LA GOUVERNANCE INTERSECTORIELLE DANS LE CADRE DE LA « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES », UN CADRE CONCEPTUEL INTÉGRATEUR

ARTICLE │ JUILLET 2010

Centre de collaboration nationale
sur les politiques publiques et la santé

National Collaborating Centre
for Healthy Public Policy

Institut national
de santé publique
Québec

LA GOUVERNANCE INTERSECTORIELLE DANS LE CADRE DE LA « SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES », UN CADRE CONCEPTUEL INTÉGRATEUR

ARTICLE │ JUILLET 2010

AUTEURS

Louise St-Pierre et François-Pierre Gauvin
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

SOUTIEN À L'ÉDITION

Geneviève Hamel et Marie-Christine Hogue
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

MISE EN PAGES

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

La version originale de cet article est parue, en anglais, dans le bulletin de santé publique du Government of South Australia. La référence exacte est indiquée ci-après :

St-Pierre, L. et Gauvin, F.-P. (2010). Intersectoral governance for Health in All Policies: an integrated framework. *Public Health Bulletin SA. Adelaide 2010 International Meeting, 7*(2), 31-36. [En ligne] : http://www.health.sa.gov.au/pehs/publications/public-health-bulletin.htm

La traduction de ce document a été rendue possible par le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS).

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de la santé publique du Canada par le biais du financement du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS).

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

Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé au : www.ccnpps.ca.

An English version of this paper is also available at www.ncchpp.ca.

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

À PROPOS DU CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA SANTÉ

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) vise à accroître l'expertise des acteurs de la santé publique en matière de politiques publiques favorables à la santé, à travers le développement, le partage et l'utilisation des connaissances. Le CCNPPS fait partie d'un réseau canadien de six centres financés par l'Agence de la santé publique du Canada. Répartis à travers le Canada, chacun des Centres de collaboration nationale en santé publique se spécialise dans un domaine précis, mais partage un mandat commun de synthèse, d'utilisation et de partage des connaissances. Le réseau des Centres agit autant comme une structure de diffusion des contributions spécifiques des Centres que de lieu de production conjointe des projets communs.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 1

La gouvernance 2

- Le leadership 2
- La coordination et la collaboration 3
- La responsabilité 4
- Les changements culturels 4

Cadre intégrateur 6

Conclusion 7

Références 8

INTRODUCTION

De grands problèmes contemporains, telles les inégalités sociales de santé et l'obésité, constituent des problèmes sociaux complexes dont les causes sont multifactorielles et dont les solutions doivent être partagées par plusieurs secteurs gouvernementaux. Cette complexité des problèmes oblige les gouvernements à trouver des façons d'assurer une gouvernance intersectorielle de la santé qui allie la gouvernance horizontale à la gouvernance verticale[1]. L'approche « Santé dans toutes les politiques[2] » vise à répondre à ce type de problèmes, comme le rappelle la récente rencontre de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et du gouvernement de l'Australie méridionale tenue à Adelaïde. Comme le mentionne la déclaration publiée à l'issue de cette rencontre, une telle stratégie *« requiert une nouvelle forme de gouvernance marquée par un leadership partagé à l'intérieur du gouvernement, entre les différents secteurs et entre les échelons de gouvernement* » (traduction libre, World Health Organization et Government of South Australia, 2010, p. 258).

L'implantation d'une telle gouvernance intersectorielle soulève toutefois plusieurs défis, que peuvent résumer les questions suivantes, posées par Kickbush et Buckett :

- Comment les dynamiques et relations de pouvoir entre le secteur de la santé et les autres secteurs peuvent-t-elles être gérées afin que des liens fructueux puissent se développer?
- Comment peut-on développer un objectif commun compte tenu du fait que les arrangements institutionnels font en sorte que chaque secteur cherche à atteindre ses propres objectifs?
- Comment peut-on développer une culture de coopération étant donné que les secteurs, et leurs leaders, sont en compétition pour les ressources et leur « gloire sous le soleil » (traduction libre, Kickbusch et Buckett, 2010, p. 5).

Le présent article vise à explorer certaines pistes de solution permettant de relever ces défis. Tout en reconnaissant que les contextes nationaux et culturels influencent les structures gouvernementales, nous proposons un cadre qui présente de manière intégrée les différentes dispositions politico-administratives possibles ainsi que les conditions favorables à une gouvernance intersectorielle de la santé (tableau 1).

Ce cadre s'inspire de la littérature portant sur la gouvernance, sur le concept de *stewardship* dans le domaine de la santé et sur l'analyse de politiques. Nous espérons qu'il sera utile aux intervenants en santé publique désireux de déterminer les mécanismes de gouvernance intersectorielle de la santé mis en place par leur gouvernement et ceux qu'il est possible d'élaborer afin d'assurer une approche pangouvernementale de la santé.

Nous présentons tout d'abord un bref survol des principaux concepts du cadre intégrateur avant d'exposer le contenu qui en découle.

---

[1] Nous utilisons ici l'expression « approche de gouvernance intersectorielle » en tant que synonyme de *joined-up government*, *network government*, « gestion horizontale » et « gouvernance intégrée ». Pour une explication de la différence entre ces expressions, voir Gagnon et Kouri (2008) : http://www.ncchpp.ca/docs/Gouvernance_intégréeFR.pdf

[2] Il s'agit ici de la traduction de l'expression anglaise *Health in All Policies*, mieux connue sous son acronyme *HiAP*.

LA GOUVERNANCE

La notion de gouvernance est définie différemment dans la littérature, selon les champs d'intérêt des auteurs. Nous nous intéressons ici à la notion de gouvernance de l'État en tant que fonction exercée par les autorités gouvernementales d'un pays pour orienter les actions de différents acteurs vers des objectifs collectifs relatifs au bien commun (Atkinson, 2003; Flinders, 2002). Ces acteurs proviennent tant de la sphère publique que de la sphère privée et se trouvent à tous les échelons gouvernementaux. Dans l'administration publique, la « nouvelle » gouvernance est vue par plusieurs auteurs comme une gestion moderne des affaires de l'État dans laquelle les autorités gouvernementales ne peuvent pas compter que sur leur pouvoir hiérarchique de commandement pour instaurer les changements souhaités, mais doivent surtout utiliser leurs atouts pour guider, orienter et négocier (Peters, 2002; Pierre et Peters, 2000; Stoker, 1998). Trois thèmes centraux semblent faire l'objet d'une attention particulière lorsqu'il s'agit de la « nouvelle » gouvernance des États : un leadership des autorités gouvernementales qui reconnaît les multiples liens et apports de différents acteurs et s'appuie sur eux; des processus collaboratifs de prise de décision; et des mécanismes de responsabilisation qui sont clairs et adaptés au fonctionnement intersectoriel (Lemieux, 2000; Durose et Rummery, 2006; Flinders, 2002; Institute of Public Administration Australia, 2002; Van Gramberg, Teicher et Rusailh, 2005). Pour Durose et Rummery (2006), par exemple, l'idée centrale de la gouvernance élaborée au Royaume-Uni par le *New Labour* renvoie à un programme d'action gouvernementale basé sur l'intégration et la collaboration intersectorielle pour l'établissement de politiques publiques cohérentes. Toutefois, la collaboration intersectorielle exige souvent une adaptation de la culture organisationnelle au sein de l'administration publique, puisque celle-ci est généralement conçue en fonction d'une logique sectorielle (Bourgault et Lapierre, 2000).

Nous pouvons donc reconnaître ci-dessus les quatre grandes dimensions de la gouvernance intersectorielle : le leadership, la coordination et la collaboration, la responsabilité et les changements culturels (tableau 1). Chacune de ces dimensions est examinée ci-dessous et des exemples de son application dans le domaine de la santé publique sont présentés.

LE LEADERSHIP

Le leadership assumé par les plus hautes autorités gouvernementales est l'un des facteurs du succès de la gouvernance intersectorielle qui est le plus souvent évoqué dans la littérature (Barr, Pedersen, Pennock et Rootman, 2008; Gagnon et Kouri, 2008; Geneau, Fraser, Legowski et Stachenko, 2009). L'engagement du premier ministre et du ministère du Trésor envers le programme de lutte contre les inégalités dans le domaine de la santé au Royaume-Uni constitue un exemple de ce leadership (Keon et Pépin, 2008). Nous proposons ici de le considérer selon deux volets : 1) la capacité de canaliser les volontés des citoyens ou des principaux acteurs pour en arriver à une vision claire et inspirante; et 2) l'utilisation des instruments de politique ou de gouvernance mis à la disposition des gouvernements pour assurer la convergence des actions en fonction de cette vision.

En ce qui concerne le premier volet, l'expérience démontre que la probabilité qu'une stratégie de gouvernance intersectorielle soit efficace est plus élevée lorsque celle-ci est guidée par une politique inclusive qui est d'abord implantée au plus haut échelon de gestion (Australian

National Audit Office, 2003) et quand ses objectifs ont fait l'objet d'une vaste consultation (Boffin, 2002; Ling, 2002). Boffin (2002) soutient d'ailleurs que la collaboration interministérielle dans le domaine de la santé dépend de la vision et du leadership démontrés par le gouvernement central et de la possibilité de rendre visible la contribution de chacun des secteurs interpellés. Nous pouvons citer l'expérience de la Suède, dont le programme de santé publique, adopté en 2003, a fait l'objet d'une vaste consultation. Celle-ci a donné lieu à un programme orienté vers des objectifs liés aux déterminants structuraux de la santé qui sont associés à plus de 30 secteurs gouvernementaux et énoncés de manière à s'intégrer aux différentes missions intersectorielles (Hogstedt, Lundgren, Moberg, Pettersson et Agren, 2004).

Le deuxième volet du leadership concerne l'utilisation des instruments de politique qui sont à la portée des autorités gouvernementales. Ceux-ci peuvent être de nature différente, plus ou moins coercitive. Lascoumes et Galès (2005) proposent quatre types d'instruments : législatif et réglementaire; économique et fiscal, incitatif; et informatif et communicationnelle. Ils sont utilisés dans le but d'influencer les comportements des individus et des organisations en limitant certains choix et en en facilitant d'autres (Howlett et Ramesh, 2003). Le financement du travail intersectoriel, par exemple, fait partie des mesures de soutien considérées comme importantes pour assurer la participation des secteurs autres que celui de la santé (Rounce et Beaudry, 2002). Les mesures législatives qui instaurent la pratique de l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) des politiques, comme on en trouve dans le canton de Genève, au Québec et en Thaïlande, constituent une illustration de ce type de mesures, choisies par certains gouvernements pour obliger la prise en compte de la santé dans toutes les politiques.

LA COORDINATION ET LA COLLABORATION

Comme nous l'avons mentionné, les mécanismes de coordination et de collaboration sont au cœur de l'approche de gouvernance intersectorielle. Ils assurent que le travail dépasse les frontières sectorielles. En plus de favoriser la discussion entre les différents secteurs et les différents échelons décisionnels, la mise en place de structures de coordination et de collaboration favorise la compréhension commune des enjeux, la synergie des actions et la maximisation des ressources tout en favorisant la cohérence des décisions gouvernementales. Il peut s'agir de structures plus ou moins formelles, tels les comités interministériels, les comités de pilotage et les réseaux, ou d'unités de travail dont le mandat est d'assurer la coordination. L'implantation d'une gouvernance intersectorielle est ainsi facilitée lorsqu'elle est soutenue par une instance haut placée dans la hiérarchie ayant une responsabilité à cet égard (Australian National Audit Office, 2003; Bourgault et Lapierre, 2000). À l'échelle supranationale, des comités responsables de la coordination intersectorielle de la santé ont d'ailleurs été mis sur pied dans plusieurs pays. C'est le cas en Finlande, où un comité national multisectoriel de santé publique, nommé par le Parlement, a été créé pour veiller à la coordination entre les secteurs (Stahl et Lahtinen, 2006). Les comités interministériels sont un autre type de structure fréquemment mise en place pour assurer la coordination et la collaboration.

Cependant, de telles structures ne comportent pas que des avantages. Les mécanismes intersectoriels peuvent être coûteux en matière de ressources et d'énergie, et potentiellement inefficaces s'ils sont mal gérés et ne permettent pas une implication réelle des participants (Gagnon et Kouri, 2008; Rounce et Beaudry, 2002). De la même manière, la mise en place de structures permanentes, telles les unités de soutien à la pratique de l'ÉIS au sein des

gouvernements, exige habituellement un investissement important. Elles assurent toutefois un engagement stable et à plus long terme que les comités *ad hoc* ou les réseaux (Barr *et al.*, 2008).

LA RESPONSABILITÉ

Une attention particulière est accordée à la reddition des comptes employée dans la gouvernance intersectorielle, puisque le partage des responsabilités qui la caractérise induit une responsabilisation diffuse, d'où l'importance d'établir un cadre de responsabilité clair (Australian National Audit Office, 2003; Barr *et al.*, 2008; Geneau *et al.*, 2009). Il est souvent précisé que les cadres traditionnels de reddition des comptes ne sont pas adaptés au mode de fonctionnement intersectoriel. Il faut donc que les gouvernements innovent en cette matière (Wilkins, 2002).

Concrètement, la forme de reddition des comptes peut varier. Il peut s'agir d'évaluations indépendantes des programmes ou de rapports sur l'atteinte des objectifs, ceux-ci étant élaborés conjointement par plusieurs secteurs. Ces rapports peuvent être remis aux autorités ministérielles intéressées, aux instances gouvernementales ou encore aux instances parlementaires. En Suède, par exemple, le rapport d'évaluation de la politique intersectorielle de santé publique est présenté au Parlement tous les quatre ans (Swedish National Institute of Public Health, (n.d.)). L'évaluation du plan d'action gouvernementale de lutte contre l'obésité du Québec fait l'objet, quant à lui, d'une présentation annuelle au cabinet du premier ministre (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006).

LES CHANGEMENTS CULTURELS

La gouvernance intersectorielle doit également s'appuyer sur une culture organisationnelle qui met en valeur de nouvelles façons de penser et d'agir. Cette dimension, moins tangible, est souvent occultée dans les entreprises qui favorisent une gestion horizontale (Bakvis et Juillet, 2004; Bourgault et Lapierre, 2000). Nous pouvons déterminer trois stratégies visant l'instauration d'une culture organisationnelle propice : l'acquisition des capacités, les changements de valeurs et l'apprentissage collectif (Schneider et Ingram, 1990).

Le secteur de la santé publique a un rôle prépondérant à jouer pour l'acquisition des capacités par les acteurs gouvernementaux, dans le but de les habiliter à prendre en considération les effets sur la santé de leurs politiques (Travis, Egger, Davies et Mechbal, 2002). Les connaissances nécessaires concernent tant les savoirs permettant de clarifier les liens existants entre les politiques sectorielles et les déterminants de la santé que les savoirs associés aux processus d'élaboration des politiques et des dialogues intersectoriels. Les guides de pratique de l'analyse d'impact sur la santé ou les *Health lens* sont autant de moyens concrets utilisés par le gouvernement pour soutenir l'acquisition des connaissances et des compétences.

De plus, il semble important d'influencer les valeurs et croyances de certains acteurs gouvernementaux. En effet, ceux-ci auront tendance à s'engager davantage dans une stratégie de gouvernance intersectorielle de la santé, ou à y coopérer, si elle est conforme à leurs valeurs et croyances (Schneider et Ingram, 1990). Par conséquent, certaines activités de communication sociale, effectuées tant auprès d'acteurs d'autres secteurs gouvernementaux

que des partenaires et des citoyens, doivent être prises en compte. La diffusion d'information sur les déterminants de la santé, le coût des systèmes de soin ou les bons coups des partenaires sont autant de sujets qui peuvent favoriser le partage des valeurs qui est à la base de l'approche de la gouvernance intersectorielle de la santé.

Enfin, l'apprentissage collectif relatif aux expériences et aux leçons à en tirer contribue à instaurer un mouvement de fond assurant des changements durables (Barr *et al.*, 2008). À cet effet, le recours aux comités-conseils, aux activités de recherche ou aux comités de citoyens constitue un mécanisme utile.

CADRE INTÉGRATEUR

Le tableau 1 présente les principales conditions qui favorisent une gouvernance intersectorielle pour la santé.

Tableau 1 **Cadre intégré des conditions d'une gouvernance intersectorielle de la santé**

DIMENSIONS	Leadership	Coordination et collaboration	Reddition de compte	Culture		
				Développement des capacités	Modulation des valeurs	Apprentissage collectif
Conditions principales	Engagement clair des autorités et volonté politique	Structures intersectorielles (formelles ou informelles)	Procédures ou mécanismes formels de contrôle	Stratégies de transfert des connaissances (pour le secteur de la santé comme pour les autres secteurs)	Campagne de marketing social (pour le secteur de la santé comme pour les autres secteurs)	Comité-conseil
	Politique de santé inclusive	Implication des parties prenantes	Évaluation et suivi (processus et cibles)	Formation	Dissémination de l'information (ex. : sur les déterminants de la santé, l'impact sur les coûts du système de soins, ou sur les bonnes pratiques)	Activités de recherche
	Utilisation de différents outils de politiques	Structure avec une responsabilité claire de coordination	Rapport public	Guides de pratique (ex. Évaluation d'impact sur la santé)		Comité de citoyens

CONCLUSION

Lors de la rencontre internationale qui s'est tenue à Adélaïde en avril 2010, les participants ont souligné la nécessité, pour les acteurs du domaine de la santé publique, de mieux comprendre la dynamique pangouvernementale grâce à laquelle une gouvernance intersectorielle peut être instaurée. Jusqu'à maintenant, peu de repères existent pour ces acteurs. En effet, il s'agit d'un champ de connaissance et de recherche en émergence et peu de travaux peuvent les éclairer sur l'efficacité des différentes stratégies gouvernementales. Le recours aux champs disciplinaires qui portent sur la gouvernance, le *stewardship* du domaine de la santé et l'analyse de politiques peut nous éclairer sur ses principales conditions de succès. Ces conditions ont été nommées comme étant :

- un leadership fort et consensuel
- la mise en place de structures de coordination et de collaboration
- l'existence de cadres de responsabilité clairs
- des moyens permettant de soutenir l'instauration d'une culture organisationnelle favorable.

Plusieurs aspects restent à découvrir pour améliorer la pratique de la santé publique au regard de la stratégie de la « Santé dans toutes les politiques ». L'efficacité réelle et à long terme d'une perspective gagnant-gagnant associée à cette stratégie, la modification nécessaire du rôle des acteurs du domaine de la santé publique, et l'impact de la préséance de la valeur santé sur les décisions gouvernementales font partie des aspects à explorer. Toutefois, plusieurs gouvernements n'ont pas attendu que toutes les réponses soient trouvées pour agir; ces initiatives constituent donc des ressources importantes pour continuer d'acquérir des connaissances à ce sujet.

RÉFÉRENCES

Atkinson, R. D. (2003). *Network government for the digital age.* Washington : Progessive Policy Institute. Consulté en ligne à : http://www.ppionline.org/ppi_ci.cfm?knlgAreaID=140&subsecID=290&contentID=251551

Australian National Audit Office. (2003). *Better practice guide. Public sector governance. Volume 1 and 2.* Canberra. Consulté en ligne à : http://www.anao.gov.au/director/publications/betterpracguides

Bakvis, H. et Juillet, L. (2004). *Le défi de l'horizontalité : ministères responsables, organismes centraux et leadership.* Ottawa : École de la fonction publique du Canada. Consulté en ligne à : http://www.csps-efpc.gc.ca/pbp/pub/pdfs/P124_f.pdf

Barr, V., Pedersen, S., Pennock, M. et Rootman, I. (2008). *L'équité en santé grâce à l'Action intersectorielle : analyse d'études de cas dans 18 pays.* Consulté en ligne à : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/hetia18-esgai18/pdf/hetia18-esgai18-fra.pdf

Boffin, N. (2002). *Stewardship of health systems: Review of the literature.* Antwerpen. Belgium : Institute of Tropical Medicine. Consulté en ligne à : http://www.itg.be/itg/uploads/publichealth/Review%20stewardship.pdf

Bourgault, J. et Lapierre, R. (2000). *Horizontalité et gestion publique: rapport final au Centre canadien de gestion, au Réseau du Leadership, au Conseil des hauts fonctionnaires fédéraux du Québec et à l'École d'administration publique.* Centre canadien de gestion. Consulté en ligne à : http://www.csps-efpc.gc.ca/pbp/pub/pdfs/P96_f.pdf

Durose, C. et Rummery, K. (2006). Governance and collaboration: Review article. *Social Policy & Society, 5*(2), 315-321. doi:10.1017/S147474640500299X.

Flinders, M. (2002). Governance in Whitehall. *Public Administration, 80*(1), 51-75. doi:10.1111/1467-9299.00294.

Gagnon, F. et Kouri, D. (2008). *Gouvernance intégrée et politiques publiques favorables à la santé : deux exemples canadiens.* Montréal : Centre de collaboration nationale sur les politiques publique et la santé. Consulté en ligne à : http://www.ccnpps.ca/docs/Gouvernance_intégréeFR.pdf

Geneau, R., Fraser, G., Legowski, B. et Stachenko, S. (2009). *Encouragement de l'intervention intersectorielle en matière de santé. Exemple de l'initiative ActNowBC en Colombie-Britannique, au Canada.* Ottawa : Agence de la santé publique du Canada. Consulté en ligne à : http://publications.gc.ca/site/eng/355652/publication.html

Hogstedt, C., Lundgren, B., Moberg, H., Pettersson, B. et Agren, G. (2004). The Swedish public health policy and the National Institute of Public Health. *Scandinavian Journal of Public Health, 32*(suppl.64), 6-64.

Howlett, M. et Ramesh, M. (2003). *Studying public policy: Policy cycles and policy subsystems*. Toronto : Oxford University Press.

Institute of Public Administration Australia. (2002). *Working together: Integrated governance.* Retrieved from : http://www.ipaa.org.au/_dbase_upl/Working%20Together.pdf

Keon, W. J. et Pépin, L. (2008). *Politiques sur la santé de la population: Perspectives Internationale.* Ottawa : Sénat canadien. Consulté en ligne à : http://www.parl.gc.ca/39/2/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/rep07feb08-f.pdf

Kickbusch, I. et Buckett, K. (2010). *Health in All Policies: The evolution*. Adelaide : Government of South Australia.

Lascoumes, P. et Le Galès, P. (2005). Introduction : L'action publique saisie par ses instruments. *Académique,*(1), 11-44.

Lemieux, V. (2000). Les rôles du gouvernement dans la gouvernance. Dans J. Jason, P. G. Thomas, V. Lemieux et P. Aucouin (dir.), *La modernisation de la gouvernance : Une première exploration.* (pp. 126-154). Ottawa: Centre de gestion canadien.

Ling, T. (2002). Delivering joined-up government in the UK: Dimensions, issues and problems. *Public Administration, 80*(4), 615-642. doi:10.1111/1467-9299.00321.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). *Plan d'action gouvernementale pour la promotion de saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 : investir pour l'avenir.* Québec : Gouvernement du Québec. Consulté en ligne à : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-289-01.pdf

Peters, B. G. (2002). The changing nature of public administration: From easy answers to hard questions. *Asian Journal of Public Administration, 24*(2), 153-183.

Pierre, J. et Peters, B. G. (2000). *Governance, politics and the state*. Basingstoke : Macmillan Press Ltd.

Rounce, A. et Beaudry, N. (2002). *Using horizontal tools to work across boundaries: Lessons learned and signposts for success.* Ottawa : Canadian Centre for Management Development. Consulté en ligne à : http://www.csps-efpc.gc.ca/pbp/pub/pdfs/P106_e.pdf.

Schneider, A. et Ingram, H. (1990). Behavioral assumptions of policy tools. *The Journal of Politics, 52*(2), 510-529. doi:10.2307/2131904.

Stahl, T. et Lahtinen, E. (2006). Towards closer intersectoral cooperation: The preparation of the Finnish national health report. Dans Timo Stahl, Matthias Wismar, Eeva Ollila, Eero Lahtinen et Kimo Leppo (dir.), *Health in All Policies: Prospects and potentials.* (pp. 169-185). Helinski, Finland: Ministry of Social Affairs and Health.

Stoker, G. (1998). Governance as theory: Five propositions. *International Social Science Journal, 50*(155), 17-28. doi:10.1111/1468-2451.00106.

Swedish National Institute of Public Health. (n.d.). *The reoriented National Institute of Public Health in Sweden.* Sweden. Consulté en ligne à : http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/10245852_9752/1e5ef9ba/Swedish%20NHI%20reoriented.pdf

Travis, P., Egger, D., Davies, P. et Mechbal, A. (2002). *Towards better stewardship: Concepts and critical issues.* (WHO/EIP/DP/02.48). Geneva : World Health Organization. Consulté en ligne à : http://www.who.int/healthinfo/paper48.pdf

Van Gramberg, B., Teicher, J. et Rusailh, J. (2005). *Reinventing government in Australia: Whole of government in a federation.* (Working Papers Series 4/2005). Melbourne, Australia : School of Management, Victoria University. Consulté en ligne à : http://eprints.vu.edu.au/445/

Wilkins, P. (2002). Accountability and joined-up government. *Australian Journal of Public Administration, 61*(1), 114-119. doi:10.1111/1467-8500.00266.

World Health Organization et Government of South Australia. (2010). The Adelaide Statement on Health in All Policies: Moving towards a shared governance for health and wellbeing. *Health Promotion International, 25*(2), 258-260. doi:10.1093/heapro/daq034.