 283-299). D'ailleurs, la plupart des ministères et des agences étatiques produisent d'une façon ou d'une autre des savoirs sur les populations à gouverner et établissent plus ou moins formellement l'étiologie des problèmes qu'ils cherchent à résoudre. Pour leur efficacité, les initiatives de production de politiques publiques favorables à la santé examinées dépendent également de savoirs sur les effets des politiques publiques sur la santé et de la circulation des savoirs qui contribueront à fonder les politiques publiques.

À partir de la littérature recensée, il est possible de postuler que l'efficacité des dispositifs de gestion des savoirs à produire des politiques publiques favorables à la santé passe par leur capacité à :

1. Identifier la disponibilité de savoirs pertinents, fiables et valides et à documenter l'étendue du problème ainsi que la plausibilité des liens entre les politiques publiques et les états de santé de la population (Van Herten, Reijneveld et Gunning-Scheppers, 2001, p. 342-347; Bowen et Zwi, 2005);

---

<sup>18</sup> D'après une entrevue que nous a accordée Ron Duffel.

2. Permettre d'apprécier la singularité des situations ou des contextes sociaux et culturels dans lesquels ces relations, entre politiques publiques et état de santé de la population, sont envisagées (Tranfield, Denyer et Smart, 2003, p. 207-222; Bowen et Zwi 2005, p. 601-605; Chalmers, 2005, p. 227-242; Lomas, 1990, p. 525-542; Nutley, Walter et Davies, 2007). Autrement dit, pour reprendre les mots de Davies (2007), ils doivent présenter une validité interne autant qu'externe;
3. Fournir une évaluation du consensus politique et social (ou d'acceptabilité sociale) sur les relations entre politiques publiques et états de santé et sur les politiques envisagées (Van Herten *et al.*, 2001);
4. Conduire à l'évaluation de la disponibilité, dans les organisations concernées, des ressources (humaines, intellectuelles, instrumentales) appropriées pour utiliser les savoirs produits dans le cadre de la formulation et l'implantation des politiques publiques concernées (Van Herten *et al.*, 2001; Bowen et Zwi, 2005a);
5. Intégrer des procédures pour que les savoirs produits puissent être utilisés par les acteurs des organisations impliquées dans la formulation et l'implantation des politiques publiques (Bowen et Zwi, 2005b).

*L'article 54.* Le dispositif de gestion des savoirs mis de l'avant dans le cadre de l'article 54 semble généralement l'un des plus élaborés et systématisés dans le monde.

D'une part, les ressources humaines et financières allouées à ce dispositif ont peu d'équivalents. Les avis produits par l'INSPQ dans le cadre de l'article 54 montrent qu'il est possible de documenter de manière crédible les liens entre certains problèmes de santé et certains déterminants de la santé, incluant certains états de santé de nature autre que biophysiques (Michaud, Gagnon et Turcotte, 2006)<sup>19</sup>. Le programme de recherche, plus largement, permet d'identifier des écarts de connaissance et de favoriser la production de savoirs pour les combler. Les avis ont même permis de documenter les coûts financiers liés aux politiques actuelles ou à l'inaction gouvernementale à propos de certains phénomènes — ce qui est loin d'être un fait négligeable alors que la question des finances publiques devient un élément de plus en plus incontournable dans les débats concernant les politiques publiques (Michaud et Turgeon, 2006). Cependant, bien que les avis exposent une preuve scientifique solide sur certains liens de cause à effet — par exemple, entre l'utilisation du téléphone au volant et le taux d'accident —, il semble que leur analyse du contexte des politiques publiques, des instruments politiques ainsi que des considérations sociales et politiques que sous-tendent différentes options politiques pourraient être développées davantage.

De plus, dans le cas de l'avis « La difficulté de concilier travail-famille : ses impacts sur la santé mentale et physique des familles québécoises », il n'y a aucune recommandation ou même de proposition de politiques publiques à envisager. Les auteurs soulignent d'ailleurs

---

<sup>19</sup> Comme le mouvement des politiques publiques favorables à la santé se préoccupe de bien d'autres déterminants, il est par contre notable que les préoccupations et/ou les propositions émanant des acteurs de santé publique qui ne concernent pas les déterminants biophysiques de la santé sont nettement moins prises en compte dans les processus de politiques publiques des autres ministères.

que, à leur connaissance, aucune évaluation scientifique des mesures n'a été adoptée pour équilibrer travail et famille (INSPQ, 2007).

En référence au point 5) ci-dessus, la stratégie de l'article 54 prévoit la mise en place de mécanismes pour s'assurer de l'utilisation des savoirs, aussi bien dans la pratique de l'ÉIS — qui inclut un réseau de répondants dans chacun des ministères — que pour la diffusion des avis produits dans les processus de politiques publiques. Une série d'études de cas rétrospectives de processus de politiques publiques laisse entrevoir certaines faiblesses dans le fonctionnement de ces mécanismes, mais montre également que la dissémination des avis a eu un impact significatif. Il est ici important de noter que ces études ne portaient pas spécifiquement sur l'application de l'article 54 et n'évaluaient pas sa stratégie<sup>20</sup>.

*ActNow BC* repose apparemment sur des savoirs scientifiques bien établis en ce qui concerne les cinq « facteurs de risque modifiables » ciblés. En effet, ces facteurs de risque ont sans doute fait l'objet d'un très grand nombre de recherches scientifiques. L'étendue des problèmes de santé auxquels ils sont liés ainsi que les systèmes de cause à effet dont ils font partie ont été largement documentés.

Cependant, certains déterminants de ces facteurs de risque (« les causes des causes ») ne sont pas explicitement ciblés ou priorisés dans les documents de conception de la stratégie, et le sont peu dans les partenariats établis jusqu'à maintenant<sup>21</sup>. Par exemple, bien que les cinq facteurs de risque identifiés soient nettement plus susceptibles de s'appliquer aux individus ou aux populations en situation de pauvreté, peu d'initiatives semblent viser à redresser les inégalités socioéconomiques. Cet aspect demeure vrai même si la revue de la littérature grise et scientifique raisonnablement exhaustive et systématique qui fut produite pour fonder les choix d'interventions sur les meilleures données probantes disponibles a clairement identifié ces « causes des causes » comme des cibles importantes d'action (Krueger and Associates Inc., 2005, p. 13-15).

Par ailleurs, et tel qu'il est mentionné plus haut, la pièce centrale du dispositif de gestion des savoirs de l'initiative *ActNow BC* est la production d'évaluations des processus (l'implantation a-t-elle été effectuée conformément au plan?), des effets des actions (a-t-elle eu les effets escomptés?) et de l'allocation et de l'utilisation adéquate des ressources (la responsabilité administrative a-t-elle été exercée de manière adéquate?). Ces évaluations sont menées dans le cadre de l'initiative elle-même. En d'autres termes, si elles ne paraissent pas *a priori*

---

<sup>20</sup> Les quelques indices disponibles jusqu'à maintenant à ce propos sont ambivalents. D'une part, il semble que les avis concernent des questions complexes qui nécessitent, pour leur appréciation, des ressources humaines et intellectuelles qui ne sont toujours pas disponibles dans les ministères des autres secteurs malgré la mise en place du réseau de répondants interministériels dans le cadre de l'ÉIS. (Michaud *et al.*, 2006). À l'inverse, le principe de précaution invoqué dans un cas par l'INSPQ a été entièrement récupéré comme justification à l'élaboration d'un instrument politique qui allait dans le même esprit que les recommandations contenues dans l'avis en question, ce qui laisse croire que la diffusion et l'utilisation de cet avis en particulier ont été efficaces (Turgeon et Talbot, 2006). Dans le même sens, une autre analyse de cas du Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé (GÉEPS) laisse voir que ce même avis a été utilisé pour appuyer et renforcer des préoccupations qui étaient déjà celles du ministère qui formulait un règlement (Michaud et Turgeon, 2006)

<sup>21</sup> Sur plus de 110 programmes identifiés comme partenaires de l'initiative, trois seulement sont spécifiquement dirigés vers les personnes en situation de pauvreté. (Voir *ActNow BC*, 2007, p. 5)

fondées sur des savoirs scientifiques et/ou des expertises quant aux liens probables entre politiques publiques et santé, elles devraient produire des savoirs systématiques sur les effets des politiques mises en œuvre qui, on peut le présumer, serviront à orienter (ou réorienter) la plateforme.

## 4 LES PRINCIPAUX ENJEUX

Des initiatives de gouvernance intégrées efficaces sont cruciales pour obtenir des politiques publiques favorables à la santé. Dans cet article, notre objectif est d'encourager une réflexion de la part des acteurs de santé publique sur les approches de gouvernance intégrée en ancrant la réflexion dans deux exemples canadiens contemporains. Il en existe d'autres au Canada, et nous aurions pu les choisir; leur conceptualisation et leur mise en œuvre sont différentes de celles que nous avons employées pour mener notre discussion — comme il se doit. Quoi qu'il en soit, l'existence même de ces autres initiatives montre bien l'importance que les autorités publiques actuelles accordent aux approches de gouvernance intégrée pour atteindre divers objectifs de santé publique.

Selon nous, la première question à se poser lorsqu'on envisage une initiative de gouvernance intégrée est de se demander si elle en vaut la peine. Est-ce que la création d'une forme d'initiative intégrée permettra d'atteindre un objectif — quel qu'il soit — mieux que d'en confier la responsabilité à un seul service ou organisme? Comme nous l'avons signalé plus haut dans cet article, les initiatives de gouvernance intégrée sont nécessaires lorsqu'un problème lié à une politique publique est multifactoriel et qu'il exige plusieurs interventions combinées, de secteurs et/ou de paliers de gouvernement différents. Cependant, de telles initiatives occasionnent un coût en ressources et en attention. Le nombre d'initiatives de gouvernance intégrée entreprises dans un temps et dans un espace donnés doit sans doute être limité. Et comme l'imputabilité doit être détournée des formes établies, il faut être conscient que le fait d'aller trop loin dans cette direction peut saper l'efficacité des structures existantes. C'est donc seulement après avoir répondu « oui » à la question initiale que l'on peut passer à la question suivante : comment procéder, sachant que chaque genre d'initiative de gouvernance intégrée possède des forces et des faiblesses qui lui sont propres et que les contextes politique et social vont aussi restreindre les possibilités d'action.

Dans notre article, les approches de gouvernance intégrées ont été discutées selon trois grandes catégories de facteurs. Pour l'une d'elles, c'est le genre de mécanisme de contrôle et d'imputabilité qui aide ou qui permet aux structures existantes de l'administration publique de transcender leurs limites infrastructurelles lorsqu'elles travaillent sur des projets « extrastructureaux ». Dans les exemples présentés, il existait divers mécanismes pour encourager l'imputabilité multisectorielle. Il est clair que le *leadership* est crucial. Et la principale question, concernant la structure, est le mérite relatif d'abriter une initiative dans un service ou un ministère existant, comme c'est le cas de l'article 54, ou de créer une structure spécifique pour l'occasion, comme c'est le cas d'*ActNow BC*.

Nous avons aussi discuté de la conception sous-jacente du pouvoir dans l'étendue ou le genre de l'initiative de gouvernance intégrée. Étant donné l'importance actuelle des acteurs externes à l'État dans le processus de développement et d'actualisation des politiques publiques, l'efficacité des initiatives semble également varier en fonction de l'approche utilisée pour influencer les acteurs autres que ceux occupant des postes formels dans l'administration publique et de leur capacité à s'éloigner d'une conception légale du pouvoir (qui fonctionne essentiellement par le biais de l'interdiction et de la prohibition et de la prescription) pour se rapprocher d'une conception privilégiant la coordination de forces

diverses. Quoi qu'il en soit, il devrait être possible, avec le temps, d'étudier dans quelle mesure l'inclusion d'un vaste assortiment de partenaires dans une initiative augmente son efficacité et si l'inclusion est toujours la stratégie la plus souhaitable, nonobstant les coûts.

Dans la foulée de cette considération, on pourrait aussi se demander si le succès des initiatives de gouvernance intégrée dépend de la qualité du soutien de ces acteurs n'appartenant pas formellement à l'État. Faut-il que les organismes privés, avec ou sans but lucratif, etc. soient volontaires sur les plans de leurs savoirs, de leurs ressources et de leurs attitudes? Également, dans quelle mesure le choix d'une initiative de gouvernance intégrée contribue-t-il à développer ou à limiter les ressources futures pour les politiques publiques?

Finalement, notre revue de la littérature suggère que l'efficacité relative des initiatives en matière de production de politiques publiques favorables à la santé dépend de la capacité des systèmes de gestion des savoirs, d'une part à gérer et à organiser les savoirs sur les liens entre les politiques publiques et la santé de la population et, d'autre part, à intégrer ces savoirs dans les processus de politiques publiques d'autres secteurs d'activités gouvernementales.

Les mécanismes d'imputabilité sont sans doute des facteurs structurants, mais ce sont les savoirs qui mobilisent. Lorsqu'une initiative n'est pertinente qu'à un secteur, demeurer dans le cadre d'un savoir spécifique peut être efficace. Toutefois, des initiatives multisectorielles, impliquant parfois plusieurs paliers gouvernementaux, exigent que les savoirs et les explications données sur les politiques publiques soient compréhensibles pour une grande diversité d'utilisateurs dont les postulats et les connaissances préalables sont différents et parfois divergents, aussi bien par leurs niveaux que par leurs formes. Dans ce contexte, être efficace exige une capacité et une attitude particulières afin de développer des savoirs communs et une compréhension dépassant les frontières de domaines établis.

## RÉFÉRENCES

- Atkinson, R.D. (2003). *Network Government for the Digital Age*. Washington, D.C.: Progressive Policy Institute. Consulté en ligne à : [http://www.ppionline.org/ppi\\_ci.cfm?knlqAreaID=140&subseclD=290&contentID=251551](http://www.ppionline.org/ppi_ci.cfm?knlqAreaID=140&subseclD=290&contentID=251551).
- BC Government. (2006a). *ActNowBC*, Business Plan, Vancouver.
- BC Government. (2006b). *ActNowBC*, Appendix 2: ActNow BC Chronology, Vancouver.
- BC Government. (2006c). *ActNowBC*, Measuring Our Success: Baseline Document, Vancouver. Consulté en ligne à : <http://www.actnowbc.ca/media/ActNow-BC-Measuring-our-Success-Baseline-Document-2006-11.pdf>.
- BC Government. (2007). *ActNowBC*, Current initiatives, Appendix 4: Provincial Support Active Fit/ Children and Active Seniors, Vancouver.
- Bourgault, J., (dir.) (2002). *L'horizontalité et gestion publique*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Bourgault, J. et Lapierre, R. (2000). *Horizontalité et gestion publique*. Rapport final au Centre canadien de gestion, au Réseau du leadership, au Conseil des hauts fonctionnaires fédéraux du Québec et à l'École nationale d'administration publique. Consulté en ligne à : [http://www.cspc-efpc.gc.ca/pbp/pub/pdfs/P96\\_f.pdf](http://www.cspc-efpc.gc.ca/pbp/pub/pdfs/P96_f.pdf).
- Bowen S. et Zwi A.B. (2005). Pathways to “evidence-informed” policy and practice: A framework for action. *PLoS Med* 2(7), e166.
- Bowen, S. et Zwi, A.B. (2005). Pathways to “evidence-informed” policy and practice: A framework for action. *Policy Forum*, 2(7), 601-605.
- Chalmers, I. (2005). If evidence-informed policy works in practice, does it matter if it doesn't work in theory? *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 1(2), 227-242.
- Davies, P. (2007). *Knowledge Management: The Most Important Health Technology*. Conférence donnée à l'Atelier d'été des Centres de collaboration nationale en santé publique, Baddeck (Nouvelle-Écosse), Août 2007.
- Dean, M. (1999). *Governmentality. Power and Rule in Modern Society*. London: Sage.
- Flinders, M. (2002). Governance in Whitehall. *Public Administration*, 80(1), 51-75.
- Gagnon, D. (2005). *Questions d'égouts*. Montréal : Boréal.
- Hunt, S. (2005). *Whole-of-government: does working together work?* Asia Pacific School of Economics and Government, The Australian National University, Discussion papers. Consulté en ligne à : <http://dSPACE.anu.edu.au/bitstream/1885/42591/1/PDP05-1.pdf>.

- Institute of Public Administration Australia. (2002). *Working Together – Integrated Governance*. Consulté en ligne à : <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/apcity/unpan007118.pdf>.
- INSPQ. (2007). La difficulté de concilier travail-famille : ses impacts sur la santé mentale et physique des familles québécoises. Québec : Direction du développement des individus et des communautés. En ligne : <http://www.inspq.gc.ca/pdf/publications/375-ConciliationTravail-Famille.pdf>.
- Krueger, H. and Associates Inc. (2005). *Risk Factors Interventions. A Review of their effectiveness*. Rapport préparé pour le Canadian Cancer Society (British Columbia and Yukon) and the BC Cancer Agency. Consulté en ligne à : <http://www.bccancer.bc.ca/NR/rdonlyres/483D2456-286B-46DA-A12D-69C8E081CCC5/10186/RiskFactorEffectiveInterventionsCancer.pdf>.
- Lebeau, A., Vermette, G. et Viens, C. (1997). *Bilan de l'action intersectorielle et de ses pratiques en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies au Québec*. Gouvernement du Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Consulté en ligne à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1997/97-767-01.pdf>.
- Ling, T. (2002). Delivering joined-up government services in the UK: dimensions, issues and problems. *Public Administration*, 80(4), 615-642.
- Lomas, J. (1990). Finding audiences, changing beliefs: The structure of research use in Canadian health policy. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 15(3), 525-542.
- McDougall, H. (1988). Public Health and the 'Sanitary Idea' in Toronto, 1866-1890. Dans Mitchinson et D. McGinnis (Eds.), *Essays in the History of Canadian Medicine* (p. 62-87).
- Michaud, M., Gagnon, F. et Turcotte, V. (2006). *L'autorisation du virage à droite au feu rouge*. Étude de cas/Résumé : GÉPPS. En ligne : [http://www.enap.ca/GEPPS/docs/Resumedesetudesdecas/resumevdf\\_ gepps30mai07.pdf](http://www.enap.ca/GEPPS/docs/Resumedesetudesdecas/resumevdf_ gepps30mai07.pdf).
- Michaud, M. et Turgeon, J. (2006). *La loi sur l'aquaculture commerciale*. Étude de cas/Résumé : GÉPPS. Consulté en ligne à : [http://www.enap.ca/GEPPS/docs/Resume desetudesdecas/resumeaquaculture\\_ gepps30mai07.pdf](http://www.enap.ca/GEPPS/docs/Resume desetudesdecas/resumeaquaculture_ gepps30mai07.pdf).
- Minnery, J. (2007). Stars and their Supporting Cast: State, Market and Community as Actors in Urban Governance, *Urban Policy and Research*, 25(3), 325-345.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2002). *Stratégie pour soutenir le développement de politiques publiques favorables à la santé*. Document de présentation interne. Québec.
- Mulgan, R. (2000). Accountability: An ever-expanding concept? *Public Administration* 78(3), 555-573.
- Nutley, S.M., Walter, I. et Davies, H.T.O. (dir.). (2007). *Using evidence: How research can inform public services*. Bristol: Policy Press.

- Québec. (2005). *Loi sur la santé publique* (Chapitre S-2.2, Article 54), version du 1<sup>er</sup> juin 2005, document non paginé.
- Ritsatakis, A. et Järvisalo, J. (2006). Opportunities and challenges for including health components in the policy-making process. In Stahl *et al.* (Eds.), *Health in All Policies: Prospects and potentials*, (p. 145-167). European Observatory on Health Systems and Policies. Consulté en ligne à : [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/109146/E89260.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf).
- Rondeau, G., Sirois, G., Cantin, S. et Roy, V. (2001). *Le profil des tables de concertation intersectorielle en violence conjugale au Québec*. Montréal : Centre de recherche sur la violence familiale et la violence faite aux femmes. En ligne : <http://www.erudit.org/revue/nps/2001/v14/n1/008323ar.pdf>.
- Rose, N. (1993). Government, Authority and Expertise in Advanced Liberalism. *Economy and Society*, 22(3), 283-299.
- Sabatier, P.A. et Jenkins-Smith, H.C. (1999). The Advocacy Coalition Framework: An Assessment. In P. A. Sabatier (Ed.), *Theories of the Policy Process* (p. 117-166).
- Salamon, L.M. (2002). The New Governance and the Tools of Public Action: An introduction. In Salamon, L.M., *The tools of government: A guide to the new governance* (p. 1-47).Oxford: Oxford University Press.
- Stoker, G. (1998). Cinq propositions pour une théorie de la gouvernance. *Revue internationale des sciences sociales, Mars*, 19-30.
- Sullivan, H. (2003). New Forms of Local Accountability: Coming to Terms with 'Many Hands'. *Policy and Politics*, 31(3), 353-369.
- Turgeon, J., Talbot, D. (2006). *Le code québécois de gestion des pesticides. Étude de cas/Résumé : GÉPPS*. En ligne : [http://www.enap.ca/GEPPS/docs/Resumedesetudesdecas/resumepesticides\\_gepps30mai07.pdf](http://www.enap.ca/GEPPS/docs/Resumedesetudesdecas/resumepesticides_gepps30mai07.pdf).
- Tranfield, D., Denyer, D. et Smart, P. (2003). Towards a Methodology for Developing Evidence-Informed Management Knowledge by Means of Systematic Review. *British Journal of Management*, 14, 207–222.
- Van Gramberg, B., Teicher, J. et Rusailh, J. (2005). *Reinventing Government in Australia: Whole of Government in a Federation*. Working Paper Series: University of Technology – School of Management. Consulté en ligne à : [http://eprints.vu.edu.au/119/1/wp4\\_2005\\_vangramberg\\_etc.pdf](http://eprints.vu.edu.au/119/1/wp4_2005_vangramberg_etc.pdf).
- Van Herten, L.M., Reijneveld, S.A. et Gunning-Scheppers, L.J. (2001). Rationalising chances of success in intersectoral health policymaking. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 342-347.
- White, D., Jobin, L., McCann, D. et Morin, P. (2002). *Sortir des sentiers battus : l'action intersectorielle dans le domaine de la santé mentale*. Québec : Publications du Québec.

Wilkins, P. (2002). Accountability and joined-up government. *Australian Journal of Public Administration*, 61(1), 114-119.

**ANNEXE 1**  
**GLOSSAIRE ANNOTÉ**



## CONCEPTS EN MATIÈRE DE GOUVERNANCE INTÉGRÉE

L'usage des concepts désignant les différents types d'initiatives de gouvernance intégrée est remarquablement changeant et imprécis dans la littérature scientifique et grise les concernant. Le présent glossaire a comme double objectif de clarifier le mieux possible la situation et de permettre une utilisation plus cohérente des concepts en question.

Pour ce faire, le CCNPPS a identifié des définitions proposées par certains chercheurs en sciences de l'administration publique, en sciences politiques et en sciences humaines et sociales plus généralement. Les définitions sont également tirées ou s'inspirent de certains documents issus d'agences de l'administration publique (ministères, unités stratégiques, Organisation mondiale de la Santé, etc.) qui mobilisent ces termes en leur donnant une définition explicite ou, le plus souvent, implicite. Dans ces cas, nous commentons brièvement les définitions pour spécifier l'usage auquel il devrait, selon nous, être réservé.

Nous profitons aussi de cet exercice pour indiquer dans quels contextes ces termes semblent être employés le plus souvent et pour insister sur certaines de leurs particularités. Autrement dit, nous proposons ici un glossaire qui se veut autant un exercice de clarification conceptuelle qu'une cartographie des contextes où ils sont utilisés.

### *Gouvernance intégrée (Integrated governance)*

#### DÉFINITION PROPOSÉE

On peut dire d'une initiative qu'elle est de gouvernance intégrée dès que l'on a affaire à une action qui est initiée et développée par une agence publique cherchant à intégrer les actions d'autres acteurs qui agissent sur les mêmes problèmes. Ainsi, peut être qualifiée de gouvernance intégrée toute action de coordination des politiques publiques qui est initiée et développée par une autorité publique et qui est actualisée par des acteurs publics et/ou privés multiples, qu'ils se situent dans plusieurs secteurs et/ou niveaux

gouvernementaux et/ou qu'ils agissent à une ou plusieurs échelles différentes.

#### DISCUSSION

La définition retenue ici fait de ce concept le plus général que nous employons, car il désigne potentiellement toutes les initiatives de gouvernance appartenant à la famille de celles que nous traitons dans ce document. Ce concept renvoie potentiellement aussi bien aux initiatives de gestion horizontale ou verticale qu'à celles dites de *whole-of-government*, de *network government*, de *joined-up government*, etc. Elle est fortement inspirée de celle-ci :

*Integrated governance describes the structure of formal and informal relations to manage affairs through collaborative (joined-up) approaches which may be between government agencies, or across levels of government (local, State and Commonwealth) and/or the non-government sector (Institute of Public Administration Australia, 2002, p. 2).*

#### REPÈRES

Cette notion est le plus souvent employée au Royaume-Uni, mais certains chercheurs australiens l'emploient aussi.

### Concertation intersectorielle (*Intersectoral action*)

#### DÉFINITION PROPOSÉE

Cette définition s'inspire de celle de Lebeau et de ses collaborateurs :

[On appelle « concertation intersectorielle »] une pratique d'acteurs de plus d'un secteur d'intervention qui se mobilisent et s'engagent en complémentarité d'actions pour mettre à profit les compétences de chacun en vue de satisfaire d'un commun accord des besoins clairement identifiés dans la communauté (Lebeau *et al.*, 1997, p. 73).

## DISCUSSION

Cette définition met l'accent sur la coordination des interventions. En tant que telle, elle désigne donc une dimension très spécifique des processus de politique publique.

## REPÈRES

Cette définition est fréquemment utilisée dans le domaine de la santé au Québec. Par exemple, elle peut être employée pour désigner ou pour organiser la coordination des pratiques d'intervention en santé mentale avec celles des ressources d'hébergement ou de logement social. Il est possible qu'elle soit aussi utilisée dans d'autres secteurs d'activité gouvernementale.

## Gestion horizontale (*Horizontal management*)

### DÉFINITION PROPOSÉE

Cette définition s'inspire de celle de Bourgault et Lapierre (qui est reproduite et discutée plus bas) :

Une pratique initiée et mise en œuvre par une ou plusieurs organisations de l'administration publique appartenant à un même ordre de gouvernement (qu'il soit fédéral, provincial ou municipal) et qui consiste à aborder une question non plus exclusivement à partir des préoccupations et des responsabilités de l'une et/ou l'autre de ces organisations, mais en incluant les intérêts, les ressources et les contraintes de tous les acteurs de l'administration publique qui interviennent, d'une façon ou d'une autre, à son propos.

### DISCUSSION

La définition met l'accent sur deux éléments principaux. D'abord, elle précise que les acteurs qui initient, mettent en œuvre et participent, d'une façon ou d'une autre, à ces initiatives, appartiennent formellement à l'appareil administratif de l'État, à l'exclusion de tout acteur appartenant au secteur privé (que ce soit un acteur à but lucratif ou non). D'autre part, la définition précise que ces acteurs appartiennent tous au même ordre de gouvernement, que celui-ci soit (au Canada) fédéral, provincial, régional ou municipal. Cette façon de définir le concept a pour avantage de

restreindre son application à un ensemble d'initiatives qui partagent des enjeux relativement communs, puisque toutes les organisations appartiennent à l'administration publique.

Cela peut être compris en « contradistinction » avec un ensemble d'autres types d'initiatives impliquant aussi des acteurs du secteur privé (avec ou sans but lucratif), soit des types d'initiatives qui sont traversés par des enjeux qui leur sont propres.

### AUTRE DÉFINITION

Voici la définition que donnent Bourgault et Lapierre :

Essentiellement, l'horizontalité survient lorsqu'un ou plusieurs gestionnaires, d'une seule ou de plusieurs organisations, abordent une question non plus exclusivement à partir des préoccupations de leurs responsabilités propres, mais à partir d'une approche plus large qui cherche à inclure les intérêts, ressources et contraintes d'autres acteurs qui interviennent dans ce domaine (Bourgault et Lapierre, 2000, p. 1).

### DISCUSSION

Nous ne reprenons pas la définition comme telle car, ainsi présentée, elle semble située à un niveau d'abstraction trop élevé. Cela pose deux types de problèmes si l'on veut bien cerner ce dont il est question. D'une part, elle ne précise pas que les organisations impliquées doivent appartenir à un même ordre de gouvernement, ce qui fait qu'elle pourrait servir à désigner aussi des pratiques de « gestion verticale », soit des pratiques impliquant des organisations de différents ordres de gouvernement. Cette imprécision dans la définition doit à notre avis être corrigée parce que le qualificatif « horizontal » renvoie à cette idée qu'il existe différents « niveaux », « paliers » ou « ordres » de gouvernement et qu'une définition qui utiliserait cette expression pour renvoyer à une gestion impliquant différents ordres de gouvernement ferait preuve de précision inutile. D'autre part, cette définition ne précise pas que les organisations impliquées doivent appartenir formellement à l'administration publique, ce qui suppose qu'elle ouvre la porte à ce que soient aussi considérées des pratiques de gestion impliquant des organisations d'autres secteurs (que ce soit des entreprises ou des organisations communautaires, par exemple). Cela est quelque

peu confondant. Étant donné que les organisations en question ne font pas formellement partie de l'appareil étatique, il est assez périlleux de les situer sur une quelconque cartographie renvoyant aux différents ordres de l'administration publique — ce que suppose, tel qu'il est précisé plus haut, la notion d'horizontalité (comme celle de verticalité, d'ailleurs). Il serait à notre sens préférable d'utiliser le concept de gouvernance intégrée pour définir ce type de pratique de gestion qui implique des organisations privées et/ou des organisations de différents ordres de gouvernement.

### REPÈRES

Cette notion est fréquemment employée par les chercheurs universitaires, qui travaillent au Québec (notamment Bourgault et Lapierre). On peut aussi fréquemment rencontrer sa traduction anglaise (*horizontal management*), au Canada plus généralement, souvent dans des documents de l'administration publique fédérale (auxquels ont d'ailleurs parfois collaboré les auteurs cités).

## Gestion verticale (*Vertical management*)

### DÉFINITION PROPOSÉE

En s'inspirant de la définition de la gestion horizontale proposée par Bourgault et Lapierre, mais pour la distinguer de celle-ci, nous proposons que les notions de gestion ou de gouvernance verticale soient ainsi définies :

Une pratique initiée par une ou plusieurs organisations de l'administration publique appartenant à différents ordres de gouvernement (fédéral et/ou provincial et/ou régional et/ou municipal) d'un même domaine d'activités et qui consiste à aborder une question non plus exclusivement à partir des préoccupations de leurs responsabilités de l'une ou l'autre, mais en incluant les intérêts, les ressources et les contraintes des autres qui interviennent d'une façon ou d'une autre à son propos.

### DISCUSSION

Ainsi entendue, on pourrait désigner par ce concept la collaboration du ministère des Transports du Québec avec le service de la voirie de la Ville de Montréal dans le développement et l'implantation d'une politique de financement du transport collectif.

## *Joined-up government* ou *whole-of-government*

### DÉFINITION PROPOSÉE

Nous proposons de retenir cette définition :

Une initiative peut être qualifiée de *joined-up government* ou de *whole-of-government* lorsqu'elle coordonne les services publics livrés en collaboration par le biais de partenariats entre une multiplicité d'acteurs de l'administration publique (des ministères ou des sous-ministères et/ou des instances régionales et/ou des agences gouvernementales) et du secteur privé (que ce soit des organisations à but lucratif ou non).

### DISCUSSION

Nous estimons que les deux termes sont pratiquement équivalents. Cette définition s'inspire de celle de Ling, qui écrit que les initiatives de *joined-up government* sont :

*based on the view that important goals of public policy cannot be delivered through the separate activities of existing organizations but neither could they be delivered by creating a new 'super agency'. It therefore seeks to align the activities of formally separate organizations towards particular goals of public policy. Therefore, joined-up working aims to coordinate activities across organizational boundaries without removing boundaries themselves. These boundaries are inter-departmental, central-local, and sectoral (corporate, public, voluntary/community). To join-up, initiatives must align organizations with different cultures, incentives, management systems and aims. Therefore, 'joined-up government' is an umbrella term describing various ways of aligning formally distinct organizations in pursuit of the objectives of the government of the day (Ling, 2002, p. 616).*

Notre définition sous-entend, tout comme celle de Ling, que le concept doit être utilisé pour désigner spécifiquement des initiatives qui sont menées par une ou des instances publiques, mais qui visent à coordonner à la fois les actions d'autres acteurs publics (qu'ils soient situés dans d'autres ministères ou à d'autres ordres de gouvernement) et celles d'organisations privées (avec ou sans but lucratif).

## REPÈRES

La notion de *joined-up government* est le plus souvent employée au Royaume-Uni. Elle semble avoir été popularisée par l'administration travailliste de Tony Blair. Pour sa part, la notion de *whole-of-government*, est le plus souvent employée en Australie.

## Network Government

### DÉFINITION PROPOSÉE

En s'inspirant de Atkinson (2003, p. 4), le concept de *network government* peut être employé pour désigner :

Les initiatives de coordination des politiques publiques visant à inclure des sections ou des agences de tous les ordres de gouvernement ainsi que des organisations privées (avec ou sans but lucratif) qui comportent une dimension importante de transformation de la gestion des savoirs par le biais des nouvelles technologies de l'information et de la communication.

### DISCUSSION

Cette définition, par la chaîne de coordination qu'elle désigne comme caractéristique de la notion de *network government*, en fait une proche parente des concepts de *joined-up* et de *whole of government*. Ce qui la distingue est qu'elle désigne précisément les initiatives comportant des préoccupations fortes d'intégration des nouvelles technologies d'information et de communication.

Elle s'inspire fortement des travaux d'Atkinson, dont voici quelques extraits :

*Creating effective governance for the New Economy will require a fundamentally new approach, relying more on networks, information*

*technology (IT) systems, and civic and private sector actors, and less on hierarchical, rule-based, bureaucratic programs. If bureaucratic government was about managing government agencies, albeit to achieve public aims, network government is about influencing the strategic actions of other actors. But let's be clear: Network government is not a conservative's paradise, for their vision of small government implies letting other actors make their own decisions free from collective influences (of regulation, funding, or incentives). Network government very much involves government promotion of collective action to advance the public good, but by engaging the creative efforts of all of society (Atkinson, 2003, p. 3-4).*

*If networks are the core concept of a new form of government, then it is time to shift from thinking about government to thinking about governance. Public management is a narrow field, focusing on the deliberately taken actions of public agencies to address discrete problems. While public management is part of governance, not all governance involves public management. Governance is a broader concept and implies better aligning the actions of all actors—government, organizations, and individuals—to public ends. Therefore, a key task of governance is to help ensure that complex networks produce socially desirable results. This means that we need to replace the concept of hierarchical bureaucratic government with the concept of government as a manager of policy networks containing all relevant actors, including agencies at all levels of government, quasi-public and other non-profit organizations, private companies, and even citizens (Atkinson, 2003, p. 4).*

## REPÈRES

Cette notion est le plus souvent employée aux États-Unis d'Amérique.





[www.ccnpps.ca](http://www.ccnpps.ca)



Centre de collaboration nationale  
sur les politiques publiques et la santé

---

National Collaborating Centre  
for Healthy Public Policy

*Institut national  
de santé publique*

Québec 