

Mai 2017



Document de travail 39

Approche multisectionnelle de la promotion de la santé: un guide pour la Suisse romande et le Tessin

Promotion Santé Suisse est une fondation soutenue par les cantons et les assureurs-maladie. En vertu de son mandat légal (Loi sur l'assurance-maladie, art. 19), elle exécute des mesures destinées à promouvoir la santé. La Fondation est soumise au contrôle de la Confédération. Son organe de décision suprême est le Conseil de Fondation. Deux bureaux, l'un à Berne et l'autre à Lausanne, en forment le secrétariat. Actuellement, chaque personne verse, en Suisse, un montant de CHF 3.60 par année en faveur de Promotion Santé Suisse. Ce montant est encaissé par les assureurs-maladie pour le compte de la Fondation. Informations complémentaires: www.promotionsante.ch

Dans la série «**Document de travail de Promotion Santé Suisse**», la Fondation publie des travaux réalisés par elle-même ou sur mandat. Ces documents de travail ont pour objectif de soutenir les expertes et experts dans la mise en place de mesures dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention. Le contenu de ces derniers est de la responsabilité de leurs auteurs. Les documents de travail de Promotion Santé Suisse sont généralement disponibles sous forme électronique (PDF).

Impressum

Editeur

Promotion Santé Suisse

Auteurs

Dr. Aurélien Abrassart, Anna Lucia Graff, Kilian Künzi, Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS SA

Direction du projet Promotion Santé Suisse

Catherine Favre Kruit, responsable team Relations partenaires

Groupe d'accompagnement (ordre alphabétique)

Sophie Barras-Duc, Office fédéral de la santé publique, Berne; Martine Bouvier Gallachi, Servizio di promozione e valutazione sanitaria, Tessin; Florence Ducrocq, Service de la santé publique, Fribourg; Alexia Fournier Fall, coordinatrice Commission Prévention et Promotion de la santé (CPPS) du GRPS; Nolvenn Gambin, Service de la santé publique, Jura; Pascal Haefliger, Direction générale de la santé, Genève; Gisèle Jungo, Office fédéral de la santé publique, Berne; Tania Larequi, Service de la santé publique, Vaud; Lysiane Ummel Mariani, Service de la santé publique, Neuchâtel; Emilie Morard Gaspoz, Office du médecin cantonal, Valais; Claude-François Robert, Service de la santé publique, Neuchâtel, Président de la CPPS

Série et numéro

Promotion Santé Suisse Document de travail 39

Forme des citations

Abrassart, A., Graff, A.L. et Künzi, K. (2016): *Approche multisectorielle de la promotion de la santé: un guide pour la Suisse romande et le Tessin*. Promotion Santé Suisse Document de travail 39, Berne et Lausanne

Crédit photographique image de couverture

iStock.com/Cecilie_Arcurs

Renseignements et informations

Promotion Santé Suisse
Wankdorfallee 5, CH-3014 Berne
Tél. +41 31 350 04 04, fax +41 31 368 17 00
office.bern@promotionsante.ch
www.promotionsante.ch

Texte original

Français

Numéro de commande

01.0154 FR 05.2017

Télécharger le PDF

www.promotionsante.ch/publications

© Promotion Santé Suisse, mai 2017

Editorial

Une politique de promotion de la santé efficace nécessite une approche multisectorielle. Les mesures centrées sur les comportements individuels favorables à la santé ne suffisent pas et ne sont pas durables si elles ne sont pas accompagnées par des politiques publiques et des programmes visant à créer un environnement physique, social et économique qui influence positivement l'état de santé des populations.

C'est forts de cette conviction que Promotion Santé Suisse et les cantons latins regroupés au sein de la Conférence latine des affaires sociales et sanitaires (CLASS) ont décidé de publier ce guide. Notre certitude et celles des acteurs de la santé publique ne suffisent pas si nous n'investissons pas du temps et des ressources pour sensibiliser les acteurs des autres secteurs quant à leur influence, qu'elle soit actuelle ou potentielle, sur la promotion de la santé des populations.

Nous devons mobiliser les partenaires d'autres secteurs pour qu'ils s'engagent à long terme et intègrent l'aspect de la santé dans tous les stades de leurs projets. Cette mobilisation ne peut se faire que dans un esprit d'apprentissage mutuel, l'objectif n'étant pas d'imposer notre vision de santé publique aux autres secteurs, mais de favoriser la compréhension mutuelle afin de pouvoir tirer ensemble à la même corde.

Les cantons le savent bien, eux qui ont déjà mis en place des actions en la matière. Ce guide, destiné avant tout aux acteurs cantonaux, présente des exemples concrets de ce qui est déjà entrepris dans les cantons latins. Comme par exemple les politiques cantonales multisectorielles à Genève ou Fribourg ou les groupes de travail et les comités de pilotage interdépartementaux au Tessin et dans les cantons romands. Ce guide émet également des pistes de réflexion et des recommandations pour renforcer l'approche multisectorielle au niveau cantonal et intercantonal. Pour l'instant disponible uniquement en français, ce guide devrait prochainement être adapté avec des exemples de cantons alémaniques et traduit en allemand.

Nous souhaitons que ce document puisse encourager le dialogue entre les acteurs de la santé publique et des autres secteurs, car nous sommes tous concernés par les enjeux sociaux et économiques liés à l'augmentation de l'espérance de vie, des maladies chroniques et des coûts de la santé. Seules des réponses multisectorielles concertées sont à même de répondre à ces défis.

Prof. Dr Thomas Mattig
Directeur Promotion Santé Suisse

Mauro Poggia
Président de la Conférence latine des affaires sociales et sanitaires CLASS
Conseiller d'Etat Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé du canton de Genève

Table des matières

1	But et contenu du guide	6
2	L'approche multisectorielle de la santé	7
	2.1 Définition internationale	7
	2.2 Source normative supranationale	7
3	Argumentaire en faveur d'une approche multisectorielle de la santé	8
	3.1 L'importance de la santé pour l'individu et la société	8
	3.2 Les facteurs déterminants	9
	3.3 La nécessité d'une approche multisectorielle	11
4	Défis rencontrés lors de la conception et la mise en œuvre de l'approche multisectorielle	13
	4.1 Au niveau politique	13
	4.1.1 Cadre théorique	13
	4.1.2 L'exemple de l'évaluation d'impact sur la santé	14
	4.1.3 L'exemple de l'analyse à la loupe en Australie du Sud	16
	4.2 Au niveau opérationnel	18
5	L'approche multisectorielle en Suisse	20
	5.1 Définition	20
	5.2 Cadre normatif	22
	5.3 L'approche multisectorielle dans les cantons latins	22
	5.3.1 Inventaire et caractéristiques des instruments utilisés	22
	5.3.2 Les facteurs favorisant le développement de l'approche multisectorielle dans les cantons latins	27
6	Considérations finales	29
7	Recommandations	30
8	Bibliographie	31

Liste des figures

Figure 1	Cadre conceptuel élaboré par la Commission des déterminants sociaux de la santé	8
Figure 2	Représentation graphique des déterminants de l'état de santé individuel	9
Figure 3	Part de responsabilité des facteurs déterminants de la santé dans les décès prématurés aux Etats-Unis	9
Figure 4	Pourcentages de personnes en Europe âgées de 16 ans ou plus avec un problème de santé ou une maladie de longue durée en fonction de la position dans la distribution du revenu équivalent, 2013	10
Figure 5	Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB, 2000–2013	11
Figure 6	Fenêtres d'opportunités dans la conception d'une politique publique	13
Figure 7	Evaluation d'impact sur la santé (EIS) en Suisse	15
Figure 8	Présentation du concept d'analyse à la loupe	16

Liste des tableaux

Tableau 1	Instruments d'intégration dans le processus de décision politique	23
Tableau 2	Structures de gouvernance	24
Tableau 3	Processus opérationnels	26

1 But et contenu du guide

De nombreuses études montrent que la santé est fortement influencée par des facteurs liés au cadre social, économique et environnemental dans lequel les individus évoluent. Ainsi, la place de l'individu dans notre société, exprimée par son statut social, son niveau de formation ou sa situation sur le marché du travail, peut être déterminante pour son état de santé. La politique de promotion de la santé ne peut donc se limiter uniquement à une politique centrée sur les comportements de santé, mais se doit de considérer l'ensemble des déterminants de la santé dans une approche holistique.

Dans le cadre de l'élaboration d'un guide d'approche multisectorielle pour la promotion de la santé, Promotion Santé Suisse a mandaté le bureau d'études de politique du travail et de politique sociale (BASS) dans le but de soutenir les cantons dans la mise en œuvre d'une telle approche. Bien que l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) ait publié en 2005 un document officiel définissant les lignes directrices pour une politique multisectorielle de la santé en Suisse (Stern et al., 2005), cette politique ne bénéficie pas encore d'un cadre légal.

De plus, le potentiel de réduction des coûts de la santé qui pourrait être réalisé à travers la constitution d'une telle politique a été reconnu par le Conseil Fédéral dans sa stratégie à l'horizon 2020 (OFSP 2013). Etant donné l'importance des facteurs environnementaux, économiques et sociaux pour la santé des individus, il apparaît donc nécessaire d'adopter une vision plus large de la politique de promotion de la santé. Pour ce faire, une collaboration intersectorielle doit être mise en place au niveau cantonal. Bien que certains cantons aient déjà développé de telles initiatives, la mise en œuvre d'une telle politique s'avère difficile et nécessite un accompagnement au niveau intercantonal afin de faciliter son application et garantir son succès.

Ce guide entend donc accompagner les responsables cantonaux des différents cantons latins en Suisse en charge du développement et de la mise en œuvre de la politique de santé dans leur tâche.

Plus précisément, ce guide a pour buts de:

- définir ce qu'est l'approche multisectorielle et quelles sources normatives l'institutionnalisent, que ce soit au niveau international, en Suisse ou dans les cantons latins;
- élaborer un argumentaire démontrant les avantages découlant du développement et de l'adoption de l'approche multisectorielle;
- identifier les défis au niveau international de la conception et de la mise en œuvre de l'approche multisectorielle au niveau politique/opérationnel;
- effectuer un inventaire des instruments mis en œuvre dans les cantons latins, analyser leur utilité et identifier les défis rencontrés et les facteurs favorisant le développement de l'approche multisectorielle.

Ce guide doit donc pouvoir participer au travail d'information et de formation des décideurs politiques et des acteurs publics ou privés à impliquer dans l'approche multisectorielle, et communiquer les avantages découlant du développement de l'approche multisectorielle. Il permettra aux cantons concernés d'identifier des pistes de développement à suivre et des solutions concrètes, tout en étant conscients des défis pouvant être rencontrés lors de l'élaboration d'une telle approche collaborative.

Pour ce faire, nous définissons dans un premier temps le concept d'approche multisectorielle de la santé, en précisant quelles en sont les limites légales au niveau international. Puis, à l'aide d'une revue de la littérature, nous expliquons pourquoi cette approche est nécessaire si l'on souhaite améliorer la santé des individus et garantir l'égalité devant la santé. Nous présentons ensuite le cadre normatif en Suisse et faisons l'inventaire des instruments d'approche multisectorielle actuellement utilisés (ou en préparation) dans les cantons latins. Finalement, nous discutons les défis au niveau politique et de la mise en œuvre d'une telle approche à l'aide de la littérature internationale, avant de conclure quant à sa faisabilité en Suisse.

2 L'approche multisectorielle de la santé

2.1 Définition internationale

L'approche multisectorielle de la santé, ou santé dans toutes les politiques (Health in All Policies, HiAP, en anglais), est une approche prenant systématiquement en compte la santé et les implications en termes de santé de décisions de politiques publiques, tout en cherchant des synergies avec d'autres secteurs, afin d'améliorer l'état de santé général de la population et de promouvoir l'égalité devant la santé (Ollila et al., 2013). C'est donc une approche collaborative, adoptant une perspective globale des déterminants de l'état de santé individuel, afin de s'assurer que toutes les politiques publiques ont un effet positif ou, dans le pire des cas, neutre sur la santé individuelle et de la population et l'égalité devant la santé (Baum et al., 2014).

La collaboration intersectorielle peut être à la fois horizontale et verticale (Danaher, 2011). La collaboration intersectorielle horizontale permet de mettre des ressources, une expertise et une expérience en commun afin de résoudre des problèmes qui ne pourraient l'être par un secteur isolé. Elle est réalisée:

- entre secteurs au sein de la santé,
- entre acteurs du domaine de la santé et acteurs provenant d'autres secteurs,
- entre différentes administrations, départements, etc.

La collaboration verticale, de son côté, est utile lorsque des partenaires gouvernementaux et non-gouvernementaux sont impliqués et qu'une politique publique cohérente et nécessitant un large soutien et des ressources importantes est requise. Elle est réalisée:

- entre différents niveaux de gouvernance (par ex. fédéral, cantonal et communal),
- en fonction des zones géographiques (au niveau régional ou local),
- au sein d'organisations.

Les acteurs impliqués dans l'approche multisectorielle recourent à de nombreux instruments permettant de concrétiser la collaboration intersectorielle. Ceux-ci comprennent entre autres (Ritsatakis & Jarvisalo, 2006):

- les commissions transversales en charge de la santé publique (intégration d'organisations non gouvernementales et d'acteurs privés);
- les consultations formelles sur un projet de loi;
- les commissions ad hoc pour des questions spécifiques;
- les programmes et politiques intersectorielles;
- les rapports sur la santé publique;
- la communication formelle entre départements;
- la coordination de différentes unités administratives à des niveaux distincts (départements, cantons, communes, etc.);
- les évaluations d'impact des politiques publiques sur la santé;
- les contacts informels.

2.2 Source normative supranationale

Une telle approche trouve sa source normative supranationale au niveau international et régional dans le droit à la santé en tant que «droit fondamental de tout être humain de posséder le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre». La santé est un «état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité». Cet état de complet bien-être physique, mental et social pour chaque individu doit être garanti «quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale» (OMS, 2007).

C'est dans ce but que l'OMS attribue une responsabilité aux gouvernements quant aux problèmes de santé de leurs populations respectives, auxquels ils ne peuvent «faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées» (OMS, 2007).

3 Argumentaire en faveur d'une approche multisectorielle de la santé

3.1 L'importance de la santé pour l'individu et la société

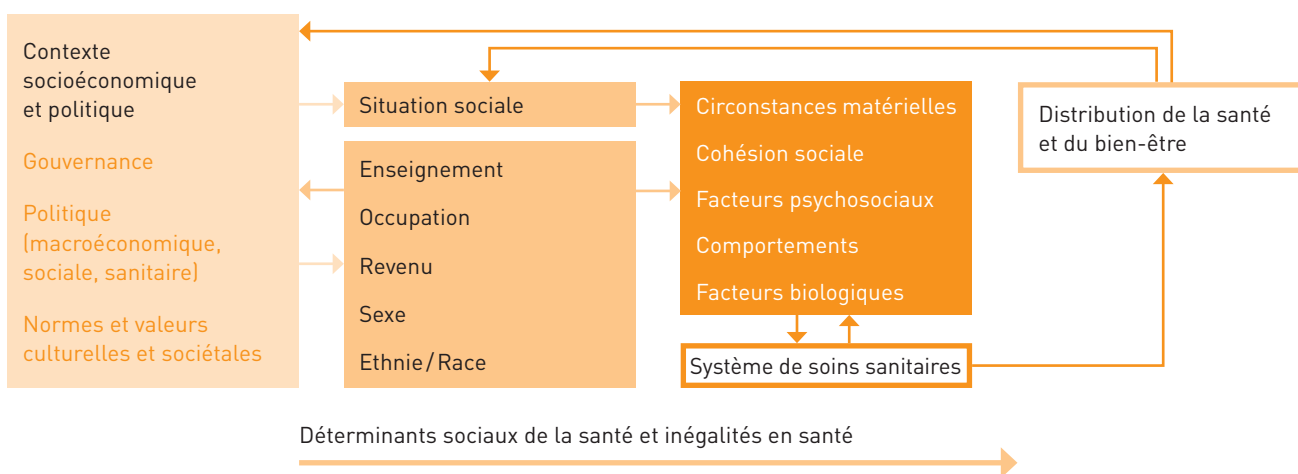
L'état de santé individuel, que ce soit sur le plan physique ou psychique, est une composante essentielle du bien-être et de la qualité de vie des personnes. L'égalité (des chances) devant la santé est nécessaire car définie comme l'absence de disparités systématiques pouvant être qualifiées de socialement injustes, en cela qu'elles dépendent du statut social d'un groupe d'individus donné, leur conférant un avantage ou un désavantage par rapport aux autres groupes dont la position dans la hiérarchie sociale diffère. Ces inégalités devant la santé constituent

un cercle vicieux (figure 1) pour les groupes désavantagés, car leur désavantage en termes de santé contribue à augmenter leur risque futur d'être encore plus désavantagés dans la hiérarchie sociale (Braveman & Gruskin, 2003; OMS, 2009).

Non seulement l'état de santé est une finalité en soi, mais c'est également un moyen de construire une économie performante (Alsan et al., 2006; Bloom et al., 2004; Bloom et al., 2005), et de garantir aux individus une participation dans la société et l'économie à la mesure de leurs aspirations (Smith, 1999). Cependant, cette relation peut également être inverse et être influencée par le système de santé national.

FIGURE 1

Cadre conceptuel élaboré par la Commission des déterminants sociaux de la santé¹

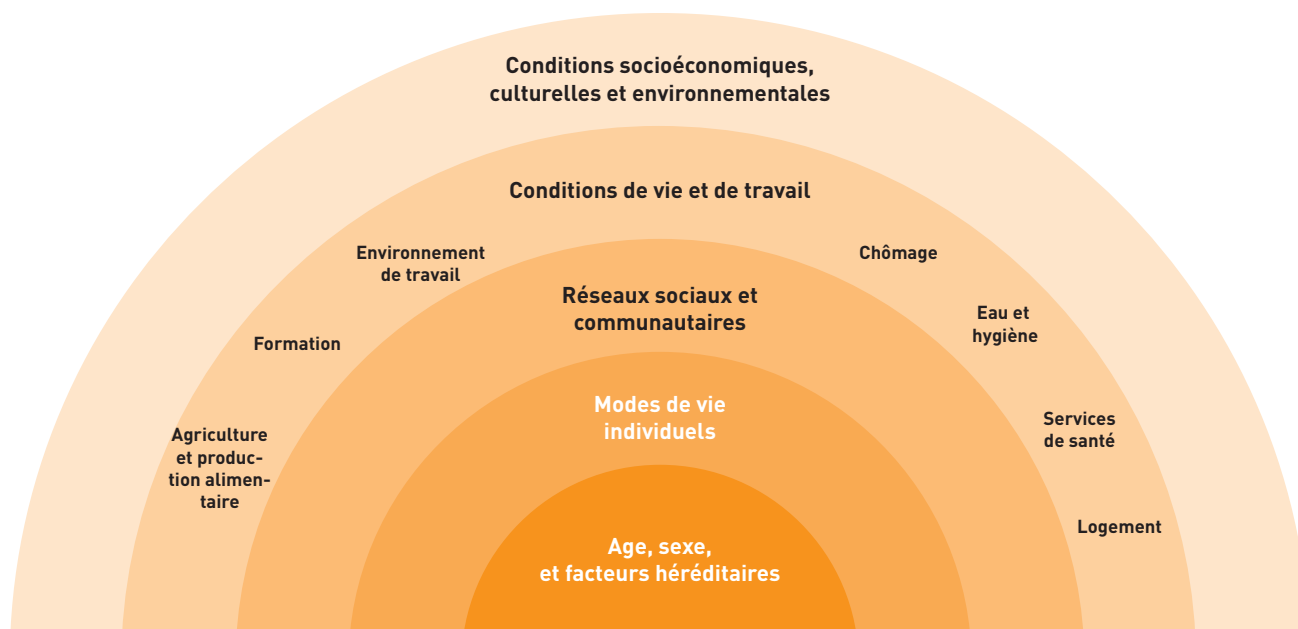


Source: adapté de Solar & Irwin (2007), tiré de OMS (2009)

¹ «La Commission des déterminants sociaux de la santé a été créée pour aider les pays et les partenaires de la santé au niveau mondial à combattre les causes sociales des problèmes de santé et des inégalités sanitaires. Elle a permis de sensibiliser l'ensemble de la société sur les déterminants sociaux qui sont l'une des principales causes reconnues d'inégalités existant au sein des pays comme entre les différents pays du monde.» (Déterminants sociaux de la santé – http://www.who.int/social_determinants/thecommission/fr/)

FIGURE 2

Représentation graphique des déterminants de l'état de santé individuel



Source: adapté de Dahlgren & Whitehead (1991), tiré de <http://www.labelcommunesante.ch/valais/commune-sante-220.html>

3.2 Les facteurs déterminants

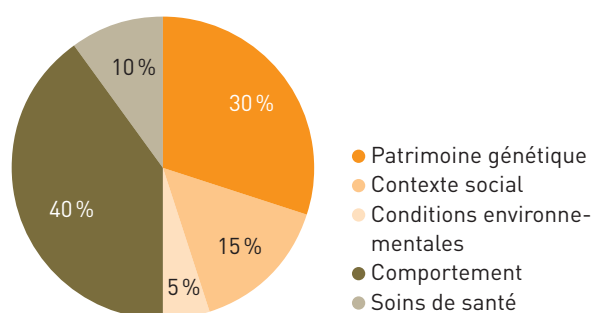
L'état de santé peut être influencé par toute une série de déterminants socioéconomiques et environnementaux (figure 2). Une meilleure connaissance de ces déterminants et des mécanismes de causalité sous-tendant cette relation constitue donc la première étape de la conception de politiques publiques visant à respecter le droit à la santé et l'égalité devant la santé au sein de la population (Braveman & Gruskin, 2003).

Environ 40 % des morts sont causés par des comportements qui pourraient être changés à l'aide d'interventions préventives. Aux Etats-Unis, seuls 10 à 15 % de la mortalité prématurée évitable l'est grâce à de meilleures politiques de soins de santé. L'état de santé individuel est influencé par cinq ensembles de facteurs: le patrimoine génétique et gestationnel, le contexte social, les conditions environnementales, le comportement, et les soins de santé. L'état de santé individuel est donc déterminé par les interactions entre ces différents facteurs, dont l'influence est dynamique et varie en fonction de la période dans la vie de l'individu à laquelle ils apparaissent (McGinnis et al., 2002).

La distribution de la responsabilité de chaque ensemble de facteurs dans les décès prématurés aux Etats-Unis est présentée dans la figure 3. Ainsi, seuls 40 % des déterminants des décès prématurés dépendent du patrimoine génétique et de l'accès à des soins de qualité, tandis que la responsabilité du contexte social, des conditions environne-

FIGURE 3

Part de responsabilité des facteurs déterminants de la santé dans les décès prématurés aux Etats-Unis



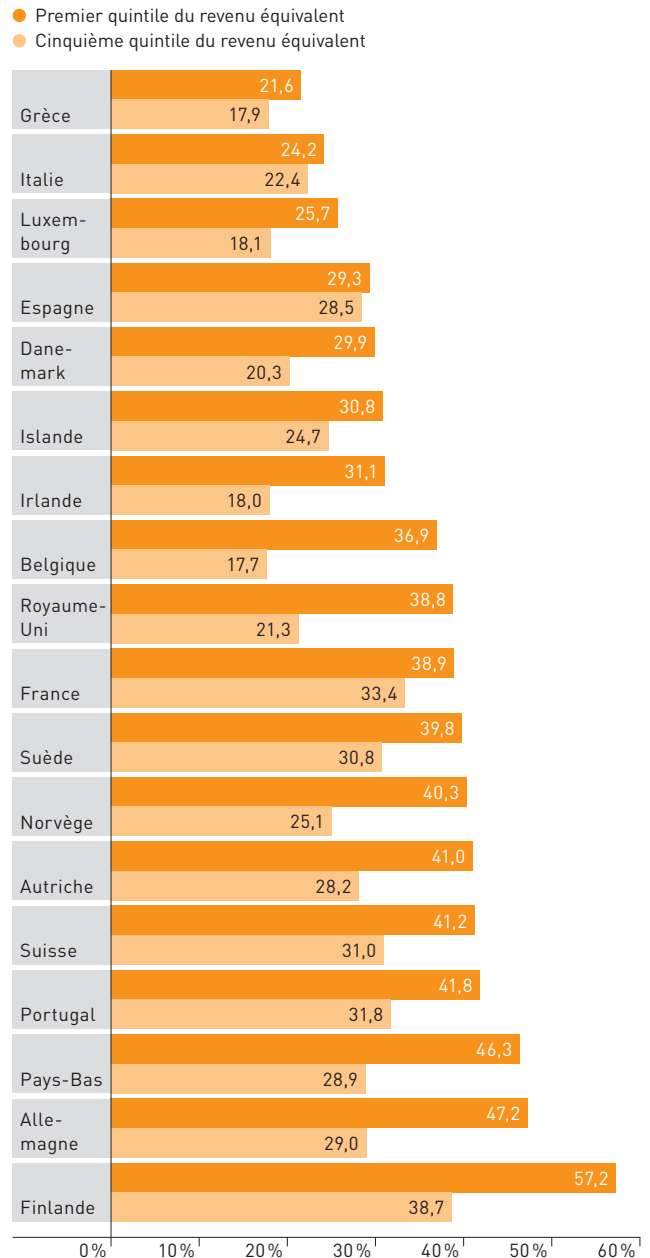
Source: Bureau BASS, adapté de McGinnis et al., (2002)

mentales et du comportement des individus s'élève à 60%. Néanmoins, les gènes s'expriment en fonction du contexte social, des conditions environnementales et du comportement des individus. La nature et les conséquences des choix comportementaux sont quant à eux affectés par le contexte social, tandis que nos prédispositions génétiques influencent le type de soins dont les individus ont besoin, et que le contexte social détermine le type de soins auxquels ils ont accès. Il est donc difficile de démêler les nombreuses imbrications liées aux interactions entre les différents facteurs mentionnés (McGinnis et al., 2002). L'état de santé d'un individu n'est donc pas uniquement la résultante d'un comportement dont la personne est pleinement responsable et consciente ou de circonstances indépendantes de sa volonté, mais est également influencé par le contexte social, économique et environnemental dans lequel l'individu s'inscrit et évolue au cours de sa vie (Arah, 2009). Dès la naissance, un enfant grandissant dans un environnement caractérisé par la pauvreté, la pollution, la violence, l'instabilité et un faible lien social, causant un stress important et répété, aura plus de risque d'être en mauvaise santé, de développer certaines maladies, qu'un enfant grandissant dans de meilleures conditions. Par la suite, un bas niveau de formation, de mauvaises conditions de travail, un faible statut social perçu et un réseau social limité continueront à nuire à la santé de l'individu (Braveman & Gottlieb, 2014). La figure 4 illustre la probabilité de vivre avec un problème de santé ou une maladie de longue durée en fonction de la position dans la distribution du revenu équivalent en Europe en 2013. En Suisse, 41,2% des personnes âgées de plus de 16 ans dont le revenu équivalent se situe dans le premier quintile de la distribution vivaient en 2013 avec un problème de santé ou une maladie de longue durée. Pour les personnes dont le revenu se situe en haut de la distribution, soit dans le cinquième quintile, en revanche, 31%, soit 10 points de pourcentage de moins, vivaient en 2013 avec un problème de santé ou une maladie de longue durée. Les inégalités en Suisse apparaissent certes moins importantes que dans d'autres pays comme les Pays-Bas ou l'Allemagne, mais dénotent néanmoins l'importance du contexte social dans la constitution de l'état de santé.

L'environnement économique joue également un rôle important. L'apparition d'une crise économique, et le chômage de masse en découlant, peuvent affecter grandement la santé psychique des personnes touchées, causant par exemple une augmentation du

FIGURE 4

Pourcentages de personnes en Europe âgées de 16 ans ou plus avec un problème de santé ou une maladie de longue durée en fonction de la position dans la distribution du revenu équivalent, 2013



Source: Eurostat

taux de suicides et d'homicides (Stuckler et al., 2009). Quant aux conséquences de l'industrialisation et de l'activité économique en termes de pollution environnementale, la communauté scientifique a déjà produit de nombreuses preuves empiriques de ses effets néfastes, à court et à long terme, sur la santé

des individus. Une exposition dès le plus jeune âge à des polluants environnementaux a des conséquences dramatiques telles que des troubles périnataux, une augmentation la mortalité infantile, des troubles respiratoires, des allergies, des affections malignes, des troubles cardiovasculaires et mentaux, et bien d'autres effets négatifs sur la santé. En plus de ces effets à court terme, de nombreuses études ont démontré le lien entre l'exposition aux particules environnementales et le risque de morbidité et de mortalité résultant de perturbations du fonctionnement des organes, de cancers et d'autres maladies chroniques (Kelishadi, 2012).

3.3 La nécessité d'une approche multisectorielle

L'approche multisectorielle, en incluant les secteurs autres que celui de la santé dans le processus de décision, permet à ses décideurs politiques de prendre conscience de l'impact que beaucoup de politiques publiques peuvent avoir en termes de santé (Baum et al., 2014). L'approche multisectorielle permet d'établir une collaboration afin de concilier des intérêts divergents et de considérer de manière systématique la santé au niveau des décideurs politiques et de l'administration, ceci indépendamment du secteur concerné. Elle se base sur la constatation que la santé est influencée par une multitude de facteurs indépendants du champ d'action du secteur de la santé, d'où le besoin d'agir en coopération avec les autres secteurs (Kickbusch, 2010).

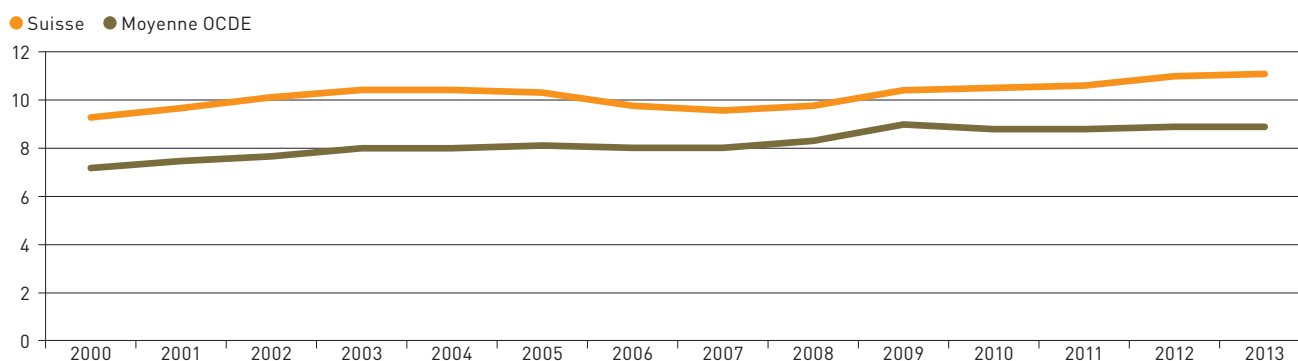
Investir dans la promotion de la santé physique et psychique et la prévention, par exemple, du tabagisme, de la consommation à risque d'alcool et des accidents de la route, à la fois au niveau individuel et structurel, permet de réaliser des gains importants pour la collectivité (Merkur et al., 2013, au niveau international; Wieser et al., 2009, pour la Suisse).

Dans une société vieillissante dont les coûts de la santé augmentent, agir sur les déterminants de la santé apparaît donc nécessaire pour garantir la pérennité du système de santé. La figure 5 permet de comparer l'évolution du niveau de dépenses publiques et privées de santé en pourcentage du PIB entre la Suisse et la moyenne des pays de l'OCDE. En 2013, la Suisse dépensait au total 11,1% de son PIB pour la santé (en deuxième place derrière les Etats-Unis parmi les pays de l'OCDE), tandis que la moyenne OCDE était de 8,9%. Depuis 2009, les dépenses totales de santé en pourcentage du PIB ont augmenté plus vite en Suisse que dans le reste des pays de l'OCDE, et ce malgré l'impact de la crise plus important dans ces derniers sur la croissance économique.

L'espérance de vie à la naissance varie fortement en fonction du contexte social, économique et environnemental dans lequel les individus évoluent. Ainsi, un enfant né dans une banlieue de Glasgow aura une espérance de vie de 54 ans, contre 82 pour un enfant né dans un quartier de la même ville et grandissant dans des conditions plus avantageuses, soit un écart de 28 ans à la naissance (OMS, 2009). Aux Etats-Unis, la récente augmentation du taux de morbidité et de

FIGURE 5

Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB, 2000-2013



Source: OECD health statistics 2015

mortalité des personnes de type caucasien âgées de 45 à 54 ans, et en particulier des individus possédant un faible niveau de formation, apparaît inquiétante (Case & Deaton, 2015). Il ne s'agit donc plus seulement de se baser sur l'affirmation «les maladies tuent», mais également sur la constatation que «l'injustice sociale tue», afin de transformer la vision de la politique de santé moderne (OMS, 2009). Une fois cette constatation intégrée, le meilleur moyen d'arriver à garantir à tous un état de santé le meilleur possible passe par le développement d'une approche collaborative systématique (Kickbusch, 2010). En particulier, un rapprochement entre la politique de santé et les politiques sociales apparaît judicieux (Carey & Crammond, 2014). Une tradition politique égalitaire, un niveau élevé de développement démocratique, et la générosité de l'Etat social ont tous un effet positif sur l'état de santé de la population (Muntaner et al., 2011).

Les politiques du marché du travail et du logement peuvent également jouer un rôle important dans la lutte contre les inégalités devant la santé et donc améliorer la santé de certains groupes désavanta-

gés. Un environnement moins stressant, que ce soit au travail ou à la maison, apparaît donc essentiel (Bambra et al., 2009). Plus précisément, les politiques actives du marché du travail, permettant la réinsertion rapide des personnes sans activité dans le marché du travail (Stuckler et al., 2009), et l'intégration des employés dans des comités ou conseils participatifs leur permettant un meilleur contrôle de leurs conditions de travail ont un effet positif sur la santé mentale et l'évaluation subjective de l'état de santé. A l'inverse, la privatisation des services publics a clairement un effet négatif (essentiellement sur la santé mentale). Une législation orientée vers la sécurité sur les chantiers permet quant à elle de réduire le risque d'accidents et de blessures. Au niveau des politiques du logement, qu'elles soient sociales (programmes d'aide, encouragement de la mixité sociale), environnementales (infrastructures: réduction du risque de chute, de blessure, rénovation de l'immeuble) ou de transformation du quartier/de la zone d'habitation, les effets sont plus modestes mais néanmoins positifs, notamment en termes de santé mentale (Bambra et al., 2009).

4 Défis rencontrés lors de la conception et la mise en œuvre de l'approche multisectorielle

4.1 Au niveau politique

4.1.1 Cadre théorique

Dans le cadre de la création d'une politique multisectorielle de la santé et, notamment, pour permettre la mise à l'agenda politique d'un problème public, les promoteurs d'une politique publique doivent bénéficier de «fenêtres d'opportunités» pour la concrétiser et permettre par la suite sa mise en œuvre (Kingdon, 1995).

Ces fenêtres d'opportunités, que l'on peut définir comme des conditions nécessaires à réunir pour que les décideurs politiques se saisissent dudit problème et qu'il en résulte une politique publique, évoluent sur trois niveaux qui doivent être synchronisés pour que la mise à l'agenda politique se concrétise. Ces trois niveaux sont le problème politique, les politiques publiques et la politique. Plus particulièrement dans le cas présent, ces trois axes de conditions à réunir sont les suivants (Ollila, 2011; cf. figure 6):

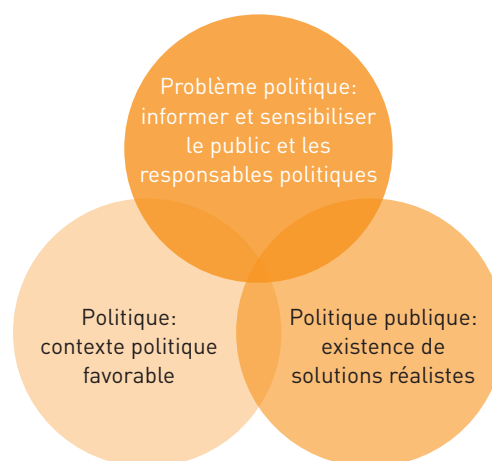
- informer et sensibiliser, voire former, le public et les responsables politiques quant aux besoins de la population en termes de santé afin de permettre aux problèmes publics de ce domaine de devenir prioritaires dans l'agenda politique;
- proposer des solutions réalistes aux problèmes identifiés, en particulier eu égard à l'anticipation de l'acceptation de ces solutions par le public, à la probabilité de la réalisation d'un compromis politique et de la possibilité d'une collaboration entre les différents départements qui seraient impliqués, et finalement en fonction de la capacité des décideurs politiques d'anticiper des besoins futurs;
- identifier le moment adéquat pour porter les projets à la connaissance des décideurs, par exemple suite à un changement de gouvernement favorable à la politique ou l'apparition d'un événement particulier favorisant le développement de la solution proposée par les décideurs politiques.

La réalisation de chaque condition est dépendante de nombreux facteurs, tels que les caractéristiques institutionnelles du système politique et les conflits idéologiques sous-tendant la création de politiques publiques. De telles divergences idéologiques sont difficilement réconciliables lors de la conception d'une approche multisectorielle de la promotion de la santé. Néanmoins, ces conflits peuvent être résolus à l'aide de l'adoption de la stratégie adéquate, telle la stratégie gagnant-gagnant appliquée en Australie du Sud ayant conduit à une mutualisation des bénéfices des partisans et des opposants, ou d'une dépolitisation du débat en informant les décideurs politiques de l'état de la recherche comme ce fut le cas en Suède (Molnar et al., 2016).

Cette dépolitisation du débat peut par exemple passer par l'utilisation des analyses coût-bénéfice afin de convaincre les décideurs politiques des avantages économiques de l'approche multisectorielle, en par-

FIGURE 6

Fenêtres d'opportunités dans la conception d'une politique publique



Source: Bureau BASS, adapté de Ollila (2011)

ticulier en termes d'efficacité. La recherche de synergies entre les différents secteurs à impliquer peut également conduire à une situation gagnant-gagnant et aboutir à une politique plus cohérente. Néanmoins, lorsque le but de la promotion de la santé est perçu comme étant en contradiction avec les intérêts économiques, l'adoption de l'approche multisectorielle devient beaucoup plus difficile (Pinto et al., 2015).

Dans le but de convaincre la classe politique et le public de l'utilité de la démarche intersectorielle, plusieurs solutions s'offrent aux partisans de cette approche. Un travail d'information et de formation des décideurs politiques, afin d'expliquer clairement les mécanismes à l'œuvre entre les déterminants de la santé et l'état de santé de la population, peut par exemple contribuer au développement de l'approche multisectorielle. La création de plateformes d'information accessibles à tout le monde, le recueil des données afin d'analyser et monitorer l'évolution de la santé, et la discussion des résultats à travers des rapports et des communiqués participent également à la diffusion des informations concernant l'approche multisectorielle de la promotion de la santé et son acceptation au sein de la population (Ritsatakis & Järvisalo, 2006).

4.1.2 L'exemple de l'évaluation d'impact sur la santé

L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) est un instrument développé pour la mise en œuvre de la santé dans toutes les politiques (Health in All Policies) et le développement de processus transsectoriels. Il peut être utilisé pour évaluer les répercussions potentielles sur la santé de lois, de politiques, de stratégies ou de projets en attente d'une décision. Des études internationales attestent la valeur ajoutée de l'EIS dans la promotion de la santé de la population et l'égalité des chances en matière de santé, ainsi que le potentiel de renforcement de la qualité de la prise de décisions politiques. Certaines de ces études démontrent également la rentabilité de cette approche (Wismar, 2007).

L'EIS se décline à travers **six étapes** essentielles décrites dans le schéma ci-après²:

- **Sélection ou dépistage (*screening*):** définit si une mesure pourrait affecter les déterminants de la santé et avoir des impacts sur la santé d'un ou de différents groupes de population, et se doit donc d'être soumise à une EIS.
- **Cadrage et analyse sommaire (*scoping*):** si l'étape de la sélection aboutit à la décision qu'une EIS doit être effectuée, alors la tâche suivante consiste à considérer quelle est la meilleure façon de la réaliser. C'est l'étape du cadrage.
- **Évaluation ou analyse approfondie (*appraisal*):** cette étape examine le potentiel de la mesure évaluée à affecter positivement ou négativement la santé.
- **Recommandations (*recommendations*):** une fois les impacts potentiels identifiés et caractérisés, la phase suivante consiste à proposer des solutions pour minimiser les effets négatifs et maximiser les effets positifs de la mesure analysée. C'est l'étape des recommandations qui peuvent consister en des modifications de la mesure à évaluer, en des mesures d'accompagnement, voire même en des mesures compensatoires.
- **Décision (*decision*):** une fois les conclusions et recommandations de l'EIS transmises aux décideurs ou au groupe de pilotage, la prochaine étape concerne la prise de décision. Il est attendu que les décideurs prennent en compte les recommandations du rapport de l'EIS et qu'ils donnent du poids à la santé de la population face à d'autres intérêts liés à la mesure proposée et qu'ils ajustent celle-ci de telle sorte que les impacts positifs soient renforcés et les négatifs minimisés.
- **Suivi et évaluation (*monitoring and evaluation*):** consiste à procéder à un accompagnement du point de vue de la santé de la mise en œuvre de la mesure analysée et à la méta-évaluation (évaluation du processus et des méthodes pour améliorer la pertinence de l'EIS à long terme).

En 2015, Promotion Santé Suisse a publié un état des lieux sur les EIS au niveau cantonal en Suisse³. Cette étude a montré que l'expérience en matière de mise en œuvre de l'EIS en Suisse est jusqu'ici limitée à quelques cantons, où l'instrument a été testé dans le cadre de projets pilotes depuis les années 90. Les cantons de Genève, du Jura, de Fribourg et du Tessin sont à cet égard des pionniers (figure 7). Les autres cantons, en particulier en Suisse alémanique, ont en revanche peu d'expérience concrète avec cet outil. Entre 2001 et 2014, 22 EIS ont été effectuées au niveau cantonal, dont près de la moitié entre les années 2006 et 2008. Les domaines qui ont fait le plus l'objet d'une EIS sont la santé publique (7), l'aménagement du territoire (6), suivis par le social (3), la mobilité (2) et l'économie (2). Parmi les cantons qui ont appliqué l'outil, seuls Genève et Fribourg sont dotés d'une base légale.

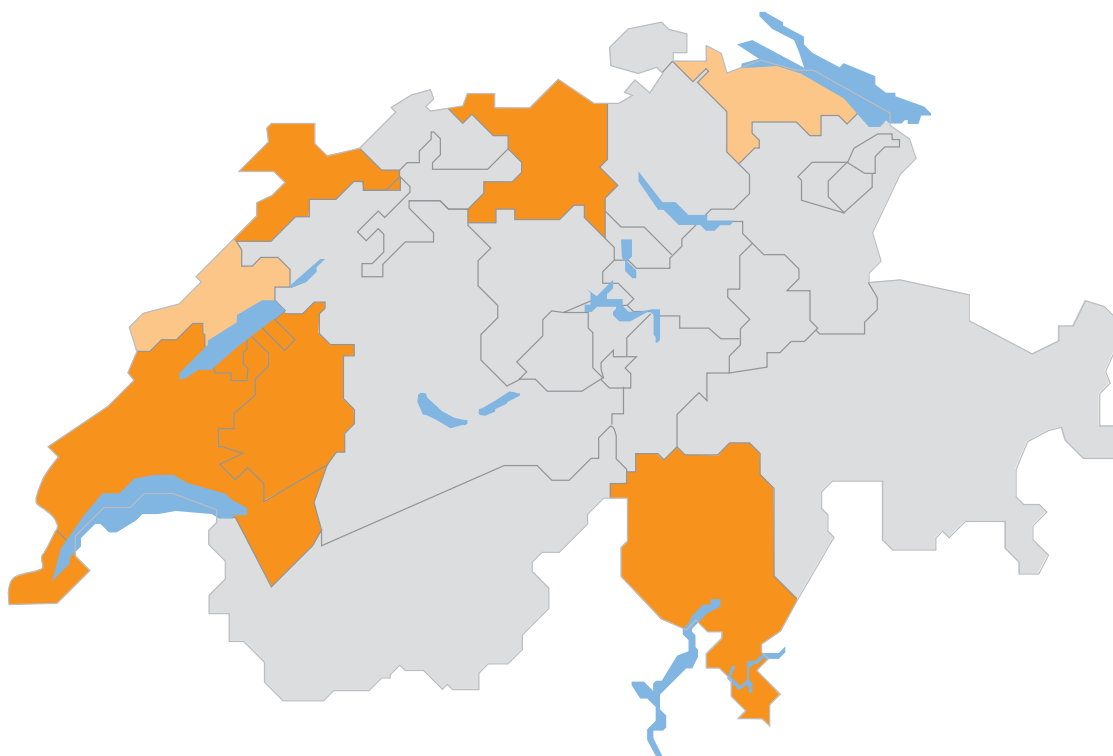
Si les données actuelles ne permettent pas de tirer des conclusions quant à l'impact des EIS sur la qualité des décisions prises, les acteurs cantonaux interrogés dans le cadre de cette étude ont confirmé que l'instrument contribue à la promotion de l'approche multisectorielle de la santé et à la sensibilisation des acteurs aux déterminants de la santé. Tout en précisant que la réciproque est aussi valable, à savoir qu'une collaboration intersectorielle et des connaissances en matière de déterminants de la santé préalables étaient des facteurs de succès de l'utilisation de l'outil.

Les acteurs ayant une expérience en matière d'EIS apprécient le fait que les données scientifiques sur lesquelles sont basés les arguments contribuent à diminuer la dimension idéologique de certains dossiers (fumée passive dans le canton de Genève, éoliennes dans le canton du Jura). De même, la flexi-

FIGURE 7

Evaluation d'impact sur la santé (EIS) en Suisse

Les cantons de GE, JU, TI, VD et FR ont déjà effectué des EIS. NE et TG sont membres de l'Association EIS, tout comme les cantons cités précédemment, mais n'ont pas effectué d'EIS. AG a effectué une EIS, mais n'est pas membre de l'Association EIS.



Source: Favre & Kessler (2015)

³ http://promotionsante.ch/assets/public/documents/2_fr/d-ueber-uns/5-downloads/Document_de_travail_033_PSCH_2015-05_-_Evaluation_d_impact_sur_la_sante.pdf

bilité de l'outil est également souvent mise en avant par les interlocuteurs cantonaux.

Mais cette flexibilité peut aussi représenter un désavantage, lorsqu'elle est perçue comme un flou et rend difficile de comprendre la spécificité de l'EIS vis-à-vis d'autres outils. Par manque de ressources humaines et financières ou par crainte de voir les processus décisionnels ralentis, l'EIS rapide est souvent privilégiée. Cette formule simplifiée a souvent comme conséquence de limiter, voire supprimer la dimension participative de l'outil, alors que l'implication des populations concernées est considérée comme une des valeurs principales des EIS.

Les personnes rencontrées dans le cadre de cette étude ont également souligné que la culture de l'évaluation est encore peu développée au niveau des cantons et que les évaluations sont souvent perçues comme des sanctions. Dans ces conditions, force est de constater que l'EIS n'est pas nécessairement l'outil à privilégier pour engager un processus de collaboration intersectorielle, l'initiative risquant d'être perçue comme une ingérence de la santé dans les autres secteurs. C'est pourquoi une bonne collaboration sectorielle préalable est un facteur clé du succès pour les EIS.

L'absence de base légale pour l'EIS et la multiplication des outils d'analyse d'impact sectoriels ne facilitent pas sa mise en œuvre. L'intégration des aspects santé dans d'autres outils d'analyse d'impact plutôt que la conduite d'EIS séparées représente une opportunité à saisir. Il faut cependant reconnaître que les autres outils, comme les évaluations environnementales stratégiques (EES) ou les évaluations de la durabilité (EDD), rencontrent des difficultés semblables à celles que connaissent les praticiens de l'EIS.

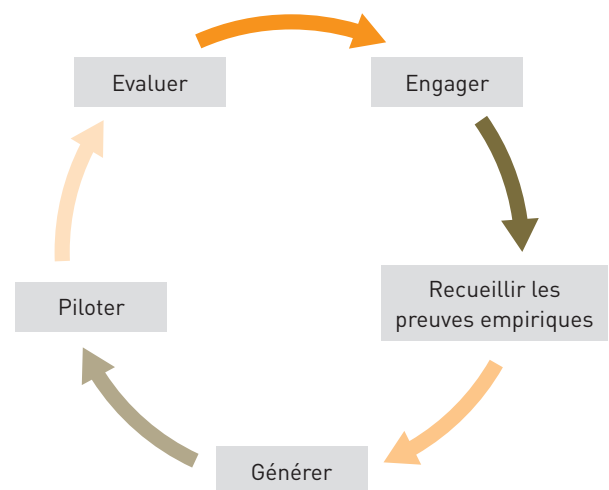
Le potentiel des EIS n'a pas encore été pleinement exploité au niveau des cantons en Suisse. La mise en réseau des expériences et la documentation des expériences sont nécessaires pour stimuler son utilisation. Si l'EIS est un outil pertinent pour l'approche multisectorielle de la santé, les personnes rencontrées dans le cadre de l'étude insistent sur le fait qu'il n'est pas le seul et que le choix de l'outil doit être déterminé par la question posée et par les opportunités politiques.

4.1.3 L'exemple de l'analyse à la loupe en Australie du Sud

Afin de mieux comprendre dans quelle mesure ces fenêtres d'opportunités sont importantes dans le cadre du développement d'une approche multisectorielle de la promotion de la santé, nous décrivons un exemple de la réussite de la réalisation des conditions favorables à la création d'une telle politique. L'analyse à la loupe appliquée en Australie du Sud a pour but d'aiguiller les politiques publiques en fonction de leurs conséquences sur la santé et ce, sur la base de preuves empiriques. C'est un procédé qui permet d'identifier les améliorations possibles en termes d'impact de politiques publiques sur la santé et de soutenir les pistes de solutions encourageant la promotion de la santé. C'est donc un instrument relativement similaire aux études d'impact sur la santé. Cependant, l'analyse à la loupe se différencie principalement des évaluations d'impact sur la santé par la présence d'échanges continuels entre les acteurs gouvernementaux impliqués par l'utilisation de l'instrument et orientant la politique publique dès sa phase de conception. Il s'agit donc d'un processus interne et non pas mandaté à des institutions externes. Un des principaux avantages de cet instrument est de mettre tous les objectifs des différents secteurs impliqués sur un même pied d'égalité, mutualisant ainsi les bénéfices pour tous les départements impliqués dans le processus (Lawless et al., 2012).

FIGURE 8

Présentation du concept d'analyse à la loupe



Source: Bureau BASS, adapté de Lawless et al., (2012)

Concrètement, l'analyse à la loupe procède en plusieurs étapes intégrées dans un cycle particulier et apparaissant à différents moments du cycle de vie d'une politique publique. La figure 8 permet de visualiser ces différentes étapes et le cycle de fonctionnement de l'instrument.

L'analyse à la loupe procède donc en cinq étapes distinctes définies par les termes *engage*, *gather evidence*, *generate*, *navigate*, *evaluate*, que l'on peut traduire par engager, recueillir les preuves, générer, piloter, évaluer. Ces différentes étapes sont définies comme suit⁴:

- engager: établir et maintenir une collaboration intersectorielle robuste; se mettre d'accord sur les principaux objectifs de la politique à mettre en place. C'est le moment pendant lequel les discussions intersectorielles permettent de développer un langage, des valeurs, un but communs. Aucun secteur n'est alors privilégié par rapport aux autres mais apprend à travailler de manière collaborative (Lawless et al., 2012);
- recueillir les preuves: établir le lien de causalité entre le domaine faisant l'objet de l'élaboration de la politique publique et la santé, et identifier des solutions ou des options politiques empiriquement fondées. Cette étape est cruciale pour la suite de la collaboration, dans la mesure où elle permet une ouverture d'esprit et un apprentissage de la part des décideurs quant aux interrelations entre les différents secteurs et leurs actions. Cela permet également de rendre l'approche plus crédible aux yeux du public (Lawless et al., 2012);
- générer: produire un ensemble de recommandations en termes de politiques publiques et un rapport attribué collectivement à tous les partenaires de la collaboration intersectorielle;
- piloter: appliquer les recommandations lors du processus de prise de décision. Cette étape est également capitale puisque les partenaires à l'origine des recommandations doivent s'assurer de leur mise en œuvre par les responsables politiques et ainsi accompagner le développement de la politique publique dans le respect du produit de la collaboration intersectorielle (Lawless et al. 2012);
- évaluer: déterminer l'efficacité et l'efficacités de la «loupe».

En Australie du Sud, trois projets basés sur l'analyse à la loupe avaient déjà été complétés lors de l'évaluation de l'instrument (Lawless et al., 2012). Le premier a permis d'examiner les impacts potentiels sur la santé associés à l'utilisation de sources d'eau potable alternatives, le second s'est concentré sur les interconnexions entre les facteurs sociaux, économiques et de santé affectant l'arrivée de migrants dans trois régions, et le troisième avait pour objectif d'encourager l'utilisation de technologies digitales par les personnes provenant de groupes socioéconomiques désavantagés, de façon à promouvoir leur santé.

L'approche multisectorielle en Australie du Sud a été vue comme une solution innovante dans la résolution de problèmes épineux (*wicked problems*). La crise du budget de la santé a permis la mise à l'agenda de l'approche multisectorielle par les entrepreneurs. C'est ensuite le plan national stratégique en termes de santé qui a permis de faciliter la création de la politique publique, ainsi qu'un processus d'apprentissage de celle-ci (*policy learning process*) qui a été développé par les experts, testant le concept de «loupe» et permettant de vaincre la résistance des opposants. La dissémination du savoir-faire avant la mise en place du projet final a également permis d'accroître l'acceptation du projet, tandis que l'intégration des différents acteurs dans les différentes étapes du concept d'analyse à la loupe a permis de constituer une collaboration intersectorielle robuste (Kickbusch et al., 2014).

Au niveau politique, le développement de l'approche multisectorielle a été facilité par l'existence d'un consensus entre sociaux-démocrates et libéraux. De plus, le département en charge de la santé a été conscient de l'importance de ne pas imposer sa vision aux autres départements mais de travailler en collaboration étroite et à pied d'égalité. Ainsi, le fait que l'importance donnée à la santé ait été la même que celle donnée aux objectifs des autres secteurs d'action, la mutualisation des bénéfices (solution gagnant-gagnant) et la réalisation d'objectifs communs ont clairement participé à la concrétisation d'une approche multisectorielle en Australie du Sud (Lawless et al., 2012).

⁴ SA Health. Health Lens Analysis projects. <http://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/public+content/sa+health+internet/health+reform/health+in+all+policies/health+lens+analysis+projects>

Néanmoins, pour initier ce processus, il est également nécessaire de sensibiliser les décideurs politiques quant aux déterminants de l'état de santé individuel et aux avantages de l'approche multisectorielle dans le cadre de la promotion de la santé (notamment en termes d'économies). Pour cela, le rôle des entrepreneurs politiques, soit des personnes promouvant une idée nouvelle dans le débat politique, et leur proximité avec les décideurs politiques permet de concrétiser une solution innovante à un problème public identifié (Kickbusch et al., 2014).

Cependant, bien que l'approche multisectorielle en Australie du Sud soit présentée comme un succès, celle-ci n'est pas non plus exempte de critiques. La stratégie gagnant-gagnant adoptée en Australie du Sud a certes permis de vaincre les résistances des opposants, mais a aussi donné lieu à une politique moins ambitieuse, puisque guidée par les priorités et les sensibilités politiques du gouvernement (Molnar et al., 2016). Néanmoins, étant donné l'importance du consensus politique en Suisse, cette stratégie pourrait être prometteuse pour un développement de l'approche multisectorielle.

4.2 Au niveau opérationnel

Une fois la mise à l'agenda politique d'un problème donnant par la suite lieu au développement de l'approche multisectorielle de promotion de la santé au niveau politique, la réussite de la mise en œuvre de cette politique est ensuite dépendante de nombreux facteurs et fait face à plusieurs défis. Les principaux problèmes rencontrés dans l'implémentation des politiques multisectorielles de promotion de la santé sont les suivants (Sihto et al., 2006):

- le manque de synergies entre les différents secteurs, souvent dus à des objectifs contradictoires de l'approche multisectorielle (par exemple la réglementation de la vente de produits du tabac qui va à l'encontre des intérêts économiques des producteurs de cigarettes) mais également à des conflits de valeurs;
- les instruments de politiques publiques de l'approche multisectorielle qui se heurtent aux contraintes individuelles (par exemple dans le cadre de programmes de promotion de la santé par l'adoption d'une alimentation plus saine, qui n'est pas adoptée par les groupes cibles par manque de moyens culturels, financiers et temporels);

- les coûts parfois élevés de la mise en œuvre d'une politique ambitieuse de promotion de la santé qui s'inscrit dans le long terme et dont les effets bénéfiques se déploient au-delà d'une période de législature;
- l'action au niveau local qui sera limitée sans des mesures de soutien et d'encouragement au niveau national, de par le manque de moyens et de direction;
- la difficulté d'assurer la continuité de l'approche multisectorielle dans le temps afin d'en observer les effets positifs, les collaborations intersectorielles ponctuelles ne permettant pas d'aboutir à une politique efficace et cohérente.

Le principal défi au niveau de la mise en œuvre de l'approche multisectorielle de promotion de la santé réside essentiellement dans la capacité des responsables politiques et administratifs à créer une collaboration intersectorielle entre les acteurs impliqués et à garantir son succès sur le long terme (Chircop et al., 2015). Plus précisément, les logiques propres au fonctionnement de chaque acteur (par exemple la nécessité de générer des profits dans le cas des entreprises privées, ou le respect de valeurs inhérentes au domaine d'intervention dans le cas des acteurs publics) sont parfois difficiles à concilier lors de la formation d'une collaboration intersectorielle. Il est donc extrêmement important de créer des alliances et de trouver des partenaires partageant des valeurs et des objectifs communs, ou de chercher un compromis satisfaisant pour toutes les parties impliquées (y compris la classe politique) afin de garantir la réussite de la mise en œuvre des instruments de l'approche multisectorielle.

Bien évidemment, les efforts à consentir doivent être fournis par tous les acteurs impliqués dans la conception d'une approche multisectorielle. Pour cela, le besoin en personnel qualifié est très important. Celui-ci doit en effet posséder des capacités à négocier, être capable de créer des alliances et travailler de manière interdisciplinaire (Ritsatakis & Järvisalo, 2006). La formation du personnel dans une optique d'approche multisectorielle est donc cruciale afin de garantir le succès de la collaboration. Néanmoins, un effort de formation seul ne saurait être suffisant pour contribuer à une collaboration intersectorielle réussie. Pour cela, il s'agit tout d'abord d'examiner le type de collaboration observé et les facteurs facilitant sa réalisation ou au contraire obs-

truant sa consolidation. Une étude sur la collaboration intersectorielle dans le cadre de la lutte contre l'obésité aux Pays-Bas a permis d'identifier trois principaux facteurs favorisant la mise en œuvre de l'approche multisectorielle (Hendriks et al., 2013):

- la motivation, dépendant dans un premier temps de la perception de la santé comme objectif pour la réalisation d'une politique et la prise de conscience de l'existence d'objectifs communs entre les différents secteurs. Celle-ci est également la résultante de la capacité des décideurs politiques à définir les objectifs en termes de santé et de les rendre visibles et mesurables, et à résoudre les conflits provenant de logiques de «défense du territoire» au sein des différents secteurs impliqués;
- la capacité des acteurs à adopter un nouveau mode de fonctionnement, dépendant en particulier des connaissances des acteurs et du rôle des leaders devant s'assurer du besoin de formation et de l'intégration des objectifs de tous les secteurs dans l'approche collaborative;
- les opportunités, soit la disponibilité de ressources suffisantes (temps, budget, marge de manœuvre, etc.) et le constat que réagir aux problèmes de santé publique est dans l'intérêt des citoyens. En particulier, le développement d'une politique publique dans une petite communauté a plusieurs avantages: les décideurs sont en effet plus proches et habitués à travailler ensemble et sont également plus proches des citoyens et réceptifs à leurs besoins. Les structures organisationnelles dans les communautés plus importantes ont par contre été identifiées comme des obstacles. En effet, dans les structures des communautés plus importantes, les agendas et les cycles d'élaboration des politiques nécessitent d'être alignés entre les différents secteurs afin que l'intégration de ceux-ci n'arrive pas trop tard.

Un financement spécifique n'est par contre pas forcément nécessaire pour favoriser la collaboration intersectorielle, bien que l'implémentation de la politique multisectorielle requiert un budget suffisamment important complété par des rallonges en cas de besoins. Le cofinancement pour lequel les acteurs impliqués mettent en commun les ressources des différents secteurs peut également contribuer à une meilleure collaboration intersectorielle, mais la répartition des tâches et du budget entre plusieurs niveaux administratifs peut entraîner des conflits (Pinto et al., 2015).

5 L'approche multisectorielle en Suisse

5.1 Définition

En Suisse, l'approche multisectorielle est définie dans les lignes directrices pour une politique multisectorielle de la santé publiées par l'OFSP en 2005. Celles-ci indiquent que la promotion de la santé doit «miser sur une assise politique très large, couvrant l'ensemble des politiques sectorielles, en veillant à ce que les aspects touchant à la santé soient pris en compte dans les projets et les décisions relevant d'autres secteurs politiques» (Stern et al., 2005).

Les principes guidant cette approche multisectorielle sont fondés sur (Stern et al., 2005):

- l'égalité des chances, en particulier en prodiguant un effort dans le cas des groupes socialement défavorisés et en garantissant l'égalité des chances entre femmes et hommes;
- la capacité individuelle à améliorer son état de santé dans une logique de capacitation ou *empowerment*, offrant aux individus les opportunités de réaliser eux-mêmes ce bien-être optimal découlant de leur état de santé;
- la réalisation d'une collaboration, d'un partenariat, entre les différents secteurs et acteurs à même de jouer un rôle dans l'élaboration d'une politique multisectorielle.

Dans la pratique, ces lignes directrices définissent deux axes d'action ou deux étapes dans l'élaboration d'une politique multisectorielle de la santé (Stern et al., 2005):

- dans un premier temps la «mise en évidence des facteurs, faisant partie ou non du domaine de la santé publique, qui influencent la santé et le bien-être»,
- dans un deuxième temps la «définition des champs d'action, des objectifs et des moyens d'action d'une politique multisectorielle de la santé».

Ces deux axes donnent lieu à deux objectifs principaux de la politique multisectorielle de la promotion de la santé en Suisse (Stern et al., 2005):

- bénéficier d'une politique multisectorielle permettant la réalisation d'une économie, d'une société et d'un environnement naturel et construit qui favorisent «la santé et le bien-être de tous les groupes de population ou du moins ne leur nuisent pas»;
- développer une démarche de politique multisectorielle, en garantissant que les responsables des différents secteurs politiques et des institutions connaissent les effets des décisions sur la santé et le bien-être.

Au niveau de la Confédération et de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), le plan d'action Environnement et santé (PAES) a joué un certain rôle précurseur. Le PAES a été lancé au cours des années 90 dans la foulée de la Conférence de Rio. Mis en œuvre de 2001 à 2007, il avait pour focus les domaines de la mobilité, de la nature et de l'habitat. En plus du travail de sensibilisation auprès des acteurs fédéraux, le PAES a également permis la création de trois projets pilotes régionaux (Aarau, Crans-Montana et la région soleuroise de Thal) et d'un Fonds d'innovation. Dans la postface du bilan publié par l'OFSP, Andreas Balthasar mentionne le fait qu'au début du PAES, l'environnement et la santé étaient situés dans le même département. Le transfert du premier au sein du Département des infrastructures tandis que la santé restait dans celui de l'intérieur a eu un impact considérable sur les collaborations. L'approche adoptée par le PAES était basée sur la sensibilisation et supposait d'intervenir systématiquement dans des affaires qui, au premier abord, n'ont rien à voir avec la santé. Le PAES n'a néanmoins pas été unanimement accepté. Par manque de bases légales et de soutien politique, le PAES a été terminé en 2007 et la section Santé et environnement de l'OFSP dissoute (OFSP, 2007).

A l'heure actuelle, plusieurs instruments découlant d'une approche multisectorielle sont déjà mis en œuvre en incluant la promotion de la santé. Mais, à l'exception d'actionsanté, celle-ci ne figure pas au centre de l'attention:

- le Comité interdépartemental pour le développement durable (CIDD), intégrant l'OFSP, l'Office fédéral de l'agriculture (OFAG), l'Office fédéral de l'environnement (OFEV), et la Direction du développement et de la coopération (DDC) dans l'organe de direction présidé par l'Office fédéral du développement territorial (ARE). Les tâches principales du CIDD sont de coordonner les politiques de la Confédération dans le domaine du développement durable, d'assurer la coordination entre les différents départements et offices impliqués, de développer en commun des stratégies et mesures répondant aux objectifs de l'Agenda 2030 en Suisse, de communiquer au niveau international quant au développement durable en Suisse et d'effectuer un suivi des relations intersectorielles à la fois au sein de l'administration fédérale, et entre les acteurs publics, privés et la société civile.⁵
- La coordination des actions de la Confédération dans le domaine de la mobilité douce, sous la direction de l'Office fédéral des routes (OFROU), intégrant l'ARE, l'OFAG, l'OFEV, l'OFSP, l'Office fédéral de l'énergie (OFEN), l'Office fédéral de la statistique (OFS), l'Office fédéral du sport (OFSP), l'Office fédéral des transports (OFT), le Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO) et le Bureau fédéral de l'égalité pour les personnes handicapées (BFEH). Ce groupe de travail est né d'un mandat du Conseil fédéral, qui ambitionne d'augmenter le trafic non motorisé (TNM), c'est-à-dire les déplacements à pied, à vélo, etc. Cette forme de mobilité constitue le troisième pilier du système de circulation, avec les transports publics et le transport individuel motorisé. Ce groupe permet un bon partage des informations et il facilite la discussion des projets et des modifications de la législation afin de promouvoir la mobilité douce.⁶
- actionsanté, regroupant l'OFSP et l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV) dans le cadre d'un soutien aux «entreprises s'engageant dans la promotion d'un mode de vie sain» sur une base volontaire et à travers diverses actions.⁷ Celles-ci incluent une meilleure information quant aux produits vendus aux consommateurs et consommatrices, l'élaboration d'un code de conduite dans le cadre du marketing et de la publicité pour les aliments riches en sel, en graisses et en sucres envers les enfants, une modification de la composition et de l'offre des aliments, la promotion d'un environnement propice/favorable à l'activité physique.⁸
- Des projets-modèles pour un développement territorial durable 2014–2018: avec ces projets-modèles, la Confédération soutient des projets d'acteurs locaux, régionaux et cantonaux qui élaborent de nouvelles approches pour mettre en œuvre un développement territorial durable. Les volets thématiques sont: aménager les espaces ouverts dans les agglomérations, mettre en pratique l'urbanisation vers l'intérieur, créer une offre de logements suffisante et adaptée aux besoins, promouvoir l'économie dans les espaces fonctionnels et utiliser et valoriser durablement les ressources naturelles. Huit offices fédéraux s'y engagent: soit l'ARE qui en assure la conduite, le SECO, l'OFEV, l'OFAG, l'Office fédéral du logement (OFL), l'OFSP, l'OFROU et l'OFSP.
- Le Bureau de coordination pour la mobilité durable COMO mise sur le développement d'idées nouvelles pour des formes et des offres de mobilité porteuses d'avenir. L'OFSP participe aux travaux du bureau afin de soutenir des projets de mobilité encourageant la population à pratiquer plus d'activité physique. COMO reprend les tâches de l'ancien Centre de services pour une mobilité innovatrice et le bureau est porté par les six offices fédéraux ARE, OFROU, OFEV, OFSP, OFT et OFEN. La direction des travaux incombe à l'Office fédéral de l'énergie (OFEN). Par ailleurs, il sert d'interlocuteur et de centre de coordination, de même que de plateforme d'informations.

⁵ Comité interdépartemental pour le développement durable. <http://www.are.admin.ch/themen/nachhaltig/00262/00529/index.html?lang=fr>

⁶ Mobilité douce. <http://www.astra.admin.ch/themen/langsamverkehr/index.html?lang=fr>

⁷ Engagement. http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05245/15569/index.html?lang=fr

⁸ Domaines d'action. http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05245/11318/index.html?lang=fr

5.2 Cadre normatif

Au niveau du cadre légal, l'approche multisectorielle n'est pas, au niveau fédéral, définie en tant que telle. Selon l'article 118 paragraphe 1 de la Constitution, «dans les limites de ses compétences, la Confédération prend des mesures afin de protéger la santé»⁹. En termes de promotion de la santé et de prévention, la Confédération possède donc les compétences pour développer une approche multisectorielle. Néanmoins, celle-ci n'a pas encore été consacrée de manière formelle par une loi fédérale.

Il faut cependant relever que plusieurs lois fédérales provenant d'autres secteurs possèdent néanmoins également des objectifs en termes de santé. Celles-ci comprennent par exemple (OFSP, 2007):

- législation sur les produits: loi sur les denrées alimentaires / loi sur les stupéfiants / loi fédérale sur l'imposition du tabac / loi fédérale sur l'imposition de la bière;
- législations sur des maladies spécifiques: loi sur les épidémies / loi sur la lutte contre la tuberculose / loi fédérale concernant l'allocation de subventions pour la lutte contre les maladies rhumatismales (seule loi dans le domaine des maladies non transmissibles);
- promotion de la santé sur des thèmes spécifiques: loi fédérale sur l'encouragement du sport et de l'activité physique;
- prévention: loi fédérale sur le travail / loi fédérale sur la circulation routière.

Dans sa stratégie 2020, le Conseil Fédéral reconnaît l'importance des facteurs externes à la politique de la santé et l'utilité de l'approche multisectorielle: «Il ne faut toutefois pas oublier ici que l'état de santé de la population suisse dépend à 60% de facteurs externes à la politique de la santé, comme l'éducation, la sécurité sociale, la situation professionnelle et le revenu, l'environnement ou encore la situation en matière de transports et de logement. Il serait toutefois possible d'influer de manière ciblée, au niveau fédéral, sur ces déterminants sociaux et liés à l'en-

vironnement en renforçant la collaboration avec les départements concernés» (OFSP 2013).

L'article 19 de la Loi sur l'assurance-maladie donne un mandat légal à Promotion Santé Suisse, fondation de droit privé soutenue par les cantons et les assureurs, afin d'initier, de coordonner et d'évaluer des mesures de promotion de la santé¹⁰.

5.3 L'approche multisectorielle dans les cantons latins

5.3.1 Inventaire et caractéristiques des instruments utilisés

Dans cette section, différents instruments appliqués par les cantons latins pour mettre en œuvre l'approche multisectorielle sont présentés selon leur catégorie d'appartenance:

- instruments d'intégration dans le processus de décision politique,
- structures de gouvernance,
- processus opérationnels.

Chaque instrument est brièvement défini, ainsi que son utilité et les défis rencontrés dans son utilisation dans le cadre de l'approche multisectorielle (tableau 1).

Dans la majorité des cantons analysés, la planification et les objectifs communs de l'approche multisectorielle de la promotion de la santé et de la prévention sont définis dans la loi. Dans tous les cantons, le secteur de la santé est intégré partiellement dans des initiatives provenant d'autres secteurs, comme par exemple dans le cadre de la vente de produits du tabac ou d'alcool.

Dans le canton de Genève, le plan cantonal de promotion de la santé et de prévention est inscrit dans la loi genevoise sur la santé. Le canton développe par ailleurs un concept cantonal qui fixe les lignes directrices de la politique cantonale de promotion de la santé et de prévention pour les 15 prochaines années, en privilégiant une approche multisectorielle.¹¹ Dans les cantons de Fribourg, Genève, du Jura et du Tessin, des évaluations d'impact sur la santé (EIS)

⁹ Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Etat le 14 juin 2015). <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19995395/index.html>

¹⁰ Promotion Santé Suisse. Mandat, objectifs et stratégie. <http://promotionsante.ch/qui-sommes-nous/fondation/mandat-objectifs-et-strategie.html>

¹¹ www.ge.ch/promotion-sante-et-prevention

TABLEAU 1

Instruments d'intégration dans le processus de décision politique

	Description	Utilité	Défis
Planification stratégique	<ul style="list-style-type: none"> • Bases légales comprenant les lois, règlements et modifications • Plans cantonaux • Lignes directrices 	<ul style="list-style-type: none"> • Crée un cadre de référence et des principes de base • Clarifie les rôles • Crée un langage et une compréhension communs • Permet la création de synergies • Stimule le débat 	<ul style="list-style-type: none"> • Eviter la primauté ou au contraire la perte d'influence du secteur de la santé • Valoriser le travail des partenaires, notamment lors du processus de conception • Garantir la mise en œuvre concrète en réduisant les délais • Garantir une mise en œuvre cohérente des actions • Garantir une vision à long terme
Etudes d'impact et stratégiques	<ul style="list-style-type: none"> • Etude d'impact sur la santé (EIS) • Evaluation environnementale stratégique (EES) • Etude d'impact sur l'environnement (EIE) 	<ul style="list-style-type: none"> • Permet un approfondissement et une revue systématique des données d'une thématique • Oblige la considération des conséquences des politiques d'autres secteurs en termes de santé publique 	<ul style="list-style-type: none"> • Préciser le cadre et les questions auxquels l'outil doit répondre pour convaincre les décideurs, indépendamment de la sensibilité politique • Garantir un travail de qualité en fonction des compétences des experts • Limiter les coûts des études • Développer la culture de l'évaluation en Suisse
Analyses de contexte	Ces analyses consistent en un état des lieux stratégique de la situation actuelle de la collaboration multisectorielle et des relations entre les partenaires.	<ul style="list-style-type: none"> • Valorisation d'aspects dont le lien avec la promotion de la santé est peu évident de prime abord • Contribue à la crédibilité de l'approche multisectorielle auprès des décideurs politiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Importance du timing de l'analyse • Elargir les domaines d'utilisation (pas uniquement pour les lois) • Garantir l'utilisation pendant la phase de consultation

Source: questionnaire et atelier de discussion avec les responsables cantonaux

ont été utilisées afin de mesurer les conséquences pour la santé de projets, programmes ou politiques publiques conçus dans un cadre sectoriel différent (Birley, 1995).

Des analyses de contexte sont également utilisées dans plusieurs cantons afin d'identifier les opportunités et limites d'une stratégie et les potentielles pistes de développement en fonction de son environnement. Dans le canton de Fribourg, par exemple, ces analyses de contexte sont effectuées au moyen de l'outil Boussole²¹. Cet outil permet l'évaluation de la durabilité des projets sur Internet, afin d'identifier les conflits d'intérêts entre acteurs, de déve-

lopper un argumentaire et de prendre des décisions permettant de consolider et pérenniser la collaboration intersectorielle¹². L'analyse PESTEL, également utilisée à Fribourg, consiste en un examen d'une part du macro-environnement, composé de l'organisation ou acteur principal, et de ses relations avec les autres acteurs impliqués et sur lesquels il est possible d'exercer une certaine influence. Il analyse d'autre part l'environnement externe exogène, qu'il soit politique, économique, social ou socioculturel, technologique, environnemental ou écologique, ou légal¹³. D'autres analyses plus classiques telles que l'analyse SWOT des

¹² Boussole21. Evaluation de la durabilité des projets sur Internet. <http://www.boussole21.ch/index/index>

¹³ Analyse du contexte PESTEL. <http://www.socialbusinessmodels.ch/fr/content/analyse-du-contexte-pestel>

TABLEAU 2

Structures de gouvernance

	Nomination et composition	Fonction/spécificité	Utilité	Défis
Commission cantonale de promotion de la santé et de prévention	Organe consultatif permanent nommé par le Conseil d'Etat, pouvant être uniquement composé d'acteurs publics de manière intersectorielle ou de façon hybride (incluant associations et acteurs publics)	Consultations et réflexions globales dans le cadre de la conception de stratégies et plans cantonaux	<ul style="list-style-type: none"> • Influence positive sur la prise de conscience de l'importance de l'approche multisectorielle par les départements • Coordination des activités • Appropriation et relai des stratégies développées 	<ul style="list-style-type: none"> • Composition des commissions hybrides • Niveau de connaissances et intérêt des membres variables • Garantir un partage d'informations adéquat
Conseil de santé	Conseil consultatif du Conseil d'Etat ou du département de la santé	Chambre d'influence et d'expertise sur les questions de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusion de toutes les parties prenantes • Initiation des changements politiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Concentration d'expertise sans codécision • Définition du rôle des acteurs publics et des acteurs associatifs en fonction de l'orientation politique vs. administrative, et sanitaire vs. non sanitaire
Comité de pilotage/groupe de travail inter-départemental	Organe stratégique ou opérationnel lié à un projet ou une thématique particulière et limité dans le temps	Mandat spécifique en fonction d'objectifs stratégiques ou opérationnels, parfois liés à une commission	<ul style="list-style-type: none"> • Réflexion intersectorielle (incluant également des acteurs associatifs) à la base de la démarche collaborative • Réciprocité lorsqu'initié par d'autres secteurs incluant le secteur de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Désignation des membres clés • Valorisation des thématiques de la santé pour les autres départements • Utilisation optimale d'opportunités de développement en fonction de la volonté politique et des contacts personnels • Ancrage au niveau stratégique nécessaire pour limiter l'influence des changements de personnel • Générer un travail collaboratif sur la base des échanges d'informations • Sensibiliser les membres aux avantages de l'approche multisectorielle

Source: questionnaire et atelier de discussion avec les responsables cantonaux.

forces, faiblesses, opportunités et menaces de la stratégie semblent également pertinentes dans le cadre du développement de l'approche multisectorielle.

Parmi les structures de gouvernance présentes dans les cantons latins, la plus stable dans le sens où elle est formellement nommée et constituée de façon permanente est la commission cantonale de prévention et de promotion de la santé. Sa composition est néanmoins variable d'un canton à l'autre. Elle est parfois purement administrative, n'incluant ainsi que des acteurs publics, alors que dans d'autres cas elle est hybride, incluant des acteurs associatifs. Sa fonction reste néanmoins toujours uniquement consultative.

Le conseil de santé tel qu'il existe dans le canton de Neuchâtel¹⁴ est également un organe à vocation consultative. Nommé et présidé par le Conseil d'Etat, c'est une chambre d'influence et d'expertise sur les questions liées à la santé et dont la composition est un facteur clé pour son fonctionnement. Celle-ci dépend principalement de deux dimensions: l'orientation politique ou administrative, et une expertise tournée essentiellement vers les questions sanitaires ou plus large dans une perspective multisectorielle.

Finalement, des comités de pilotage et groupes de travail interdépartementaux de promotion de la santé et de prévention sont également présents dans la majorité des cantons latins. Ce sont des organes stratégiques ou opérationnels liés à un projet ou une problématique particulière. Dotés d'un mandat spécifique en fonction d'objectifs stratégiques ou opérationnels, ils sont limités dans le temps.

Dans le canton de Genève, un comité de pilotage interdépartemental a été nommé par le Conseil d'Etat afin de piloter la révision de la politique de promotion de la santé et de prévention, qui prévoit d'élaborer un concept cantonal et un plan d'action cantonal, sur la base d'une approche multisectorielle.

Dans le canton de Fribourg, un comité de pilotage a permis de définir les orientations stratégiques en

termes de développement durable du canton, caractérisées par une collaboration entre la Direction de l'aménagement, de l'environnement et des constructions (DAEC), la Direction de l'instruction publique, de la culture et du sport (DICS), la Direction de la santé et des affaires sociales (DSAS) et l'Association des Communes Fribourgeoises (ACF). Par la suite, «un groupe de travail et un groupe stratégique ont accompagné l'élaboration du Portefeuille d'actions», comprenant 67 actions portant sur des domaines tels que la mobilité, l'aménagement et l'environnement, la cohésion sociale, la santé, la famille et le travail, la formation et le développement économique.¹⁵ Cette initiative est particulièrement intéressante dans le sens où elle illustre l'évidence des synergies entre les secteurs de la santé et de l'environnement durable.

Dans le canton du Tessin, le groupe de travail GOSA (Gruppo operativo salute e ambiente) est chargé d'élaborer des mesures d'interventions luttant contre les conséquences négatives de conditions environnementales dangereuses pour la santé, en particulier pour les populations à risque telles que les personnes âgées, les enfants et les personnes malades.¹⁶

Les programmes cantonaux «Alimentation & Activité physique», ayant pour objectif la promotion d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique suffisante chez les enfants et les jeunes, sont coordonnés dans chaque canton par un comité de pilotage composé de services de différents départements. Ces programmes sont soutenus par Promotion Santé Suisse¹⁷. Dans le cadre de ces programmes, des collaborations intercantionales ont vu le jour. Par exemple entre Jura et Neuchâtel, dont les programmes partagent le même titre et le même logo, et ont bénéficié, à une époque, de la même coordinatrice. Le projet intercantonal «Youp'là bouge», visant à promouvoir «l'activité physique et le plaisir naturel de bouger chez les tout petits» à travers une formation continue pour le personnel de crèche, est également une initiative conjointe des cantons du Jura, de Neuchâtel, de Vaud, du Valais et de Genève.¹⁸

¹⁴ Le conseil de santé du canton de Vaud est lui un organe de surveillance des professionnels de la santé.

¹⁵ Démarches cantonales de développement durable. http://www.are.admin.ch/themen/nachhaltig/agenda21_kantone/index.html?webgrab_path=aHR0cDovL3d3dy5hZ2VuZGZyZGVyY2FsLmNoL3Byb3h5L2thbnRvbi9rdWVyemVsL0ZSL2xhbmd1YWdlL2Zy&lang=fr

¹⁶ Gruppo operativo salute e ambiente. <http://www4.ti.ch/dss/dsp/gosa/gruppo/>

¹⁷ Alimentation et activité physique. <https://promotionsante.ch/public-health/alimentation-et-activite-physique-chez-les-enfants-et-les-adolescents/programmes-daction-cantonales.html>

¹⁸ Youp'là bouge: <http://www.youplabouge.ch/>

TABLEAU 3

Processus opérationnels

	Description	Utilité	Défis
Programme/ projet inter- cantonal	Collaborations intercantionales partageant à divers degrés les objectifs, ressources et modes de communication	<ul style="list-style-type: none"> • Lien vertical & horizontal • Diffusion d'idées, de modèles et de bonnes pratiques • Mutualisation des ressources • Emulation entre acteurs faisant ou non partie du programme/projet 	<ul style="list-style-type: none"> • Une base de collaboration préexistante facilite la mise en œuvre • Garantir la qualité des programmes • Eviter l'instrumentalisation politique • Prendre en compte la provenance de l'initiative (politique, administrative, ONG)
Projet transversal	Projet spécifique, piloté par un groupe informel (pour plus de flexibilité) ou nommé par le Conseil d'Etat (accordant plus de crédibilité)	<ul style="list-style-type: none"> • Plus grande liberté d'action et de rapidité dans la mise en œuvre • Approche complémentaire de la planification stratégique • Donne lieu à des projets innovants 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir la pérennité du projet • Limiter la trop forte dépendance aux liens interpersonnels • Engagement politique nécessaire • Sécuriser un financement suffisant
Valorisation/ renforcement	Valorisation de mesures à travers un état des lieux selon les secteurs et un catalogue de mesures intersectorielles conduisant éventuellement à une labellisation	<ul style="list-style-type: none"> • Identification de mesures et secteurs à développer • Amélioration de l'image des partenaires • Emulations incitatives des acteurs 	<ul style="list-style-type: none"> • Tenir compte de la variété des profils des institutions ou acteurs ciblés (par exemple les communes) • Bien définir les critères d'évaluation (crédibilité du label) • Subvenir au besoin important en ressources pour le suivi • Sécuriser l'outil en cas de changement de législature et de personnel
Consultations	Approche participative invitant les différentes parties prenantes à se prononcer concernant la collaboration multisectorielle	<ul style="list-style-type: none"> • Encouragement de l'approche participative • Facilité d'exécution et flexibilité 	<ul style="list-style-type: none"> • Limiter l'aspect chronophage des consultations • Garantir l'homogénéité de la qualité de la consultation • Décider d'intégrer ou pas les commentaires des partenaires consultés • Faciliter la réalisation du consensus
Colloques/ journées réseau	Evénements réunissant différents acteurs provenant de secteurs distincts afin de créer une dynamique de groupe et un langage, des connaissances communes	<ul style="list-style-type: none"> • Création de synergies • Partage d'informations • Réseautage • Formations • Consultations • Définition de plans d'action selon les idées échangées et leur priorisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Travail de synthèse après l'événement important • Importance de concrétiser les idées • S'assurer d'une participation régulière • Ne pas se limiter à une sensibilisation

Source: questionnaire et atelier de discussion avec les responsables cantonaux

Des projets transversaux sont également présents, par exemple dans les cantons du Tessin et du Jura.

Le projet «Meglio a Piedi» dans le canton du Tessin fait partie du programme d'action pour le maintien d'un poids corporel sain initié par le Bureau de promotion et d'évaluation de la santé (Servizio di promozione e di valutazione sanitaria) et cofinancé par Promotion Santé Suisse. Il vise à promouvoir la mobilité douce comme le principal mode de déplacement pour se rendre à l'école. Il entend favoriser la collaboration entre les secteurs de la santé, des transports, de l'infrastructure et de l'éducation, ainsi que l'organisation de mesures encourageant la mobilité douce entre la maison et l'école pour les enfants.

Le projet est soutenu par un groupe d'accompagnement institutionnel composé de manière hybride et incluant à la fois les acteurs publics (santé, infrastructure, éducation, police) et des acteurs associatifs (par exemple le bureau de prévention des accidents bpa, l'association cantonale des parents d'élèves)¹⁹.

Dans le canton du Jura la promotion de la santé a été intégrée dans le projet «Mysmartcity». Ce projet implanté à Porrentruy dans un premier temps a pour objectif de transformer la manière d'appréhender le développement urbain et l'interaction entre ses différents acteurs (administration, habitants et entreprises) tout en offrant de nouvelles pistes d'innovation. Dans ce cadre la fondation O2 a été associée au développement d'un générateur de parcours sur mesure, qui tient compte du profil et des centres d'intérêt de l'utilisateur²⁰.

Dans le cadre de la logique de valorisation ou du renforcement de l'approche multisectorielle, l'instrument de labellisation «Commune en santé», initié par Promotion Santé Valais, est utilisé dans les cantons du Valais, de Vaud, du Jura et de Thurgovie. Le label permet aux communes participantes de réaliser un état des lieux de toutes les mesures de promotion de la santé sur leur territoire et d'ainsi identifier les pistes d'amélioration ainsi que la valorisation des mesures mises en œuvre à travers une certification uniforme reconnue.²¹

Tous les cantons organisent des journées de réseau, afin de créer une dynamique de groupe entre les différents acteurs impliqués. Ces réseaux favorisent

le développement de connaissances et d'un langage commun et facilitent par la suite les collaborations intersectorielles. Ces rencontres de réseau peuvent également donner lieu à des formations, qui dépassent la seule sensibilisation à l'approche multisectorielle et visent à doter les acteurs des compétences nécessaires à sa mise en œuvre.

5.3.2 Les facteurs favorisant le développement de l'approche multisectorielle dans les cantons latins

Finalement, il est important de mieux comprendre quels facteurs déterminent le succès de l'approche multisectorielle dans les cantons latins. Pour cela, les responsables cantonaux de la promotion de la santé des sept cantons inclus dans ce guide ont identifié les principaux éléments responsables, selon eux, de la réussite de la collaboration intersectorielle. Il est intéressant de noter que les critères de réussite cités sont comparables à ceux que l'on peut retrouver dans la littérature internationale (cf. Danaher, 2011):

- Dans la plupart des cantons, des bases légales solides et une reconnaissance formelle de l'approche multisectorielle, par exemple à travers un plan cantonal explicite résultant d'un consensus entre départements et définissant les rôles de manière claire, sont des conditions importantes afin de concrétiser cette approche, mais ne sont néanmoins pas suffisantes pour permettre de garantir la collaboration intersectorielle.
- Le timing politique permettant de bénéficier de fenêtres d'opportunités est un facteur très important dans cette optique.
- Une cohérence avec la stratégie internationale, nationale et en relation avec les autres cantons permet d'augmenter les chances de réussite de l'approche multisectorielle.
- Un soutien hiérarchique (et dans une moindre mesure politique) est un facteur important identifié par les responsables de la promotion de la santé et la prévention dans les cantons latins. En particulier, la présence d'un leadership fort, porteur d'une vision favorable à l'approche multisectorielle, est déterminante dans la réussite de la collaboration intersectorielle.

¹⁹ Il progetto. <http://www.meglioapiedi.ch/il-progetto>

²⁰ La Ville intelligente: efficace, innovante et participative. <http://www.mysmartcity.ch/>

²¹ Commune en santé. <http://www.labelcommunesante.ch/>

- De bonnes relations interpersonnelles entre les différents secteurs permettent d'encourager l'approche multisectorielle dans une logique bottom-up, nécessitant néanmoins un soutien hiérarchique définissant un cadre formel.
- Des ressources financières, temporelles et humaines suffisantes sont cruciales pour garantir la concrétisation de la collaboration intersectorielle. Un financement partagé facilite la réussite de la collaboration intersectorielle, en particulier parce qu'il permet de mettre en commun des ressources et de créer des synergies, facilitant ainsi la concrétisation d'une politique publique dans un contexte de fonctionnement segmenté.
- Des compétences suffisantes en gestion de projet, notamment la capacité à travailler de manière interdisciplinaire, doivent également être garanties, soit à travers des formations, soit en faisant appel à des consultants externes.
- La formulation du problème de manière positive et compréhensible par tous les secteurs impliqués est un facteur clé de réussite. Dans ce but, il est important de développer un langage commun aux différents secteurs afin de favoriser le succès de la collaboration intersectorielle.
- Une communication avec le public (à travers les sites internet, les réseaux sociaux, etc.) ainsi que la visibilité des résultats sont également vues comme des éléments positifs de la part des responsables cantonaux, notamment parce qu'ils sensibilisent et accroissent l'acceptation de l'approche multisectorielle par la population.
- Lorsque la demande de collaboration intersectorielle émane d'autres secteurs que celui de la santé, cela contribue aussi au développement de l'approche multisectorielle. Il est néanmoins nécessaire de vaincre la peur de la primauté des objectifs de santé et d'arriver à définir des objectifs communs pour que les autres secteurs voient la collaboration intersectorielle de manière intéressante et positive.
- Bien que beaucoup d'acteurs publics soient déjà inclus dans l'approche multisectorielle, les collaborations avec des acteurs provenant du secteur privé ou des ONGs sont plus rares. Le développement de l'approche multisectorielle dans les cantons latins pourrait profiter de ces collaborations avec le secteur privé.
- Finalement, les projets intercantonaux apparaissent comme un moyen idéal de développer l'approche multisectorielle de manière cohérente dans les différents cantons impliqués.

6 Considérations finales

Tous les exemples précédents au niveau international, national et cantonal sont spécifiques à un contexte particulier. Il n'est donc pas possible de répliquer les bonnes pratiques en essayant seulement de transposer des solutions uniques. Il apparaît en général plus important d'essayer de comprendre les résistances à vaincre et d'identifier les fenêtres d'opportunités contingentes à une situation spécifique pour garantir des chances de réussites plus grandes (Danaher, 2011; Hendriks et al., 2013; Van den Broecke, 2013). Le contexte particulier de la Suisse et des cantons latins, et son influence potentielle sur la conduite de l'approche multisectorielle de promotion de la santé ne doivent donc pas être négligés.

Plusieurs caractéristiques institutionnelles sont susceptibles d'influer sur le développement de l'approche multisectorielle de promotion de la santé en Suisse. Tout d'abord le contexte fédéraliste, caractérisé par une décentralisation très forte donnant aux cantons une marge de manœuvre importante, est susceptible de conduire à de grandes différences dans l'adoption de l'approche multisectorielle. Néanmoins, cette configuration institutionnelle a également pour avantage de donner lieu à des expérimentations au niveau régional qui, lorsqu'elles sont réussies, peuvent conduire à une diffusion de bonnes pratiques respectant les spécificités régionales. Des initiatives intercantionales telles que les programmes «Alimentation & Activité physique» ou le label «Communes en santé» sont des exemples intéressants de la collaboration entre les cantons dans le cadre de l'approche multisectorielle.

Mais bien que la décentralisation des responsabilités selon le principe de subsidiarité soit grande, les approches multisectorielles ne peuvent pas se limiter au niveau cantonal, dans la mesure où certains domaines d'intervention sont de la responsabilité de la Confédération (par exemple en matière d'alimentation, d'encouragement du sport ou de sécurité routière). De plus, bien que les cantons soient globalement libres d'élaborer une approche multisectorielle au niveau régional, il importe, comme nous avons pu le voir auparavant, que le niveau fédéral soutienne ces initiatives et donne un cadre légal et des directives suffisamment précises pour guider et encourager les cantons dans leur effort. Le financement est, dans cette optique, une composante essentielle de la réussite de la collaboration intersectorielle.

Un autre défi potentiel du développement de l'approche multisectorielle en Suisse provient du système politique basé sur la recherche du compromis et l'intégration de toutes les parties prenantes au processus d'élaboration d'une politique publique. Alors que ce système permet de bâtir un soutien solide à l'approche multisectorielle lorsqu'un compromis est trouvé, il peut également ralentir sa progression et réduire sa portée quand une solution commune n'est pas trouvée. Pour cela, une stratégie gagnant-gagnant telle que l'analyse à la loupe testée en Australie du Sud pourrait être pertinente pour le contexte suisse.

Finalement, pour convaincre la classe politique de l'utilité de l'approche multisectorielle, il apparaît comme essentiel de développer des arguments économiques qui montrent que cette démarche permet d'économiser des ressources financières à moyen et à long terme.

7 Recommandations

A l'issue de l'élaboration de ce guide quelques points particulièrement importants ressortent quant à la démarche à adopter pour consolider ou faciliter le développement de l'approche multisectorielle en Suisse, et plus précisément dans les cantons latins:

- L'ancrage institutionnel n'est pas une condition nécessaire mais constitue un point de départ intéressant puisqu'il permet de donner une légitimité légale et un cadre commun à la collaboration intersectorielle.
- Pour susciter l'intérêt des décideurs politiques et les convaincre de l'importance de cette approche, il est indispensable de fournir un travail d'information et de sensibilisation quant au rôle de la collaboration intersectorielle en matière de réduction des coûts de la santé et d'égalité des chances en matière de santé. L'engagement de décideurs politiques, porteurs de tels projets dans des conditions adéquates, pourrait permettre de concilier les différents partis au-delà des divergences idéologiques, comme ce fut par exemple le cas en Australie du Sud avec le concept d'analyse à la loupe.
- Au niveau opérationnel, le défi principal réside dans la capacité des responsables de consolider et pérenniser la collaboration intersectorielle, en agissant sur la motivation des différents acteurs impliqués et sur leur capacité à adopter un nouveau mode de fonctionnement, des valeurs et un langage nouveaux, sans pour autant leur imposer les objectifs d'autres secteurs. Il peut également être important de garantir suffisamment de ressources non seulement humaines mais aussi financières, par exemple à travers le soutien d'un partenaire au niveau national.
- En Suisse, les instruments utiles et les facteurs favorisant le développement de l'approche multisectorielle diffèrent peu de ceux identifiés dans la littérature internationale. La présence de solutions concrètes bénéficiant du soutien politique et hiérarchique est indispensable à leur développement. Il est important pour cela de créer les conditions cadres favorisant la collaboration intersectorielle, par exemple à travers des comités de pilotage, non pas uniquement liés à des projets spécifiques, mais responsables du pilotage stratégique de la promotion de la santé et de la prévention de façon multisectorielle, permettant la concrétisation, formalisation et systématisation de cette approche.
- Des actions de sensibilisation et de formation, par exemple à travers les commissions cantonales de promotion de la santé et de prévention et l'organisation de colloques ou journées réseau, sont également essentielles afin de créer les synergies nécessaires au bon fonctionnement de la collaboration intersectorielle.

8 Bibliographie

- Alsan, M., Bloom, D., Canning, D., & Jamison, D. (2006). *The consequences of population health for economic performance*, PGDA Working Paper No. 1306, Program on the Global Demography of Aging.
- Arah, O. A. (2009). On the relationship between individual and population health. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 12, 235–244.
- BAG (2007). *Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Bericht in Erfüllung der Postulate Humbel Näf (05.3161) und SGK-SR (05.3230)*. Bundesamt für Gesundheit, Bern.
- Bambra, C., Gibson, M., Amundson, S., Wright, K., Whitehead, M., & Pettecrew, M. (2009). Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64, 284–291.
- Baum, F., Lawless, A., Delany, T., MacDougall, C., Williams, C., Broderick, D., Wildgoose, D., Harris, E., McDermott, D., Kickbusch, I., Popay, J., & Marmot, M. (2014). Evaluation of Health in All Policies: concept, theory and application. *Health Promotion International*, 29(S1), i130–i142.
- Birley, M. H. (1995). *The health impact assessment of development projects*. London: HMSO Publications Centre.
- Bloom, D. E., Canning, D., & Sevilla, J. (2004). The effect of health on economic growth: a production function approach. *World development*, 32(1), 1–13.
- Bloom, D. E., Canning, D., & Sevilla, J. (2005). Health and economic growth: reconciling the micro and macro evidence. *Center on Democracy, Development and the Rule of Law Working Papers*.
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public health reports (Washington, DC: 1974)*, 129, 19–31.
- Braveman, P., & Gruskin, S. (2003). Defining equity in health. *Journal of epidemiology and community health*, 57(4), 254–258.
- Carey, G., & Crammond, B. (2014). Help or Hindrance? Social Policy and the 'Social Determinants of Health'. *Australian Journal of Social Issues*, 49(4), 489.
- Case, A. & Deaton, A. (2005). Rising morbidity and mortality in midlife among white non-Hispanic Americans in the 21st century. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(49), 15078–15083.
- Chircop, A., Bassett, R., & Taylor, E. (2015). Evidence on how to practice intersectoral collaboration for health equity: A scoping review. *Critical Public Health*, 25(2), 178–191.
- Dahlgren G., & Whitehead M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Danaher, A. (2011). *Reducing Health Inequities: Enablers and Barriers to Inter-sectoral Collaboration*. Toronto: Wellesley Institute.
- Delany T, Harris P, Williams C, Harris E, Baum F, Lawless A, Wildgoose D, Haigh F, MacDougall C, Broderick D, et al. (2014). Health Impact Assessment in New South Wales & Health in All Policies in South Australia: differences, similarities and connections. *BMC Public Health*, 14(1), 699.
- Favre, C. & Kessler, C. (2015). *Evaluation d'impact sur la santé. Etat des lieux au niveau cantonal en Suisse*. Promotion Santé Suisse Document de travail 33, Berne et Lausanne.
- Hendriks, A. M., Kremers, S. P., Gubbels, J. S., Raat, H., de Vries, N. K., & Jansen, M. W. (2013). Towards health in All policies for childhood obesity prevention. *Journal of obesity*, 2013.
- Kelishadi, R. (2012). Environmental pollution: health effects and operational implications for pollutants removal. *Journal of environmental and public health*, 2012.
- Kickbusch, I. (2010). Health in all policies: where to from here?. *Health promotion international*, 25(3), 261–264.
- Kickbusch, I., Williams, C., & Lawless, A. (2014). Making the most of open windows: establishing health in all policies in South Australia. *International Journal of Health Services*, 44(1), 185–194.
- Kingdon, J. W. (1995). *Agendas, Alternatives and public policies*. New York: Harper Collins.

- Lawless, A., Williams, C., Hurley, C., Wildgoose, D., Sawford, A., & Kickbusch, I. (2012). Health in All Policies: evaluating the South Australian approach to intersectoral action for health. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Santé Publique*, S15–S19.
- McGinnis, J., Williams-Russo, P., & Knickman, J.R. (2002). The Case For More Active Policy Attention To Health Promotion. *Health Affairs*, 21(2), 78–93.
- Merkur, S., Sassi, F., & McDaid, D. (2013). *Promoting health, preventing disease: is there an economic case?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Mikkonen, J. et Raphael, D. (2011). *Déterminants sociaux de la santé: les réalités canadiennes*. Toronto: École de gestion et de politique de la santé de l'Université York.
- Molnar, A., Renahy, E., O'Campo, P., Muntaner, C., Freiler, A., & Shankardass, K. (2016). Using Win-Win Strategies to Implement Health in All Policies: A Cross-Case Analysis. *PLoS one*, 11(2), e0147003.
- Muntaner, C., Borrell, C., Ng, E., Chung, H., Espelt, A., Rodriguez-Sanz, M., ... & O'Campo, P. (2011). Politics, welfare regimes, and population health: controversies and evidence. *Sociology of health & illness*, 33(6), 946–964.
- OFSP (2007). *10 ans de santé et environnement*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2013). *Politique de la santé: les priorités du Conseil fédéral*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Ollila, E. (2011). Health in all policies: from rhetoric to action. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(6 suppl), 11–18.
- Ollila, E., Baum, F., & Peña, S. (2013). Introduction to Health in All Policies and the analytical framework of the book. In K. Leppo, E. Ollila, S. Peña, M. Wismar & S. Cook (Eds.), *Health in All Policies. Seizing opportunities, implementing policies* (pp. 1–24). Finland: Ministry of Social Affairs and Health.
- OMS (2007). *Documents fondamentaux*. 46^e Édition, Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- OMS (2009). *Comblent le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé: rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- Pinto, A. D., Molnar, A., Shankardass, K., O'Campo, P. J., & Bayoumi, A. M. (2015). Economic considerations and health in all policies initiatives: evidence from interviews with key informants in Sweden, Quebec and South Australia. *BMC public health*, 15(1), 171.
- Ritsatakis, A., & Järvisalo, J. (2006). Opportunities and challenges for including health components in the policy-making process. In T. Ståhl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen & K. Leppo (Eds.), *Health in All Policies. Prospects and potentials* (pp. 145–168). Finland: Ministry of Social Affairs and Health.
- Sihto, M., Ollila, E., & Koivusalo, M. (2006). Principles and challenges of Health in All Policies. In T. Ståhl, M. Wismar, E. Ollila, E. Lahtinen & K. Leppo (Eds.), *Health in All Policies. Prospects and potentials* (pp. 3–20). Finland: Ministry of Social Affairs and Health.
- Smith, J. P. (1999). Healthy bodies and thick wallets: the dual relation between health and economic status. *The journal of economic perspectives: a journal of the American Economic Association*, 13(2), 144.
- Solar, O., & Irwin, A. (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Genève: OMS.
- Stern, S., von Stokar, T., & Vettori, A. (2005). *Lignes directrices pour une politique multisectorielle de la santé*. Zürich: INFRAS.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A., & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 374(9686), 315–323.
- Van den Broucke, S. (2013). Implementing health in all policies post Helsinki 2013: why, what, who and how. *Health promotion international*, 28(3), 281–284.
- Wieser, S., Kauer, L., Schmidhauser, S., Pletscher, M., Brügger, U., Jeanrenaud, C., Füglistler-Dousse, S., Kohler, D., & Marti, J. (2009). *Synthesis report-Economic evaluation of prevention measures in Switzerland*. Bern: Federal Office of Public Health.
- Wisnar, M. Blau, J., Ernst, K., and Figueras, J. (2007). *The Effectiveness of HIA*. European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen: WHO.

Wankdorfallee 5, CH-3014 Bern
Tel. +41 31 350 04 04
office.bern@promotionsante.ch

Avenue de la Gare 52, CH-1003 Lausanne
Tél. +41 21 345 15 15
office.lausanne@promotionsante.ch

www.gesundheitsfoerderung.ch
www.promotionsante.ch
www.promozionesalute.ch