



HAL
open science

Comprendre les politiques publiques pour mieux les influencer

Valéry Ridde, Daniel Béland, Anthony Lacouture

► **To cite this version:**

Valéry Ridde, Daniel Béland, Anthony Lacouture. Comprendre les politiques publiques pour mieux les influencer. 2016. hal-04158742

HAL Id: hal-04158742

<https://hal.science/hal-04158742>

Preprint submitted on 11 Jul 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

NUMÉRO 9 | AOÛT 2016

Comprendre les politiques
publiques pour mieux les
influencer

Valéry Ridde, Daniel Béland, Anthony Lacouture

Comprendre les politiques publiques pour mieux les influencer

Valéry Ridde, Daniel Béland, Anthony Lacouture

Auteurs :

- **Valéry Ridde, PhD**
Institut de Recherche en Santé Publique de l'Université de Montréal, (IRSPUM), École de Santé Publique de l'Université de Montréal (ESPUM), Montréal, Canada
- **Daniel Béland, PhD**
Johnson-Shoyama School, Université de Saskatoon, Saskatchewan, Canada
- **Anthony Lacouture, doctorant**
École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), Rennes, France et École de Santé Publique de l'Université de Montréal (ESPUM), Montréal, Canada

Remerciements :

Les auteurs remercient Maria José Arauz Galarza pour sa relecture et ses recommandations pour l'amélioration de ce texte. Il est tiré d'un chapitre que nous avons écrit pour un manuel à paraître aux Presses de l'EHESP (France) que nous remercions de l'autorisation de le rendre plus largement et gratuitement accessible.

Les auteurs sont entièrement responsables de la qualité scientifique de la recherche qui fait l'objet de la présente publication.

Résumé

L'unité chargée de la question des déterminants sociaux de la santé à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) centre son activité sur trois domaines, dont celui de l'amélioration des capacités des pays à réaliser des politiques nationales fondées sur des actions intersectorielles. Ce texte vise à montrer aux professionnels de promotion de la santé qu'ils peuvent, eux aussi, avoir un rôle à jouer, tant au plan national que local, pour que les politiques publiques se préoccupent davantage des déterminants sociaux de la santé. En effet, au-delà de l'importance de l'usage des données issues de l'évaluation et de la recherche en promotion de la santé, il est aussi indispensable de pouvoir influencer le processus des politiques publiques. Or, comme l'a encore rappelé la Commission de l'OMS en 2008, la (re)distribution des ressources est au cœur de toute politique publique souhaitant s'attaquer aux inégalités sous-jacentes des déterminants sociaux de la santé. On ne reviendra pas ici sur la définition de ce concept, mais force est de constater que leur prise en compte dans les politiques publiques, pourtant une des stratégies phare de la promotion de la santé, reste rare. Ainsi, la contribution à l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé doit nécessairement faire partie des compétences des promoteurs de la santé. Ce texte vise donc à répondre au besoin en formation. Il part de l'hypothèse que « construire des capacités en analyse de politiques est essentiel pour saisir les opportunités d'influencer le processus des politiques publiques » (Breton, Richard, Gagnon, Jacques, & Bergeron, 2008). Mais pour être en mesure d'atteindre cet objectif, il nous semble essentiel de maîtriser les concepts, approches et théories qui permettent, non seulement d'analyser les politiques publiques, mais surtout d'agir en faveur de leur mise en œuvre. À partir d'une synthèse des écrits les plus importants et pertinents du domaine, il s'agira donc de présenter quelques-unes des notions essentielles à cet égard et de discuter certains exemples empiriques de leur mobilisation. Dans une première partie, nous expliciterons pourquoi il demeure essentiel d'agir. Dans la deuxième partie, nous partagerons quelques éléments clefs pour aider les professionnels de promotion de la santé à mieux comprendre les politiques publiques, car, évidemment, la compréhension initiale est consubstantielle aux possibilités d'actions ultérieures en matière d'inégalités de santé. Ainsi, dans la troisième partie du texte, nous montrerons comment il est possible d'agir en mobilisant les concepts et notions présentés préalablement.

Mots-clés: *politiques publiques, théories, santé publique, données probantes, inégalités.*

1. Introduction

L'unité chargée de la question des déterminants sociaux de la santé à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) centre son activité sur trois domaines, dont celui de l'amélioration des capacités des pays à réaliser des politiques nationales fondées sur des actions intersectorielles. Ce texte vise à montrer aux professionnels de promotion de la santé qu'ils peuvent, eux aussi, avoir un rôle à jouer, tant au plan national que local, pour que les politiques publiques se préoccupent davantage des déterminants sociaux de la santé. En effet, au-delà de l'importance de l'usage des données issues de l'évaluation et de la recherche en promotion de la santé, il est aussi indispensable de pouvoir influencer le processus des politiques publiques, comprises ici comme toutes « tentatives de régulation de situations qui présentent des problèmes de distribution des ressources » (Lemieux, 2002). Or, comme l'a encore rappelé la Commission de l'OMS en 2008, la (re)distribution des ressources est au cœur de toute politique publique souhaitant s'attaquer aux inégalités sous-jacentes des déterminants sociaux de la santé (WHO, 2008). On ne reviendra pas ici sur la définition de ce concept, mais force est de constater que leur prise en compte dans les politiques publiques, pourtant une des stratégies phare de la promotion de la santé, reste rare (Clavier & Gagnon, 2013). Ainsi, la contribution à l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé doit nécessairement faire partie des compétences des promoteurs de la santé (Dempsey, Battel-Kirk, Barry, & CompHP Project Partners, 2011). Ce texte vise donc à répondre au besoin en formation. Il part de l'hypothèse que « construire des capacités en analyse de politiques est essentiel pour saisir les opportunités d'influencer le processus des politiques publiques¹ » (Eric Breton, Richard, Gagnon, Jacques, & Bergeron, 2008). Mais pour être en mesure d'atteindre cet objectif, il nous semble essentiel de maîtriser les concepts, approches et théories qui permettent, non seulement d'analyser les politiques publiques, mais surtout d'agir en faveur de leur mise en œuvre. À partir d'une synthèse des principaux écrits essentiels du domaine, il s'agira donc de présenter quelques-unes des notions essentielles à cet égard et de discuter certains exemples empiriques de leur mobilisation. Dans une première partie, nous expliciterons pourquoi il demeure essentiel d'agir. Dans la deuxième partie, nous partagerons quelques éléments clefs pour aider les professionnels de promotion de la santé à mieux comprendre les politiques publiques, car, évidemment, la compréhension initiale est consubstantielle aux possibilités d'actions ultérieures en matière d'inégalités de santé (Ridde & Guichard, 2008). Ainsi, dans la troisième partie du texte, nous montrerons comment, il est possible d'agir en mobilisant les concepts et notions présentés préalablement.

2. Pourquoi agir par des politiques publiques intersectorielles?

Les circonstances de vie des individus et les interventions de santé publique mises en place pour maintenir ou améliorer leur santé sont communément appelés les déterminants sociaux de la santé (WHO, 2008). Agir sur ces déterminants est devenu une priorité majeure en promotion de la santé, notamment pour réduire les inégalités sociales de santé. Bien que les politiques de santé publique soient formulées et mises en œuvre pour maintenir ou améliorer la santé des populations, bon nombres de politiques en dehors du secteur de la santé (e.g. éducation, logement, agriculture, petite enfance) influent sur la santé des populations. Une action sur

1 Toutes les traductions dans ce texte sont librement réalisées par les auteurs

l'ensemble des déterminants de la santé nécessite, dès lors, une responsabilité partagée des décideurs politiques envers la santé des populations, ainsi que des mesures qui ne peuvent être mises en place uniquement par le secteur de la santé (OMS, 1988).

Afin de développer une synergie entre les secteurs gouvernementaux, l'OMS recommande une approche intersectorielle des politiques publiques, autrement dit une approche axée sur la santé dans toutes les politiques (OMS, 2010). Cette approche suggère une gouvernance intersectorielle qui tient compte des conséquences potentielles de toutes les décisions prises par les responsables politiques sur la santé des populations. Bien que l'opérationnalisation de cette approche puisse s'avérer ardue en pratique (Ollila, 2011), différentes structures, actions et expériences intersectorielles ont déjà été initiées dans certains pays d'Europe, des Amériques, d'Asie et d'Australie (McQueen, Wismar, Lin, Jones, & Davies, 2012).

Aux Pays-Bas, les principaux défis de la mise en œuvre formelle d'une approche axée sur la santé dans toutes les politiques au niveau national ont été, d'une part, de couvrir les déterminants des inégalités de santé de façon équilibrée, en lien avec des objectifs concrets et des résultats visibles ; et d'autre part, d'améliorer la coordination au sein du gouvernement et avec le ministère de la santé (Storm, Aarts, Harting, & Schuit, 2011). Bien que cette approche soit encore peu appliquée dans les pays francophones au niveau national, certains discours semblent néanmoins en sa faveur. En France, par exemple, où certains chercheurs réclament de telles avancées depuis bien longtemps (Aïach, 2010), dans le cadre de l'élaboration de la future stratégie nationale de santé, la Société française de santé publique (SFSP) a proposé qu'une stratégie nationale explicite de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, reposant sur une gouvernance intersectorielle, soit adoptée par le gouvernement (SFSP, 2014a).

Pour aider à mieux comprendre, planifier, mettre en œuvre et évaluer l'approche axée sur la santé dans toutes les politiques, l'OMS propose deux ressources très complètes. Tout d'abord, [un cadre revient sur les six composantes clés de sa mise en œuvre](#) (WHO, 2014). L'une de ses composantes, l'évaluation de cette approche, met l'accent sur la démarche de l'évaluation d'impact sur la santé (EIS). L'EIS permet d'estimer les conséquences potentielles de politiques, le plus souvent en dehors du secteur sanitaire, sur la santé des populations. Ensuite, un récent manuel de formation présente [douze modules](#) pour aider à mieux saisir les compétences à acquérir pour mettre en œuvre l'approche axée sur la santé dans toutes les politiques (WHO, 2015).

Une étude réalisée au Québec montre que « 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 » (Clavier & Gagnon, 2013). La sectorisation des politiques publiques est un champ d'étude particulier (Boussaguet, Jacquot, Ravinet, & Muller, 2015) montrant notamment la rareté des politiques intersectorielles, tel que le confirme cette étude au Québec (Clavier & Gagnon 2013). Pourtant, l'intersectorialité est un aspect clé de l'action sur les déterminants sociaux de la santé.

3. Comprendre les politiques publiques pour mieux agir

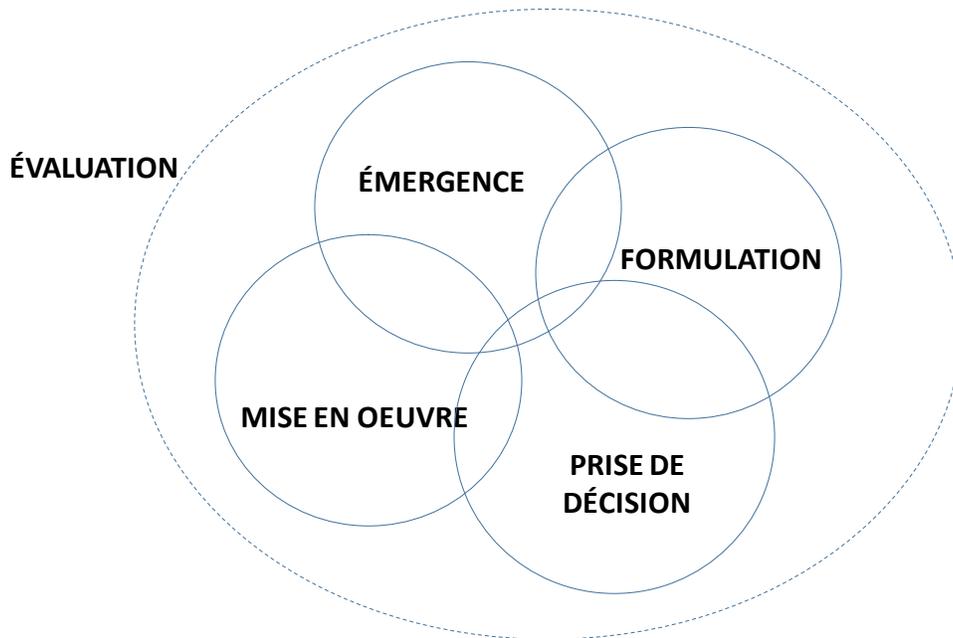
Pour que l'action intersectorielle se déroule mieux au niveau politique, il s'avère primordial de comprendre au préalable comment les responsables politiques perçoivent les problèmes (i.e. les inégalités de santé) ainsi que leur rôle potentiel dans la formulation puis le soutien à la mise en œuvre des solutions. Le développement de la recherche sur ces questions de politiques publiques est donc indispensable. Pour ce faire, les écrits de science politique, par les multiples cadres conceptuels et théoriques qu'ils proposent, s'avèrent utiles pour décrire et analyser les politiques publiques visant à agir sur les déterminants de la santé pour réduire les inégalités de santé. Une meilleure prise en compte de ces approches dans le corpus de connaissances en promotion de la santé s'avère aujourd'hui indispensable (Bennett et al., 2011; E. Breton & De Leeuw, 2011; Clavier & De Leeuw, 2013). En effet, une étude des articles de promotion de la santé publiés entre 1986 et 2006 montrait que seulement 18% de ceux étudiant les politiques publiques usaient d'un cadre théorique issu de cette discipline (E. Breton & De Leeuw, 2011).

3.1. Le cycle des politiques publiques

Le concept de « cycle » des politiques publiques renvoie aux différents moments qui marquent leur développement, de leurs origines à leur évaluation en passant par leur mise en œuvre (Boussaguet, Jacquot, & Ravinet, 2006). Il est toutefois important de souligner qu'un tel cycle n'est pas nécessairement linéaire et que, dans la réalité, les moments qui le ponctuent ne sont pas toujours clairement distincts les uns des autres (Breton & De Leeuw, 2011, p. 20; Jacob & Rothmayr, 2012). D'autres évoquent plutôt un processus tourbillonnaire (Monnier, 1992). En gardant ces remarques en tête, il est possible de diviser le cycle des politiques publiques en cinq « moments » principaux (Howlett, Ramesh, & Perl, 2009), illustrés à la Figure 1. Le premier est l'énonciation de l'ordre du jour (agenda-setting), durant lequel différents problèmes sont identifiés et débattus. Certains ont proposé de nommer cela l'émergence (Lemieux, 1995). Le deuxième moment concerne la formulation de solutions capables de résoudre ces problèmes. Vient ensuite le moment de la prise de décision, durant lequel les autorités en place sélectionnent les solutions qui leurs semblent les plus appropriées pour résoudre un problème particulier inscrit à l'ordre du jour. Une fois qu'une politique est formellement adoptée sur le plan législatif, on entre dans le quatrième moment, qui concerne la mise en œuvre de nouvelles politiques. Longtemps délaissée par les spécialistes, la mise en œuvre est un moment fondamental du cycle des politiques publiques car l'adoption de textes législatifs ou de décrets ne veut en rien dire qu'ils vont avoir les effets escomptés, voir qu'ils seront une réalité sur le terrain (Béland & Ridde, 2015). Finalement, le dernier moment du cycle est celui de l'évaluation des politiques déjà en place². Pour reprendre notre remarque de prudence liminaire sur la concomitance de ces moments, on peut aussi penser que l'évaluation est un méta-processus (Lemieux, 1995), pouvant se dérouler à chaque instant d'une politique publique. Loin d'être purement technocratique, l'évaluation peut devenir un enjeu politique à la fois contesté et contestable, durant lequel experts, bureaucrates, élus et même journalistes peuvent débattre des effets et du rendement de ces politiques (Béland, 2006). L'évaluation peut affecter directement la perception des problèmes débattus dans le contexte de l'énonciation de l'ordre du jour politique. En fait, l'évaluation des politiques existantes est également une source possible de leçons et d'arguments entourant la formulation de solutions potentielles aux problèmes de l'heure, sans parler de leur adoption et de leur mise en œuvre future. La boucle du cycle des politiques publiques est bouclée (Howlett et al., 2009).

2 Certains évoquent aussi la pérennité/pérennisation, mais nous ne l'aborderons pas dans ce texte, voir (Ridde, Pluye, & Queuille, 2006) et ce site internet : <http://www.equitesante.org/chaire-realisme/outils/>

Figure 1 : les cinq moments des politiques publiques



3.2. Trois cadres d'analyse de politiques publiques

Les théories qui s'efforcent d'expliquer la stabilité, l'évolution et le changement dans l'action publique ne mettent généralement l'accent que sur une partie des cinq moments du cycle des politiques publiques. Pour illustrer cette réalité et enrichir notre compréhension de l'action publique, nous pouvons nous tourner vers trois d'entre elles, qui sont particulièrement influentes dans les écrits scientifiques sur les politiques publiques et assurément utiles pour comprendre la place (ou l'absence) des déterminants sociaux de la santé.

La première de ces théories est l'approche dite des « courants multiples » (multiple streams) inaugurée en 1984 par John W. Kingdon dans un ouvrage qui a depuis été abondamment cité à travers le monde (Kingdon, 1995). Cette popularité internationale est quelque peu paradoxale car l'ouvrage en question ne traite que des États-Unis et l'auteur ne mentionne même pas la possibilité d'utiliser son approche pour analyser le développement des politiques dans d'autres pays que le sien (Béland, 2016). Toutefois, la question posée dès la première page de son ouvrage est fondamentale pour l'analyse de l'action publique, ce qui explique sans doute en partie son rayonnement international: « Qu'est-ce qui fait que les agents situés à l'intérieur et autour de l'État se préoccupent, à un moment donné, de certaines questions plutôt que d'autres »? Cette question est inséparable de l'énonciation de l'ordre du jour, qui est au cœur de l'ouvrage. Cependant, l'approche prônée par Kingdon ne concerne pas seulement ce moment particulier du cycle des politiques publiques car elle traite tout aussi directement de la formulation et de la prise de décision (et dans une bien moindre mesure de l'évaluation), sans parler de sa contribution potentielle à l'analyse de la mise en œuvre des politiques (Ridde, 2009).

Inspirée par les travaux sur la contingence et l'imprévisibilité dans l'action publique (Cohen, March, & Olsen, 1991), l'approche de Kingdon, comme son nom l'indique, est fondée sur la

distinction entre trois « courants » (streams). Malgré certains chevauchements, chacun de ces trois courants est caractérisé par la prépondérance d'agents et de processus distincts. Dans le premier courant (problem stream) se déploient les problèmes et les agents qui s'efforcent de les identifier et de les inscrire à l'ordre du jour. Parce que l'attention des agents est limitée, l'espace disponible pour ces problèmes dans l'ordre du jour demeure restreint et la compétition est féroce pour déterminer lesquels seront directement considérés dans le processus de développement des politiques. Le deuxième courant (policy stream) est celui dans lequel différents experts s'efforcent de formuler des propositions différentes, susceptibles de recevoir un jour l'aval des décideurs, c'est le courant des solutions. Finalement, le troisième et dernier courant (politics stream) se caractérise par des processus politiques comme les cycles électoraux qui influencent directement l'action publique, c'est le courant des orientations.

Pour Kingdon, ces trois courants sont généralement autonomes, voire indépendants, les uns par rapport aux autres. Ainsi, l'identification des problèmes qui constituent l'ordre du jour (courant des problèmes) et la formulation de politiques potentielles (courant des orientations) ne sont pas deux étapes qui se suivent nécessairement, la première conduisant directement à la seconde. En fait, selon Kingdon, certaines politiques peuvent émerger indépendamment des problèmes de l'heure et être plus tard adaptées pour affronter de nouveaux problèmes. Par exemple, les experts qui soutiennent la privatisation des services publics peuvent adapter cette solution à de nouveaux problèmes qui émergent à l'ordre du jour.

Dans ce contexte, le processus de développement des politiques publiques est tout sauf linéaire, certains évoquent même un processus « tourbillonnaire » (Monnier, 1992) et les réformes ne se produisent que lorsque les trois courants convergent, sous l'effet de la mobilisation d'entrepreneurs politiques (policy entrepreneurs), durant de rares et brèves « fenêtres d'opportunité » (policy windows), qui se caractérisent par des conditions favorables à la création de nouvelles politiques. C'est donc dire qu'une fois qu'une fenêtre d'opportunité s'est ouverte, à la suite d'une élection, d'une crise économique, d'un désastre naturel ou de d'autres facteurs contingents, les entrepreneurs en question ont peu de temps pour forger une coalition et faire pression sur les autres agents politiques pour que la solution qu'ils préconisent à un problème alors inscrit à l'ordre du jour soit adoptée. On peut donc ici parler d'un haut degré de contingence, qui rend d'ailleurs le développement des politiques incertain et largement imprévisible. Cette situation est inséparable du nombre et de la nature souvent éphémère des conditions nécessaires pour favoriser la convergence des trois courants, condition nécessaire selon Kingdon au changement de politique (Kingdon, 1995).

Formulée en partie en réponse aux limites apparentes de l'approche de Kingdon, la deuxième théorie que nous souhaitons mettre en avant met d'avantage l'accent sur la stabilité et la prédictibilité du processus de développement des politiques. Associée aux travaux de Paul Sabatier, l'approche dite des coalitions plaidantes (advocacy coalition framework) met l'accent sur la compétition entre des forces unifiées par des valeurs communes, qui s'efforcent d'influencer l'action publique dans le sens de leurs valeurs (Sabatier, 1999).

Pour Sabatier, chaque coalition possède ses propres ressources et elle se mobilise dans le cadre d'un sous-système de politique particulier (par ex. la politique du logement). À l'intérieur de chaque sous-système, une seule coalition tend à dominer et un changement profond de

politiques ne se produit généralement que lorsque la coalition dominante est remplacée par une autre, sans nécessairement disparaître. Ce processus de remplacement d'une coalition dominante et de ses valeurs par une autre est facilité par les pressions exercées sur un sous-système par des conditions extérieures à ce dernier. Ces conditions incluent des changements électoraux ou socio-économiques d'envergure qui affectent ce sous-système et le jeu des acteurs en présence, ainsi que les valeurs qu'ils partagent.

Un autre facteur susceptible de favoriser un changement de politique est le processus d'apprentissage par lequel les agents évaluent les politiques existantes et, par le fait même, peuvent influencer la prise de décision concernant les instruments de politiques publiques (ex. taxation, subvention, interdiction...). En règle générale, un tel processus d'apprentissage est incapable de transformer les valeurs au fondement de chaque coalition, ce qui limite son impact potentiel sur le changement de politique dans son sous-système (Sabatier, 1999). Comme celle de Kingdon, la théorie de Sabatier fut d'abord formulée dans le contexte états-unien mais elle a depuis été adaptée à l'analyse de la stabilité et du changement de l'action publique dans d'autres pays (Cairney, 2012; Kübler, 2001).

Une troisième approche théorique particulièrement influente est associée aux travaux de Peter Hall sur les changements de paradigme dans l'action publique. Pour cet auteur, un paradigme est « un ensemble d'idées et de normes qui spécifie non seulement les objectifs d'une politique et la nature des instruments qui peuvent être utilisés pour les atteindre, mais également la nature même des problèmes qu'ils sont censés résoudre » (Hall, 1993). En d'autres termes, un paradigme subsume les objectifs et les intérêts des agents et les instruments de politique publique destinés à résoudre des problèmes spécifiques. Dans le champ économique, le keynésianisme et le monétarisme sont de bons exemples de paradigmes, c'est-à-dire des ensembles plus ou moins cohérents d'hypothèses concernant la façon de résoudre les problèmes macro-économiques du moment comme le chômage ou l'inflation. Bien que les paradigmes de politique publique aient une forte composante cognitive et technique (présupposés économiques ou environnementaux ancrés dans des idées particulières), ils peuvent également contenir des impératifs moraux, tels l'égalité et la solidarité (Béland, 2009).

Pour Hall (1993), un changement de paradigme se produit seulement lorsque les objectifs des agents au cœur de l'action publique sont remplacés par d'autres, qui constituent un nouveau paradigme. Selon lui, il s'agit d'un changement à la fois rare et fondamental, qu'il qualifie de « changement de troisième ordre ». Plus fréquents mais moins profonds, les changements de « premier ordre » et de « second ordre » correspondent respectivement à une modification des instruments existants (premier ordre) et à leur remplacement (deuxième ordre), sans que les objectifs des décideurs ne soient transformés, comme cela se produit dans le cas d'un changement de troisième ordre (remplacement d'un paradigme par un autre). Par exemple, l'augmentation du taux de contribution d'un programme d'assurance maladie correspond à un changement de premier ordre et le remplacement de ce programme par un système financé par l'impôt correspond à un changement de deuxième ordre, à moins que celui-ci ne reflète une transformation des idées et des objectifs qui guident l'action publique par exemple un passage d'une vision résiduelle à un modèle universaliste. Dans ce cas, et dans ce cas seulement, il est possible de parler de changement de paradigme. Un tel changement est généralement le résultat d'une crise majeure qui, de manière exceptionnelle, force les agents à questionner des

objectifs et suppositions qu'ils prennent généralement pour acquis, en conditions normales (Daigneault, 2014; Hall, 1993).

Comme les approches de Kingdon et de Sabatier, la théorie de Hall sur le changement de paradigme tend à négliger la question de la mise en œuvre des politiques publiques (Hassenteufel, 2008), qui est un aspect fondamental du cycle de politique publique. Un autre trait commun de ses trois approches est le fait qu'elles mettent également l'accent sur le caractère rare et souvent rapide des transformations qui affectent les politiques publiques. Cet accent sur la rareté d'un tel type de changement ne devrait pas masquer le fait que des changements, en apparence mineurs, peuvent s'accumuler au fil du temps, de manière incrémentale, pour provoquer des mutations profondes, mais lentes, de certaines politiques et même de sous-systèmes entiers, sans crise majeure ou changement de paradigme (Hacker, 2004; Streeck & Thelen, 2005). Finalement, un autre point commun de ces trois approches, celui-là plus positif, concerne ce que nous pouvons qualifier de manière générale d'analyse idéationnelle (Boussaguet et al., 2015), qui met l'accent sur le rôle des paradigmes, des valeurs, des cadres cognitifs et des représentations dans l'analyse de politiques et l'étude du changement dans le domaine de l'action publique. Ce type d'approche complète les perspectives matérialistes et institutionnelles qui dominent traditionnellement les sciences sociales (Parsons, 2007).

3.3. Quelques applications

Pour illustrer ces trois approches, nous pouvons présenter quelques exemples empiriques de leur utilisation.

Premièrement, au Burkina Faso et au Ghana, l'utilisation de l'approche des courants de Kingdon a été féconde dans l'analyse de deux politiques visant à améliorer l'accès aux soins et réduire les inégalités de recours au système de santé. Dans le premier pays, l'application de cette approche, ou plutôt son prolongement à la phase de la mise en œuvre, a permis de comprendre pourquoi aucune politique en faveur de l'accès aux soins des plus pauvres n'avait été mise en place (Ridde, 2008). D'abord, neuf dimensions ont été utilisées pour comprendre pourquoi la situation de l'exclusion de l'accès aux soins des indigents n'est pas devenue un problème public. Ensuite, l'absence de mise en œuvre des activités de la politique en faveur des indigents a été expliquée par l'absence de rencontre entre le courant des solutions et celui des problèmes car aucun entrepreneur politique n'a émergé pour utiliser ses ressources et profiter des quelques fenêtres d'opportunité, qui pourtant, ont existé. En revanche, au Ghana, ce sont la présence de tels entrepreneurs politiques et l'élection d'un nouveau gouvernement (qui avait la majorité parlementaire) qui ont permis, notamment, à la politique d'assurance nationale de santé d'émerger en 2003 (Kusi-Ampofo, Church, Conteh, & Heinmiller, 2015). Bien que le système de paiement direct au point de service par les patients était toujours présent (ce que Sabatier qualifie de paramètre stable), la rencontre des trois courants a été possible, malgré la présence d'une opposition politique. Cela a permis aux chercheurs d'expliquer l'émergence de cette nouvelle politique de santé. Le courant des solutions a profité de la volonté du gouvernement de tenir compte des leçons d'une assurance testée dans un district, même si les idées à l'égard des sources de financement de l'assurance ne faisaient pas consensus parmi les acteurs prépondérants. En outre, cette assurance était aussi devenue une priorité majeure du nouveau gouvernement, mettant cette solution en haut de la pile.

Deuxièmement, au Québec, Breton et ses collègues ont utilisé l'approche théorique de Sabatier, complétée par l'analyse des réseaux de Lemieux, pour comprendre l'émergence de la politique de lutte contre le tabac de 1998 (Breton et al., 2008). Leur analyse empirique a permis de montrer la présence de paramètres stables à l'égard des risques encourus (e.g. difficultés pour quitter, le tabac tue, vivre dans un environnement sans tabac est un droit, etc.) mais aussi de l'arrivée de multiples événements externes (e.g. une crise locale liée à la contrebande du tabac, l'élection d'un nouveau gouvernement dans la province, événements internationaux et états-unis) ayant permis cette émergence. L'arrivée d'un nouveau ministre de la santé, un médecin connaissant bien les enjeux des interventions de santé publique, a joué un rôle important. Ainsi, la naissance d'une coalition d'ONG locales en 1996 pour réaliser un plaidoyer en faveur d'une loi contre le tabac a-t-elle été en mesure de profiter de ces opportunités d'actions. Les chercheurs ont été en mesure de présenter une analyse des principaux acteurs ainsi que leurs éléments de discours fondamentaux auprès des médias, du public et des députés pour inciter l'émergence de cette loi.

Finalement, la mobilisation du concept de paradigme de Hall a été utile pour comprendre l'évolution contemporaine des politiques de financement de la santé en Afrique. Ainsi, un travail d'analyse de la mise en œuvre de politiques d'exemption du paiement des soins dans sept pays a montré que le changement de paradigme n'était pas encore à l'ordre du jour (Ridde, Queuille, & Kafando, 2012). Si certains acteurs pensent en effet que la suppression du paiement direct au point de service dans les centres de santé en Afrique est une transformation majeure, à elle seule, elle n'est pas une condition suffisante pour évoquer un tel changement de paradigme de politiques. En effet, le seul changement de cet instrument politique (ici le paiement direct) n'est pas suffisant pour cette transformation car, selon Hall, les objectifs et les cadres institutionnels doivent aussi évoluer, ce qui n'est pas le cas. En outre, ces politiques peinent parfois à être mises en œuvre convenablement, faute de préparation et de moyens bien souvent, mais aussi car elles vont la plupart du temps à l'encontre des idées de ceux qui ont la responsabilité de leur application (Béland & Ridde, 2015). Les agents de santé pensent encore essentiel qu'il faut demander aux patients de payer au point de services, réduisant ainsi leur volonté de respecter les directives de mise en œuvre de ces politiques publiques.

Pour terminer sur ces exemples et revenir au Québec, Clavier et Gagnon (2013) ont mobilisé aussi les concepts d'idées, d'intérêts et d'institutions pour montrer combien l'intersectorialité est difficile à mettre en œuvre, y compris dans cette province qui a adopté une loi pour que la santé soit prise en compte dans toutes les politiques. Elles montrent par exemple que malgré la présence de financement ministériel pour la réalisation de projets pouvant agir sur les déterminants de la santé, seulement 19% de ceux proposés étaient spécifiquement orientés dans cette perspective. Les institutions ne semblent que peu favorables à de telles approches globales, les pratiques institutionnelles routinières n'étant pas adaptées pour cela. Finalement, les chercheurs ont mis au jour le peu d'intérêt des professionnels pour les déterminants sociaux de la santé, la majorité d'entre eux affirmant, en plus, que cela réfère à des concepts trop vagues et peu applicables.

4. Comment agir en faveur des politiques publiques?

Pour que les professionnels de la promotion de santé puissent faire en sorte que plus de politiques publiques soient formulées en faveur des déterminants sociaux de la santé, ils doivent pouvoir intervenir en leur faveur, selon les différentes étapes du cycle des politiques publiques, au moyen :

1. de stratégies pour identifier un problème et influencer son inscription à l'ordre du jour ;
2. de stratégies pour formuler des propositions de solutions d'actions pour résoudre le problème ;
3. de stratégies de partage et d'application des connaissances dans le processus politique;
4. de stratégies par les politiques locales pour agir sur les déterminants sociaux de la santé.

Les écrits théoriques sur l'émergence des politiques visent généralement à améliorer notre compréhension de l'action publique. En ce sens, ils ne sont que rarement orientés vers la pratique. Toutefois, il est possible de porter un regard neuf sur cette littérature pour aider les praticiens à mieux influencer les processus d'émergence des politiques en faveur de la prise en compte des déterminants sociaux de la santé. Pour ce faire, il suffit d'examiner quelques concepts au cœur de cette littérature et de faire l'effort d'explorer leurs conséquences possibles pour la pratique.

4.1. Stratégies pour identifier un problème et influencer son inscription à l'ordre du jour

Un premier concept particulièrement utile ici est celui de « définition des problèmes ». Ce concept est important car il renvoie au fait que les problèmes débattus lors de l'énonciation de l'ordre du jour politique ne sont pas des réalités purement objectives. Au contraire, les perceptions de ces problèmes changent au fil du temps et les agents impliqués dans les débats médiatiques et politiques au sujet de ces problèmes peuvent influencer la manière dont les citoyens, et même les décideurs les perçoivent, ce qui peut directement affecter le développement des politiques (Rochefort & Cobb, 1994).

- Les agents peuvent identifier certains problèmes et expliquer aux décideurs pourquoi ils sont prioritaires et comment les résoudre (Stone, 1997). En règle générale, la définition de ces problèmes et les tentatives de les inscrire ou de les maintenir à l'ordre du jour sont les enjeux d'une véritable lutte politique parce que, comme le note Kingdon (1995), les décideurs ne peuvent considérer simultanément qu'un nombre limités de problèmes.
- Plus important encore, avant même d'inscrire une question à l'ordre du jour, il faut que les agents la reconnaissent comme un « problème » qui mérite d'être considéré comme relevant de l'action publique (Béland, 2009). Une étude a par exemple montré que la question de l'accès aux systèmes de santé pour les plus pauvres, dans un des pays les plus pauvres de l'Afrique, le Burkina Faso, n'était pas considérée comme un problème public (car peu considéré dans les politiques, ne touche pas les décideurs, ceux qui sont touchés n'ont pas la parole, le sujet n'est pas nouveau, personne n'en parle et les valeurs sociales sont plus de l'ordre de l'égalité que de l'équité), expliquant en partie l'absence de

mise en œuvre de la politique publique. Le cadre d'analyse de la construction publique d'un problème, et ses neuf dimensions, a été fécond pour réaliser cette étude (Ridde, 2006), tel que nous l'avons précisé plus haut.

- Dans le cas des questions de santé, ce que C. Wright Mills qualifie d'« imagination sociologique » peut favoriser la reconnaissance collective de certains problèmes de politique publique, en montrant clairement aux individus qu'il existe une relation directe entre leur situation et les déterminants historiques, politiques et sociaux qui façonnent leur existence (Mills & Clinquart, 1997). Compte tenu de cette remarque, les praticiens qui cherchent à influencer l'émergence de politiques innovatrices peuvent s'efforcer de convaincre les citoyens et les décideurs que certaines questions perçues comme étant « privées » sont en fait des problèmes collectifs qui méritent d'être au centre de l'action publique. Par exemple, les féministes œuvrent depuis longtemps à transformer la question de la violence conjugale et familiale en problème social et, par conséquent, en enjeu pour l'action publique, une perception qui n'existait pas auparavant, lorsque ce type de violence était considéré comme une réalité appartenant à la seule sphère privée, située au-delà du rayon d'action de l'État (Béland, 2009).

En règle générale, les praticiens qui souhaitent améliorer les politiques dans le sens de la prise en compte directe des déterminants sociaux de la santé doivent s'efforcer d'attirer l'attention des décideurs sur certains problèmes tout en prônant leur inscription à l'ordre du jour, au niveau local, national and international.

- Identifier certains problèmes et expliquer aux décideurs pourquoi ils sont prioritaires et comment les résoudre
- Reconnaître qu'un « problème » mérite d'être considéré comme relevant de l'action publique
- Montrer clairement aux individus qu'il existe une relation directe entre leur situation et les déterminants
- Convaincre les citoyens et les décideurs que certaines questions perçues comme étant « privées » sont en fait des problèmes collectifs et sociaux
- Attirer l'attention des décideurs sur certains problèmes

4.2. Stratégies pour formuler des propositions de solutions d'actions pour résoudre le problème

En plus de contribuer à inscrire certains problèmes à l'ordre du jour, les praticiens peuvent jouer un rôle déterminant dans la formulation de propositions pouvant guider les décideurs durant le processus décisionnel, au cas où une fenêtre d'opportunité s'ouvrirait, à la suite d'une élection ou d'une crise susceptible de faciliter l'action publique (Kingdon, 1995).

- Ici, il est important pour les praticiens d'avoir déjà des solutions pratiques pour résoudre les problèmes qu'ils savent urgents à régler, avant même qu'une crise ne survienne et qu'une fenêtre d'opportunité ne s'ouvre. Leur fine compréhension du contexte permettra

aussi de comprendre la présence de tels moments opportuns pour être prêt à agir au bon moment.

- Plus important encore, ces agents peuvent participer à la création de coalitions susceptibles de soutenir l'adoption et la mise en œuvre des solutions qu'ils jugent nécessaires aux problèmes du moment. Dans ce contexte, les praticiens peuvent œuvrer de concert avec les entrepreneurs politiques pour favoriser l'émergence d'une coalition législative nécessaire à l'adoption d'une nouvelle politique. Une fois cette politique adoptée, les praticiens peuvent jouer un rôle encore plus direct dans la mise en œuvre et l'évaluation d'une telle politique, dont la survie dépend largement de la manière dont les acteurs de terrain perçoivent ces politiques et acceptent ou pas de faciliter leur existence de façon durable (Béland & Ridde, 2015).

Peu importe le moment du cycle de politique publique, les praticiens peuvent avoir recours à des stratégies de cadrage (framing) visant à affecter la perception des enjeux et des instruments de politique publique dans le sens de leurs objectifs (Campbell, 1998). Par exemple, il est possible de formuler un discours cohérent au sujet des problèmes d'un système de santé pour participer à ce que Robert Cox qualifie de « construction sociale de la nécessité de réformer » (Cox, 2001). Une fois cette nécessité établie et inscrite à l'ordre du jour, les stratégies de cadrage peuvent aider les agents, y compris les praticiens de la santé, à légitimer les solutions qu'ils préconisent, tout en critiquant celles qu'ils rejettent (Bhatia & Coleman, 2003). Finalement, au moment d'évaluer les politiques adoptées, les agents peuvent cadrer les données probantes disponibles au sujet de ces politiques pour justifier leur préservation ou leur réforme, en fonction de leurs préférences et de ce qu'ils considèrent le plus utile pour améliorer le système de santé et attendre leurs objectifs en la matière.

En terminant, il faut spécifier que les stratégies de cadrage ne doivent pas chercher des problèmes à des solutions toutes faites (Naudet, 1999). Au contraire, le cadrage est une activité nécessaire dans le champ de l'action publique car les perceptions et les représentations peuvent jouer un rôle direct dans l'émergence ainsi que le développement des politiques (Palier & Surel, 2005), y compris lorsque des données probantes et des statistiques sont utilisées (Stone, 1997). Il est d'ailleurs temps de se tourner vers l'utilisation des données probantes dans le domaine de la santé car il s'agit d'un aspect essentiel du rôle des praticiens dans l'action publique.

- Disposer déjà de solutions pratiques pour résoudre les problèmes urgents à régler
- Créer des coalitions pour agir
- Jouer un rôle direct dans la mise en œuvre et l'évaluation des politiques
- Avoir recours à des stratégies de cadrage (framing) et cadrer les données probantes
- Aider les agents, y compris les praticiens de la santé, à légitimer les solutions qu'ils préconisent

4.3. Les stratégies de partage et d'application des connaissances dans le processus politique

Avec l'émergence de la promotion de la santé fondée sur les données probantes, la tendance à éclairer le cycle des politiques publiques à partir de ces dernières s'est imposée au niveau international. Cette démarche consiste à utiliser « des informations, issues de la recherche et des revues systématiques, pour permettre d'identifier les déterminants et facteurs qui influencent les besoins de santé ainsi que les actions [politiques] de promotion de la santé qui s'avèrent les plus efficaces pour y remédier dans un contexte et une population donnés » (Smith, Tang, & Nutbeam, 2006). Il s'agit ainsi de produire des connaissances sur les déterminants (sur quoi agir?), les leviers (que faire?) et les modalités de mise en œuvre des interventions (comment agir?) pour réduire les inégalités sociales de santé (SFSP, 2014b).

Bien qu'il existe un corpus conséquent de connaissances révélant la pertinence d'agir sur les déterminants sociaux de la santé, les mécanismes par lesquels les responsables politiques s'en emparent sont encore mal connus (Exworthy, Bindman, Davies, & Washington, 2006). Peu d'écrits scientifiques sont disponibles sur l'utilisation des données issues de la recherche par les responsables politiques pour réduire les inégalités sociales de santé (Petticrew, Whitehead, Macintyre, Graham, & Egan, 2004). Néanmoins, les modalités et les finalités de l'utilisation des données issues de la recherche par les responsables politiques sont bien étudiées. Dans la pratique décisionnelle, les informations utilisées sont rarement les données de la recherche, mais plutôt celles provenant de l'expérience personnelle, de documents internes ou de règlements juridiques (Zardo & Collie, 2015). Une récente étude en Ouganda montre même que les plaintes communautaires auraient eu plus d'influences que les preuves scientifiques dans les décisions à l'égard d'une politique de financement de la santé (Nabyonga-Orem et al., 2014). De plus, leur utilisation est largement déterminée par les valeurs, les idées et les intérêts politiques des décideurs (Palier & Sured, 2005). Bien que la recherche puisse influencer le processus politique par les données qu'elle produit, le processus politique peut influencer à son tour la recherche (Smith, 2013). Les appels d'offres de recherches ciblées sur certaines problématiques orientées par les organismes de financement prennent une part de plus en plus importante par rapport aux appels classiques et ouverts, laissant libre cours aux chercheurs de proposer des travaux selon leur perception des besoins en connaissances.

Au regard du processus politique, les données issues de la recherche peuvent être utilisées par les responsables politiques pour des finalités variées. Tout d'abord, une utilisation conceptuelle des données issues de la recherche leur permet d'acquérir des connaissances nouvelles sur un problème politique donné. Ensuite, une utilisation instrumentale de ces données implique une prise de décision pour mettre en œuvre une action politique. Enfin, une utilisation stratégique des données issues de la recherche consiste à légitimer une décision, et à soutenir ou justifier la mise à l'ordre du jour d'un problème politique (Dagenais & Robert, 2012).

S'intéresser à l'utilisation des données issues de la recherche revient également à s'intéresser aux rôles des acteurs au sein du processus politique. En effet, quels acteurs participent ou influencent le processus politique? Bien que les responsables politiques soient souvent chargés de l'émergence et de la formulation d'une politique, des agents les assistent pour les soutenir dans la mise en œuvre et l'évaluation. Chacun de ces acteurs peut ainsi jouer différents rôles lors

du processus politique : un rôle décisionnel (i.e. décideur politique), d'influence (i.e. entrepreneur politique) ou d'information, et ce, seul ou en groupe (i.e. coalition). D'autres acteurs peuvent néanmoins participer et influencer chacune des étapes du processus politique, tels que les experts, les médias, les financeurs et les usagers (Nutley, Walter, & Davies, 2007). Par exemple, quatre voies d'influence du processus politique sont empruntées par les experts (i.e. analystes politiques et chercheurs d'organisations gouvernementales et non-gouvernementales) : (1) la voie politico-administrative via la production d'un avis ou d'un rapport destiné aux responsables politiques ; (2) la voie académique lors de colloques scientifiques ; (3) la voie sociocommunautaire, en s'associant avec des organismes communautaires ; et (4) la voie médiatique via la presse écrite ou la participation à un débat public (Gervais, 2013). Un outil pratique, la carte d'influence, permet d'identifier les individus ainsi que les groupes d'individus qui ont le pouvoir de prendre une décision ou qui ont un rôle d'influence sur cette décision (Start & Hovland, 2004). Cette carte s'avère très utile pour positionner les différents acteurs au regard de la prise de décision. Dans une analyse des politiques publiques de santé en Afrique, nous avons montré combien la mobilisation des techniciens dans un processus de capitalisation de ces politiques pouvait avoir une influence sur ces dernières (Ridde et al., 2012).

Bien que de nombreux articles scientifiques mettent en lumière les principaux obstacles à l'utilisation des données probantes dans le processus politique, certaines stratégies rapportées s'avèrent pertinentes et efficaces pour aboutir à une prise de décision ou à une politique éclairée. Tout d'abord, les données issues de la recherche se doivent d'être adaptées aux besoins des décideurs politiques. Ces derniers privilégient une production rapide de synthèses claires, accessibles, faciles à utiliser, notamment lors d'une prise de décision, qui sont centrées sur un message clé et qui apportent des détails précis sur le contexte et l'applicabilité (Ellen et al., 2014). Les notes de politique sont un bel exemple d'une adaptation possible du format et du contenu de la recherche pour les décideurs politiques. Ensuite, le partage de connaissances entre chercheurs, décideurs politiques, société civile et médias, à travers la création de partenariats et d'alliances ou d'échanges informels, peut aussi contribuer à une meilleure prise en compte des déterminants de la santé dans le processus politique (Collins, Abelson, & Eyles, 2007). D'autres stratégies interactives favorisent l'échange des connaissances entre ces acteurs, telles que les communautés de pratique, les ateliers délibératifs, la recherche collaborative, l'évaluation d'impact sur la santé, les réunions publiques et le courtage de connaissances.

Par exemple, la directive sur la promotion et le soutien à l'allaitement maternel en Nouvelle-Galles du Sud a été la première politique éclairée à partir de l'ensemble des données disponibles en Australie. Plusieurs facteurs ont facilité son émergence : la production de données sur les bienfaits de l'allaitement au sein, l'existence préalable de plusieurs recommandations sur cette pratique, et une importante conférence sur l'obésité de l'enfant concluant que l'allaitement maternel constituait la meilleure stratégie pour lutter contre la pandémie de l'obésité. Les échanges fréquents entre décideurs politiques et chercheurs dans les comités de pilotage et les groupes de travail ont permis de développer un corpus de connaissances partagées. Des défenseurs de l'allaitement maternel étaient également présents. Plusieurs types d'informations ont ainsi été pris en compte et combinés selon un processus itératif : les expériences, les idées, les opinions et les données issues de la recherche qui ont été synthétisées et communiquées de manière efficace. La volonté politique et l'implication des participants ont aussi contribué à l'élaboration de cette politique en faveur de l'allaitement maternel (Hector, Hyde, Worgan, &

Macoun, 2008).

Une illustration d'une stratégie efficace d'application des connaissances dans le cadre d'une expérience en Afrique est proposée dans l'encadré.

Une autre stratégie d'application de connaissances tout aussi intéressante est celle qui a été menée dans deux districts sanitaires au Burkina Faso. L'objectif de cette stratégie consistait à améliorer l'utilisation des résultats d'une recherche par les parties prenantes (décideurs politiques, personnels du système de santé, financeurs...) d'une intervention qui visait à aider à réduire la vulnérabilité de certaines populations et le recours au système de santé (Dagenais, Queuille, & Ridde, 2013). Les résultats de l'évaluation de cette stratégie ont montré que des efforts considérables ont été investis dans les activités d'application de connaissances, quel que soit le type d'utilisation ciblée (instrumental, conceptuel ou stratégique). L'utilisation des données issues de cette recherche était variée selon les milieux (D'Ostie-Racine, 2015). Quelques leçons ont été tirées de cette expérience : créer des groupes homogènes lors des ateliers de dissémination pour adapter le contenu aux publics, présenter en ciblant quelques messages clés, transformer et synthétiser les informations, utiliser une personne formée pour présenter les informations, ajuster la stratégie de dissémination de connaissances aux calendriers de planification des utilisateurs, former et soutenir les agents multiplicateurs pour retransmettre les informations dans des milieux divers.

- Favoriser le dialogue et l'échange entre les chercheurs et les acteurs de la politique
- Reconnaître la pluralité des connaissances en santé publique lors du processus politique
- Adapter les stratégies unidirectionnelles de dissémination des connaissances selon leur application
- Créer des connections et des collaborations entre les acteurs avec des stratégies interactives
- Donner de la place à des acteurs intermédiaires dans la relation chercheurs et acteurs de la politique
- Développer les capacités des chercheurs et des acteurs de la politique en matière d'application des connaissances
- Développer les capacités des organisations et du système pour soutenir l'ensemble des acteurs

Source : adapté de (Lacouture, A., Le Garjean, N., Ridde, V., Dagenais, & Pommier, 2015)

4.4. Stratégies par les politiques locales pour agir sur les déterminants sociaux de la santé

Complémentaire aux politiques nationales, l'action publique locale s'avère déterminante pour lutter contre les inégalités sociales de santé. La santé étant un prérequis essentiel au bon développement d'une commune, les gouvernements locaux sont de puissants leviers pour agir sur les déterminants de la santé (Rantala, Bortz, & Armada, 2014). De par les décisions qu'ils prennent et les actions publiques qu'ils mènent, les gouvernements locaux contribuent eux-mêmes à la santé des populations et aux inégalités sociales de santé.

En santé publique, des initiatives ont contribué à favoriser une meilleure prise en compte de la santé et de ses déterminants au sein des gouvernements locaux. Il s'agit par exemple des « Health Action Zones » mises en œuvre en Angleterre dans les années 1990 (Bauld et al., 2005) ou de l'initiative internationale des Villes-Santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Les écrits scientifiques présentent un panel de facteurs qui facilitent l'action des gouvernements locaux sur les déterminants de la santé (Jansson, Fosse, & Tillgren, 2011), tel que leur intérêt à produire des connaissances contextualisées et à initier le changement (Baker, Metzler, & Galea, 2005), notamment à travers la mobilisation et la participation des populations (Baum, 2007). L'échelon local est aussi à la collaboration intersectorielle (Collins et al., 2007).

Tout d'abord, le partage des connaissances, que nous venons largement d'évoquer, peut jouer un rôle important dans la diffusion des innovations d'un gouvernement local à un autre. Il contribue ainsi au partage de bonnes pratiques, d'idées innovantes, de succès, d'échecs ainsi que de méthodes pour surmonter ces échecs (Wong & Gardner, 2013). Le Réseau des Villes-Santé de l'OMS, par ses activités de dissémination d'initiatives innovantes entre ses membres, en témoigne. Par exemple, ce réseau prône auprès des villes membres la mise en place d'un comité intersectoriel à l'échelle de la ville pour appliquer au niveau local l'approche axée sur la santé dans toutes les politiques pour agir sur les déterminants de la santé. Il souligne également l'importance du rôle de tous les secteurs du gouvernement local pour promouvoir la santé de leur population (Clavier & De Leeuw, 2013).

Concernant l'action intersectorielle en santé au niveau local, quatre modes de relations entre les secteurs sont décrits : (1) le partage et l'échange d'informations entre les secteurs ; (2) la coopération grâce à l'optimisation de ressources entre les secteurs pour l'application ou la mise en œuvre de politiques ; (3) la coordination, qui implique un travail conjoint entre les secteurs, généralement par la création et l'intégration de relations synergiques et d'un financement partagé ; et (4) l'intégration, qui fait référence à la mise en œuvre d'une nouvelle politique en collaboration avec des secteurs multiples, nécessitant une intégration systémique d'objectifs et de processus administratifs, et le partage de ressources, de responsabilités, et d'actions (Rantala et al., 2014). Certaines barrières ont été identifiées pour créer cette synergie entre les secteurs au niveau local. Par exemple, la mise en œuvre d'une action intersectorielle pour la santé peut être perçue comme une tâche supplémentaire par les acteurs externes au secteur de la santé, le degré de motivation et d'appropriation n'étant ainsi pas équilibré entre les secteurs (Larsen, Rantala, Koudenburg, & Gulis, 2014). D'autres facteurs facilitent cette action intersectorielle locale, notamment les influences nationales et internationales, le contexte politique local, l'utilisation de mécanismes de soutien tels que des structures de coordination, des financements et des mandats engageant les secteurs à collaborer de façon vertical et horizontal (e.g. comité

intersectoriel local), la présence d'acteurs engagés et compétents (i.e. champions) (Jansson et al., 2011; Rantala et al., 2014), ou encore la mise en relation des acteurs des politiques locales avec des équipes de recherche (Larsen et al., 2014).

Présentons maintenant quelques exemples de processus efficaces d'actions intersectorielles menées au niveau local. En se penchant sur les villes de Londres et de New York City, Freudenberg et collègues (2010) reviennent sur le rôle des gouvernements locaux dans la réduction de l'obésité infantile. Chacune des villes a créé divers portefeuilles d'initiatives politiques et programmatiques dans les secteurs concernés (e.g. transport, alimentation, éducation). Différents constats ont pu être faits. Tout d'abord, le manque de recherche sur les contributions du changement d'une politique pour réduire l'obésité a fait que les décideurs municipaux ont plutôt privilégié le retour d'expériences d'autres villes, à défaut des données issues de la recherche. Ensuite, des échanges collaboratifs entre chercheurs, décideurs et partisans, ont aidé à recadrer le discours politique sur l'obésité au niveau local. Enfin, pour réduire l'obésité infantile, un changement graduel s'avère nécessaire.

En France, différents instruments ont été mis en place pour favoriser l'action publique locale sur les déterminants sociaux de la santé. Tout d'abord, les Ateliers santé ville (ASV), créés en 2000, et le volet santé des Contrats urbains de cohésion sociale (CUCS) de 2006, donnent à la santé une place primordiale dans la politique de la ville. Impulsés conjointement par la Délégation interministérielle à la ville et la Direction générale de la santé pour réduire les inégalités de santé, les Ateliers Santé Ville ont pour objet de favoriser la coordination des acteurs et des actions intersectorielles sur les déterminants de la santé d'un territoire. Étant développés de l'échelle du quartier au niveau communal ou intercommunal, les ASV contribuent à une approche territoriale fine des problématiques de santé (HCSP, 2013). La démarche des ASV repose sur un diagnostic territorial partagé des besoins de santé et l'élaboration et la mise en œuvre d'une programmation locale de santé en cherchant à favoriser la participation des habitants. Ensuite, depuis la création des Agences régionales de santé (ARS) en 2010, des Contrats locaux de santé sont élaborés dans le cadre de la mise en œuvre du Projet régional de santé des ARS. Portés par les ARS et les collectivités territoriales, ils visent à soutenir et amplifier les initiatives locales existantes conduites en matière de santé au sein des CUCS (dont les ASV) pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé (Vincent & Zimmermann, 2013).

Aux Pays-Bas, un programme de coaching a été offert par une agence régionale de santé publique afin de favoriser la mise en œuvre au niveau local de l'approche axée sur la santé dans toutes les politiques (Steenbakkers, Jansen, Maarse, & de Vries, 2012). Le programme consistait à renforcer les capacités des décideurs locaux à développer des collaborations intersectorielles à travers la définition d'un plan de santé publique sur l'obésité. Pour mettre en place une collaboration intersectorielle au sein d'une municipalité, il est nécessaire de conjuguer à la communication classique, verticale et hiérarchique, entre les différents niveaux de décision (politiques ou techniques) d'un secteur, une communication horizontale entre les différents secteurs politiques du gouvernement local. L'élu chargé de la santé (i.e. décideur politique) et le directeur de la santé publique (i.e. décideur technique) sont des acteurs clés pour initier cette collaboration avec les autres secteurs gouvernementaux.

- Produire des connaissances contextualisées et initier le changement
- Mobiliser et favoriser la participation des populations
- Partager et faire connaître les initiatives innovantes

5. Conclusion

L'existence de politiques efficaces agissant sur les déterminants sociaux de la santé afin de lutter contre les inégalités sociales de santé mérite une approche qui transcende les secteurs et les disciplines. Cependant, les analyses montrent que l'histoire de la construction des politiques publiques (Halpern & Jacquot, 2015), hyperspécialisées et souvent contrôlées par des groupes d'acteurs mobilisant leurs ressources pour leurs secteurs et les problèmes qu'ils jugent prioritaires, ne favorise pas cette vision globale. Pourtant, elle est indispensable à une santé qui n'est plus pensée comme l'absence de maladie depuis bien longtemps, du moins théoriquement. Bien que ce processus soit largement recommandé et mis en avant dans toutes les arènes publiques depuis des lustres (WHO, 2008), la rareté de telles politiques holistiques nécessite assurément que les promoteurs de la santé, qui normalement ont bien compris cette importance, agissent pour en influencer leur émergence, formulation et mise en place. Pourtant, la boîte à outil de l'analyse des politiques publiques des promoteurs de la santé reste insuffisamment remplie (Roch, O'Neill, & Boyer, 2010). Tout comme pour leurs collègues de santé publique ou de santé mondiale qui doivent maintenant apprendre comment analyser les politiques publiques (Ablah et al., 2014; Calhoun, Ramiah, Weist, & Shortell, 2008), ses compétences doivent être au cœur de celles des promoteurs de la santé. Ils doivent notamment être en mesure de « travailler en collaboration à travers tous les secteurs afin d'influencer le développement de politiques publiques qui ont un impact positif sur la santé tout en réduisant les inégalités de santé » (Dempsey et al., 2011).

Dans ce texte, à la suite d'autres auteurs (Gilson, 2012; Roch et al., 2010), nous avons partagé quelques concepts et idées pour fournir certaines clefs de réflexions aux promoteurs de la santé qui souhaitent influencer et agir en faveur de politiques publiques sur les déterminants sociaux de la santé. Cependant, ces derniers ne devront pas limiter leurs actions à l'analyse du contexte et à faire en sorte que ces politiques émergent et soient formulées en tenant compte des données probantes, les praticiens devront aussi rester très attentifs afin de s'assurer qu'elles soient réellement mises en œuvre (Hill & Hupe, 2014). Cela ouvre la voie à d'autres débats et leçons apprises sur la mise en place des politiques, notamment disponibles dans un récent guide (TDR & WHO, 2014), que nous n'avons pas eu la place de développer dans ce texte.

Références bibliographiques

- Ablah, E., Biberman, D. A., Weist, E. M., Buekens, P., Bentley, M. E., Burke, D., ... Spencer, H. C. (2014). Improving global health education: development of a global health competency model. *Am J Trop Med Hyg*, *90*(3), 560–5. <http://doi.org/10.4269/ajtmh.13-0537>
- Aiach, P. (2010). *Les inégalités sociales de santé*. Écrits. Paris: Economica. Anthropos.
- Baker, E. A., Metzler, M. M., & Galea, S. (2005). Addressing Social Determinants of Health Inequities: Learning From Doing. *American Journal of Public Health*, *95*(4), 553–555. <http://doi.org/10.2105/AJPH.2005.061812>
- Bauld, L., Judge, K., Barnes, M., Benzeval, M., Mackenzie, M., Sullivan, H., & web-support@bath.ac.uk. (2005). Promoting Social Change: The Experience of Health Action Zones in England. *Journal of Social Policy*, *34*, 427–444.
- Baum, F. (2007). Cracking the nut of health equity: top down and bottom up pressure for action on the social determinants of health. *Promotion & Education*, *14*(2), 90–95.
- Béland, D. (2006). The Politics of Social Learning: Finance, Institutions, and Pension Reform in the United States and Canada. *Governance*, *19*(4), 559–583. <http://doi.org/10.1111/j.1468-0491.2006.00340.x>
- Béland, D. (2009). *Gender, Ideational Analysis, and Social Policy* (SSRN Scholarly Paper No. ID 1521994). Rochester, NY: Social Science Research Network. Retrieved from <http://papers.ssrn.com/abstract=1521994>
- Béland, D. (2016). Kingdon Reconsidered: Ideas, Interests and Institutions in Comparative Policy Analysis. *Journal of Comparative Policy Analysis*, In Press.
- Béland, D., & Ridde, V. (2015). Ideas and Policy Implementation: Understanding the Resistance against Free Health Care in Africa. *Global Health Governance*, In Press.
- Ben J. Smith, Tang, K. C., & Nutbeam, D. (2006). WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promotion International*, 340–5. <http://doi.org/10.1093/heapro/dal033>
- Bennett, S., Agyepong, I., Sheikh, K., Hanson, K., Ssengooba, F., & Gilson, L. (2011). Building the Field of Health Policy and Systems Research: An Agenda for Action. *PLoS Med*, *8*(8), e1001081. <http://doi:10.1371/journal.pmed.1001081>.
- Bhatia, V., & Coleman, W. D. (2003). Ideas and Discourse: Reform and Resistance in the Canadian and German Health Systems. *Canadian Journal of Political Science / Revue Canadienne de Science Politique*, *36*(4), 715–739.
- Boussaguet, L., Jacquot, S., & Ravinet, P. (2006). *Dictionnaire des politiques publiques* (2e éd. rev. et.). Paris: Les Presses Sciences Po.
- Boussaguet, L., Jacquot, S., Ravinet, P., & Muller, P. (Eds.). (2015). *Une French touch dans l'analyse des politiques publiques*. Paris: Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.
- Breton, E., & De Leeuw, E. (2011). Theories of the policy process in health promotion research: a review. *Health Promot International*, *26*(1), 82–90.

- Breton, E., Richard, L., Gagnon, F., Jacques, M., & Bergeron, P. (2008). Health promotion research and practice require sound policy analysis models: the case of Quebec's Tobacco Act. *Social Science & Medicine* (1982), 67(11), 1679–1689. <http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.07.028>
- Cairney, P. (2012). *Understanding public policy: theories and issues*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire ; New York: Palgrave Macmillan.
- Calhoun, J. G., Ramiah, K., Weist, E. M., & Shortell, S. M. (2008). Development of a core competency model for the master of public health degree. *Am J Public Health*, 98(9), 1598–607.
- Campbell, J. L. (1998). Institutional analysis and the role of ideas in political economy. *Theory and Society*, 27(3), 377–409. <http://doi.org/10.1023/A:1006871114987>
- Clavier, C., & De Leeuw, E. (Eds.). (2013). *Health promotion and the policy process* (1. ed). Oxford: Oxford Univ. Press.
- Clavier, C., & Gagnon, F. (2013). L'action intersectorielle en santé publique ou lorsque les institutions, les intérêts et les idées entrent en jeu. *La Revue de L'innovation : La Revue de L'innovation Dans Le Secteur Public*, 18(2).
- Cohen, M. D., March, J. G., & Olsen, J. P. (1991). Le modèle du 'garbage can' dans les anarchies organisées. In J. G. March (Ed.), *Décisions et organisations* (pp. 163–204). Paris: Les éditions d'organisations.
- Collins, P. A., Abelson, J., & Eyles, J. D. (2007). Knowledge into action? understanding ideological barriers to addressing health inequalities at the local level. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 80(1), 158–171. <http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.02.014>
- Cox, R. H. (2001). The Social Construction of an Imperative: Why Welfare Reform Happened in Denmark and the Netherlands but Not in Germany. *World Politics*, 53(3), 463–498.
- Dagenais, C., Queuille, L., & Ridde, V. (2013). Evaluation of a knowledge transfer strategy from a user fee exemption program for vulnerable populations in Burkina Faso. *Global Health Promotion*, 20(1 Suppl), 70–79. <http://doi.org/10.1177/1757975912462416>
- Dagenais, C., & Robert, É. (Eds.). (2012). *Le transfert des connaissances dans le domaine social*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Daigneault, P.-M. (2014). Reassessing the concept of policy paradigm: aligning ontology and methodology in policy studies. *Journal of European Public Policy*, 21(3), 453–469. <http://doi.org/10.1080/13501763.2013.834071>
- Dempsey, C., Battel-Kirk, B., Barry, M. M., & CompHP Project Partners. (2011). *The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion* (Short Version) (r). Paris: IUHPE.
- D'Ostie-Racine, L. (2015). *Evaluation use within a humanitarian non-governmental organization's health care user-fee exemption program in West Africa*. Département de psychologie Faculté des arts et sciences Université de Montréal, Montreal.
- Ellen, M. E., Lavis, J. N., Wilson, M. G., Grimshaw, J., Haynes, R. B., Ouimet, M., ... Gruen, R. (2014). Health system decision makers' feedback on summaries and tools supporting the use of systematic reviews: a qualitative study. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice*, 10(3), 337–359. <http://doi.org/10.1332/174426514X672362>

Exworthy, M., Bindman, A., Davies, H., & Washington, A. E. (2006). Evidence into policy and practice? Measuring the progress of U.S. and U.K. policies to tackle disparities and inequalities in U.S. and U.K. health and health care. *The Milbank Quarterly*, *84*(1), 75–109. <http://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2006.00439.x>

Gervais, M.-J. (2013). *Les conditions de mise à profit des connaissances par les acteurs de santé publique lors de la formulation des politiques publiques : L'apport de la littérature sur le transfert des connaissances* (p. 117).

Gilson, L. (Ed.). (2012). *Recherche sur les méthodologie et recherche sur politiques et les politiques et les systèmes de santé santé et Manuel de Méthodologie. Manuel de méthodologie. Version abrégée*. Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization.

Hacker, J. S. (2004). Privatizing Risk without Privatizing the Welfare State: The Hidden Politics of Social Policy Retrenchment in the United States. *The American Political Science Review*, *98*(2), 243–260.

Hall, P. (1993). Policy paradigms, social learning and the state: the case of economic Policymaking in Britain. *Comparative Politics*, *25*(3), 275–96.

Halpern, C., & Jacquot, S. (2015). Aux frontières de l'action publique. L'instrumentation comme logique de (dé)sectorisation. In L. Boussaguet, S. Jacquot, P. Ravinet, & P. Muller (Eds.), *Une French touch dans l'analyse des politiques publiques* (pp. 57–84). Paris: Presses de la Fondation nationale des sciences politiques.

Hassenteufel, P. (2008). *Sociologie politique : l'action publique*. Paris: A. Colin.

HCSP. (2013). Réduction des inégalités sociales et territoriales de santé : place des Ateliers santé ville. Haut Conseil de la Santé Publique.

Hector, D. J., Hyde, A. N., Worgan, R. E., & Macoun, E. L. (2008). Research evidence can successfully inform policy and practice: insights from the development of the NSW Health Breastfeeding Policy. *New South Wales Public Health Bulletin*, *19*(7–8), 138–142.

Hill, M. J., & Hupe, P. L. (2014). *Implementing public policy: an introduction to the study of operational governance (3rd ed)*. Los Angeles [i.e. Thousand Oaks, Calif.]: SAGE Publications.

Howlett, M., Ramesh, M., & Perl, A. (2009). *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems (Third Edition)*. Don Mills, Ontario: Oxford University Press.

Jacob, S., & Rothmayr, C. (2012). L'analyse des politiques publiques. In V. Ridde & C. Dagenais (Eds.), *Approches et pratiques en évaluation de programme* (pp. 71–88). Montréal: Presses de l'Université de Montréal.

Jansson, E., Fosse, E., & Tillgren, P. (2011). National public health policy in a local context--implementation in two Swedish municipalities. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, *103*(2–3), 219–227. <http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.08.013>

Kingdon, J. W. (1995). *Agendas, Alternatives and Publics Policies (2nd ed.)*. New York: Harper Collins.

- Kübler, D. (2001). Understanding policy change with the advocacy coalition framework: an application to Swiss drug policy. *Journal of European Public Policy*, 8(4), 623–641. <http://doi.org/10.1080/13501760110064429>
- Kusi-Ampofo, O., Church, J., Conteh, C., & Heinmiller, B. T. (2015). Resistance and change: a multiple streams approach to understanding health policy making in Ghana. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 40(1), 195–219. <http://doi.org/10.1215/03616878-2854711>
- Lacouture, A., Le Garjean, N., Ridde, V., Dagenais, C., & Pommier, J. (2015). *Partage et application des connaissances en santé publique entre chercheurs et acteurs des politiques* (Note de synthèse). Rennes: EHESP.
- Larsen, M., Rantala, R., Koudenburg, O. A., & Gulis, G. (2014). Intersectoral action for health: the experience of a Danish municipality. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(7), 649–657. <http://doi.org/10.1177/1403494814544397>
- Lemieux, V. (1995). *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir*. Québec: Les presses de l'Université Laval.
- Lemieux, V. (2002). *L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir (2ème)*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- McQueen, D. V., Wismar, M., Lin, V., Jones, C. M., & Davies, M. (2012). *Gouvernance intersectorielle pour la santé toutes les politiques : structures, actions et expérience* (Série des études de l'Observatoire No. 26) (p. 206). OMS Europe.
- Mills, C. W., & Clinquart, P. (1997). *L'imagination sociologique*. Paris: La Découverte.
- Monnier, E. (1992). *Évaluations de l'action des pouvoirs publics. Du projet au bilan*. Paris: Économica.
- Nabyonga-Orem, J., Ssengooba, F., Mijumbi, R., Kirunga Tashobya, C., Marchal, B., & Criel, B. (2014). Uptake of evidence in policy development: the case of user fees for health care in public health facilities in Uganda. *BMC Health Services Research*, 14(1), 3515. <http://doi.org/10.1186/s12913-014-0639-5>
- Naudet, J.-D. (1999). *Trouver des problèmes aux solutions Vingt ans d'aide au Sahel*. Paris: OCDE.
- Nutley, S. M., Walter, I., & Davies, H. T. O. (2007). *Using Evidence: How Research Can Inform Public Services*. Bristol, U.K: Policy Press.
- Ollila, E. (2011). Health in All Policies: from rhetoric to action. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(6 Suppl), 11–18. <http://doi.org/10.1177/1403494810379895>
- OMS. (1988). Recommandations d'Adélaïde : politique publique saine.
- OMS. (2010). Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques - Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être. Retrieved from http://www.who.int/social_determinants/french_adelaide_statement_for_web.pdf
- Palier, B., & Surel, Y. (2005). Les « trois I » et l'analyse de l'État en action. *Revue Française de Science Politique*, 55(1), 7–32.

- Parsons, C. (2007). *How to Map Arguments in Political Science*. Oxford: Oxford University Press.
- Petticrew, M., Whitehead, M., Macintyre, S., Graham, H., & Egan, M. (2004). Evidence for public health policy on inequalities: 1: The reality according to policymakers. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *58*(10), 811–816. <http://doi.org/10.1136/jech.2003.015289>
- Rantala, R., Bortz, M., & Armada, F. (2014). Intersectoral action: local governments promoting health. *Health Promotion International*, *29* Suppl 1, i92-102. <http://doi.org/10.1093/heapro/dau047>
- Ridde, V. (2006). L'accès des indigents aux services de santé au Burkina Faso : un problème public ? *Lien Social et Politiques*, *55*, 149–163.
- Ridde, V. (2008). The problem of the worst-off is dealt with after all other issues': the equity and health policy implementation gap in Burkina Faso. *Social Science & Medicine*, *66*, 1368–1378.
- Ridde, V. (2009). Policy implementation in an African State : an extension of the Kingdon's multiple-streams approach. *Public Administration*, *87*(4), 938–954.
- Ridde, V., & Guichard, A. (2008). Agir pour réduire les inégalités sociales de santé : aporie, épistémologie et défis. In C. Niewiadomski & P. Aiach (Eds.), *Lutter contre les inégalités sociales de santé, politiques publiques et pratiques professionnelles* (pp. 57–80). Rennes: Edition EHESP.
- Ridde, V., Pluye, P., & Queuille, L. (2006). Evaluer la pérennité des programmes de santé publique : un outil et son application en Haïti. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, *54*(5), 421–431.
- Ridde, V., Queuille, L., & Kafando, Y. (Eds.). (2012). *Capitalisations de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest*. Ouagadougou: CRCHUM/HELP/ECHO. http://www.vesa-tc.umontreal.ca/pdf/2012/livre_CAPI.pdf.
- Roch, G., O'Neill, M., & Boyer, M. (2010). *Petit manuel d'analyse et d'intervention politique en santé*. [Québec, Qué.]: Presses Université Laval.
- Rocheffort, D. A., & Cobb, R. W. (1994). Problem definition : an emerging perspective. In D. A. Rocheffort & R. W. Cobb (Eds.), *The politics of problem definition. shaping the policy agenda* (pp. 1–31). Lawrence, Kansas: University Press of Kansas.
- Sabatier, P. A. (Ed.). (1999). *Theories of the policy process*. Boulder, Colo.: Westview Press.
- SFSP. (2014a). *Propositions. Pour une stratégie de prévention articulant la santé dans toutes les politiques, la promotion de la santé et les pratiques cliniques préventives, intégrée à la Stratégie nationale de santé* (p. 36). Société française de santé publique. Retrieved from <http://www.sfsp.fr/activites/file/PROPOSITIONSSFSPPREVENTIONSNS.pdf>
- SFSP. (2014b). *Propositions. Une gouvernance renouvelée pour la Stratégie nationale de santé* (p. 30). Société française de santé publique.
- Smith, K. (2013). *Beyond Evidence Based Policy in Public Health: The Interplay of Ideas*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Start, D., & Hovland, I. (2004). *Tools for policy impact: A Handbook for Researchers*. Overseas Development Institute.

Steenbakkens, M., Jansen, M., Maarse, H., & de Vries, N. (2012). Challenging Health in All Policies, an action research study in Dutch municipalities. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, *105*(2–3), 288–295. <http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.01.010>

Stone, D. (1997). *Policy Paradox: The Art of Political Decision Making*. New York: W.W. Norton.

Storm, I., Aarts, M.-J., Harting, J., & Schuit, A. J. (2011). Opportunities to reduce health inequalities by 'Health in All Policies' in the Netherlands: an explorative study on the national level. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, *103*(2–3), 130–140. <http://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.09.009>

Streeck, W., & Thelen, K. A. (Eds.). (2005). *Beyond continuity: institutional change in advanced political economies*. Oxford ; New York: Oxford University Press.

TDR, & WHO. (2014). *Implementation Research Toolkit Workbook* (p. 175). Geneva: World Health Organization on behalf of the Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases.

Vincent, D., & Zimmermann, A. (2013). *Observation des dynamiques des contrats locaux de santé*.

WHO. (2008). *Closing the gap in a generation Health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health* (p. 247). Geneva: World Health Organization.

WHO. (2014). *Health in All Policies. Helsinki Statement. Framework for Country Action* (p. 28). Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/frameworkforcountryaction/en/#>

WHO. (2015). *Health in all policies. Training manual* (p. 271). Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/151788/1/9789241507981_eng.pdf?ua=1

Wong, E., & Gardner, B. (2013). Driving Local Action: The Potential of City and Regional Health Equity Strategies. Wellesley Institute. Retrieved from <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2013/06/Driving-Local-Action.pdf>

Zardo, P., & Collie, A. (2015). Type, frequency and purpose of information used to inform public health policy and program decision-making. *BMC Public Health*, *15*, 381. <http://doi.org/10.1186/s12889-015-1581-0>

Cahiers REALISME
Numéro 9, Août 2016

Comité éditorial:

Maria José Arauz Galarza
Marie Munoz Bertrand
Lara Gautier
Valéry Ridde
Emilie Robert
Emmanuel Sambieni
Sylvie Zongo

Coordinatrice de la collection:

Lara Gautier

ISBN: 2369-6648

Institut de recherche en santé publique
de l'Université de Montréal (IRSPUM)
7101 avenue du Parc, bureau 3187-03

Montréal, Québec, Canada H3N 1X9

www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers/
cahiers-realisme@equitesante.org

La Chaire REALISME

Lancée en 2014, la Chaire de recherche REALISME vise à développer le champ en émergence de la science de l'implantation en santé mondiale. Plus spécifiquement, son objectif est d'améliorer la mise en œuvre des interventions communautaires afin de les rendre plus efficaces dans une perspective d'équité en santé.

Dans ce cadre, la Chaire lance une nouvelle collection de documents de recherche portant sur les interventions communautaires de santé dans les pays à faible revenu, et/ou les problématiques touchant les populations les plus vulnérables dans ces pays et au Canada.

Les Cahiers REALISME

La création de ces Cahiers vise à prendre en compte un certain nombre de problèmes :

- Diffusion limitée des recherches en français et en espagnol sur le thème de la santé publique appliquée à la santé mondiale, du fait de l'anglais comme langue de diffusion principale
- Accès restreint pour les chercheurs de certains pays et la plupart des intervenants aux recherches publiées dans les revues scientifiques payantes
- Publications en accès libres payantes dans les revues scientifiques limitant la capacité des étudiants et jeunes chercheurs à partager leurs connaissances dans ces revues
- Processus de publication dans les revues scientifiques longs et exigeants

Compte tenu de ces problèmes, de nombreuses recherches ne sont pas publiées du fait de la longueur des procédures, des contraintes de langue, des exigences élevées de qualité scientifique.

L'objectif des Cahiers REALISME est d'assurer la diffusion rapide de recherches de qualité sur les thèmes de la Chaire en accès libre, sans frais, en français, anglais et espagnol.

Les contributions sont ouvertes aux étudiants aux cycles supérieurs (maîtrise, doctorat) et stagiaires postdoctoraux et aux chercheurs francophones, anglophones et hispanophones.

Les Cahiers s'adressent à tous les étudiants, chercheurs et professionnels s'intéressant à la santé publique appliquée à la santé mondiale.



This work is licensed under the Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

Cahiers Scientifiques REALISME
Numéro 9, Août 2016

ISBN: 2369-6648

Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM)
7101 avenue du Parc, bureau 3187-03
Montréal, Québec, Canada H3N 1X9



www.equitesante.org/chaire-realisme/cahiers/