

# **L'action intersectorielle en santé publique ou lorsque les institutions, les intérêts et les idées entrent en jeu**

**Carole Clavier**

Département de science politique, Université du Québec à Montréal,  
Case postale 8888, succ. Centre-Ville, Montréal QC H3C 3P8

**France Gagnon**

École des sciences de l'administration, TÉLUQ, Université du Québec,  
455, rue du Parvis, Québec QC G1K 9H6

## **L'action intersectorielle en santé publique ou lorsque les institutions, les intérêts et les idées entrent en jeu**

Carole Clavier et France Gagnon

### **RÉSUMÉ**

Partant du constat selon lequel les caractéristiques propres à chacun des secteurs d'action publique constituent les points d'ancrage des mécanismes institutionnels et des dynamiques d'acteurs, cet article propose d'étudier l'action intersectorielle sous l'angle des institutions mais aussi des intérêts et des idées des acteurs des secteurs. Prendre appui sur ces variables classiques de l'étude des politiques publiques fait ressortir la complexité du changement de l'action publique. En effet, si l'existence de dispositifs institutionnels intersectoriels apparaît nécessaire pour initier et favoriser la collaboration entre les secteurs et les acteurs, ils ne sont pas suffisants pour instaurer une action conjointe amenant un changement dans la vision du problème à l'étude, de ses éventuelles solutions et des pratiques. Il importe également de prendre en considération les caractéristiques du secteur à l'étude non seulement au regard de ses institutions (règles, normes et mécanismes) mais aussi des intérêts et des idées mis de l'avant par les divers acteurs concernés par le problème de façon à faire de ces derniers des alliés. Notre argument s'appuie sur nos recherches respectives sur des politiques du gouvernement du Québec mises en œuvre à l'échelle de la province et à l'échelle locale et qui visent à améliorer la santé et le bien-être de la population. Ces politiques publiques offrent un terrain fécond pour questionner l'intersectorialité puisqu'elles cherchent à établir des liens entre la santé et ses déterminants sociaux.

**Mots clés** : action intersectorielle; santé publique; paliers local et central; théorie; secteurs; institutions; intérêts et idées.

### **ABSTRACT**

The premise of this paper is that both the institutions and policy actors involved in intersectoral action are deeply affected by the characteristics of the public policy sector that they represent. This paper thus proposes to study intersectoral action from the point of view of the institutions, ideas and actors of the different policy sectors involved so as to highlight the complexity of policy change. Institutional mechanisms such as intersectoral committees or groups are important to initiate and allow for the collaboration between policy sectors and actors. However, bringing about changes to how a problem is conceived, to its possible solutions and to actor practices requires more than mere institutional coordination. Achieving such change asks for an understanding of institutions (rules, norms and mechanisms) but also for an understanding of

interests and ideas brought forward by the various actors involved in the situation so that they may become allies. We support our argument with our respective studies of policies implemented by the provincial government of Quebec at the provincial and local levels and that aim to improve the health and well-being of the population. These policies are intersectoral in nature as they aim at linking policies dealing with health and policies influencing the social determinants of health.

**Keywords:** cross sector action; public health; local and central levels; theory; sectors; institutions; interests and ideas.

## **Introduction**

L'action intersectorielle est devenue incontournable pour les acteurs de santé publique afin de promouvoir l'amélioration de la santé et du bien-être de la population (Sarker et Joarder, 2012; Agence de santé publique du Canada, 2007; Conseil de la santé et du bien-être, 2002; White et al, 2002). Par sa complexité, la santé appelle des interventions qui dépassent les frontières des institutions politiques et administratives qui lui sont dédiées. Les chercheurs se sont ainsi intéressés aux dispositifs et pratiques mis en œuvre pour dépasser ces frontières et déployer une intervention permettant une prise en charge globale des enjeux liés à l'amélioration de la santé des populations.

On peut distinguer deux grands ensembles dans ces travaux, à commencer par ceux qui portent sur les mécanismes institutionnels visant à favoriser l'action intersectorielle. Il s'agit de la recherche sur les mécanismes de gestion horizontale dans le champ de l'administration publique (Bakvis et Juillet, 2004; Bourgault, 2002; Sproule-Jones, 2000; Bourgault, Dupuis et Turgeon, 2008) et, dans le champ de la santé publique, des travaux sur la gouvernance intégrée, soit sur les changements à apporter aux structures institutionnelles pour prendre en compte la santé dans toutes les politiques publiques (Kickbusch et Buckett, 2010; St-Pierre et Gauvin, 2010; Wismar et al, 2012).

Les travaux du second ensemble se sont penchés sur les liens entre les acteurs engagés dans des actions intersectorielles. Ils ont éclairé les interactions entre ces acteurs au sein de partenariats établis spécifiquement pour répondre à des problèmes dépassant les frontières de secteurs spécifiques de l'action publique (Geddes, 2000; Bilodeau et al, 2011) et le rôle des acteurs assurant l'interface entre les secteurs (Nay et Smith, 2002; Clavier, 2010). Une préoccupation récurrente à ces deux ensembles de travaux est un souci d'accompagner les acteurs face à la complexité de l'action intersectorielle.

Comprendre les mécanismes institutionnels et les dynamiques d'acteurs qui facilitent ou entravent l'action intersectorielle est essentiel pour être en mesure d'analyser et de soutenir de telles initiatives. Cependant, nous avançons ici que ces analyses pourraient être enrichies d'une compréhension plus fine des notions mêmes de secteurs et de sectorisation de l'action publique. « Impensé indispensable » de l'analyse des politiques publiques (Muller, 2004), le secteur

renvoie à l'ensemble des problèmes, des acteurs et des institutions qui interviennent dans un domaine particulier de l'action publique. Il s'agit donc d'un ensemble : 1) d'acteurs qui défendent des intérêts spécifiques et interagissent; 2) d'institutions spécialisées qui sont la représentation de la division du travail administratif; et 3) d'idées qui expriment une vision particulière du problème au cœur du secteur (Muller, 2004).

Ces caractéristiques des secteurs sont interdépendantes et contribuent à définir les limites des politiques sectorielles. Ainsi, le secteur de la santé s'est historiquement constitué autour d'une conception biomédicale selon laquelle la santé est définie par l'absence de maladies, mettant ainsi l'offre de soins, les hôpitaux et la profession médicale au cœur de la politique de santé. Selon Muller (2004), les secteurs ne sont pas figés mais sont des objets sociaux dont les frontières sont constamment remises en cause par des enjeux qui ne cadrent pas avec leurs frontières établies, par l'introduction de nouveaux acteurs ou par des changements institutionnels. Les tentatives de redéfinition d'un secteur autour d'une nouvelle vision du problème illustrent bien le caractère structurant de la division du travail gouvernemental.

Le secteur de la santé a vu l'autonomisation progressive d'un sous-secteur de santé publique, à la suite de la mise en évidence de l'influence de facteurs sociaux, politiques, économiques et environnementaux – ce qu'on appelle les déterminants sociaux de la santé (Marmot et Wilkinson, 2006) – sur la santé de la population. Ce sous-secteur rassemble un éventail d'experts venus de divers horizons, dont des épidémiologistes, des cliniciens, des spécialistes de santé communautaire, des sciences sociales ou des sciences de l'environnement qui interviennent au sein des organisations de santé, d'organismes communautaires et de groupes de recherche et défendent une vision de la santé comme un état de bien-être global influencé par une pluralité de déterminants sociaux autres que les soins. Au Québec, au cours des dernières décennies, l'autonomisation de la santé publique a été relativement forte (Gagnon, Turgeon et Gagné, 2007; Bernier, 2006). Malgré le dynamisme de celle-ci, l'adoption de politiques publiques favorables à la santé visant à agir sur les déterminants sociaux de la santé est encore souvent fragile tant le secteur biomédical de la santé diffuse l'image dominante de ce que devrait être une intervention pour la santé et, plus globalement, tant « l'effet secteur », voire la sectorisation, est bien ancrée sur le terrain (Gagnon, Turgeon et Dallaire, 2007; Gagnon et al, 2011; White et al, 2002).

La dimension structurante des secteurs d'action publique sur le contenu des politiques et sur la représentation des intérêts reste encore souvent implicite dans les recherches sur l'action intersectorielle en santé (Degeling, 1995; White et al, 2002). Pourtant, une telle approche du secteur d'action publique souligne à quel point les caractéristiques propres à chacun des secteurs constituent les points d'ancrage des mécanismes institutionnels et des dynamiques d'acteurs. Ainsi, l'affirmation du sous-secteur de la santé publique et ses tentatives de mener des actions conjointes avec d'autres secteurs d'action publique ne peuvent se comprendre sans référence au secteur biomédical dominant ainsi qu'aux autres secteurs concernés, selon les interventions ou les politiques en jeu.

Dans cet article, nous proposons donc de prendre les caractéristiques des secteurs comme point de départ d'une étude sur l'intersectorialité. Cette perspective présente deux avantages. D'une part, elle conduit à s'interroger sur les effets de ces caractéristiques sur l'action intersectorielle :

est-ce que les institutions, les acteurs et les idées propres à un secteur peuvent constituer un obstacle à l'action intersectorielle?

D'autre part, appréhender les secteurs d'action publique par les idées, les intérêts et les institutions renvoie à des variables classiques de l'étude des politiques publiques. Leur étude combinée – dans la veine des recherches de Heclo (1994), Hall (1997), Palier et Surel (2005) – ouvre la voie à la formulation d'hypothèses plus générales sur les conditions favorables ou défavorables à l'action intersectorielle. Selon cette approche des trois I, les idées, les intérêts et les institutions sont trois variables explicatives non exclusives et *a priori* aussi plausibles les unes que les autres pour appréhender les politiques publiques (Palier et Surel, 2005). La variable « idées » invite à s'interroger sur les valeurs et les représentations des acteurs, la variable « intérêts » sur les préférences des acteurs, leurs motivations explicites, leurs forces et les logiques de l'action collective et la variable « institutions » sur les règles, les dispositifs et les normes développés dans un domaine au fil du temps. Centrer l'analyse sur chacune de ces trois variables permet d'aborder l'action intersectorielle comme un enjeu de légitimation entre diverses visions d'un problème et de reconfiguration des rapports de force entre différents intérêts et/ou de transformation (ou non) des institutions impliquées. L'interprétation des résultats par la suite permet de dégager le poids respectif de chacune des variables dans l'explication du cas étudié (Palier et Surel, 2005) et d'apporter une explication nuancée au succès ou à l'échec des actions intersectorielles.

Prendre les dimensions des secteurs d'action publique pour point de départ de l'analyse de l'action intersectorielle nous permet ainsi d'identifier des obstacles mais aussi des pistes de réflexion pour dépasser ces obstacles et soutenir l'innovation intersectorielle. Notre argument s'appuie sur nos recherches respectives sur des politiques du gouvernement du Québec mises en œuvre à l'échelle de la province et à l'échelle locale et qui visent à améliorer la santé et le bien-être de la population. Ces politiques publiques offrent un terrain fécond pour questionner l'intersectorialité puisqu'elles cherchent à établir des liens entre la santé et ses déterminants sociaux, dont la régulation relève de la responsabilité d'autres secteurs, tels que le transport, l'agriculture, l'emploi ou le développement local. Le concept d'intersectorialité est défini ici au sens d'une action conjointe entre des acteurs relevant de deux ou plusieurs secteurs d'action publique (Muller, 2004). Nous utiliserons l'expression d'action intersectorielle pour signifier les pratiques d'intersectorialité sur le terrain.

Dans la première partie, l'analyse d'un programme gouvernemental mis en œuvre au palier local souligne que des pratiques administratives routinières peuvent entraver la capacité d'une administration à susciter une action intersectorielle. La seconde partie illustre la diversité des intérêts et des idées et les conflits de légitimité qui peuvent survenir lors de la tentative de conciliation des priorités de plusieurs ministères, voire institutions, sur un même projet de politique publique. Enfin, l'examen de politiques relevant des paliers local et national nous amènera à nous interroger sur les caractéristiques de l'action intersectorielle à chacun de ces paliers et à proposer des pistes de réflexion pour une meilleure compréhension de celle-ci.

## **Les institutions du secteur comme frein à l'action intersectorielle locale**

Cette première étude de cas de l'action intersectorielle en santé rend compte de la mise en œuvre du volet création d'environnements favorables des Services intégrés en périnatalité et petite enfance, un programme du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) visant à améliorer les conditions de vie des familles vivant en situation de vulnérabilité.<sup>1</sup> Ce programme fixe les grandes orientations de l'intervention mais renvoie à chaque Centre de santé et de services sociaux (CSSS) le soin de faire appel à des organismes communautaires pour qu'ils proposent des projets conformes aux objectifs du programme et qui pourront être financés dans ce cadre. Il est attendu que les projets aient une dimension partenariale et intersectorielle de façon à améliorer l'accessibilité à des services ou des ressources et à agir sur les déterminants sociaux de la santé des familles vulnérables, tels que le logement, l'éducation ou le transport.

Une des principales questions de la recherche était : dans quelle mesure le programme permet-il la mise en œuvre de projets intersectoriels pour améliorer les conditions de vie des familles vulnérables dans ces territoires (Clavier, 2012) ? Notre définition de l'intersectorialité était la même que celle énoncée dans cet article, soit une action conjointe entre des acteurs relevant de deux ou plusieurs secteurs d'action publique.

Pour notre analyse de la mise en œuvre du programme dans 8 territoires de CLSC répartis dans 4 régions au Québec, nous avons étudié les comptes rendus des comités *Environnements Favorables* chargés de sa mise en œuvre, c'est-à-dire soit les tables de concertation Enfance Famille du territoire, soit des comités *ad hoc*, du début du programme en 2004, jusqu'à la date de la recherche en 2009 (Clavier, 2012). Nous avons également réalisé 13 entretiens semi-directifs avec les organisatrices communautaires des CSSS qui interviennent en soutien à ces comités environnements favorables. L'analyse des données a consisté, d'une part, au comptage des projets financés par le programme selon le secteur dont ils relevaient (santé et services sociaux (incluant les familles, la jeunesse et les femmes), emploi et éducation, immigration, transport, développement économique, loisirs et sports, logement, environnement, justice, affaires municipales ou un autre secteur) et, d'autre part, à une analyse thématique visant à comprendre les règles, le partage de responsabilité et les processus de mise en œuvre du programme.

Les résultats montrent que les trois quarts des projets déployés par les comités *Environnements Favorables* chargés de la mise en œuvre du programme s'inscrivent dans le secteur de la santé et des services sociaux. Il s'agit de projets de stimulation des enfants, d'accompagnement des mères avant et après la naissance, de services de répit etc. *A contrario*, une plus faible proportion de projets (19%) vise à agir sur des déterminants de la santé qui relèvent des autres secteurs d'action publique mentionnés, que ce soit l'amélioration de l'accès aux services par le développement des transports collectifs, l'accueil des familles immigrantes ou l'influence auprès d'autres tables de concertation pour défendre les intérêts des familles. Autrement dit, si la plupart

---

<sup>1</sup> Au moment de l'étude, CC bénéficiait d'une bourse postdoctorale de la Chaire FCRSS/IRSC Approches communautaires et inégalités de santé. Cette recherche s'inscrivait dans l'évaluation du programme de soutien aux jeunes parents dirigée par S. Gendron (U. de Montréal) et financée par le Ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce dernier n'a pas été impliqué dans la préparation, la conduite ou l'analyse de la recherche.

des projets visaient bien l'amélioration de l'accessibilité des services, peu d'entre eux étaient significatifs d'une action intersectorielle.

Pour faire sens de ces résultats, nous nous sommes donc intéressés aux conditions de possibilité de l'action intersectorielle telles que formalisées dans les règles de mise en œuvre du programme. Ces dernières étaient très partiellement énoncées dans le cadre de référence du programme (MSSS, 2004). Pour l'essentiel, elles se sont formalisées progressivement au sein des institutions de la santé et des services sociaux responsables du programme et des comités *Environnements Favorables*. Précisément, nous avons considéré les instruments d'action publique, c'est-à-dire les mécanismes particuliers qui régulent la mise en œuvre des programmes et politiques publiques (Lascoumes et Le Galès, 2004; Howlett, 2000), afin de déterminer dans quelle mesure les institutions ont façonné la possibilité de mener des actions intersectorielles dans le cadre de ce programme. Les instruments d'action publique ne sont pas neutres mais au contraire révèlent une théorisation du lien entre gouvernants et gouvernés et portent en eux une conception de la façon d'exercer le pouvoir. Ils produisent également leurs propres effets, quels que soient les objectifs de la politique à laquelle ils contribuent.

Trois types d'instruments ont pu exercer une influence sur la capacité des institutions de la santé et des services sociaux à impulser une action intersectorielle, soit les instruments informationnels, organisationnels et budgétaires (Howlett, 2000). Les instruments informationnels, les moins contraignants, renvoient à tous les mécanismes de définition de l'objet de l'action publique. Ils visent à orienter les acteurs et leurs actions, en l'occurrence la définition de l'action intersectorielle. Le cadre de référence du programme donne quelques exemples d'action intersectorielle mais ni ce document ni les règles *ad hoc* de mise en œuvre ne prévoient de formation spécifique à ce sujet pour les chefs de programmes en CSSS, les organisatrices communautaires qui soutiennent l'action des comités *Environnements Favorables* ou les intervenants des organismes communautaires de ces tables (MSSS, 2004). Hormis quelques échanges ponctuels dans certains cas, aucune pratique systématique de formation ou d'échange de pratique pouvant aider à définir les actions intersectorielles n'a été identifiée. Ainsi, les instruments informationnels du programme ont pu contribuer à une certaine inertie des pratiques dans le secteur de la santé et des services sociaux en ce qu'ils n'ont pas agi comme une force extérieure qui aurait pu soutenir la réalisation d'actions intersectorielles.

Plus contraignants, les instruments organisationnels correspondent aux structures chargées de la mise en œuvre de la politique en question. Nous avons considéré comme tels les règles qui déterminent l'accès au volet création d'environnements favorables du programme. La principale de ces règles est que les fonds du programme sont attribués aux organismes communautaires membres des tables de concertation *Enfance Famille* dans chacun des territoires ou à un groupe *ad hoc* d'organismes communautaires spécialisés dans l'intervention auprès des familles – deux configurations désignées ici par l'expression « comité *Environnements Favorables* ». Cette règle non-écrite, issue de la pratique du programme, produit des effets tangibles. En effet, seuls les organismes qui se définissent déjà par leur activité auprès des familles et des jeunes enfants peuvent se prévaloir du programme et soumettre des projets. Ceux qui œuvrent dans le domaine de l'environnement ou des transports ne peuvent soumettre des projets pour améliorer l'accès aux espaces verts ou la mobilité des familles vulnérables puisque leur spécialisation dans un autre secteur les exclut du groupe de bénéficiaires potentiels du programme. En ce sens, les

instruments organisationnels, comme les instruments informationnels, favorisent une certaine inertie et ne créent pas de conditions propices à la réalisation d'actions intersectorielles.

Enfin, les instruments budgétaires sont également contraignants et désignent toutes les règles de répartition et de gestion des fonds d'un programme ou d'une politique publique. Le programme prévoit que les comités *Environnements Favorables* eux-mêmes doivent élaborer leur plan d'action et un budget. Ils sont accompagnés en cela par les organisatrices communautaires du CSSS, qui ont pour mission de soutenir l'activité des comités mais n'ont aucune responsabilité décisionnelle quant au contenu du plan d'action et au budget. L'approbation du plan d'action et du budget est ensuite confiée, selon la région, au chef de programme au CSSS ou à la répondante régionale du programme à l'Agence de la santé et des services sociaux. Il s'agit, dans la plupart des cas, d'une procédure routinière qui n'implique que des échanges limités avec les comités quant au budget et au contenu des projets. Une des principales conséquences de cette pratique est que personne en dehors des comités *Environnements Favorables* n'a la responsabilité d'assurer le caractère intersectoriel des projets proposés. Les comités *Environnements Favorables* ont, quant à eux, avant tout un intérêt à poursuivre leurs propres activités et à assurer la continuité des actions des organismes qui les composent, en particulier dans un contexte où le financement des organismes communautaires est un enjeu fort. Dans la mesure où les organismes présents dans les comités *Environnements Favorables* sont spécialisés dans l'intervention auprès des familles, on comprend que l'action intersectorielle n'est pas nécessairement au premier rang de leurs priorités.

Cette étude de cas souligne l'influence de pratiques institutionnelles routinières (i.e. des instruments) des administrations de la santé et des services sociaux sur leur capacité à susciter une action intersectorielle. Dans ce cas, les instruments ont plutôt conduit à l'inertie en ce qu'ils n'ont pas soutenu activement le développement d'actions intersectorielles. Les instruments informationnels, organisationnels et budgétaires qui régulent la mise en œuvre du programme dans le milieu communautaire ont reproduit la logique sectorielle en faisant le choix d'un interlocuteur sectoriel et en ne lui donnant pas les moyens de dépasser les frontières du secteur. Dans le cas de ce programme, c'est comme si la territorialisation de l'action, c'est-à-dire sa déclinaison locale à l'échelle des quartiers, était pensée comme un moyen suffisant pour agir de façon intersectorielle sur des problèmes complexes (Palier, 1998). Notre analyse souligne au contraire que, non seulement les tables de concertation elles-mêmes fonctionnent selon une logique sectorielle, mais aussi que les pratiques administratives du réseau de la santé et des services sociaux entretiennent cette logique sectorielle, alors même que ces institutions cherchent à susciter des actions intersectorielles.

## **Les institutions, les intérêts et les idées des secteurs comme freins à l'action intersectorielle centrale**

Le gouvernement du Québec innovait en 2001 en intégrant dans la Loi sur la santé publique, un article faisant du ministre de la Santé et des Services sociaux le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique et en lui reconnaissant le droit de donner :



[...] 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 de 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 (L.R.Q., chapitre S-2-.2, article 54 dans Québec, 2001).

Cet article de loi devenait ainsi un levier d'action pour les acteurs de la santé publique (Gagnon, Turgeon et Dallaire, 2008). D'une part, le ministre de la Santé se voit reconnaître le droit de donner son avis et d'autre part, les autres ministères doivent dorénavant le consulter si les mesures prévues peuvent avoir un impact significatif sur la santé de la population. Au MSSS, la Direction de la planification, de l'évaluation et du développement en santé publique (Direction générale de la santé publique) est responsable de la mise en œuvre de cet article. Sa stratégie comporte deux volets : l'un visant l'implantation d'un mécanisme intragouvernemental d'évaluation d'impact sur la santé et l'autre le développement et le transfert de connaissances sur les politiques publiques favorables à la santé (MSSS, 2008). Afin de favoriser la mise en œuvre de cette stratégie, le MSSS s'est engagé dans le programme d'Action Concertée (AC) *Concepts et méthodes pour l'analyse des actions gouvernementales pouvant avoir des impacts sur la santé et le bien-être de la population*.

De 2004-2011, dans le contexte de cette AC, le Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé (GÉPPS) a mené le programme de recherche *L'adoption de politiques publiques favorables à la santé à la santé pour le Québec*.<sup>2</sup> Trois axes ont été au centre de nos travaux : le processus décisionnel, l'évaluation prospective d'impact sur la santé et le transfert de connaissances (Gagnon, Turgeon et Dallaire, 2007; Gagnon et al, 2011). Nos travaux se sont appuyés sur un cadre conceptuel inspiré de l'*Advocacy Coalition Framework (ACF)* de P.A. Sabatier (Sabatier et Jenkins-Smith, 1999; Sabatier et Weible, 2007). L'ACF est associé à l'approche cognitive des politiques publiques, c'est-à-dire que le poids des connaissances, des idées et des représentations est pris en compte dans l'élaboration des politiques publiques. De plus, nous avons proposé une adaptation de ce cadre afin d'y intégrer, entre autre, la dimension institutionnelle (Gagnon, Turgeon et Dallaire, 2007). Notre objectif, n'est pas de revenir sur ce cadre, mais de faire ressortir l'importance de considérer les idées des acteurs, leurs intérêts et les institutions afin d'appréhender la réalité complexe que représente le développement de politiques favorables à la santé et de saisir les défis que présente l'action intersectorielle qui sous-tend l'élaboration de telles politiques.

Pour les fins de cet article, nous nous appuyerons principalement sur les études de cas réalisées dans quatre ministères du gouvernement du Québec et qui touchent à divers secteurs et politiques (Gagnon et Turgeon, 2007). Ces études de cas portent en effet sur des règlements, politiques, plans d'action, lois des secteurs des transports, de l'environnement, de l'emploi, de l'agriculture (Gagnon et al 2011). Par ailleurs, afin de mettre en contexte comment la santé est perçue par les

---

<sup>2</sup> Recherche réalisée avec le soutien financier du Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC) et ses partenaires : le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) et le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les résultats de ces travaux sont disponibles au [www.gepps.enap.ca](http://www.gepps.enap.ca).

professionnels de l'administration publique, nous ferons appel aux résultats de l'enquête téléphonique, menée en 2008, par Ouimet 2010 et al *et* notamment aux résultats concernant les préoccupations en matière de santé des professionnels (Turgeon et al 2012) Pour les fins de cette enquête, plus de 3000 individus répartis dans 17 ministères ont été contactés et le taux de réponse net est de 62% (1614 professionnels ont répondu au questionnaire).<sup>3</sup>

Nous souhaitons donc examiner ici les implications de la mise en œuvre de l'article 54 sous l'angle de l'intersectorialité et, suivant l'approche des trois I, montrer qu'au-delà des dispositifs interministériels, le poids des intérêts et des idées doit être pris en compte dans le développement de l'action intersectorielle. D'entrée de jeu, il est intéressant de souligner quelques résultats de l'enquête téléphonique, auprès des professionnels de l'administration publique du gouvernement du Québec. Ces résultats montrent entre autres, que plus de six ans après l'adoption de l'article 54, ce dernier est relativement peu connu dans l'administration publique. Ainsi, 59 % des personnes interrogées ont dit ne pas connaître l'article 54. Dans deux ministères, plus de 70 % des répondants disent ne pas connaître l'article 54. Il s'agit du ministère de la Faune et des Ressources naturelles (80 %) et de celui de l'Emploi et de la Solidarité sociale (72 %). La connaissance de l'article 54 est plus élevée dans quelques ministères. Le MSSS affiche un taux de réponse positif de 81% et trois autres ministères un taux de 50% et plus, soit ceux de la Famille et des Aînés, de la Justice et les ministères horizontaux.<sup>4</sup> Le ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation des territoires suit avec un taux de 49% (Turgeon et al, 2012 : 22).

Ainsi, d'une part, bien que l'instrument légal puisse jouer comme levier d'action, il ne suffit pas en soi à légitimer que la santé et le bien-être de la population deviennent une norme à respecter par les acteurs des divers secteurs et pour toutes les politiques publiques. D'autre part, le fonctionnement de dispositifs intersectoriels (réseau de répondants, tables ou comités) n'échappe pas à la diversité des intérêts et à la confrontation des différentes visions du problème ou des solutions qui y sont liées. Ou encore, au fait que les acteurs priorisent leur mission première avant de consacrer temps et ressources à un autre objectif. La loi comme norme écrite énonce le permis, le possible et l'interdit. Elle édicte les règles, mais sa mise en application ne relève ni de celui qui la propose, la formule ou l'adopte.

Afin d'illustrer la place, voire l'influence des intérêts et des idées dans le développement de politiques publiques favorables à la santé qui interpelle directement l'action intersectorielle, nous reviendrons d'abord sur la perception qu'ont les acteurs de divers secteurs des déterminants de la santé et de la prise en charge de celle-ci. Puis, nous verrons à illustrer comment se manifeste la diversité des intérêts sectoriels face à la santé.

Des études menées au début des années 2000 ont montré la perception différente de la santé par les ministères à vocation économique et ceux à vocation sociale et ce, au Canada comme au Québec (Lavis et al, 2003; Observatoire de l'administration publique, 2003). Les résultats de

---

<sup>3</sup> Les statistiques citées sont tirées du rapport de Turgeon et al, (2012) qui porte essentiellement sur les préoccupations en matière de santé et de bien-être chez les professionnels du gouvernement du Québec. Les résultats ont été arrondis à la dizaine près.

<sup>4</sup> Sont regroupés sous cette appellation, le ministère du conseil exécutif et le Secrétariat du Conseil du Trésor.

l'enquête téléphonique de 2008 abondent également en ce sens et font ressortir la complexité du raisonnement ou encore la diversité des rationalités. D'abord, les déterminants sont relativement connus par les acteurs chargés de formuler les politiques : 65 % des répondants à l'enquête disent être très bien ou bien informés sur les principaux déterminants de la santé (Turgeon et al, 2012 : 12). L'analyse montre toutefois que ce pourcentage varie selon les ministères concernés. Ainsi, les professionnels des ministères de la Santé (87 %), de l'Éducation (71 %), de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (69 %) et ceux des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire (69 %) sont les mieux informés avec des taux de réponse variant de 87 % pour le MSSS à 69 % pour le ministère des Affaires municipales. Certains de ces ministères ont une vocation économique, ceux de l'Agriculture et des Affaires municipales notamment. Cependant les répondants des ministères de la Culture, des Communications et de la Condition féminine (47 %), de la Justice (46 %), des Finances (45 %) et du ministère des Transports (41 %) déclarent être peu ou pas du tout informés sur les déterminants de la santé, dans des proportions relativement importantes (Turgeon et al, 2012).

Les taux de réponse à des questions portant sur la consultation de documents publics centrés sur les déterminants de la santé, tels que le rapport Lalonde de 1974 et celui produit par le MSSS (2007)<sup>5</sup> confirment « le peu d'intérêt » accordé aux déterminants de la santé par l'ensemble des professionnels. Ainsi, dans les deux cas, les répondants du MSSS sont ceux ayant consulté le plus ces documents avec des taux de réponse de 25 % pour le rapport Lalonde et de 38 % pour le document ministériel. Dans l'ensemble, pour tous les ministères, le taux de consultation est plus élevé pour les documents ministériels plus récents.<sup>6</sup>

D'une part, il est « rassurant » de constater que le MSSS se classe bon premier et que les documents plus récents sont davantage consultés. D'autre part, les taux de consultation de ces derniers sont peu élevés. Quelques ministères « se distinguent », pour le document portant sur les déterminants de la santé (MSSS, 2007), mais ces taux de consultation demeurent faibles. Le ministère de la Famille et des Aînés présente le taux de consultation le plus élevé, avec 19 % et les ministères horizontaux affichent un taux de consultation de 15,5%. Dans le cas de huit ministères, le taux de consultation est à moins de 10%. Sont inclus les ministères des Finances, de la Justice, des Ressources naturelles et de la Faune, de même que ceux de l'Éducation, des Loisirs et des Sports et du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation. Enfin, selon 55 % des professionnels interrogés « les connaissances sur les déterminants ont influencé le processus d'élaboration des politiques publiques au sein de leur ministère » (Turgeon et al, 2012 : 15). Toutefois, plus de 50% des répondants considèrent que les déterminants de la santé « réfèrent à des concepts vagues difficilement applicables dans leur domaine d'activités » (Turgeon et al, 2012 : 15).

Par ailleurs, une majorité de répondants (76%) est en accord avec la proposition selon laquelle « de nouveaux mécanismes interministériels sont nécessaires afin de considérer l'impact sur la santé des populations des politiques formulées dans leur domaine d'activités. » Paradoxalement,

---

<sup>5</sup> Ce document est centré sur les déterminants de la santé et vise à les faire connaître auprès des autres ministères.

<sup>6</sup> Cela inclut le guide pratique sur l'EIS produit par le MSSS (2006). Nous n'aborderons pas cet autre aspect dans cet article.

une majorité importante de répondants (66%) considèrent également que : « La responsabilité en matière de mesures gouvernementales pour améliorer la santé des Québécois devrait demeurer entre les mains du MSSS. » Au-delà des intentions, la logique sectorielle s'impose.

Dans le cadre des études de cas réalisées, nous nous sommes intéressés aux dimensions structurantes du processus décisionnel que représentent les dimensions institutionnelle, normative, politique et cognitive (Gagnon et al, 2011 : 7). L'analyse transversale des cas a fait ressortir l'importance des dimensions institutionnelle et politique, au sens où la mission ministérielle agit comme un véritable filtre pour les acteurs de l'administratif et du politique et surtout dans le cas de ces derniers, les événements de l'environnement externe influent dans le processus décisionnel (Gagnon et al, 2011 : 12). Toutefois, la dimension normative, au sens de la vision du problème qu'ont les acteurs issus de différents ministères, voire secteurs et la confrontation entre les choix à faire en matière de politiques publiques, de même que la dimension cognitive, liée à l'utilisation et au transfert des connaissances sont à considérer.

Les études de cas démontrent que la perception de la santé est reliée de près à la mission ministérielle, soit par exemple la sécurité routière, la protection de la santé (plutôt que la promotion) et le développement économique (Gagnon et Turgeon, 2007). À la base, aucun ministère ne souhaite que les mesures qu'il adopte ait des impacts négatifs sur la santé, mais de là à privilégier des mesures ayant des impacts positifs sur la santé et que la santé s'impose comme norme il y a une marge! Globalement, lors de la formulation des politiques publiques, trois grandes visions des problèmes s'affrontent autour d'enjeux économiques, environnementaux et de santé. Tant et aussi longtemps que les frontières entre les secteurs demeureront délimitées et étanches et l'expertise cloisonnée, il sera difficile de penser autrement les choix collectifs et l'action publique.

A travers ce second exemple, nous avons voulu illustrer comment les institutions donnent une orientation aux pratiques et idées des acteurs. La santé est perçue par les acteurs d'abord et avant tout à travers leur mission première. L'on peut penser également que l'expertise ou la culture professionnelle propre à chaque ministère ou domaine d'intervention « oriente » les préférences et les motivations des acteurs. De plus, l'outil légal ne suffit pas en soi à modifier les pratiques ministérielles, les « intérêts » et à favoriser l'ouverture à de nouvelles préoccupations, voire à l'innovation.

## **Conclusion**

L'analyse de l'action intersectorielle sous l'angle des trois I fait ressortir la complexité du changement de l'action publique. En effet, si l'existence de dispositifs institutionnels intersectoriels apparaît nécessaire pour initier et favoriser la collaboration entre les secteurs et les acteurs, ils ne sont pas suffisants pour instaurer une action conjointe amenant un changement dans la vision du problème à l'étude, de ses éventuelles solutions et des pratiques. Dans la première étude de cas, les instruments mobilisés pour mettre en œuvre le programme ne tiennent pas compte de la diversité des acteurs impliqués. En s'adressant aux spécialistes de l'intervention auprès des familles, ils ne créent pas les conditions de la participation d'acteurs qui maîtrisent d'autres leviers sectoriels pouvant améliorer les conditions de vie des familles. Dans la seconde

étude de cas, la loi est un levier institutionnel puissant mais elle ne tient pas compte des différences entre les idées (préférences, valeurs, savoirs) des acteurs impliqués. Or il est essentiel de créer des espaces de dialogues pour trouver un terrain d'entente entre leurs idées respectives pour que les acteurs acceptent de s'engager dans l'action intersectorielle.

Selon les sociologues de l'innovation, cette dernière est « l'art d'intéresser un nombre croissant d'alliés qui vous rendent de plus en plus fort » (Akrich, Callon et Latour, 1988 : 17). Innover pour créer une action intersectorielle implique, de la même manière, d'élargir le réseau des acteurs impliqués pour s'en faire des alliés. La définition des secteurs d'action publique, ainsi que la littérature sur les trois I, attirent l'attention sur le fait qu'il importe de prendre en considération les caractéristiques du secteur à l'étude non seulement au regard de ses institutions (règles, normes et mécanismes) mais aussi des intérêts et des idées mis de l'avant par les divers acteurs concernés par le problème de façon à faire de ces derniers des alliés. Les préférences des acteurs et leur représentation d'un problème demeurent le plus souvent liées à leur domaine d'expertise et ancrées dans leurs pratiques et leurs croyances sectorielles. Sabatier et Weible (2007 : 201) suggèrent de considérer l'ouverture du système politique et le degré de consensus nécessaire au changement.

Pour dépasser les obstacles identifiés dans les deux études de cas et soutenir l'innovation intersectorielle, il serait donc pertinent de : 1) procéder au repérage des acteurs, des institutions et des idées concernées par une action intersectorielle ; 2) d'assortir la création de dispositifs institutionnels d'un travail sur les intérêts et les idées des acteurs concernés afin de trouver un point commun qui leur permettent de travailler ensemble (ce que la théorie de l'innovation appelle un point de passage obligé ; Callon, 1986 : 3) s'assurer que les dispositifs institutionnels créés (ou les instruments utilisés comme on l'a vu dans la première étude de cas) permettent à tous les acteurs concernés de contribuer à l'action intersectorielle.

Au final, notre article se veut une contribution théorique qui rappelle quelques concepts centraux de l'étude des politiques publiques pour éclairer l'action intersectorielle et un texte appliqué qui souligne la pertinence de l'ancrage théorique pour mieux comprendre les transformations contemporaines de l'action publique en général et en particulier de l'action intersectorielle en santé publique. Nous proposons d'ouvrir le questionnement sur les dynamiques propres à chaque secteur d'action publique pour mieux comprendre l'action intersectorielle mais d'autres pistes de réflexion sont également à considérer. En particulier, nos études de cas réalisées à deux échelles d'action publique différentes invitent à s'interroger d'une part sur les dynamiques de l'action intersectorielle aux paliers local et central et aussi à l'interaction entre ces paliers afin de favoriser de meilleurs ajustements entre ceux-ci et à l'intérieur de ceux-ci. D'autre part, cet effort pour mieux comprendre l'action intersectorielle du point de vue de deux paliers soulève aussi l'observation suivante : la sectorisation ne serait pas l'apanage du central et la proximité au local ne serait pas un automatisme.

#### **Au sujet des auteurs :**

**Carole Clavier**, PhD, détient un doctorat en science politique de l'Université de Rennes 1 (France). Elle est professeure au département de science politique de l'Université du Québec à Montréal. Elle a également été post-doctorante à la Chaire Approches communautaires et

inégalités de santé de l'Université de Montréal et chercheure à la Direction de santé publique de Montréal. Elle s'intéresse à l'action publique locale, aux transferts de politiques publiques et aux politiques intersectorielles, en particulier en lien avec les questions de santé publique. Elle est joignable par courriel au [clavier.carole@uqam.ca](mailto:clavier.carole@uqam.ca).

**France Gagnon**, détentrice d'un doctorat en science politique de l'Université Laval, est professeure à la TÉLUQ (Université du Québec) depuis 1996. Depuis 2005, Gagnon est co-directrice du Groupe d'études sur les politiques publiques et la santé (GÉPPS). Elle a mené plusieurs projets et activités au sein du programme de recherche *L'adoption de politiques publiques favorables à la santé pour le Québec*, 2004-2011. En 2012, elle s'est méritée un *Senior Research Fellowship* de l'Université Durham (Royaume-Uni). Elle mène actuellement des projets de recherche sur la mise à profit des connaissances par les acteurs de santé publique lors de la formulation des politiques publiques et sur la prise en compte de la santé dans le développement de politiques en lien, par exemple, avec le gaz de schiste. Elle est joignable par courriel au [france.gagnon@teluq.ca](mailto:france.gagnon@teluq.ca).

## Références :

- Agence de santé publique du Canada. 2007. *Au croisement des secteurs. Expériences en action intersectorielle, en politiques publique et en santé*. Ottawa, ON : Ministère de la Santé.
- Akrich, Madeleine, Michel Callon et Bruno Latour. 1988. A quoi tient le succès des innovations? 1 : L'art de l'intéressement, Gérer et comprendre. *Annales des Mines*, 11 : 4-17.
- Bakvis, Herman et Luc Juillet. 2004. *Le défi de l'horizontalité: ministères responsables, organismes centraux et leadership*. Ottawa, ON : École de la fonction publique du Canada.
- Bernier, Nicole F. 2006. Quebec's Approach to Population Health: An Overview of Policy Content and Organization. *Journal of public health policy*, 27(1) : 22-37.
- Bilodeau, Angèle, Marilène Galarneau, Michel Fournier et Louise Potvin. 2011. L'outil diagnostique de l'action en partenariat: fondements, élaboration et validation. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 102(4) : 298-302.
- Bourgault, Jacques. 2002. *Horizontalité et gestion publique*. Québec, QC : Les Presses de l'Université Laval.
- Bourgault, Jacques, S. Dupuis et Jean Turgeon. 2008. *Les conditions de succès des dispositifs interministériels. Enquête réalisée auprès de six (6) gouvernements provinciaux et du gouvernement du Canada*. Québec, QC : GÉPPS.
- Callon, Michel. 1986. Eléments pour une sociologie de la traduction: la domestication des coquilles Saint-Jacques et des pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc. *L'Année Sociologique*, 36 : 169-208.

Clavier, Carole. 2010. « Les compétences des médiateurs dans les partenariats intersectoriels ». Pp. 326–34 dans Louise Potvin, Marie-Josée Moquet et Catherine M. Jones (Éd). *Réduire les inégalités sociales de santé*. Paris, France : Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé.

Clavier, Carole, S. Gendron, L. Lamontagne et L. Potvin. 2012. Explaining similarities in the local implementation of a healthy environment programme: Insights from policy studies. *Social Science & Medicine*, 75 : 171–78.

Conseil de la santé et du bien-être. 2002. *Pour une stratégie du Québec en santé. Décider et agir*. Québec, QC : Gouvernement du Québec.

Degeling, Pieter. 1995. The significance of 'sectors' in calls for urban public health intersectoralism: an Australian perspective. *Policy et politics*, 23(4) : 289–301.

Gagnon, France et Jean Turgeon. 2007. *Santé, bien-être et formulation de politiques publiques au Québec. Huit études de cas. Résumés*. Québec, QC : Groupe d'Études sur les Politiques Publiques et la Santé.

Gagnon, France, Jean Turgeon et Clémence Dallaire. 2008. L'évaluation d'impact sur la santé au Québec: lorsque la loi devient levier d'action. *Télescope*, 14(2) : 79–94.

Gagnon, France, Jean Turgeon et Clémence Dallaire. 2007. Healthy public policy. A conceptual cognitive framework. *Health policy*, 1 : 42–55.

Gagnon, France, Jean Turgeon et D. Gagné. 2007. *Les actions de la santé publique en matière de politiques favorables à la santé au Québec, de 1995 à 2005 – Perspectives centrales et régionales*. Québec, QC : GÉPPS.

Gagnon, France, Jean Turgeon, Mélanie Michaud et Clémence Dallaire. 2011. *L'adoption de politiques publiques favorables à la santé pour le Québec : résultats de recherche 2004-2011*. Québec, QC : GÉPPS.

Geddes, Mike. 2000. Tackling Social Exclusion in the European Union? The Limits to the New Orthodoxy of Local Partnership. *International Journal of Urban and Regional Research*, 24(4) : 782–800. doi:10.1111/1468-2427.00278.

Hall, Peter A. 1997. « The role of interests, institutions and ideas in the comparative political economy of the industrialized nations ». Pp. 174–207 dans Mark Lichbach et Alan Zuckerman (Éd). *Comparative Politics. Rationality, Culture and Structure*. Cambridge, UK : Cambridge University Press.

Heclo, Hugh. 1994. « Ideas, interests and institutions ». Pp. 366–92 dans Lawrence Dodd et Calvin Jillson (Éd). *The Dynamics of American Politics. Approaches and Interpretations*. Boulder, CO : Westview Press.

Howlett, Michael. 2000. Managing the “hollow state”: procedural policy instruments and modern governance. *Canadian Public Administration / Administration Publique du Canada*, 43(4) : 412–31.

Kickbusch, Ilona et Kevin Buckett. 2010. *Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010*. Adelaide, Australie : Department of Health, Government of South Australia.

Lascoumes, Pierre et Patrick Le Galès. 2004. *Gouverner par les instruments*. Paris, France : Presses de Science Po.

Lavis, John N., Suzanne E. Ross, Gregory L. Stoddart, Joanne M. Hohenadel, Christopher B. McLeod et Robert G. Evans. 2003. Do Canadian civil servants care about the health of populations? *American Journal of Public Health*, 93(4) : 658–63.

Marmot, Michael et Richard Wilkinson. 2006. *Social Determinants of Health. 2nd Edition*. Oxford, UK : Oxford University Press.

MSSS. 2008. *Bilan et perspectives 2002-2007. À la frontière des responsabilités des ministères et organismes publics : l'application de l'article 54 de la Loi sur la santé publique*. Québec, QC : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

MSSS. 2007. *La santé, autrement dit ... Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé*. Québec, QC : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

MSSS. 2004. *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité. Cadre de référence*. Montréal, QC : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Muller, Pierre. 2004. “Secteur.” Pp. 405-13 dans Laurie Boussaguet, Sophie Jacquot et Pauline Ravinet (Éd). *Dictionnaire des Politiques Publiques*. Paris, France : Presses de Sciences po.

Nay, Olivier et Andy Smith. 2002. *Le gouvernement du compromis. Courtiers et généralistes dans l'action politique*. Paris, France : Economica.

Observatoire de l'administration publique. 2003. *Identification des enjeux sociétaux et sectoriels pour l'opérationnalisation du programme de transfert de connaissances et de recherche sur les politiques publiques favorables à la santé*. Québec, QC : ENAP.

Ouimet, Mathieu, P.-O. Bédard, Jean Turgeon, John N. Lavis, F. Gélinau, France Gagnon et Clémence Dallaire. 2010. Correlates of consulting research evidence among policy analysts in government ministries: a cross-sectional survey. *Evidence & Policy*, 6(4) : 433–60.

Palier, Bruno. 1998. La référence au territoire dans les nouvelles politiques sociales. *Politiques et Management Public*, 16(3) : 13–41.

Palier, Bruno et Yves Surel. 2005. Les “Trois I” et l'analyse de l'État en action. *Revue Française de Science Politique*, 55(1) : 7–32.



Québec. 2001. Loi sur la santé publique, L.R.Q., chapitre S-2.2. Québec, QC : Éditeur officiel du Québec.

Sabatier, Paul A. et H. C. Jenkins-Smith. 1999. « The Advocacy Coalition Framework. An Assessment ». Pp. 117–66 dans Paul A. Sabatier (Éd). *Theories of the Policy Process*. Boulder, CO : Westview Press.

Sabatier, Paul A. et Christopher M. Weible. 2007. « The Advocacy Coalition Framework: Innovations and Clarifications ». Pp. 189–220 dans Paul A. Sabatier (Éd). *Theories of the Policy Process. 2nd Edition*. Boulder, CO : Westview Press.

Sarker, S. et T. Joarder. 2012. Collaboration intersectorielle: une nouvelle voie pour promouvoir la promotion de la santé communautaire. *Global Health Promotion*, 19(4) : 62–64.

Sproule-Jones, Mark. 2000. Horizontal management: implementing programs across interdependent organizations. *Canadian Public Administration*, 43(1) : 93–109.

St-Pierre, L. et F.-P. Gauvin. 2010. Intersectoral governance for Health in All Policies: an integrated framework. *Public Health Bulletin SA. Adelaide 2010 International Meeting*, 7(2) : 31–36.

Turgeon, Jean, Mélanie Michaud, D. Talbot, France Gagnon, Mathieu Ouimet et P. O. Bédard. 2012. *Enquête sur les préoccupations en matière de santé et de bien-être chez les professionnels du gouvernement du Québec*. Québec, QC : GÉPPS.

White, Deena, Lyne Jobin, Danielle McCann et Paul Morin. 2002. *Pour sortir des sentiers battus : L'action intersectorielle en santé mentale*. Sainte-Foy, QC : Publications du Québec.

Wismar, M., D. McQueen, V. Lin, C. M. Jones et M. Davies. 2012. Intersectoral Governance for Health in All Policies. *Eurohealth*, 18(4) : 3–7.