



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

**REVUE
SYSTÉMATIQUE
ACCÉLÉRÉE**



**ÉVALUATION DE L'INCIDENCE ET DE L'EFFICACITÉ DE L'ACTION INTERSECTORIELLE
EXERCÉE SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ ET L'ÉQUITÉ EN SANTÉ :
UNE REVUE SYSTÉMATIQUE ACCÉLÉRÉE**

Coordonnées

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS)

Université St. Francis Xavier

Antigonish NÉ B2G 2W5

ccnds@stfx.ca

tél : 902-867-5406

télééc: 902-867-6130

www.ccnds.ca

Twitter: @NCCDH_CCNDS

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé est hébergé par l'Université St. Citer le présent document comme suit :

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. [2012]. *Évaluation de l'incidence et de l'efficacité de l'action intersectorielle exercée sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé : une revue systématique accélérée*. Antigonish : NÉ Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, Université St. Francis Xavier.

ISBN : 978-1-926823-13-3

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de l'Agence de la santé publique du Canada, qui finance le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS).

Les points de vue exprimés dans le présent document ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

Une version électronique (en format PDF) du présent document est disponible dans le site Web du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé à l'adresse www.ccnds.ca.

A PDF format of this publication is also available in English at www.nccdh.ca under the title *Assessing the Impact and Effectiveness of Intersectoral Action on the Social Determinants of Health and Health Equity: An Expedited Systematic Review*.

REMERCIEMENTS

Les auteures du présent document sont Sume Ndumbe-Eyoh et Hannah Moffatt, spécialistes du transfert des connaissances au Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS).

Claire Betker, Andrew Bresnahan, Connie Clement et Lesley Dyck, membres du personnel du CCNDS, ont également contribué à diverses étapes du projet de recherche.

Donna Fitzpatrick-Lewis a fourni des conseils sur les méthodes choisies pour réaliser la revue tout au long du processus. Certains membres du personnel du Effective Public Health Practice Project (projet de pratique efficace de santé publique) ont aussi participé à la réalisation du projet.

Nous remercions les membres du Groupe consultatif du projet, qui ont orienté les travaux et passé en revue le rapport, notamment :

- Jon Groulx, inspecteur en santé publique, Service de santé publique de Sudbury et du district
- Charmaine McPherson, Ph. D., professeure agrégée, École des sciences infirmières, Université St. Francis Xavier
- Irv Rootman, Ph. D., professeur auxiliaire, Université de Victoria
- Ketan Shankardass, Ph. D., chargé d'enseignement, Psychologie et Sciences de la santé, Université Wilfrid Laurier; Centre for Research on Inner City Health, Hôpital St. Michael

François Gagnon, agent de recherche, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, a pour sa part agi comme lecteur critique.

À PROPOS DU CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) est l'un des six centres de collaboration nationale (CCN) en santé publique au Canada. Créés en 2005 et financés par l'Agence de la santé publique du Canada, les CCN produisent de l'information pour aider les professionnels de la santé publique à améliorer leur gestion des menaces pour la santé publique, des maladies chroniques, des blessures, des maladies

infectieuses et des iniquités en santé.

Le CCNDS s'intéresse de près aux facteurs sociaux et économiques qui agissent sur la santé de la population canadienne. Son personnel interprète et diffuse des données probantes aux organismes de santé publique et aux professionnels de ce secteur en vue d'influer sur les déterminants corrélatifs et de promouvoir l'équité en santé.

PRÉFACE

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS) s'intéresse de près aux facteurs sociaux et économiques qui agissent sur la santé de la population canadienne.

Cette revue systématique accélérée réalisée pour les présentes s'inscrit dans le travail d'exploration continu qu'effectue le personnel du CCNDS relativement à «l'efficacité de l'action» exercée sur les déterminants sociaux de la santé pour améliorer l'équité en santé.

Cette revue porte précisément sur l'efficacité de l'action intersectorielle en tant que pratique de santé publique utilisée pour accroître l'équité en santé. Les résultats des recherches les plus susceptibles de faciliter les activités fondées sur les données probantes en santé publique y sont présentées de manière sommaire. Il importe de noter que l'obtention des données probantes issues de la recherche est essentielle afin de prendre des décisions éclairées en matière de

santé publique.¹ L'évaluation des programmes et l'expérience acquise dans le cadre de la pratique, de même que les facteurs sous-jacents au milieu local, aux priorités et aux ressources offertes, constituent d'autres importantes sources de renseignements.¹

Mieux comprendre l'incidence de l'action intersectorielle sur l'équité en santé permettra de clarifier les interactions entre le secteur de la santé publique et les autres secteurs, ainsi que de cerner les outils et les stratégies qui appuient ce travail.

Il semble que ce projet constitue la première tentative de revoir de manière systématique, à partir de la documentation parue dans un certain nombre de pays, l'incidence de l'action intersectorielle exercée par la santé publique au chapitre de l'équité en santé et des déterminants sociaux de la santé.

Un énoncé sommaire des conclusions du rapport est disponible à www.ccnds.ca

TABLE DES MATIÈRES

CONTEXTE	2
QUESTION DE RECHERCHE	3
MÉTHODES	3
Recherche dans la littérature	4
Pertinence	4
Évaluation de la qualité	5
Extraction et analyse des données	6
RÉSULTATS	8
Qualité des études sélectionnées	8
Revue systématique	8
Études primaires	8
<i>Approche en santé des populations pour réduire les iniquités en santé.</i>	8
<i>Population</i>	9
<i>Milieu</i>	9
<i>Parcours d'intervention sur les déterminants sociaux de la santé</i>	9
<i>Relations et rôles</i>	18
<i>Outils, mécanismes et stratégies pour faciliter la mise en marche et l'exécution.</i>	18
DISCUSSION	20
LIMITES	23
CONCLUSIONS	24
PORTÉE	25
Pour la pratique et les politiques	25
Pour la recherche	25
BIBLIOGRAPHIE	26
TABLEAUX, ANNEXES ET FIGURE	29
TABLEAU 1 : Résultats de l'évaluation de la qualité	30
TABLEAU 2 : Caractéristiques des études sélectionnées	33
FIGURE 1 : Résultats de recherche	61
ANNEXE 1 : Stratégie de recherche	62
ANNEXE 2 : Recherche dans la littérature grise	66

CONTEXTE

La revue systématique accélérée réalisée pour les présentes s'inscrit dans le travail d'exploration continu qu'effectue le personnel du CCNDS relativement à l'efficacité de l'action exercée sur les déterminants sociaux de la santé pour améliorer l'équité en santé.

Dans de nombreux rapports parus précédemment, on a déjà signalé l'importance de l'action intersectorielle pour améliorer l'équité en santé.²⁻⁷ On considère d'ailleurs l'action intersectorielle comme une pratique de santé publique susceptible de permettre aux bureaux de santé publique locaux d'influer sur les déterminants sociaux de la santé et de réduire les iniquités en santé.⁶

L'action intersectorielle pour la santé désigne « les actions mises en œuvre par des secteurs autres que celui de la santé, éventuellement mais pas nécessairement en collaboration avec le secteur de la santé, portant sur les effets sur la santé ou sur l'équité en santé mais aussi sur les déterminants de la santé ou sur l'équité en santé ». ^{4(p.2)} L'action intersectorielle repose sur le principe suivant: les facteurs sociaux et économiques influant sur la santé de la population, qu'on appelle les déterminants sociaux de la santé,^{8,9} ne relèvent pas du secteur de la santé, mais plutôt d'autres secteurs d'activité. C'est pourquoi il est essentiel que l'action soit menée directement dans les secteurs et entre ceux-ci, à l'échelle locale, régionale, provinciale, territoriale, nationale et internationale, afin d'influer sur les contextes sociaux et économiques en faveur de la santé et du bien-être de la population.¹⁰

Aux fins de la présente revue, les interventions, les politiques et les programmes intersectoriels mis de l'avant par le secteur de la santé publique en collaboration avec d'autres secteurs, tant gouvernemental que non gouvernemental, et tombant en dehors du champ de la santé ont été pris en compte. Le secteur de la santé publique regroupe les organismes et les personnes qui réalisent des activités destinées à réduire le nombre de maladies, de morts prématurées, de malaises associés aux maladies et de handicaps dans la population. Au Canada, les organismes relevant officiellement de la santé publique comprennent les ministères de la santé, les autorités sanitaires régionales et les bureaux de santé publique aux échelons local, régional, provincial, territorial et national. L'accent a été mis sur les interventions intersectorielles permettant d'agir sur les déterminants sociaux de la santé pour améliorer l'équité en santé. Les déterminants sociaux de la santé sont les facteurs sociaux et économiques qui influent sur la santé. Ils varient selon les « circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes mis en place pour traiter la maladie, ces circonstances étant déterminées par plusieurs forces: l'économie, les politiques sociales et la politique en général ». ¹¹ Les exemples de déterminants sociaux de la santé comprennent notamment le revenu et la répartition du revenu, l'éducation, le filet de sécurité sociale, l'emploi et les conditions de travail, le chômage et la sécurité d'emploi, le développement du jeune enfant, le sexe, la race, l'insécurité alimentaire, le logement, l'exclusion sociale, l'accès aux services de santé, le statut d'Autochtone et le handicap.⁸

L'équité en santé se définit par « l'absence de différences injustifiées et évitables ou remédiables dans l'état de santé de la population ou de groupes socialement, économiquement, démographiquement ou géographiquement définis ». ¹¹ Les iniquités en santé se rapportent aux différences dans l'état de santé qui sont le fruit de la société et qui sont injustes et systématiques dans l'ensemble de la population.¹²

Même s'il est possible de relever des exemples et des études de cas décrivant l'action intersectorielle exercée par des organismes canadiens et internationaux pour accroître l'équité en santé,^{2-4,13-15} il y a peu de données disponibles quant à l'incidence de l'action intersectorielle sur l'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé.^{4,14,16}

La présente revue porte sur l'incidence et l'efficacité de l'action intersectorielle exercée dans les pratiques de santé publique au chapitre des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé. On y définit également les lacunes relevées dans les travaux de recherche et la consignation des pratiques efficaces en santé publique. Dans une récente revue systématique des effets sur la santé de la collaboration entre les organismes de services de santé locaux et les gouvernements locaux, les effets sur l'équité en santé n'ont pas été évalués.¹⁷ Il semble que la présente revue soit la première tentative d'examiner de manière systématique, à partir de la documentation scientifique produite dans un certain nombre de pays, l'incidence de l'action intersectorielle exercée en santé publique au chapitre de l'équité en santé et des déterminants sociaux de la santé.

QUESTION DE RECHERCHE

Cette revue se penche sur la question suivante « quelle est l'incidence et l'efficacité de l'action intersectorielle exercée sur les déterminants sociaux de la santé, en tant que pratique de santé publique, pour favoriser l'équité en santé ? ». Deux questions s'ajoutent à la première : Quel rôle joue le secteur de la santé publique dans l'action intersectorielle exercée sur les déterminants sociaux de la santé pour améliorer l'équité en santé? Quels sont les outils, mécanismes et stratégies qui facilitent l'enclenchement et l'exécution de l'action intersectorielle déployée pour améliorer l'équité en santé?

MÉTHODES

Les revues rapides rationalisent les méthodes pour les revues systématiques traditionnelles afin synthétiser et de communiquer les données probantes dans un court laps de temps.¹⁸ Ces revues rapides ont suivi la plupart des étapes d'une revue systématique exhaustive. Un certain nombre de décisions a priori et tout au long du processus ont été prises, à savoir :

- ne pas examiner la version intégrale des textes qu'il n'était pas possible de récupérer dans les dates prévues à l'échéancier;
- ne pas mener de recherches dans la bibliographie des études retenues; et
- ne pas communiquer avec les auteurs pour obtenir des renseignements manquants.

Les méthodes suivantes ont été utilisées pour recueillir la littérature qui étaye le présent rapport :

- recherche exhaustive de la littérature publiée entre janvier 2001 et janvier 2012;
- recherche et récupération de la littérature grise potentiellement pertinente; et
- extraction et revue des études pertinentes incluses dans toute revue systématique dont la qualité méthodologique a été évaluée.

Recherche dans la littérature

Au cours d'un atelier interne, des employés du CCNDS ont décomposé la revue en fonction des critères PICO, c'est-à-dire Population, Intervention, Control ou Comparison et Outcome (population, intervention, comparateur et issue évaluée) avant de transmettre leurs conclusions à un bibliothécaire de recherche chevronné. Celui-ci a converti la question PICO en stratégie de recherche. Il a déterminé les termes génériques et synonymes afin de récupérer tout texte pertinent sur les sujets particuliers et individuels trouvés à l'aide des critères PICO. Il s'est ensuite servi des termes de recherche (voir la liste à l'annexe 1) pour effectuer sa recherche dans plusieurs bases de données, soit Embase, MEDLINE, CINAHL, Social Sciences Abstracts, Cochrane Library et Campbell Library. Il a utilisé la même méthode PICO pour effectuer une recherche dans la littérature grise (voir la liste des sites Web à l'annexe 2).

Les membres du Groupe consultatif du projet ont été invités à dresser la liste de la littérature pertinente, parue ou non. Quelques spécialistes recommandés par le Groupe consultatif du projet ont également été contactés.

Une première recherche a permis de relever 10 235 textes potentiellement pertinents, dont des études primaires et des revues systématiques.

Pertinence

Deux examinateurs ont travaillé de façon indépendante pour effectuer une première sélection de tous les textes relevés lors de la recherche initiale en fonction du titre et du résumé. Ils ont ainsi déterminé que 886 textes étaient potentiellement pertinents et pouvaient passer à l'étape du test de pertinence de la version intégrale (figure 1).

Chaque texte qui a subi un test de pertinence rigoureux comportait les caractéristiques suivantes :

- L'étude dont il faisait état ne visait aucun groupe de population particulier.
- L'étude avait été réalisée sans modèle d'étude précis.
- L'intervention portait sur une quelconque intervention en santé de la population associée aux déterminants sociaux de la santé et à l'équité en santé.
- L'article faisait explicitement mention d'un lien intersectoriel entre un organisme ou un professionnel de la santé publique et au moins un autre secteur d'activité.
- Les résultats se rapportaient à la santé, aux déterminants sociaux de la santé ou à une politique visant à améliorer les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé, c'est-à-dire :
 - *les résultats liés à la santé correspondent à toute mesure de la mortalité ou de la morbidité, de l'utilisation des services de santé, du respect des normes de soins et de la qualité de vie;*
 - *les déterminants sociaux de la santé sont les facteurs sociaux et économiques influant sur la santé; comme il a été mentionné dans la section Contexte, ils varient selon les « circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes mis en place pour traiter la maladie, ces circonstances étant déterminées par plusieurs forces : l'économie, les politiques sociales et la politique en général » (OMS, s.d.). Les déterminants sociaux de la santé comprennent notamment le revenu et la répartition du revenu, l'éducation, le filet de sécurité sociale, l'emploi et les conditions de travail, le chômage et la sécurité d'emploi, le développement du jeune enfant,*

*le sexe, la race, l'insécurité alimentaire, le logement, l'exclusion sociale, l'accès aux services de santé, le statut d'Autochtone et le handicap;*⁸

- *les résultats en matière de politiques correspondent aux changements législatifs à l'échelle sociétale (p. ex. loi, projet de loi) de même qu'aux politiques, stratégies et programmes organisationnels visant l'amélioration des déterminants de la santé et de l'équité en santé.*
- Le texte a été publié entre janvier 2001 et janvier 2012.
- L'étude avait été réalisée dans un des pays suivants : Norvège, Finlande, Danemark, Suède, Australie, Nouvelle-Zélande, Canada, États-Unis ou au Royaume-Uni.
- Le texte a été publié en anglais ou en français.

Toute étude présentant les caractéristiques suivantes a été exclue :

- Le contenu de l'étude était théorique ou constituait un commentaire non fondé sur des données empiriques.
- L'étude portait seulement sur des résultats de processus (p. ex. la bonne convergence intersectorielle).
- Seulement des partenaires universitaires et de la collectivité avaient participé à l'étude.
- L'étude portait uniquement sur les soins de santé primaires.

Des 60 articles (soit 0,6 % du total identifié), il a été impossible d'extraire l'intégralité des textes; ces articles n'ont donc pas été pris en considération à l'étape de la sélection des textes intégraux.

Au total, 17 textes ont été jugés pertinents (1 revue systématique, 14 études quantitatives et 2 études qualitatives) et sont passés à l'étape de l'évaluation de la qualité (voir la section suivante). La figure 1 montre l'ordinogramme des résultats de recherche. Le présent rapport fait état des conclusions pertinentes de ces études.

Évaluation de la qualité

Deux réviseurs ont évalué la qualité des études sélectionnées. L'évaluation de la revue systématique s'est effectuée à l'aide d'AMSTAR,¹⁹ un outil valide et fiable permettant de mesurer la qualité méthodologique de revues systématiques.^{20,21} Le tableau 1 présente les résultats de l'évaluation de la qualité de la revue systématique.

Les études quantitatives ont été évaluées à l'aide d'un outil mis au point par l'Effective Public Health Practice Project.²² L'efficacité de cet outil a été testé en ce qui a trait à l'évaluation de la qualité méthodologique d'études primaires en santé publique. L'outil repose sur des lignes directrices pré-établies.^{23,24} Des spécialistes du domaine l'ont d'ailleurs examiné et jugé excellent.²⁵ Il est possible de consulter et de télécharger l'outil et le dictionnaire qui l'accompagne à l'adresse www.ehphp.ca. L'outil s'appuie sur six critères : biais de sélection, modèle d'étude, variable confusionnelle, aveuglement, méthodes de collecte des données et récupération et perte d'information.

Deux réviseurs ont examiné séparément toutes les études quantitatives à la lumière des six critères pour déterminer si leur qualité était « supérieure », « moyenne » ou « faible ». Ils se sont ensuite réunis pour analyser leurs classements, discuter des différences, définir certains termes et en arriver

à un consensus. Après avoir additionné le pointage de chacune des caractéristiques des études, ils ont accordé une cote de qualité « supérieure », « moyenne » ou « faible ». Pour qualifier une étude de « supérieure », les réviseurs devaient classer quatre des six critères d'évaluation comme supérieurs, et aucun critère comme faible. Ils pouvaient accorder une cote supérieure si un texte obtenait la cote supérieure pour plus de quatre critères de même qu'une cote moyenne pour un critère puis une cote faible pour un autre critère. Les réviseurs devaient qualifier une étude de « moyenne » s'ils avaient classé moins de quatre critères comme supérieurs ou moyens et un critère comme faible. Les réviseurs accordaient une cote faible s'ils considéraient comme faibles deux critères ou plus. Le tableau 1 présente les résultats de l'évaluation de la qualité des études quantitatives.

Deux textes se sont trouvés dans la catégorie des études qualitatives. On les a évalués selon les critères élaborés par Letts, Wilkins, Law, Stewart, Bosch et Westmorland (2008),²⁶ soit : clarté de l'objet à l'étude, description de la littérature générale examinée, définition du modèle d'étude et de son utilité, description des méthodes utilisées pour l'échantillonnage et la collecte des données, rigueur analytique, vérifiabilité, crédibilité, transférabilité, fiabilité, confirmabilité et justesse des conclusions. Deux réviseurs ont examiné séparément tous les textes et ont discuté de leurs divergences jusqu'à ce qu'ils arrivent à un consensus. Le tableau 1 présente les résultats de l'évaluation de la qualité des études qualitatives.

Extraction et analyse des données

On a extrait des données de toutes les études sélectionnées, sans égard à la qualité méthodologique (le tableau 2 fait la liste des caractéristiques des études sélectionnées). Un réviseur s'est chargé de l'extraction des données et un autre en a vérifié l'exhaustivité et l'exactitude. Ils ont rapporté les données dans un format narratif, en incluant les détails sur le modèle d'étude, l'intervention et les résultats. Ils ont également fait mention de tous les résultats statistiquement intéressants et non intéressants jugés pertinents par rapport à la question de recherche. Ils ont également procédé à l'extraction des données suivantes :

- lieu géographique (c.-à-d. pays);
- milieu (c.-à-d. rural, urbain, organisationnel, local, régional, national);
- population;
- approche en santé des populations pour réduire les iniquités en santé : les interventions peuvent se définir d'après l'approche utilisée pour réduire les iniquités en santé, les interventions universelles visant l'ensemble la population (approche horizontale),^{5,16,27} les interventions ciblées visant sciemment des groupes désavantagés (approche verticale),^{5,16,27} et les approches mixtes (universalisme ciblé) visant plus de bienfaits pour les groupes désavantagés dans le contexte d'un modèle de politique universel²⁸;
- parcours d'intervention sur les déterminants sociaux de la santé : on peut catégoriser les interventions en faveur de l'équité en santé selon le parcours d'intervention utilisé pour agir sur les déterminants de la santé en amont, intermédiaires ou en aval^{16,29,30} :
 - *Les interventions sont en amont si elles comprennent une réforme des structures sociales et économiques fondamentales et proposent des mécanismes pour la redistribution de la richesse, du pouvoir, des possibilités et du processus décisionnel; elles comportent normalement des changements structurels et systémiques.*

- *Les interventions intermédiaires visent à réduire les comportements à risque ou l'exposition aux dangers en influençant les comportements en matière de santé et les facteurs psychologiques et en améliorant les conditions de vie et les conditions de travail. Généralement, elles sont réalisées à l'échelle locale ou organisationnelle.*
- *Les interventions en aval se font à l'échelon microscopique ou individuel. Elles visent à atténuer les effets inéquitables des déterminants en amont ou intermédiaires et incluent des mesures pour accroître l'accès équitable aux services de santé.*
- secteurs concernés;
- relation entre les secteurs⁵ : estiment que quatre modèles relationnels caractérisent l'action intersectorielle : échange d'information, coopération, coordination et intégration. Une relation informative repose sur la diffusion et l'échange d'information entre les secteurs; une relation coopérative vise à accroître l'efficacité par l'optimisation des ressources qui servent à appliquer ou à mettre en œuvre des politiques ou des programmes; la coordination comprend un travail concerté entre les secteurs pour améliorer l'efficacité et l'efficacités, souvent par l'entremise de la création et de l'intégration de relations synergiques et de la mise en commun du financement; l'intégration se rapporte à l'étude d'une nouvelle politique ou d'un nouveau programme en concertation avec plusieurs secteurs et exige la synthèse des objectifs, des processus administratifs, des ressources, des responsabilités et des mesures prises :
- rôle de la santé publique : la santé publique joue normalement l'un ou l'autre des quatre rôles suivants au moment d'exercer son action sur les déterminants sociaux de la santé pour promouvoir l'équité en santé, notamment^{31,32}:
 - *« Rapporter et évaluer l'état de santé des populations et décrire les inégalités et les iniquités de même que les stratégies éprouvées pour remédier aux inégalités et aux iniquités;*
 - *Modifier et orienter les interventions afin de réduire les iniquités en santé, y compris les besoins et les capacités spécifiques des populations prioritaires.*
 - *Prendre part à la collaboration communautaire et multi-sectorielle pour répondre aux besoins de santé des populations prioritaires par le biais de services et de programmes;*
 - *Prendre la direction, participer et soutenir d'autres acteurs dans l'analyse, l'élaboration et la promotion des politiques visant à améliorer les déterminants ou les iniquités en santé. »*
- outils, stratégies et mécanismes : les outils peuvent être décrites comme des catalyseurs qui stimulent l'action intersectorielle; les mécanismes comme des structures et des arrangements institutionnels; et les stratégies comme un ensemble plus large d'actions ou d'initiatives planifiées¹⁴;
- déterminant social de la santé a été évalué.

Étant donné le caractère hétérogène des études sélectionnées, il n'aurait pas été approprié d'effectuer une méta-analyse parce que les résultats n'ont pas été mesurés de manière constante d'une étude à l'autre et que la plupart ne comprennent pas d'analyses statistiques se prêtant à une méta-analyse.

RÉSULTATS

La présente section porte sur la qualité des études ayant satisfait aux critères pré-spécifiés de la revue ainsi que sur les résultats rapportés. La revue systématique répondant aux critères définis est abordée dans un premier temps. L'approche en santé des populations visant à réduire les iniquités en santé, les populations et les milieux où ont pris place les interventions faisant l'objet des études quantitatives et qualitatives primaires est présentée en second lieu. La présentation des résultats des études primaires tient compte de la façon dont s'est effectuée l'intervention sur les déterminants sociaux de la santé. Les relations entre les secteurs, le rôle du secteur public dans les interventions, de même que les outils, mécanismes et stratégies ayant servi au lancement et à la mise en œuvre des interventions sont présentés de manière sommaire.

Qualité des études sélectionnées

Parmi les études, 17 ont satisfait aux critères pré-spécifiés de la revue. Une revue systématique de qualité supérieure³³ a été identifiée. Parmi les études primaires, 14 étaient de nature quantitative. Une d'entre elles s'est révélée de qualité supérieure sur le plan méthodologique,³⁴ cinq, de qualité moyenne³⁵⁻³⁹ et huit, de faible qualité.⁴⁰⁻⁴⁷ Le tableau 1 donne un aperçu de l'évaluation de la qualité des deux études qualitatives.^{48,49}

Revue systématique

Une revue systématique répondait au critère d'inclusion.³³ Elle visait à évaluer l'incidence des partenariats organisationnels sur l'état de santé et les inégalités en santé en Angleterre et comprenait 15 études associées à 6 interventions : zones d'action en santé, programmes d'amélioration de la santé, nouveau pacte pour les collectivités, programme d'achat intégré pour l'autorité d'éducation sanitaire, centres de promotion d'un mode de vie sain, et normes nationales sur les écoles saines. Toutes les interventions étaient de nature multisectorielle et visaient à influencer sur différents déterminants sociaux de la santé (p. ex. emploi, pauvreté, exclusion sociale, logement, éducation). Une des interventions (sur les normes nationales sur les écoles saines) ciblait les enfants dans leur cadre scolaire. Toutes les autres ont pris place à l'échelon de la localité, du quartier ou de la collectivité. On a eu recours à une variété de démarches pour influencer sur l'équité en santé (voir le tableau 2). La qualité méthodologique variait d'une étude à l'autre. La majorité de ces études n'étaient pas conçues pour évaluer l'incidence des partenariats sur l'état de santé des populations, y compris l'équité en santé. Quatre d'entre elles incluaient une composante quantitative et n'ont pas permis de dresser un bilan concluant sur les effets des partenariats sur l'état de santé et l'équité en santé. Les études qualitatives retenues pour la revue systématique permettent de penser que certains partenariats ont fait ressortir les inégalités en santé dans les discussions politiques locales. Les interventions étaient habituellement à court terme.

Études primaires

Approche en santé des populations pour réduire les iniquités en santé

Aucune des études primaires retenues dans le cadre de la présente revue n'avait pour objet l'évaluation d'une intervention universelle. Dans deux des interventions en question, on a déployé une démarche mixte en offrant des programmes universels à l'ensemble de la population visée par l'intervention et

d'autres programmes à des groupes précis.^{36,44} Dans d'autres études, on a examiné des interventions ciblées.^{34,35,37-39,41-43,45-49} Une des études portait sur une intervention comportant de multiples volets et des politiques et des programmes à la fois universels et ciblés.⁴⁰

Population

Dans les études primaires sélectionnées pour la présente revue, on a décrit les interventions pour promouvoir l'équité en santé qui étaient axées sur des populations précises. Bon nombre de ces interventions visaient des personnes et des collectivités désavantagées de multiples façons sur le plan social et économique. Dix d'entre elles ciblaient des enfants.^{34-36,38,39,43-47} Dix interventions visaient des populations désavantagées sur le plan socioéconomique.^{34-36,38-40,42,44,45,48} Cinq mobilisaient des collectivités racialisées,^{36,38-40,48} et trois, des populations de réfugiés ou d'immigrants.⁴²⁻⁴⁴ Deux des interventions portaient sur des collectivités autochtones,^{46,47} et deux autres, sur des personnes handicapées.^{41,49}

Milieu

La plupart des interventions ont eu lieu dans la collectivité locale, des écoles ou des milieux de travail. Six interventions ont pris place en milieu scolaire.^{34,36,39,43,44,47} Une intervention s'est effectuée en milieu de travail.⁴² Six interventions ont eu lieu dans la collectivité.^{35,38,40,45,46,48} Trois d'entre elles ont été réalisées en milieu urbain,^{38,40,48} et deux, en région éloignée ou en milieu rural.^{35,46} Une autre⁴⁵ ne permet pas d'établir si l'intervention est survenue en milieu rural ou urbain. Trois des interventions^{37,41,49} ont pris place à l'échelon régional, du district, provincial ou territorial (ou de l'état selon le pays).

Parcours d'intervention sur les déterminants sociaux de la santé

Dans la présente section, on présente les conclusions des études primaires en fonction de leur parcours d'intervention sur les déterminants sociaux de la santé (c.-à-d. en amont, intermédiaires ou en aval).

Interventions en amont

Deux des études portaient sur des interventions en amont. Une était centrée sur l'amélioration des conditions de logement⁴⁶ et l'autre, sur l'emploi.⁴⁹

Logement

Dans une des études, on a évalué l'incidence sur les conditions de logement de jeunes enfants d'un programme de construction de logements réalisé dans le contexte d'un programme de logement pour Autochtones en Australie.⁴⁶ Plus précisément, on a examiné l'incidence sur les collectivités des régions éloignées à l'aide de normes établies dans le cadre du programme de santé environnementale qui découle de la stratégie sur la santé des Autochtones instaurée à l'échelle nationale par le gouvernement de l'Australie. L'intervention faisait suite à l'adoption d'une loi nationale et visait à redistribuer la richesse en améliorant les conditions de logement. Un grand nombre de partenaires y ont pris part, notamment des collectivités autochtones, divers échelons de gouvernement (dont la santé publique), des universités et des chercheurs. L'étude, qui s'est échelonnée sur un an, en débutant avant et se poursuivant jusqu'à un certain temps après l'intervention, visait à mesurer le changement dans les conditions de logement

d'une cohorte de 418 enfants vivant dans 208 logements. On a utilisé une multitude d'outils afin de mesurer le surpeuplement (nombre de personnes par chambre à coucher), l'infrastructure (selon les classements Failed Healthy Living Practice et Surveyor Function) et l'hygiène (selon le classement Surveyor Condition). Le nombre moyen de personnes par chambre à coucher est passé de 3,4, avec un intervalle de confiance (IC) de [3,1, 3,6] avant l'intervention à 3,2, avec un IC de [2,9, 3,4] lors du suivi (en moyenne après 10 mois) ($p = 0,102$). La moyenne du classement selon le Failed Healthy Living Practice a chuté de 5,6, avec un IC de [5,3, 6,0] à 4,4, avec un IC de [4,1, 4,8] ($p < 0,0001$), où un classement de 7 indique que 7 des 8 composantes de l'infrastructure sont considérées comme un « échec » et un classement de 0 indique qu'aucune des composantes n'est considérée comme un « échec ». La moyenne du classement Surveyor Function a grimpé de 3,8, avec un IC de [3,5, 4,0] à 3,4, avec un IC de [3,1, 3,6] lors du suivi ($p = 0,047$). Les conditions d'hygiène des logements (selon le classement Surveyor Condition) sont restées sensiblement les mêmes entre le départ et le suivi (moyenne globale de 4,1, avec un IC de [3,9, 4,4]; $p = 0,605$).

Emploi

Metzel et autres⁴⁹ ont réalisé un examen qualitatif de l'établissement et de la mise en œuvre de six ententes interagences entre organismes de réadaptation professionnelle et de santé mentale afin de soutenir l'embauche de personnes vivant avec un handicap dans six états américains. L'intervention avait pour objectif de transformer la structure sociale et économique encadrant l'embauche de personnes handicapées. Les auteurs ont examiné la littérature et mené des entrevues ($n = 20$) pour mieux comprendre le contexte entourant l'établissement d'ententes interagences de même que les éléments contribuant à la réalisation des objectifs visés, soit l'augmentation du nombre de personnes bénéficiant d'un emploi protégé. Cinq des six états ont rapporté une augmentation du nombre d'emplois protégés pour les personnes handicapées. Selon une estimation des divers programmes, il y a eu une augmentation annuelle des emplois protégés de 25 % entre 1994 et 1999. En 1997, on a même noté une augmentation de 30 %. Quelque 200 à 300 jeunes ont bénéficié de services d'évaluation professionnelle et de placement. Entre 1995 et 1996 toutefois, cette augmentation s'est chiffrée à 14 %. Des représentants de trois des états ont signalé une intensification de la coordination et de la coopération (p. ex. modification des processus, changements aux systèmes et coordination des budgets).

Interventions intermédiaires

Huit études traitaient d'interventions intermédiaires visant divers déterminants sociaux de la santé : emploi et conditions d'emploi^{41,42}; développement du jeune enfant⁴⁵; logement³⁷; milieu physique et social^{34,36,40,48} et sécurité alimentaire.³⁶

Emploi et conditions d'emploi

Deux études portaient sur l'emploi et les conditions d'emploi.^{41,42}

Sherring et autres⁴¹ ont réalisé une étude longitudinale de cohortes afin d'évaluer l'efficacité d'une intervention favorisant l'emploi protégé pour les personnes vivant avec une maladie mentale en Australie ($n = 43$). Dans le cadre du programme, on a forgé des liens officiels entre une équipe spécialisée en santé mentale en milieu communautaire et trois services de placement. Des ergothérapeutes et un

spécialiste en emploi ont évalué les besoins professionnels des personnes participant au programme. Ils les ont également aidées à obtenir des services de placement et de soutien clinique. L'intervention visait à améliorer les conditions de travail dans la collectivité. On considérait l'emploi comme une réussite si la personne conservait son poste au moins quatre semaines, sauf si le contrat était à court terme. Globalement, 76,7 % (n = 33) des participants ont trouvé un bon emploi durant la période couverte par l'étude. Après 24 mois, 46,5 % (n = 20) des personnes avaient toujours un emploi. La durée d'emploi moyenne s'élevait à 24,7 semaines (écart-type (ET) = 27,1; étendue de 2,5-99,6). La semaine de travail durait en moyenne 24,7 heures (ET = 12,8; étendue de 3-40). La rémunération moyenne s'établissait à 17,5 \$AU l'heure (ET = 4,9; étendue de 7,6-30,4). Le salaire minimum s'élevait à ce moment à 13,74 \$AU l'heure au pays. Sherring et autres⁴¹ ont souligné qu'il n'y avait aucun lien significatif à faire entre le sexe, l'âge ou le niveau de scolarité (aucune donnée fournie à cet égard dans l'étude) dans les résultats de l'embauche.

Pechter et autres⁴² ont pour leur part fait état de la démarche de la Massachusetts Coalition for Occupational Safety and Health, qui visait à travailler avec un syndicat regroupant en grande partie des travailleurs à faible revenu, en l'occurrence des travailleurs immigrants hispanophones, pour évaluer les symptômes, les risques et l'équipement sur le lieu de travail et améliorer les conditions de travail en réduisant l'exposition aux risques. À la lumière des résultats d'un sondage (n = 49; potentiel de réponse de 35 %), les deux parties ont fait valoir la nécessité de changer les politiques organisationnelles d'un des lieux de travail. À l'invitation de la Coalition, les responsables du programme de surveillance médicale au travail du ministère de la santé publique du Massachusetts ont pris appui sur les données pour formuler des recommandations pratiques sur la sécurité au travail. On a effectué cinq grands changements dans le milieu de travail : (a) limitation de la quantité totale de produits de nettoyage utilisés, (b) indication de ne pas mélanger mais plutôt de diluer les produits de nettoyage, (c) indication de ne pas modifier les produits sans aviser au préalable les travailleurs, (d) installation d'une vitrine de démonstration (fixée en place) montrant les bons produits de manière à pouvoir comparer et contrôler un produit en usage et (e) normalisation des procédures pour protéger les travailleurs et veiller à ce que la formation sur la santé et la sécurité au travail soit axée sur l'instauration de pratiques de travail claires.

Développement du jeune enfant : alphabétisme

Peifer et Perez⁴⁵ ont examiné quatre projets coordonnés dans la collectivité pour déterminer leurs répercussions sur le comportement de femmes à faible revenu aux États-Unis. Les organismes mobilisés étaient des agences de santé publique, des bibliothèques, des fournisseurs de soins primaires, des organismes communautaires et des garderies. Les interventions consistaient en des visites à domicile avant l'accouchement par des infirmières spécialisées en santé publique et par des agents de santé communautaire, qui distribuaient des cahiers de route aux familles, de même qu'en des projets de distribution de livres (par l'entremise des visites à domicile et d'une clinique pédiatrique) et en des programmes d'alphabétisation durant la petite enfance subventionnés par la FIRST 5 Commission de la Californie (à l'aide des recettes tirées de la taxe sur le tabac). Tous les programmes comprenaient les volets suivants : distribution de livres pour enfants adaptés aux particularités culturelles et de qualité; transmission de modèles d'habitudes de lecture aux parents; renseignements sur l'importance d'établir des habitudes de lecture quotidiennes à la maison; incitation à utiliser le

réseau des bibliothèques publiques et les programmes d'alphabétisation; sensibilisation des parents à leur rôle vital dans la préparation de leur enfant à l'entrée à l'école. Pour mesurer les résultats, on a noté la fréquence à laquelle les parents avaient, dans la dernière semaine, montré des livres à leur enfant; fait la lecture à leur enfant; interagi et joué avec leur enfant et fait des dessins avec leur enfant. Parmi les autres variables employées, on a noté si les parents avaient amené leur enfant à la bibliothèque, participé à une activité à la bibliothèque ou pris part au programme Raising a Reader. On a comparé deux échantillons : un de 2001 (n = 300) et un autre de 2003 (n = 216). On a ainsi pu voir une augmentation des habitudes favorisant l'alphabétisation pendant la petite enfance (valeurs p non transmises). On a observé une hausse de 77 % dans le ratio de parents déclarant avoir montré des livres à leur enfant au quotidien (53,67 % en 2001 par comparaison à 69,44 % en 2003). On a également noté une croissance de 61,44 % dans le ratio de parents faisant la lecture de livres à haute voix à leur enfant au quotidien (33 % en 2001 par rapport à 53,7 % en 2003). Le pourcentage de mères déclarant participer au programme Raising a Reader est passé de 4,3 % en 2001 à 16,7 % en 2003.

Logement

Le programme de logement sain, une initiative conjointe de la société de logement de la Nouvelle-Zélande et du conseil sanitaire de comtés, avait pour objectif d'améliorer les conditions de logement au pays.³⁷ L'étude s'y rattachant s'est appuyée sur une méthode d'analyse de séries chronologiques interrompues et a porté sur 9 736 résidents, soit 3 410 ménages. La médiane était de 2,3 ans relativement à la collecte de données après l'intervention. Celle-ci visait principalement à améliorer les conditions de vie et les comportements sains en réduisant l'exposition aux risques. Elle comprenait les mesures suivantes : éducation des familles quant aux risques sanitaires; aiguillage vers des fournisseurs de soins de la collectivité; installation de matériaux isolants afin de rendre l'air ambiant plus sec et les maisons plus chaudes; adaptation des maisons afin de répondre à des besoins de santé ou d'incapacité; transfert de familles dans d'autres maisons afin de réduire le surpeuplement ou, dans certains cas, ajout de chambres à coucher. Les services sociaux et de santé sont intervenus chez tous les ménages participant au programme. Ainsi, 97 % ont bénéficié de modifications au chapitre de l'isolation, du système de chauffage ou du système d'aération et 13 % ont bénéficié de mesures pour réduire le surpeuplement (p. ex. transfert ou agrandissement).

Après l'initiative, le taux d'hospitalisation chez les enfants de quatre ans et moins a chuté de 11 % (rapport de risque [RR] = 0,89, avec un IC de [0,79, 0,99]), celui des jeunes âgés de 5 à 34 ans, de 23 % (RR = 0,77, avec un IC de [0,70, 0,85]), mais celui des adultes de 35 ans et plus ne semblait pas avoir changé (RR = 1,04, avec un IC de [0,95, 1,15]). Le nombre d'admissions évitables en raison d'un facteur lié au logement avait aussi diminué de 12 % chez les enfants de quatre ans et moins (RR = 0,88, avec un IC [0,74, 1,05]) et de 27 % chez les jeunes âgés de 5 à 34 ans (RR = 0,73, avec un IC de [0,58, 0,91]), mais il avait grimpé de 31 % chez les adultes âgés de 35 ans et plus (RR = 1,31, avec un IC de [1,09, 1,56]).

Milieus social et physique

À l'aide d'une étude de cohortes avant et après l'intervention, Cheadle et autres⁴⁰ ont évalué l'initiative intitulée Steps to Health King County, qui comporte de multiples projets dans le comté de King, dans l'État de Washington, aux États-Unis. La population du comté s'élève à 352 836 habitants, dont 14,4 % sont des Afro-Américains, 8,9 % sont des Hispano ou Latino-Américains et 3,9 % sont d'origine

vietnamienne. Plus de 30 % des personnes vivaient d'un revenu de 200 % inférieur au seuil de pauvreté fixé par le gouvernement fédéral. Le consortium comptait 75 membres, dont des représentants des services de santé publique, des organismes communautaires, des hôpitaux, des régimes d'assurance-santé, des cliniques, des services municipaux, des universités, des agences gouvernementales et des districts scolaires. L'étude portait sur huit projets, en l'occurrence des interventions intermédiaires et en aval (la prochaine section présente les résultats des interventions en aval). Les projets d'interventions intermédiaires visaient l'intégration des services et la modification de systèmes et de politiques à l'échelle organisationnelle, législative et réglementaire. Même si quelques organismes ont intégré des services et modifié des politiques de leurs programmes, la majorité ne l'a pas fait (aucun chiffre mentionné). Les principaux informateurs ont indiqué que les employés étaient trop occupés à gérer les activités quotidiennes et que les questions de politiques semblaient très éloignées de la mission de base, qui est de servir la clientèle. L'intégration dans les programmes s'est révélée modeste et non soutenue. Le consortium est responsable, en tout ou en partie, de 25 changements organisationnels dans les écoles et la collectivité. Il a également réalisé une vingtaine de campagnes de sensibilisation à des enjeux de nature locale, étatique et nationale qui ont donné des résultats mitigés.

Freeman et autres³⁴ ont évalué l'efficacité d'un projet portant sur le lien entre la collation prise durant la récréation et la santé buccodentaire des enfants fréquentant les écoles de zones occupées par des familles ayant un faible statut socioéconomique (SSE) en Irlande du Nord. L'intervention avait pour objectif de modifier les comportements en matière de santé et d'améliorer l'état de santé en transformant le milieu scolaire. Des représentants d'écoles, des professionnels de la santé publique (promoteurs de la santé et diététistes), des universitaires et des exploitants de ferme laitière ont élaboré une politique sur la récréation appelée Boost Better Breaks, qui visait à s'attaquer aux mauvais choix pour la santé dans les collations et les boissons prises durant la récréation. Aux fins de l'étude, on a regroupé les écoles visées par l'intervention et les écoles témoins selon l'emplacement, l'enseignement mixte et le SSE. L'échantillon comprenait 364 enfants âgés de 9 ans, dont 189 fréquentant les écoles visées par l'intervention et 175, les écoles témoins. On a présenté le résultat d'intérêt, soit celui concernant les maladies buccodentaires infantiles, en termes de pourcentage d'enfants sans carie ou obturation et aucune trace d'extraction de dents en raison d'une carie (donc sans carie), en fonction d'un indice clinique appelé CAOD (indice du nombre de dents cariées, absentes ou obturées). Au terme de l'étude, le groupe visé par l'intervention (de faible SSE) affichait un indice CAOD moyen de 1,58 (IC de [1,28, 1,89]), tandis que le groupe témoin (de SSE élevé) affichait un indice CAOD moyen de 0,065, IC de [0,38, 0,93]. De plus, l'indice CAOD du groupe visé par l'intervention (n = 99) est passé de 1,13 (IC de [0,85, 1,40]) durant la première année à 1,58 (IC de [1,28, 1,89]) durant la seconde année. Pendant la même période, on a aussi noté une augmentation du nombre de dents permanentes obturées chez les élèves fréquentant les écoles des zones de faible SSE : la moyenne était de 0,49 (IC de [0,20, 0,77]) durant la première année comparativement à 1,05 (IC de [0,69, 1,14]) durant la seconde année.

Collie-Akers et autres⁴⁸ ont évalué l'incidence de la Kansas City – Chronic Disease Coalition aux États-Unis, qui avait la mission de réduire le risque de maladies cardiovasculaires et de diabète chez les Afro et Hispano-Américains. On a utilisé des études de cas pour documenter les changements attribuables au travail de la coalition dans la collectivité. La coalition était dirigée par la Missouri Primary Care Association et comptait, parmi ses membres, cinq centres de santé, la United Auto Workers Ford

Community Health Care Initiative, des organismes de quartier et le service de santé local. La coalition offrait notamment du soutien aux membres par l'entremise d'activités éducatives et d'information, l'embauche d'animateurs communautaires et de sous-traitants afin d'aider les partenaires et la coalition à planifier et à instaurer des changements et à documenter les réalisations de la coalition. Celle-ci a élaboré des énoncés de vision et de mission clairs et s'est fixé un cadre d'action. On a élaboré un plan d'action permettant aux partenaires potentiels de comprendre leur rôle par rapport au travail de la coalition. Celle-ci a également encouragé l'échange de ressources chez les partenaires. Des 729 activités organisées par la coalition, 321 ont mené à un changement dans la collectivité (ajout de programmes, de politiques ou de pratiques). De ce nombre, 75 % visaient la réduction du risque de maladies cardiovasculaires et de diabète, 13 % visaient la diminution du risque de diabète, 6 % visaient la diminution du risque de maladies cardiovasculaires et 5 % portaient sur l'accès aux services de santé ou sur les disparités en matière de santé. La diffusion de l'information et le perfectionnement des compétences ont été les stratégies le plus souvent employées (de 38 % comparativement aux autres). Il y avait ensuite les modifications relatives à l'accès, aux barrières et aux possibilités (27 %); le changement dans les répercussions (14 %); l'amélioration des services et du soutien (10 %) et la révision de politiques (9 %). À l'heure actuelle, on n'a rapporté aucun changement dans l'état de santé de la population ciblée parce qu'il s'était écoulé peu de temps depuis le début des activités de la coalition au moment de la publication de l'étude. Les auteurs notent toutefois que le suivi des changements dans la collectivité permettra de les relier aux changements dans l'état de santé de la population à long terme.

Milieus social et physique et sécurité alimentaire

Hollar et autres³⁶ ont effectué un essai clinique contrôlé sur un programme de prévention de l'obésité dans des écoles primaires de la Floride. Parmi les partenaires de l'étude se trouvaient des universitaires, du personnel du milieu scolaire (administration et cafétéria d'école), des représentants de services d'alimentation du district, d'une revue et d'un comité de promotion du mieux-être, de même que des fonctionnaires du Food and Nutrition Service du Department of Agriculture américain. L'échantillon comprenait 3 769 élèves (50,2 % d'Hispaniques, 33,4% de Blancs, 8,0 % de Noirs et 8,4% d'autres), dont 3 032 élèves d'écoles visées par l'intervention et 737 élèves de l'école témoin ayant en moyenne 8 ans (fourchette de 4 à 13 ans).

L'intervention comprenait les volets suivants : (a) modification de l'offre alimentaire afin d'inclure dans les repas offerts à l'école des ingrédients nutritifs et des aliments entiers, (b) instauration de programmes d'éducation sur la nutrition et sur un mode de vie sain, (c) ajout d'activités physiques et (d) mise sur pied de projets favorisant le mieux-être. Les responsables de l'étude ont colligé les données à deux moments précis dans le temps. Ce qui suit se rapporte à l'activité de suivi la plus exhaustive. Au cours de la deuxième année, l'indice de masse corporelle (IMC) moyen a diminué dans une proportion de 1,73 (ET = 13,6) dans les écoles du groupe visé par l'intervention et de 0,47 (ET = 12,1) dans l'école formant le groupe témoin ($p = 0,007$). La tension artérielle systolique moyenne des filles du groupe témoin est passée de 98,37 à 101,44 mm Hg ($p < 0,001$) et on a observé une élévation de celle des garçons des deux groupes (de 100,83 à 101,94 mm Hg dans le groupe visé par l'intervention et de 99,28 à 101,93 mm Hg dans le groupe témoin) ($p < 0,0001$). On a également noté une hausse de la tension artérielle diastolique tant chez les garçons que chez les filles des deux groupes ($p < 0,0001$). On a offert à un sous-échantillon composé d'élèves de familles à faible revenu ($n = 1197$; 68 % d'Hispaniques,

15 % de Blancs, 9 % de Noirs et 8 % d'autres) le déjeuner gratuit ou à prix réduit. De ce sous-échantillon, les enfants fréquentant les écoles du groupe visé par l'intervention étaient plus susceptibles de voir leur IMC ($p = 0,0013$) et leur poids ($p < 0,011$) baisser que ceux du groupe témoin au cours de la période d'intervention de deux ans. On a également observé une amélioration des résultats en mathématiques chez les élèves du groupe visé par l'intervention ($p < 0,0005$). Les enfants hispaniques et blancs des écoles du groupe visé par l'intervention étaient plus susceptibles d'obtenir de meilleures notes ($p < 0,001$) que leurs pairs de l'école témoin, tandis qu'on n'a noté aucun changement chez les enfants noirs. Durant les deux années de l'intervention ($p < 0,08$), les enfants des écoles du groupe visé par l'intervention ont obtenu de meilleurs résultats en lecture que ceux de l'école témoin.

Interventions en aval

Les sept interventions en aval portaient toutes sur l'accès aux services ou aux soins de santé.^{35,38-40,43,44,47}

Coordination de cas

Les interventions en aval évaluées par Cheadle et autres⁴⁰ incluaient des activités de coordination et de gestion de cas, des programmes d'activité physique à séances multiples, des séances d'éducation sur la santé pour les jeunes, des séances de formation et d'information pour les personnes prenant soin d'enfants et les membres de la collectivité, de même que des activités de promotion de la sécurité à bicyclette. Des patients dont le cas a été pris en charge, 45 % ont reçu des soins d'un fournisseur de soins primaires. Il y a eu 40 % moins de visites à l'urgence chez les patients faisant partie du programme de gestion de cas une fois qu'ils ont été dirigés vers un fournisseur de soins primaires comparativement à la moyenne pour les trois groupes témoins (0,79 par rapport à 1,31 visites par année; $p < 0,05$). Le pourcentage de patients diabétiques contrôlant mal leur glycémie (hémoglobine A1c > 9) est passé de 78 % (avant de faire partie du programme de gestion de cas) à 48 % par la suite ($p < 0,05$).

Préparation à la fréquentation scolaire

Un programme de préparation à la fréquentation scolaire intitulé Before School Check visait à cerner et à régler les préoccupations sociales, comportementales, développementales et celles liées à la santé susceptibles de nuire au rendement et à la préparation scolaires dans la région de Hawke's Bay, une région principalement rurale de la côte Est de la Nouvelle-Zélande. Wills et autres³⁵ ont mesuré le taux d'aiguillage à la suite de la formation de pédiatres, d'infirmières, du personnel œuvrant en santé publique et d'universitaires sur le fonctionnement du programme et l'aiguillage des enfants de 4 ans. La population d'âge préscolaire de la région de Hawke's Bay est plus défavorisée que la population de la Nouvelle-Zélande dans son ensemble. En effet, 56 % des bébés nés en 2006 se trouvaient dans le décile 8-10 de l'indice de privation de la Nouvelle-Zélande comparativement 39 %, en moyenne, à l'échelle nationale. On a eu recours à divers outils pour évaluer la préparation à la fréquentation scolaire et aiguiller les enfants vers les services appropriés au besoin. On a effectué 1 848 contrôles (soit 84 % de la cohorte) sur une période de 10 mois et le taux d'aiguillage s'est maintenu à 50 % tout au long du programme. Le taux de dépistage pour les quintiles de revenu 1 à 5 (élevé à faible) s'élevaient à Q1 : 110 %; Q2 et Q3 : 90 % respectivement; Q4 : 80 % et Q5 : 75 % (aucune analyse statistique fournie). Les auteurs³⁵ ont souligné qu'il avait été plus difficile d'aller chercher les enfants des familles à faible revenu que ceux des familles de SSE plus élevé.

Santé mentale

Une étude décrit la mise sur pied dans un réseau scolaire d'un service de santé mentale pour les enfants réfugiés au Royaume-Uni.⁴³ Prenant appui sur un modèle qui comprend un sondage avant et après l'intervention, Fazel et autres ont évalué l'incidence du service sur la santé mentale des élèves. Ils ont mis au point un questionnaire en 25 points basé sur les points forts et les difficultés. Une consultation hebdomadaire dans chacune des écoles avec le travailleur en santé mentale et l'enseignant ressource constituait la principale activité du service. Cet enseignant était habituellement un spécialiste en soutien linguistique ou de besoins spéciaux qui connaissait déjà très bien la situation des enfants réfugiés. Il faisait la liaison auprès du reste du personnel enseignant et faisait souvent le pont entre l'école et le service de santé mentale. Le groupe visé par l'intervention était composé d'élèves réfugiés (n = 47). Aucun élève des groupes témoins (population ethnique, n = 47; Blancs, n = 47) n'a bénéficié du service. On a noté des différences dans les résultats au questionnaire des trois groupes (les enfants réfugiés dépassaient les autres, mais il n'y avait aucune différence significative entre les deux groupes témoins) (F [2, 138] = 6,6, p = 0,002) et dans les échelles des symptômes émotionnels (F [2, 138] = 11,5, p < 0,001) et des problèmes avec les pairs (F [2, 138] = 4,2, p = 0,017). Au cours de la période visée par l'étude (avant et après l'intervention), les résultats au questionnaire ont chuté dans tous les groupes (F [1, 138] = 5,9, p = .016). C'est pour l'échelle des problèmes avec les pairs (F [1, 138] = 8,1, p = 0,005) et d'hyperactivité (F [1, 138] = 3,9, p = .05) qu'on a observé les plus grands changements. Les résultats concernant l'hyperactivité ont baissé davantage dans le groupe d'enfants réfugiés que dans les groupes témoins (changement moyen de -0,96 [ET = 2,40] comparativement à -0,10 [ET = 1,98]; t = 2,12, p = 0,037) et laissaient supposer un effet sur l'échelle des symptômes émotionnels (changement moyen de -0,72 [ET = 2,63] comparativement à 0,03 [ET = 2,02]; t = 1,73, p = 0,088). À la fin de la première année de l'étude, les enfants réfugiés obtenaient toujours des résultats plus élevés au questionnaire (F [2, 138] = 4,7, p = 0,011), à l'échelle des symptômes émotionnels (F [2, 138] = 8,6, p < 0,001) et à celle des problèmes avec les pairs (F [2, 138] = 6,3, p = 0,002) que les élèves des groupes témoins.⁴³

Santé buccodentaire

Deux études portaient sur les services de santé buccodentaire.^{44,47}

Dans une étude sur un programme de santé buccodentaire instauré dans le réseau scolaire, on a examiné l'incidence des services dentaires offerts à des élèves réfugiés aux États-Unis.⁴⁴ Dans le cadre de cette intervention, un hygiéniste dentaire a passé en revue les dossiers médicaux dans les écoles et a effectué un examen de dépistage dentaire, en plus de faire les arrangements nécessaires pour que les élèves consultent un dentiste dans la collectivité. Le transport et les services d'un interprète étaient fournis au besoin. Melvin a évalué la prestation de soins préventifs, de restauration et d'urgence sur une période de deux ans. Le programme a permis de desservir 1 144 élèves la première année et 353 élèves la seconde. La proportion d'élèves bénéficiant de soins préventifs est passée de 52 % la première année à 60 % la deuxième. Au cours de cette dernière année, 212 enfants (60 %) ont reçu des soins préventifs et 39 enfants (11 %) ont reçu des soins de restauration. Le nombre d'enfants ayant reçu des soins de restauration a chuté de 11 % au cours de cette même période (aucune valeur p fournie).⁴⁴

Macnab et autres⁴⁷ ont réalisé une étude transversale sur un programme de santé buccodentaire en place dans une collectivité autochtone en région rurale et éloignée au Canada (population de 300 habitants). Tous les enfants fréquentant l'école de l'endroit (n = 26 au départ et n = 40 au moment du

suivi) ont pris part à un programme de santé buccodentaire dans le cadre duquel les enfants devaient se brosser les dents à l'école tous les jours après le repas du midi, sous la supervision d'un enseignant ou du directeur de la santé communautaire; utiliser une fois par semaine un rince-bouche au fluorure et se faire un traitement de vernis dentaire au fluorure (ceux de moins de 9 ans). Des résidents en pédiatrie ont également donné des présentations sur une foule de questions de santé, dont la santé buccodentaire. Au début du programme, l'indice CAOD moyen s'établissait à 5,5 (ET = 6,2) et, après trois ans, au moment du suivi, à 6,1 (ET = 8,5) ($p < 0,05$). Les indices caof/CAOF (dentition lactéale/dentition permanente) ($p < 0,005$) et les indices caod/CAOD ($p < 0,05$) montraient une amélioration chez les enfants évalués avant et après l'intervention ($n = 13$). L'indice CAOF est l'indice de surfaces de dents cariées, absentes ou obturées.

Vaccination

Findley et autres³⁸ ont évalué l'incidence du programme Start Right, un programme de promotion de la vaccination comprenant des volets de sensibilisation et de suivi des enfants de moins de 5 ans vivant dans le nord de Manhattan, à New York, aux États-Unis. La Northern Manhattan Start Right Coalition comptait 23 membres, dont un établissement d'enseignement universitaire (à la tête du programme), des organismes responsables de programmes destinés aux femmes, aux nouveau-nés et aux enfants, des réseaux de soins primaires, des organismes d'appui au logement, des organismes de services sociaux communautaires, de même que des organismes confessionnels. L'intervention consistait à intégrer la promotion de la vaccination à des programmes déjà en cours. Parmi les activités, il y avait des rencontres individuelles, des rappels constants, des suivis et des séances de formation en groupe. Les participants étaient des enfants de 19 à 35 mois au 16 avril 2004 ($n = 1\ 502$). On a notamment comparé les taux de vaccination à ceux signalés dans l'enquête nationale sur la vaccination réalisée en 2003. Sur une période de deux ans, les taux de vaccination se sont accrus tant et si bien qu'il n'y avait plus de différence significative entre le taux de vaccination des participants au programme Start Right (80,5 %) et celui de la population du pays (79,4 %) ($t = 0,87$). Le taux de vaccination chez les Afro-Américains prenant part au programme ($n = 281$) s'élevait à 78,4 % (ET = 4,7) alors que celui de l'ensemble de la population afro-américaine vivant au pays était de 73,3 % (ET = 3,3) ($t = 2,90$). Chez les participants latino-américains ($n = 1\ 122$), le taux de vaccination était de 83,7 % (ET = 4,9) alors que celui de l'ensemble de cette population était de 77,0 % (ET = 2,1), $t = 2,32$ au pays et de 73,7 % (ET = 9,5 %), $t = 3,75$ à l'échelle locale. Le carnet de vaccination des enfants latino-américains était plus susceptible d'être à jour que celui des enfants afro-américains (RRR = 9,81, [IC = 1,1, 2,1]). Le taux de vaccination global des participants au programme Start Right est passé de 46 % en 2003 à 80,5 % en 2004.

Traitement de l'asthme

Dans un essai clinique contrôlé, on a mesuré les répercussions d'une intervention axée sur l'asthme dans un réseau scolaire. L'intervention visait les familles de minorités ethniques à faible revenu dans la ville de New York.³⁹ De manière aléatoire, on a réparti les écoles par groupe de deux, dans le groupe visé par l'intervention ou le groupe témoin. Le groupe témoin a bénéficié de l'intervention après l'évaluation. Les infirmières de l'école et des médecins ont travaillé de concert avec les familles et les fournisseurs de soins primaires pour encourager la mise au point de plans de gestion de l'asthme. Les infirmières ont (a) téléphoné aux familles pour confirmer les renseignements sur le dépistage du cas, mieux mesurer la

gravité de l'asthme et les besoins de l'enfant et fournir au besoin aux personnes prenant soin de l'enfant de l'information sur l'asthme; (b) expédié des exemples de plans de traitement aux fournisseurs de soins primaires tenant compte de la gravité de l'asthme de l'élève, conformément aux lignes directrices du National Heart, Lung and Blood Institute, de même que des gabarits de plans de traitement; (c) encouragé les personnes prenant soin de l'enfant et les fournisseurs de soins primaires à remplir les formulaires requis s'il fallait prévoir des médicaments pour l'école et (d) dirigé les familles vers des soins médicaux appropriés au besoin. Deux ans après l'intervention, les élèves des écoles témoins étaient moins souvent admis dans un hôpital que dans les 12 mois précédant l'intervention (0,1 [ET = 0,3] par comparaison aux élèves du groupe visé par l'intervention (0,2 [ET = 0,6], $p < 0,05$).³⁹

Relations et rôles

On peut considérer l'action intersectorielle à la fois comme une stratégie et un processus facilitant la promotion d'objectifs communs dans toute une gamme de domaines comme les politiques, la recherche, la planification, la pratique et le financement. Les interventions décrites dans la présente revue faisaient entrer en jeu de nombreux secteurs d'activité, rôles et relations. Les auteures ont tenté de définir la nature des relations entre les secteurs concernés par l'intervention, mais elles n'ont pas toujours réussi à le faire avec clarté (voir le tableau 2).

Les responsables et le personnel des organismes de santé publique ont joué une multitude de rôles dans les interventions décrites dans les pages précédentes. Les textes ne précisaient pas toujours clairement la nature de ces rôles et responsabilités. Compte tenu des critères d'inclusion, tous les organismes de santé publique mentionnés dans le présent rapport ont eu recours à la collaboration multisectorielle dans le cadre de leur intervention. Un grand nombre d'acteurs ont joué divers rôles de direction, de soutien ou de participation au chapitre de l'analyse, de l'élaboration et de la revendication de politiques. Des agences et des professionnels œuvrant en santé publique ont notamment contribué en fournissant des renseignements techniques sur les effets sur la santé et sur les mesures de prévention⁴²; en participant à l'élaboration et à l'instauration de politiques,³⁴ de même qu'en prenant part aux premières réunions avec les responsables de programmes afin de déterminer les interventions appropriées.⁴⁷ De plus, toutes les interventions destinées à améliorer l'accès aux soins avaient pour objectif de modifier et de réorienter les services existants de manière à atteindre les populations prioritaires.^{35,38-40,43,44,47} Le tableau 2 donne un aperçu du rôle joué par la santé publique dans chacune des interventions.

Outils, mécanismes et stratégies pour faciliter la mise en marche et l'exécution

Divers outils, mécanismes et stratégies ont servi à la mise en marche et à l'exécution des interventions intersectorielles (voir le tableau 2), mais on n'en trouve pas nécessairement une description dans toutes les études mentionnées dans la présente revue. Lorsqu'ils étaient décrits, force est de constater qu'ils n'étaient pas toujours exclusivement utilisés dans le cadre d'activités intersectorielles. Ils servaient aussi pendant des activités liées à la santé des populations.

Une étude qualitative a décrit explicitement des ententes écrites et en évaluent la pertinence pour stimuler la création et l'exécution de partenariats interagences. Les caractéristiques des ententes écrites ayant mené à une augmentation de l'embauche de personnes handicapées (l'indicateur des résultats) comprenaient une description de la population cible, une définition claire des rôles et responsabilités des partenaires, l'engagement par rapport aux ressources et les résultats escomptés (augmentation du nombre de personnes handicapées embauchées). La participation de champions, les relations de travail et la communication entre les partenaires ont facilité la mise en œuvre des ententes.⁴⁹

Parmi les mécanismes de lancement d'activités intersectorielles, on a relevé dans les études les rencontres avec les partenaires, les membres de la collectivité et les parties prenantes.^{40,47} Dans deux études, on a également souligné que les résultats d'études montrant des disparités en matière de santé avaient suscité ou orienté la mise en place d'interventions intersectorielles.^{38,48} Dans un cas en particulier, c'est un champion qui a été l'instigateur ou l'artisan du programme intersectoriel.⁴⁴ Dans deux des interventions, on estime que des dispositions législatives et politiques ont favorisé l'exécution d'activités intersectorielles.^{46,49}

Un certain nombre d'études font état de la mise sur pied de comités de partenariats multisectoriels dans le cadre du lancement et de l'exécution d'interventions intersectorielles.^{34,35,38,44,48} Les comités ou les coalitions ont souvent joué un rôle consultatif par rapport aux grandes stratégies et activités se rattachant aux initiatives intersectorielles. Certaines études décrivent précisément la création d'équipes responsables de la mise en œuvre et de la coordination des activités.^{34,37,39-41,43} Trois des interventions ont comporté l'embauche de personnel chargé explicitement d'accomplir des fonctions précises.^{40,41,48} Des comités, des équipes et d'autres véhicules similaires ont habituellement servi de tribune de communication officielle. On a aussi mentionné dans une des études l'importance des processus de communication officiels (p. ex. réunions mensuelles et rencontres périodiques) pour favoriser la mise en marche et l'exécution d'activités intersectorielles.⁴¹ Dans trois des études, on a attiré l'attention sur l'utilité de bien définir les rôles et les responsabilités des organismes partenaires.^{40,41,49}

Une des stratégies décrites comme facilitant à la fois la mise en marche et l'exécution d'activités intersectorielles consiste à inscrire les partenariats et les initiatives intersectorielles dans les programmes en cours.^{35,38,40,45} Dans deux interventions, on a bonifié des projets-pilotes.^{35,38} Dans une autre, on a décrit le financement délibéré de projets-pilotes.⁴⁰ Deux des études ont fait état de l'utilisation de modèles logiques et d'outils de planification pour la mise en marche et l'exécution de programmes et l'évaluation d'activités.^{40,48}

Les partenariats avec les milieux universitaires et de la recherche ont favorisé l'évaluation d'interventions intersectorielles.^{34,38,40,48} On a par ailleurs très souvent insisté sur l'importance des sources de financement dans la mise en marche, la réalisation et l'évaluation des activités.^{40,41,44,45,48,49} Seulement deux des études retenues ont fait état des coûts de l'intervention.^{40,44}

DISCUSSION

Bon nombre d'études primaires dont il est question dans la présente revue présentaient plusieurs limites qui en compromettaient la qualité méthodologique, ce qu'il y aurait lieu d'aborder dans de prochains travaux. Premièrement, la plupart ne reposaient pas sur une taille d'échantillon adéquate ou sur un calcul judicieux de la taille de l'échantillon. Il est donc difficile de déterminer si la faible différence observée entre les groupes découlait d'une inefficacité de l'intervention ou de la petite taille de l'échantillon. De plus, on a rarement abordé la question de l'aveuglement des évaluateurs des résultats. Certaines études montraient en outre un biais de sélection potentiellement élevé. La période de suivi s'échelonnait la plupart du temps sur une courte période, et seulement une des études faisait état d'un suivi sur toute une décennie. À la lumière de ces limites, on a conclu qu'une seule étude primaire répondait au critère de qualité supérieure sur le plan méthodologique.³⁴ Ce résultat n'est sans doute pas surprenant, étant donné la difficulté de consigner les données probantes relatives à des processus relationnels complexes comme des actions intersectorielles.⁵⁰ Nous avons inclus dans la présente revue des études de toutes les qualités méthodologiques parce que ces textes fournissent les données probantes les plus intéressantes pour évaluer l'incidence de l'action intersectorielle sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé.

La revue systématique incluse indiquée que les impacts de l'action intersectorielle sur l'équité en santé sont mélangés et limités. Les auteurs,³³ ont conclu que le modèle d'intervention reposant sur les partenariats et le modèle d'évaluation de ce genre d'intervention faisaient en sorte qu'il était difficile d'évaluer l'étendue dans laquelle on pouvait attribuer aux partenariats les effets positifs et négatifs observés.

Seulement 2 des 16 études primaires retenues traitaient des déterminants de la santé en amont, 8, de ceux intermédiaires, et 7, de ceux en aval. Les interventions en amont ou structurelles sont les plus susceptibles de donner les meilleurs résultats pour ce qui est de réduire les iniquités en santé. Elles viennent en effet transformer les conditions sous-jacentes dans lesquelles vivent, travaillent et jouent les gens.^{51,52} Dans les deux études sur les déterminants en amont, on s'est penché sur les tranches de la population plus particulièrement frappées par des iniquités en santé. Les interventions ont eu des résultats mitigés, allant de modérés à nuls, sur les déterminants sociaux de la santé. Plus précisément, le fait de fournir un logement aux populations défavorisées avait une incidence modérée en termes d'amélioration de l'infrastructure du bâtiment et aucun effet démontré sur le surpeuplement et les conditions d'hygiène⁴⁶. Les données qualitatives laissaient supposer que le fait de cibler une population donnée, de définir clairement les rôles et les responsabilités des partenaires, de préciser les engagements par rapport aux ressources et de définir les améliorations escomptées par rapport aux résultats constituaient des caractéristiques des partenariats contribuant à l'amélioration de l'emploi⁴⁹.

Dans les huit interventions intermédiaires, on a dressé un portrait mitigé de l'incidence de l'action intersectorielle sur les déterminants sociaux de la santé pour améliorer l'équité en santé. Le suivi s'est échelonné sur deux ans ou moins dans toutes ces études. Les interventions étaient axées sur l'emploi et les conditions d'emploi, le développement du jeune enfant et l'instauration de milieux physique et social plus sains.

Deux des interventions intermédiaires ont eu une incidence positive sur l'emploi et les conditions d'emploi.^{41,42} L'intervention en matière d'embauche protégée, qui intégrait des services d'embauche et de soutien en santé mentale, a donné des résultats intéressants pour les personnes vivant avec une maladie mentale. Du personnel désigné a consacré tout son temps à l'embauche, à la détermination de principes communs et au processus de communication officiel entre les secteurs, des éléments qui se sont tous révélés essentiels dans cette intervention.⁴¹ Conjugués à la revendication politique, les partenariats intersectoriels entre syndicats, organisations non gouvernementales et agences de santé publique peuvent favoriser l'amélioration des conditions physiques en milieu de travail en donnant une voix aux travailleurs et en offrant l'accès à de l'expertise en santé publique afin de soutenir un changement en matière de politiques organisationnelles qui soit fondé sur des données probantes.⁴²

Par ailleurs, le fait d'intervenir dans les premières années de la vie d'un enfant a eu un effet positif sur cette tranche de la population. Ce genre d'intervention s'est révélé tout aussi efficace pour ce qui est de promouvoir l'alphabétisation précoce des enfants de femmes à faible revenu.⁴⁵

Combinées à l'appui des services sociaux et de santé, les interventions au chapitre du logement ont amélioré l'état de santé des populations marginalisées de moins de 35 ans.³⁷

Les partenariats intersectoriels peuvent encourager la création de politiques saines qui peuvent modifier le tissu social et physique.^{36,40,44,48} De telles politiques contribuent au bien-être des populations racialisées ou à faible revenu. Un milieu bienfaisant qui favorise l'accès à une nourriture saine aux élèves de familles à faible revenu a un effet bénéfique sur la santé buccodentaire.⁴⁴

Les programmes scolaires en matière de prévention de l'obésité, incluant le déjeuner gratuit ou à prix réduit, avaient un effet positif sur la perte de poids chez des enfants de familles à faible revenu, toutes origines ethniques confondues. On ne peut toutefois en dire autant du rendement scolaire. Les résultats à ce chapitre se sont en effet révélés mitigés : il y a eu une amélioration des notes en mathématiques seulement chez les enfants blancs et hispaniques.³⁶

Les interventions en aval axées sur l'accès aux services sont généralement modérément efficaces pour accroître la disponibilité et l'utilisation des services dans les collectivités marginalisées. Dans les études retenues pour la présente revue, de telles interventions ciblées ont permis d'accroître l'accès aux soins, de réduire le nombre de visites aux urgences, de renforcer le contrôle des problèmes de santé observés (comme l'asthme et le diabète), de hausser le taux de vaccination et d'améliorer la santé mentale. Le secteur de la santé publique y est intervenu en diverses qualités, par exemple, en offrant des services, en donnant de la formation et des renseignements dans d'autres secteurs et en prenant part à des comités de projet. Le secteur des soins primaires était souvent mobilisé dans la mise en œuvre ou la prestation de services. D'autres secteurs, tels que l'éducation, le milieu universitaire et des organisations non gouvernementales, ont également fourni leur apport.

Il faut certaines mesures pour déterminer si une intervention a une quelconque incidence sur la santé d'une population cible et l'équité en santé. On mesure l'incidence en évaluant si une intervention a eu

un effet positif, nul ou négatif sur la santé, les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé. L'importance de l'effet observé indique si les résultats découlent de l'intervention. Pour la plupart des études quantitatives sélectionnées aux fins de la présente revue, on a utilisé un petit échantillon et prévu un court suivi. On y rapporte des résultats mitigés sur l'état de santé des populations et les déterminants sociaux de la santé. Les effets positifs étaient souvent modérés. C'est pourquoi il y a peu de certitudes quant à l'incidence de la majorité des interventions.

Le but ultime de l'action intersectorielle exercée sur les déterminants sociaux de la santé consiste à améliorer l'équité en santé.⁵⁰ Dans toutes les études retenues, les interventions ciblaient des populations désavantagées sur le plan social ou économique ou les deux. Peu des études évaluant et comparant les effets d'interventions sur des groupes marginalisés comprenaient aussi l'évaluation des effets sur d'autres groupes populationnels. Dans la plupart des cas, on n'a pas spécifiquement analysé les répercussions sur l'équité en santé de multiples facteurs de désavantage. Il est possible que certaines initiatives permettent d'améliorer la santé de populations marginalisées sans modifier les disparités entre les groupes marginalisés et privilégiés. Les interventions examinées dans la présente revue portaient sur des populations marginalisées, et elles étaient pour la plupart des interventions en aval ou intermédiaires. Par exemple, aucune des études retenues qui portaient principalement sur des populations marginalisées ne traitait de racisme institutionnel. Il importe également de mentionner que des travaux parus précédemment font état des difficultés de traiter des déterminants de la santé en amont.⁵³

Pour comprendre l'incidence d'initiatives intersectorielles sur diverses populations, il faut approfondir l'analyse de l'équité dans les interventions.⁵³ Cette analyse devrait comprendre une démarche pertinente pour évaluer le changement dans l'état de santé de groupes cibles et signaler comment toute amélioration notée influe sur les disparités entre le groupe marginalisé et les groupes plus privilégiés. Une approche pour réduire les disparités en matière de santé consiste à tenir compte de l'écart entre les personnes les moins bien nanties de la société et les mieux nanties et à chercher à réduire cet écart. De plus, les interventions pourraient se concentrer sur la réduction des iniquités sociales dans l'ensemble de la population et la création de conditions plus propices à la santé dans tout le continuum socioéconomique.¹²

Dans la majorité des études retenues, on a évalué des interventions exercées dans des milieux précis (p. ex., écoles et lieux de travail) à l'échelle locale et du district. Peu d'études portaient sur des interventions menées à l'échelon régional et aucune, sur des politiques de grande portée. C'est peut-être en raison du rare financement consacré aux évaluations d'interventions de plus grande envergure et de nature plus complexe.

Étant donné que la description des interventions ne contenait pas suffisamment de détails sur les liens entre les secteurs et la mesure dans laquelle ces liens avaient contribué aux résultats, il est difficile d'attribuer l'efficacité ou l'inefficacité des initiatives à l'action intersectorielle. La réussite et l'échec des programmes et des politiques peuvent résulter non pas des partenariats mais plutôt d'autres facteurs contextuels. Les études incluses dans la présente revue ne contenaient généralement que peu de détails sur les processus, le contexte, les réussites et les difficultés entourant les interventions intersectorielles et leur lien avec les résultats observés. On ne précisait pas non plus clairement le rôle de la santé

publique. Ce rôle variait sans doute selon le contexte et la problématique. Serait-on parvenu au même résultat si un seul secteur avait eu la responsabilité de la mise en marche et de l'exécution? Difficile de le savoir pour la majorité des interventions. Peu d'études ont souligné l'importance de certains outils, mécanismes et stratégies dans la bonne marche des activités et des interventions intersectorielles. Il y avait d'ailleurs peu ou pas de données empiriques disponibles pour étayer les affirmations.

Les démarches axées sur les processus et spécifiques au contexte de nature aussi complexe que l'action intersectorielle exigent des mécanismes tout aussi appropriés pour en évaluer l'incidence.^{50,54} Il est délicat d'évaluer l'incidence de l'action intersectorielle exercée sur les déterminants sociaux de la santé pour améliorer l'équité en santé. Par conséquent, il faut des méthodes plus rigoureuses pour l'évaluer dans un continuum, en tenant compte des processus, outils et stratégies utilisés pour en soutenir les processus et pour en évaluer l'exécution et les répercussions sur l'équité en santé. Il faut aussi des études quantitatives prévoyant de grands échantillons contrôlés et couvrant une longue période, des études reposant sur des méthodes multiples (qui tiendraient compte des facteurs contextuels), de même que des études qualitatives de bonne qualité auprès des bénéficiaires visés, si on veut jeter davantage de lumière sur l'incidence de l'action intersectorielle sur l'équité en santé.

LIMITES

Comme il est mentionné dans la section Méthodes, la présente revue accélérée revêt bien des limites se rattachant aux études primaires et à la méthodologie utilisée. En effet, plusieurs des études primaires présentaient un biais de sélection potentiel. On n'a pas souvent tenu compte de l'aveuglement dans les études, ce qui peut refléter le type d'intervention examiné. En outre, la qualité méthodologique des études primaires retenues empêche considérablement de tirer quelque conclusion concrète que ce soit.

Les études retenues ne font pas explicitement mention des secteurs concernés par une intervention. Les auteures les ont retenues seulement si on y mentionnait explicitement une relation intersectorielle. Par conséquent, elles n'ont peut-être pas retenu ou ont exclu des études potentiellement intéressantes, y compris des études sur des interventions mises de l'avant par le secteur de la santé publique en partenariat avec d'autres secteurs, en l'absence de toute mention explicite.

Il était parfois difficile de déterminer la nature de la participation des responsables d'organismes ou de professionnels œuvrant en santé publique. Il existe de multiples modèles d'organismes de santé publique au Canada et ailleurs dans le monde. En sont des exemples les entités à part entière ou celles fonctionnant au sein d'un organisme offrant un plus large éventail de services de santé.

Le temps à consacrer à la présente revue constitue une autre limite. Une revue systématique exhaustive exige souvent 12 à 24 mois de travail. La présente revue accélérée s'est échelonnée sur à peine trois mois. Il va sans dire que la contrainte de temps a mené à la récupération d'un moins grand nombre de textes et a rendu impossible la recherche manuelle dans les revues. Encore une fois, des études pertinentes ont peut-être été omises.

Soulignons par ailleurs la grande rigueur méthodologique déployée pour évaluer la pertinence et la qualité des textes récupérés. Deux réviseurs se sont chargés du test de pertinence et de l'évaluation de la qualité de tous les textes. Un réviseur s'est occupé de l'extraction des données et un autre de la vérification. Les auteures ont choisi de ne pas effectuer de méta-analyse en raison de la qualité méthodologique et de l'hétérogénéité des études sélectionnées. Il pourrait être intéressant d'envisager de le faire lors d'une prochaine revue systématique sur le même sujet. Mentionnons que le lecteur devrait considérer comme document d'orientation provisoire le présent rapport sur la revue systématique accélérée jusqu'à l'exécution d'une revue systématique exhaustive.

CONCLUSIONS

La présente revue accélérée avait pour objectif d'examiner l'état des données probantes publiées concernant l'incidence de l'action intersectorielle en tant que pratique de santé publique sur l'équité en santé quand elle est exercée sur les déterminants sociaux de la santé. Le bassin de littérature sur l'action intersectorielle en tant que pratique prometteuse laisse penser à un effet mitigé et révèle un effet modéré à nul sur les déterminants sociaux de la santé. Les données probantes concernant l'incidence de l'action intersectorielle sur l'équité en santé se révèlent encore plus limitées. Il ressort qu'une bonne partie de la littérature parue est plutôt descriptive et que les programmes n'y sont pas rigoureusement évalués. Il y a par ailleurs une lacune majeure, à savoir l'absence presque totale de mécanismes reliant les processus intersectoriels aux résultats observés.

La revue accélérée a permis en outre de constater que les interventions en aval produisaient plus souvent les meilleurs résultats par rapport à l'état de santé des populations. En sont des exemples les collaborations intersectorielles visant à augmenter le taux de vaccination et à améliorer la santé buccodentaire dans les populations vulnérables. Les interventions intersectorielles intermédiaires ont quant à elles donné des résultats modérés ou nuls sur l'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé. L'association entre les interventions en amont et leurs effets sur l'état de santé se révèle moins concluante. C'est peut-être parce que l'incidence des interventions en amont sur l'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé est plus difficile à mesurer, à analyser et à évaluer.

Globalement, la littérature dresse un portrait mitigé de l'étendue et de l'influence, à long terme, de l'action intersectorielle sur l'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé.

On ne peut pas dire que la majeure partie des évaluations des résultats décrites dans le présent rapport soient de qualité méthodologique supérieure, ce qui constitue une limite susceptible de tempérer toute conclusion relativement à la présente revue systématique accélérée.

PORTÉE

Pour la pratique et les politiques

- La collaboration entre le secteur de la santé publique et les autres secteurs semble prometteuse pour créer des milieux favorables et améliorer l'accès aux services des populations marginalisées. Il faut davantage d'interventions à divers échelons qui ciblent les déterminants de la santé d'ordre structurel dans toutes les tranches de la population.
- Les politiques actuelles se prêtent bien à l'amorce et à la mise en œuvre d'initiatives intersectorielles. On doit mieux intégrer la revendication de politiques aux fonctions de base des initiatives intersectorielles. Il importe également de bien comprendre les relations entre les secteurs et l'apport du secteur de la santé publique dans cette démarche.
- Prises isolément, les initiatives intersectorielles axées sur les déterminants en aval sont peu susceptibles d'éliminer les disparités. Il faut des interventions intersectorielles à divers échelons qui s'appuient sur une démarche universelle, mixte et ciblée pour réduire les iniquités en santé.
- Les interventions intersectorielles devraient inclure une analyse approfondie de l'équité pour qu'on puisse repérer toutes les populations influencées positivement ou négativement et les contextes dans lesquels opèrent ces effets. Il s'agit là d'une démarche essentielle pour veiller à ce que les interventions n'augmentent pas les iniquités en matière de santé des populations.
- La publication des conclusions des interventions menées à l'égard des programmes et des politiques bonifie le bassin de données probantes sur l'action intersectorielle propice à l'équité en santé. Il importe de prévoir les fonds appropriés pour soutenir la capacité et les systèmes nécessaires à la collecte des données requises pour une évaluation rigoureuse.
- Le financement se révèle un mécanisme vital à la mise en marche, à l'instauration et à l'évaluation d'initiatives.

Pour la recherche

- Il faudrait régler les problèmes de méthodologie, par exemple le biais de sélection, l'aveuglement et la taille de l'échantillon, dans les prochaines études sur l'action intersectorielle.
- Il est important de procéder à une évaluation rigoureuse de l'action intersectorielle, particulièrement pour les interventions en amont. L'évaluation des répercussions de l'action intersectorielle sur l'équité en santé devrait inclure des éléments prospectifs et, si possible, de contrôle, en plus de prévoir un suivi assez long pour relever les tendances. L'évaluation des interventions réalisées à l'égard des programmes et des politiques doit comprendre tant la mesure des résultats empiriques que la description des activités intersectorielles, des rôles et des responsabilités. La création d'un corpus de connaissances interdisciplinaires sur la façon d'évaluer l'action intersectorielle et les outils efficaces pour ce faire permettra d'enrichir le bassin de données probantes sur l'action intersectorielle exercée sur l'équité en santé et les déterminants sociaux de la santé.
- Les partenariats entre universitaires et praticiens servent positivement l'évaluation des interventions.
- Il faut davantage de recherches et explorer plus à fond les mécanismes de financement et la rentabilité de l'action intersectorielle.

BIBLIOGRAPHIE

1. DiCenso, A., D. Ciliska et G. Guyatt (2005). « Introduction to evidence-based nursing » dans A. DiCenso, D. Ciliska et G. Guyatt (éd.), *Evidence-based nursing: A guide to clinical practice*, St. Louis (Missouri), éditions Elsevier Mosby, p. 3-19.
2. Agence de la santé publique du Canada. (2007). « Lessons Learned From Canadian Experiences With Intersectoral Action to Address the Social Determinants of Health », Chomik Consulting & Research, texte récupéré le 14 mars 2012 à l'adresse www.who.int/social_determinants/resources/isa_lessons_from_experience_can.pdf.
3. Agence de la santé publique du Canada (2011). « Canadian Reference Group on social determinants of health », texte récupéré le 19 mars 2012 à l'adresse www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2006/2006_06bk3-fra.php.
4. Agence de la santé publique du Canada et Organisation mondiale de la santé (2008). *L'équité en santé grâce à l'action intersectorielle : analyse d'études de cas dans 18 pays*, Ottawa (Ontario), ministre de la Santé du Canada.
5. Solar, O. et A. Irwin (2010). « A conceptual framework for action on the social determinants of health », document de discussion sur les déterminants sociaux de la santé n° 2 (politique et pratique), Genève, Organisation mondiale de la santé.
6. Service de santé publique de Sudbury et du district (2011). *10 promising practices to guide local public health practice to reduce social inequities in health: Technical briefing*, Sudbury (Ontario), auteur.
7. Sutcliffe, P., S. Snelling et S. Laclé (juillet 2009). *Prise de décision axée sur la recherche pour orienter les pratiques locales de santé publique afin de réduire les iniquités sociales en matière de santé, deuxième état d'avancement du projet d'intervention, Formation en utilisation de la recherche pour cadres qui exercent dans la santé* (FORCES), un programme de Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Sudbury (Ontario).
8. Mikkonen, J. et D. Raphael (2010). *Les déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*, Toronto, École de gestion et de politique en santé, Université York.
9. Agence de la santé publique du Canada (2011). Qu'est-ce qui détermine la santé?, texte récupéré le 9 mars 2012 à l'adresse www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php.
10. Santé Canada (1999). L'action intersectorielle... *Pour une population en santé*, Rapport du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, Ottawa (Ontario).
11. Organisation mondiale de la santé (2005). Définition préliminaire de l'équipe de l'équité. *Health and Human Rights and Equity Working Group Draft Glossary*, texte non publié.
12. Whitehead, M. et G. Dahlgren (2006). *Levelling up (part 1): a discussion paper on concept and principles for tackling social inequities in health*, études sur les déterminants sociaux et économiques de la santé des populations, n° 2, Bureau régional de l'Europe de l'OMS, Copenhague, 30 p., texte récupéré le 9 mars 2010 à l'adresse www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf.
13. Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada et Initiative sur la santé de la population canadienne de l'Institut canadien d'information sur la santé (2011). *Recueil de cas de recherche interventionnelle en santé des populations*, Ottawa (Ontario), <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/43472.html>
14. Agence de la santé publique du Canada (2007). *Au croisement des secteurs - expériences en action intersectorielle, en politique publique et en santé*, Ottawa (Ontario).
15. Organisation mondiale de la santé (1997). *Intersectoral action for health: a cornerstone for Health for All in the Twenty-first Century*, Genève, Organisation mondiale de la santé, <http://www.cpha.ca/uploads/progs/infra/intersectoral.pdf>.
16. Shankardass, K., O. Solar, K. Murphy, L. Greaves et P. O'Campo (2012). « A scoping review of intersectoral action for health equity involving governments », dans *International Journal of Public Health*, vol. 57, n° 1, p. 25-33 [publication électronique parue le 20 septembre 2011].
17. Hayes S.L., M.K. Mann, F.M. Morgan, H. Kitcher, M.J. Kelly et A.L. Weightman. « Collaboration between local health and local government agencies for health improvement », dans *Cochrane Database Syst Rev*. 2011, n° 6, CD007825, PM : 21678371.
18. Ganaan, R., D. Ciliska et H. Thomas (2010). « Expediting systematic reviews: methods and implications for rapid reviews », dans *Implementation Science*, vol. 5, n° 56.
19. Shea, B.J., J.M. Grimshaw, G.A. Wells, M. Boers, N. Andersson, C. Hamel et L.M. Bouter (2007). « Development of AMSTAR: A measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews », dans *BMC Medical Research Methodology*, vol. 7, n° 10, doi : 10.1186/1471-2288-7-10.

20. Shea, B.J., L.M. Bouter, J. Peterson, M. Boers, N. Andersson et autres (2007). « External Validation of a Measurement Tool to Assess Systematic Reviews (AMSTAR) », dans *PLoS ONE*, vol. 2, n° 12, e1350, doi : 10.1371/journal.pone.0001350.
21. Shea, G.J., C. Hamel, G.A. Wells, L.M. Bouter, E. Kristjansson, J. Grimshaw, D.A. Henry et M. Boers (2009). « AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews », dans *Journal of Clinical Epidemiology*, vol. 62, n° 10, p. 1013-1020 (publication électronique parue le 20 février 2009).
22. Thomas, B. H., D. Ciliska, M. Dobbins et S. Micucci (2004). « A process for systematically reviewing the literature: Providing the research evidence for public health nursing interventions », dans *Worldviews on Evidence Based Nursing*, vol. 1, p. 176-184.
23. Mulrow, C.D., D.J. Cook et F. Davidoff (1997). « Systematic reviews: Critical links in the great chain of evidence », dans *Annals of Internal Medicine*, vol. 126, p. 389-391.
24. Jadad, A.R., R.A. Moore, D. Carroll, C. Jenkinson, D.J., Reynolds, D.J. Gavaghan et autres (1996). « Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary? », dans *Controlled Clinical Trials*, vol. 17, p. 1-12.
25. Deeks, J.J., J.P.T. Higgins et D.G. Altman (2008). « Analysing and presenting results » dans J.P.T.Higgins et S. Green (éd.), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*, version 4.2.6. [Le Centre Cochrane Français présente un sommaire du manuel dans la page Web intitulée « Élaboration et structure d'une revue Cochrane », à l'adresse <http://fr.cochrane.org/fr/structure-revue>.]
26. Letts, L., S. Wilkins, M. Law, D. Stewart, J. Bosch et M. Westmorland (2007). *Quality Assessment Tool for Qualitative Studies. Critical Review Form – Qualitative Studies*, version 2.0, Hamilton (Ontario), Université McMaster.
27. Mkandawire T. (2005). *Targeting and Universalism in Poverty Reduction*, Programme de la politique sociale et du développement, document n° 23, Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social, Suisse.
28. Skocpol, T. (1991). « Targeting Within Universalism: Politically Viable Policies to Combat Poverty in the United States », dans *The Urban Underclass* (Christopher Jencks, Paul E. Peterson, éd.), Washington (D.C.), éditions The Brookings Institution, p. 411-436.
29. Brownson, R., R. Seiler et A. Eyler (2010). « Measuring the impact of public health policy », dans *Prevention and Chronic Disease*, vol. 7, n° 4 : A77, texte récupéré le 14 mars 2012 à l'adresse www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jul/09_0249.htm.
30. Torgersen T.P., Ø. Giæver et O.T. Stigen (2007). *Developing an Intersectoral National Strategy to Reduce Social Inequalities in Health – The Norwegian Case*, Organisation mondiale de la santé, 19 p., texte récupéré le 9 mars 2012 à l'adresse www.who.int/social_determinants/publications/isa/casestudies/en/index.html.
31. Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (2011). *L'intégration des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé dans les pratiques de santé publique au Canada : analyse du contexte en 2010*, Antigonish (Nouvelle-Écosse), Université St. Francis Xavier.
32. Seskar-Hencic, D. (2010). « Bringing Health Inequities from the Fringes into the Mainstream Public Health Agenda », activité virtuelle tenue le 15 juillet 2010, texte récupéré à l'adresse www.chnet-works.ca/index.php?option=com_phocadownload&view=category&id=7%3Afireside-chat-presentations-2010&download=211%3A182-march-24-2010-bringing-health-inequities-from-the-fringes-to-themainstream&Itemid=13&lang=en.
33. Smith K.E., C. Bamba, K.E. Joyce, N. Perkins, D.J. Hunter et E.A. Blenkinsopp (2009). « Partners in health? A systematic review of the impact of organizational partnerships on public health outcomes in England between 1997 and 2008 », in *Journal of Public Health (Oxford Journals)*, vol. 31, n° 2, p. 210-221, PM : 19182048.
34. Freeman R., M. Oliver, G. Bunting, J. Kirk et W. Saunderson (2001). « Addressing children's oral health inequalities in Northern Ireland: a research-practice-community partnership initiative », dans *Public Health Reports*; vol. 116, n° 6, p. 617-625, PM : 12196622.
35. Wills R., M.K. Morris, C. Hedley, T. Freer et H. Morris (2010). « Improving school readiness with the Before School Check: early experience in Hawke's Bay », dans *The New Zealand Medical Journal*, vol. 123, n° 1326, p. 47-58, PM : 21326399.
36. Hollar D, M. Lombardo, G. Lopez-Mitnik, T.L. Hollar, M. Almon, A.S. Agatston et S.E. Messiah (2010). « Effective multi-level, multi-sector, school-based obesity prevention programming improves weight, blood pressure, and academic performance, especially among low-income, minority children », dans *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, vol. 21, n° 2 (suppl.), p. S93-S108, PM : 20453379.

37. Jackson G., S. Thornley, J. Woolston, D. Papa, A. Bernacchi et T. Moore (2011). « Reduced acute hospitalisation with the healthy housing programme », dans *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 65, n° 7, p. 588-593, PM : 21282140.
38. Findley S.E., M. Irigoyen, M. Sanchez, L. Guzman, M. Mejia, M. Sajous, D.A. Levine, S. Chen et F. Chimkin (2006). « Community-based strategies to reduce childhood immunization disparities », dans *Health Promotion Practice*, vol. 7, n° 3, p. 191S-200S, PM : 16760249.
39. Bruzzese J.M., D. Evans, S. Wiesemann, M. Pinkett-Heller, M.J. Levison, Y. Du, C. Fitzpatrick, G. Krigsman, C. Ramos-Bonoan, L. Turner et R.B. Mellins (2006). « Using school staff to establish a preventive network of care to improve elementary school students' control of asthma », dans *Journal of School Health*, vol. 76, n° 6, p. 307-312, PM : 16918861.
40. Cheadle A., E. Bourcier, J. Krieger, W. Beery, M. Smyser, D.V. Vinh, D. Lessler et L. Alfonsi (2011). « The impact of a community-based chronic disease prevention initiative: evaluation findings from Steps to Health King County », dans *Health Education and Behavior*, vol. 38, n° 3, p. 222-230, PM : 21393622.
41. Sherring J., E. Robson, A. Morris, B. Frost et S. Tirupati (2010). « A working reality: evaluating enhanced intersectoral links in supported employment for people with psychiatric disabilities », dans *Australian Occupational Therapy Journal*, vol. 57, n° 4, p. 261-267, PM : 20854601.
42. Pechter E., L.S. Azaroff, I. Lopez et M. Goldstein-Gelb (2009). « Reducing hazardous cleaning product use: a collaborative effort », dans *Public Health Reports*, vol. 124 (Suppl 2), p. 49-52, PM : 19618806.
43. Fazel M., H. Doll et A. Stein (2009). « A school-based mental health intervention for refugee children: an exploratory study », dans *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 14, n° 2, p. 297-309, PM : 19293324.
44. Melvin C.S (2006). « A collaborative community-based oral care program for school-age children », dans *Clinical Nurse Specialist*, vol. 20, n° 1, p. 18-22, PM : 16569945.
45. Peifer K. et L. Perez (2011). « Effectiveness of a coordinated community effort to promote early literacy behaviors », dans *Maternal and Child Health Journal*, vol. 15, n° 6, p. 765-771, PM : 20623249.
46. Bailie R., E. McDonald, M. Stevens, S. Guthridge et D. Brewster (2011). « Evaluation of an Australian indigenous housing programme: community level impact on crowding, infrastructure function and hygiene », dans *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 65, n° 5, p. 432-437, PM : 20466712.
47. Macnab A.J., J. Rozmus, D. Benton et F.A. Gagnon (2008). « 3-Year results of a collaborative school-based oral health program in a remote First Nations community », dans *Rural and Remote Health Journal*, vol. 8, n° 2, 7 p., PM : 18444770.
48. Collie-Akers V.L., S.B. Fawcett, J.A. Schultz, V. Carson, J. Cyprus et J.E. Pierle (2007). « Analyzing a community-based coalition's efforts to reduce health disparities and the risk for chronic disease in Kansas City, Missouri », dans *Preventing Chronic Disease*, vol. 4, n° 3, p. A66, PM : 17572970.
49. Metzel D.S., S.M. Foley et J. Butterworth (2005). « State-level interagency agreements for supported employment of people with disabilities », dans *Journal of Disability Policy Studies*, vol. 16, n° 2, p. 102-114, récupéré à l'adresse <http://dps.sagepub.com/content/16/2/102.full.pdf+html>.
50. Organisation mondiale de la santé (2010). *Intersectoral action to tackle the social determinants of health and the role of evaluation*, Genève, Organisation mondiale de la santé.
51. Commission des déterminants sociaux de la santé (2008). *Comblent le fossé en une génération – Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, rapport final, Genève, Organisation mondiale de la santé, http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/index.html.
52. Marmot M., S. Friel, R. Bell, T.A. Houweling et S. Taylor (2008). « Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health », dans *The Lancet*, vol. 372, n° 9650, p. 1661-1669, PM : 18994664.
53. Bamba, C., M. Gibson, A. Sowden, K. Wright, M. Whitehead et M. Petticrew (2010). « Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: evidence from systematic reviews », dans *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 64, p. 284-291.
54. Barten, F., D. Mitlin, C. Mulholland, A. Hardoy et R. Stern (2007). « Integrated Approaches to Address the Social Determinants of Health for Reducing Health Inequity », dans *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 84, n° 1, doi : 10.1007/s11524-007-9173-7.

TABLEAUX, ANNEXES ET FIGURE

TABLEAUX

TABLEAU 1 : Résultats de l'évaluation de la qualité

TABLEAU 2 : Caractéristiques des études sélectionnées

FIGURE

FIGURE 1 : Résultats de recherche

ANNEXES

ANNEXES 1 : Stratégie de recherche

ANNEXES 2 : Recherche dans la littérature grise

ANNEXES 3 : Groupe consultatif du projet

ANNEXES 4 : Outil d'évaluation de la qualité des études quantitatives

ANNEXES 5 : Outil d'évaluation de la qualité des études qualitatives

Tableau 1 : Résultats de l'évaluation de la qualité

Revue systématique (Shea, Grimshaw et autres, 2007)¹⁹

ÉTUDE	SMITH ³³
<p>Q1. A-t-on fourni un modèle a priori? On devrait énoncer la question de recherche et établir les critères d'inclusion avant d'effectuer la revue.</p>	Oui
<p>Q2. A-t-on fait deux sélections d'études et extractions de données? Il faudrait prévoir au moins deux extracteurs des données travaillant de manière indépendante et mettre en place un processus de discussion en cas de divergences afin d'atteindre un consensus.</p>	Oui
<p>Q3. A-t-on effectué une recherche exhaustive dans la littérature? Il importe d'effectuer une recherche dans au moins deux sources électroniques. Le rapport doit citer les années et les bases de données utilisées (p. ex. Central, EMBASE et MEDLINE). Il doit également comprendre la liste des mots clés ou des descripteurs MeSH (Medical Subject Headings) et, autant que possible, une description de la stratégie de recherche. On doit compléter la recherche en consultant les contenus, les revues, les manuels, les registres spécialisés ou des experts du sujet et les renvois notés dans l'étude.</p>	Oui
<p>Q4. A-t-on utilisé le type de publication (c.-à-d. littérature grise) comme critère d'inclusion? Les auteurs devraient signaler si la recherche de rapports s'est effectuée sans égard au type de publication. Ils devraient mentionner s'ils ont exclu ou non des rapports quelconques (de la revue systématique) en fonction du type de publication, de la langue ou d'autres critères.</p>	Oui
<p>Q5. A-t-on fourni une liste des études (incluses et exclues)? Il faudrait fournir la liste des études tant incluses qu'exclues.</p>	Oui
<p>Q6. A-t-on donné les caractéristiques des études incluses? On devrait rapporter sous forme agrégative, par exemple dans un tableau, les données des études originales concernant les participants, les interventions et les résultats. Il y aurait également lieu de communiquer ces caractéristiques pour toutes les études sélectionnées (p. ex. âge; race; sexe; données socioéconomiques pertinentes; état, durée et gravité de la maladie ou d'autres maladies).</p>	Oui
<p>Q7. A-t-on évalué et consigné la qualité scientifique des études retenues? Il importe de mentionner les méthodes d'évaluation « a priori » (p. ex. pour les études d'efficacité si les auteurs ont choisi d'inclure seulement les études sur échantillon aléatoire, à double insu ou contrôlées ou avec dissimulation de l'affectation des sujets aux groupes d'étude comme critères d'inclusion). Pour les autres types d'études, d'autres aspects peuvent être pertinents.</p>	Oui
<p>Q8. S'est-on appuyé sur la qualité scientifique des études sélectionnées pour formuler les conclusions? Il faudrait tenir compte des résultats quant à la rigueur méthodologique et à la qualité scientifique dans l'analyse et les conclusions de la revue et en faire mention dans les recommandations.</p>	Oui
<p>Q9. Les méthodes employées pour combiner les conclusions des études étaient-elles appropriées? Pour les résultats groupés, on devrait effectuer un test pour s'assurer qu'il était possible de combiner les études et évaluer leur homogénéité (c.-à-d. un test d'homogénéité du chi carré). S'il y a une hétérogénéité, on devrait utiliser un modèle à effets aléatoires ou prendre en compte la pertinence clinique de combiner les résultats (c.-à-d. est-ce judicieux de combiner?).</p>	Oui
<p>Q10. A-t-on évalué la possibilité d'un biais de publication? L'évaluation d'un biais de publication devrait s'appuyer sur une combinaison d'outils graphiques (p. ex. en entonnoir et d'autres tests possibles) et des tests statistiques (p. ex. test de régression d' Egger).</p>	Non
<p>Q11. A-t-on mentionné les conflits d'intérêt? La revue systématique et les études sélectionnées devraient clairement faire état des sources d'appui potentielles.</p>	Non

Études quantitatives

AUTEUR	BIAIS DE SÉLECTION	MODÈLE D'ÉTUDE	VARIABLE CONFOUSIONNELLE	AVEUGLEMENT	MÉTHODES DE COLLECTE DES DONNÉES	RETRAITS ET PERTES	CLASSEMENT GLOBAL
Bruzzese ³⁹	Faible	Supérieur	Supérieure	Moyen	Supérieures	Moyens	MOYEN
Wills ³⁵	Élevé	Moyen	Moyenne	Moyen	Supérieures	Sans objet	MOYEN
Findley ³⁸	Élevé	Moyen	Supérieure	Moyen	Faibles	Élevés	MOYEN
Jackson ³⁷	Élevé	Moyen	Supérieure	Faible	Supérieures	Élevés	MOYEN
Hollar ³⁶	Moyen	Supérieur	Supérieure	Faible	Supérieures	Élevés	MOYEN
Freeman ³⁴	Moyen	Supérieur	Supérieure	Élevé	Supérieures	Élevés	SUPÉRIEUR
Melvin ⁴⁴	Moyen	Moyen	Faible	Faible	Moyennes	Sans objet	FAIBLE
Sherring ⁴¹	Moyen	Moyen	Faible	Faible	Supérieures	Moyens	FAIBLE
Cheadle ⁴⁰	Faible	Moyen	Faible	Faible	Faibles	Sans objet	FAIBLE
Pechter ⁴²	Faible	Faible	Faible	Faible	Faibles	Sans objet	FAIBLE
Macnab ⁴⁷	Faible	Moyen	Supérieure	Moyen	Supérieures	Faibles	FAIBLE
Fazel ⁴³	Moyen	Moyen	Supérieure	Faible	Supérieures	Faibles	FAIBLE
Baillie ⁴⁶	Élevé	Moyen	Supérieure	Faible	Faibles	Moyens	FAIBLE
Peifer ⁴⁵	Faible	Moyen	Faible	Faible	Faibles	Sans objet	FAIBLE

Études qualitatives

(Letts autres, 2007)²⁶

ÉTUDE		COLLIE-AKERS ⁴⁸	METZEL ⁴⁹
Objet de l'étude : l'objet et la question de recherche étaient-ils clairement énoncés?		Oui	Oui
Littérature : a-t-on passé en revue la documentation de base?		Oui	Oui
Modèle d'étude :	Quel était le modèle d'étude?	Étude de cas	Description qualitative
	A-t-on fait mention d'un axe théorique?	Oui	Oui
Méthode(s) utilisée(s) :		Entretiens et examen de la documentation	Entretiens
Échantillonnage :	A-t-on donné une description du processus de sélection?	Non	Oui
	A-t-on poursuivi l'échantillonnage jusqu'au chevauchement?	Aucune mention	Aucune mention
A-t-on obtenu un consentement éclairé?		Aucune mention	Oui
Collecte des données			
Clarté de la description	Description claire et complète de l'emplacement	Oui	Oui
	Description claire et complète des participants	Oui	Oui
	Rôle du chercheur et relation avec les participants	Oui	Non
	Mention des hypothèses et des biais du chercheur	Non	Non
Rigueur de la démarche	Les stratégies de collecte des données étaient-elles rigoureuses?	Oui	Oui
Analyses des données			
Rigueur analytique	Analyse inductive des données	Oui	Oui
	Conclusions cohérentes avec les données	Oui	Oui
Vérifiabilité	Élaboration d'un essai de décision	Oui	Oui
	Description adéquate du processus d'analyse des données	Non	Oui
Liens théoriques	En est-il ressorti un portrait significatif de la situation à l'étude?	Oui	Oui
Rigueur globale			
Y a-t-il des traces des quatre composantes de la confiance?	Crédibilité	Oui	Oui
	Transférabilité	Oui	Oui
	Fiabilité	Oui	Oui
	Testabilité	Non	Oui
Conclusions et implications			
Les conclusions sont-elles appropriées compte tenu des résultats de l'étude?		Oui	Oui
Les résultats ont-ils contribué à l'avancement de la théorie et à l'avenir de la pratique et de la recherche?		Oui	Oui

Tableau 2: Caractéristiques des études sélectionnées

Auteur	Bailie et autres, 2011 ⁴⁶
Titre	« Evaluation of an Australian indigenous housing programme: community level impact on crowding, infrastructure function and hygiene »
Méthodes	Modèle: cohorte Suivi: en moyenne 10 mois suivant l'aménagement dans une nouvelle maison Période de la collecte des données : deux ans
Endroit	Pays: Australie Milieu: collectivité
Population	Échantillon: 418 enfants vivant dans 185 maisons Caractéristiques: Ménages avec enfants Race ou appartenance ethnique: autochtones Lieu géographique: collectivités rurales ou éloignées
Action intersectorielle	Période: de 2003 à 2007 Secteurs: santé publique, soins de santé primaires, universitaires, offices du logement, conseils autochtones Type de relations entre les secteurs: intégration Activités et relations: aucune mention Rôle de la santé publique: aucune mention Responsables de la santé publique engagés dans le processus: aucune mention
Interventions	Housing Improvement and Child Health Study (étude sur l'amélioration domiciliaire et la santé infantile) : étude menée dans 10 collectivités du territoire du Nord où l'on enregistrait le plus grand nombre de nouvelles maisons construites dans le cadre du programme de santé environnementale, qui découlait de la stratégie sur la santé des Autochtones et d'autres programmes d'infrastructure d'envergure déployés en Australie durant la période 2004–2005. De nouvelles maisons ont été construites afin de satisfaire à des normes domiciliaires précises beaucoup plus strictes que celles suivies en vigueur dans ces collectivités au cours des décennies précédentes. Le nombre moyen de nouvelles maisons à construire dans chacune des 10 collectivités s'élevait à 11 (étendue de 7 à 15). La démolition d'un petit nombre de maisons inhabitables est prévue. Il n'y a eu aucun autre programme de rénovation ni aucune autre activité de sensibilisation à l'hygiène durant cette période d'étude. L'intervention domiciliaire a donc essentiellement consisté à construire un certain nombre de nouvelles maisons. L'incidence du programme à l'aide d'enquêtes portant sur l'infrastructure domiciliaire a été évaluée et des entrevues avec le principal propriétaire de chacune des maisons où vivaient des enfants dans les 10 collectivités éloignées peuplées par des Autochtones en Australie ont été planifiées.

Tableau 2: Caractéristiques des études sélectionnées

Résultats	<p>Lors du suivi, on a observé une légère diminution (non significative) du nombre moyen de personnes par chambre à coucher qui avaient dormi dans la maison la veille de l'enquête. Ce nombre est passé de 3,4, avec une intervalle de confiance [IC] de [3,1, 3,6] avant l'intervention à 3,2, IC [2,9, 3,4] au moment du suivi (logarithme népérien transformé t test, t = 13, p = 0,102).</p> <p>Entre le début de l'intervention et le moment du suivi, aucun changement significatif n'a été observé dans la composition des ménages en termes de nombre d'enfants plus jeunes, plus âgés et d'adultes.</p> <p>Le test de Kruskal-Wallis a fait ressortir une différence significative dans le classement selon le Failed Healthy Living Practice (infrastructure du logement) entre le début de l'intervention (moyenne de 5,6, IC [5,3, 6,0]) et le moment du suivi (moyenne de 4,4, IC [4,1, 4,8]) ($\chi^2 = 22,8$, p < 0,001).</p> <p>Le test de Kruskal-Wallis a montré un différence statistiquement significative dans le classement selon le Surveyor Function (infrastructure du logement) entre le début de l'intervention (moyenne de 3,8, IC [3,5, 4,0]) et le moment du suivi (moyenne de 3,4, IC [3,1, 3,6]) ($\Delta 2 = 3,9$, p = 0,047).</p> <p>Le test de Kruskal-Wallis est venu confirmer qu'il n'y avait aucune trace d'amélioration dans le classement global selon le Surveyor Condition (conditions d'hygiène) (moyenne au départ de 4,1, IC [3,9, 4,4]; moyenne au moment du suivi de 4,1, IC [3,9, 4,4]; $\chi^2 = 0,3$, p = 0,605).</p>
Analyses des sous-groupes	Aucune
Outils, mécanismes et stratégies de l'action intersectorielle	<p>Mise en oeuvre: politique : National Aboriginal Health Strategy (stratégie sur la santé des Autochtones)</p> <p>Instauration : normes domiciliaires</p>
Déterminant social de la santé	Logement
Parcours d'intervention	En amont
Approche en santé des populations pour l'équité en santé	Ciblée
Coûts	Aucune mention

Tableau 2: Caractéristiques des études sélectionnées

Auteur	Bruzzese et autres, 2006 ³⁹
Titre	« Using school staff to establish a preventive network of care to improve elementary school students' control of asthma »
Méthodes	Modèle: essai clinique contrôlé Durée du suivi: un an, deux ans Période de la collecte des données: deux vagues de deux ans chacune
Endroit	Pays: États-Unis Milieu: scolaire
Population	Échantillon: n = 591 élèves ayant déjà reçu un diagnostic d'asthme (de la maternelle à la 5e année) et les personnes soignantes (groupe visé par l'intervention : n = 307; groupe témoin : n = 284) Caractéristiques: Âge: moyenne de 7,8 ans (ET = 1,4) Revenu et race ou appartenance ethnique : pour qu'une école soit admissible, elle devait satisfaire aux critères suivants : plus de 50 % des élèves recevant un déjeuner gratuit et plus de 67 % provenant de familles d'une minorité ethnique.
Action intersectorielle	Période: de 1998 à 2001 Secteurs: santé publique, soins de santé primaires, éducation, universitaires Type de relations entre les secteurs: coordination Activités et relations: constitution d'une équipe de santé dans l'école, composée d'une infirmière scolaire à temps plein, d'un médecin scolaire et d'un agent en santé publique, d'un enseignant ou d'un administrateur scolaire et d'un parent. Le partenaire universitaire s'est chargé de la formation de l'équipe de santé de l'école et l'a également aidée à mettre en œuvre les activités de prévention. Rôle de la santé publique: formation du personnel scolaire et des personnes fournissant des soins primaires. Personne de la santé publique engagée dans le processus: infirmière en santé publique
Interventions	L'équipe de santé de l'école a participé à un atelier de trois jours donné au cours de l'été par le personnel de l'Université Columbia. Au début de l'automne, l'équipe de santé et le personnel de l'Université Columbia ont donné aux enseignants une séance de formation de 45 minutes sur l'asthme et sur le rôle que peuvent jouer les enseignants pour aider les enfants à vivre avec leur asthme en milieu scolaire. Durant l'automne et le début de l'hiver, le personnel de l'Université Columbia et les médecins du bureau de santé et de l'hygiène mentale de la ville de New York ont offert de la formation aux fournisseurs de soins de santé primaires des élèves sur les traitements préventifs de pointe, la communication et les stratégies d'enseignement aux patients ainsi que sur la marche à suivre pour établir les protocoles d'administration de médicaments dans les écoles à la lumière du programme Physician Asthma Care Education. Les infirmières ont (a) téléphoné aux familles pour confirmer les renseignements sur le dépistage du cas, mieux mesurer la gravité de l'asthme et les besoins de l'enfant et fournir au besoin aux personnes prenant soin de l'enfant de l'information sur l'asthme; (b) expédié des exemples de plans de traitement aux fournisseurs de soins primaires tenant compte de la gravité de l'asthme de l'élève, conformément aux lignes directrices du National Heart, Lung and Blood Institute, de même que des gabarits de plans de traitement; (c) encouragé les personnes soignantes et les fournisseurs de soins primaires à remplir les formulaires requis s'il fallait prévoir des médicaments pour l'école et (d) orienté les familles vers des soins médicaux appropriés au besoin. Elles ont en outre transmis les instructions contenues dans les plans de gestion de l'asthme au personnel enseignant.

Tableau 2: Caractéristiques des études sélectionnées

Résultats	<p>Si le dépistage a permis aux infirmières d'identifier d'autres élèves souffrant d'asthme et si les infirmières ont consacré plus de temps aux tâches liées à l'asthme, les fournisseurs de soins primaires n'ont pas modifié leur façon de faire par rapport à cette maladie. On a noté peu d'amélioration dans l'état de santé. Après 12 mois, par comparaison aux groupes témoins, on a observé dans les groupes visés par l'intervention une réduction des empêchements à participer aux activités en raison de l'asthme (-35 % comparativement à -9 %, $p < 0,05$) et une augmentation du nombre de jours sans symptômes (26 % comparativement à 39 %, $p = 0,06$).</p> <p>Aucun effet sur l'utilisation urgente des services de soins de santé, sur l'assiduité scolaire ou la qualité de vie de la personne prenant soin de l'enfant n'a été remarqué. Aucune amélioration n'a été observée non plus 24 mois après l'intervention.</p>
Analyses des sous-groupes	Aucune
Outils, mécanismes et stratégies de l'action intersectorielle	<p>Mise en œuvre: aucune mention</p> <p>Installation : mise sur pied d'une équipe de santé dans l'école</p>
Déterminant social de la santé	Services de santé
Parcours d'intervention	En aval
Approche en santé des populations pour l'équité en santé	Ciblée
Coûts	Aucune mention

Tableau 2: Caractéristiques des études sélectionnées

Auteurs	Cheadle et autres, 2011 ⁴⁰
Titre	« The impact of a community-based chronic disease prevention initiative: evaluation findings from Steps to Health King County »
Méthodes	Modèle: cohorte Suivi: après l'intervention, un à deux ans Période de la collecte des données: non mentionnée
Endroit	Pays: États-Unis Milieu: axé sur la collectivité; regroupement mixte des milieux urbain et suburbain
Population	Échantillon: n = 63 780 résidents de la région (pour l'ensemble des interventions) Caractéristiques: Race ou appartenance ethnique des résidents de la région: 14,4 % Afro-Américains, 8,9 % Hispano ou Latino-Américains, 3,9 % appartenance vietnamienne Revenu des résidents de la région: plus de 30% des résidents vivent en dessous du seuil de 200 % de pauvreté fédéral Interventions centrées sur les personnes dont le revenu du ménage est de 200 % inférieur au seuil de pauvreté fédéral et dont la langue est l'anglais, l'espagnol ou le vietnamien
Action intersectorielle	Période: de 2003 à 2009 Secteurs: santé publique, soins de santé primaires, universitaire, éducation, organismes non gouvernementaux Types de relations entre les secteurs: coopération, coordination, intégration Activités et relations: équipe de direction: santé publique – Seattle et King County et 75 représentants d'organismes communautaires, d'hôpitaux, d'agences gouvernementales locales, d'universités, de districts scolaires et autres; tous les organismes ont participé à la mise en œuvre, avec l'appui financier et technique de la santé publique – Seattle et King County; équipe d'évaluation: Centre for Community Health and Evaluation, personnel de la santé publique – Seattle et King County, Université de Washington Rôle de la santé publique: leadership (tenue de grandes rencontres communautaires, etc.), mise en œuvre du programme; appui technique et financier Responsables de la santé publique engagés dans le processus : gestionnaire du programme
Interventions	Le programme King County Steps to Health fait partie de la quarantaine de projets financés en 2003 sous l'initiative Steps to a Healthier US aux États-Unis. Des interventions multiples menées dans le cadre de huit projets selon leur degré d'intensité ont été effectuées: Haute intensité: programmes de gestion des dossiers sur une base individuelle, y compris la coordination des soins, l'éducation sanitaire à l'échelle locale, l'activité physique pour les jeunes et les personnes âgées Moyenne intensité: programmes en plusieurs parties ou, encore, formation ou cours intensifs non récurrents à l'intention des membres de la collectivité, des parents et des fournisseurs de soins aux enfants. Faible intensité: programmes de cours non récurrents ou programmes d'éducation collective, changement aux politiques et au système scolaire, initiatives axées sur la sécurité et la promotion du transport à vélo, éducation sanitaire chez les jeunes

Tableau 2: Caractéristiques des études sélectionnées

Résultats	<p>Les résultats du programme relativement aux à la prestation des soins primaires, de l'utilisation du service des urgences, du suivi du diabète, de la gestion de l'asthme, des connaissances sanitaires et du changement de comportement se sont tous révélés statistiquement significatifs ($p < .05$).</p> <p>Le personnel n'a pas consacré beaucoup de temps à justifier les politiques, s'estimant trop occupé à gérer les priorités du service pour ce faire.</p> <p>Des changements dans les organismes et les politiques ont aussi été rapportés.</p> <p>Les principales raisons évoquées pour expliquer le manque d'intégration du programme et de changement dans les politiques sont l'insuffisance de temps, l'attention portée aux activités et l'impression que les efforts de collaboration donnent peu de résultats.</p>
Analyses des sous-groupes	Aucune
Outils, mécanismes et stratégies de l'action intersectorielle	<p>Mise en œuvre: aucun</p> <p>Installation : élaboration d'un plan stratégique spécifique adapté au milieu; tenue d'un forum pour les hauts dirigeants sur la mise en œuvre de changements du système; élaboration de stratégies de promotion de la santé spécifiques à un secteur donné; mise sur pied des équipes de direction et d'évaluation; embauche de personnel pour intensifier la coordination entre les organismes</p>
Déterminants sociaux de la santé	Services de santé, milieu physique et social
Parcours d'intervention	Intermédiaire et en aval
Approche en santé des populations pour l'équité en santé	Mixte
Coûts	<p>Haute intensité: 900\$ USD/personne</p> <p>Moyenne intensité: 115-175\$ USD/personne</p> <p>Faible intensité: 7\$ USD/personne</p>

Tableau 2: Caractéristiques des études sélectionnées

Auteurs	Collie-Akers et autres ⁴⁸
Titre	« Analyzing a community-based coalition's efforts to reduce health disparities and the risk for chronic disease in Kansas City, Missouri »
Méthodes	Modèle: empirique (études de cas) Suivi: recherche participative durant l'intervention Période de la collecte des données: cinq ans
Endroit	Pays: États-Unis Milieu: urbain
Population	Échantillon: Documentation en ligne des observations concernant tout changement dans la collectivité ou dans le système Entrevues avec les principales personnes interrogées: n = 12 Caractéristiques : Revenu: sous le seuil de pauvreté pour 24% des ménages Race ou appartenance ethnique: 57 % d'Afro-Américains, 8,5 % d'Hispaniques
Action intersectorielle	Période: de 2000 à 2004 Secteurs: santé publique, soins de santé primaire (centres de santé communautaires), organismes non gouvernementaux (associations de quartier, organisations confessionnelles, autres organismes des secteurs public et privé) Type de relations entre les secteurs: coordination Activités et relations: coalition de partenaires multiples formée par la Missouri Primary Care Association, y compris le Groupe de travail pour la santé communautaire et le développement de l'Université du Kansas à titre de partenaire scientifique; la force résidait dans l'engagement de divers acteurs de la collectivité. Rôle de la santé publique: coalition ciblant deux tranches de la population minoritaires dont il était question dans un rapport du service de santé de Kansas City. Responsables de la santé publique engagés dans le processus : aucune mention
Intervention	Kansas City – Chronic Disease Coalition: la coalition a lancé un programme appelé Pick Six, qui consistait à demander à ses partenaires de définir et d'instaurer six changements dans la collectivité. D'octobre 2001 à décembre 2004, la coalition a sous-traité les partenaires en les chargeant de mettre en œuvre les changements définis dans le plan d'action pour la collectivité. On comptait parmi ces partenaires cinq centres de santé communautaires, 24 associations de quartier, 24 organisations confessionnelles et plusieurs autres organismes des secteurs public et privé. La coalition a ciblé deux populations minoritaires présentant un haut risque de maladies cardiovasculaires et de diabète sucré, soit les Afro-Américains et les Hispaniques.
Résultats	Entre octobre 2001 et décembre 2004, la coalition a contribué à 321 changements dans la collectivité. De ce nombre, 75 % visaient la réduction du risque de maladies cardiovasculaires et de diabète chez les résidents. La diffusion d'information aux résidents et l'amélioration de leurs connaissances sanitaires ont été les stratégies le plus souvent employées (38 %).
Analyses des sous-groupes	Aucune
Outils, mécanismes et stratégies de l'action intersectorielle	Mise en œuvre: deux évaluations distinctes ont fait ressortir des disparités en matière de santé; contrat et financement provenant du palier national (Centres for Disease Control and Prevention) Instauration: modèle logique pour la planification de cinq phases interreliées; élaboration d'un plan de réduction des disparités; embauche (puis mise à pied) d'un animateur communautaire afin de faciliter la mise en œuvre du plan d'action; utilisation de sous-traitance sur une base annuelle; et offre de ressources précises aux organismes de quartier et confessionnels.
Déterminants sociaux de la santé	Milieu social et physique
Parcours d'intervention	Intermédiaire
Approche en santé des populations pour l'équité en santé	Ciblée
Coûts	Aucune mention

Tableau 2: Caractéristiques des études sélectionnées

Auteurs	Fazel et autres, 2009 ⁴³
Titre	« A school-based mental health intervention for refugee children: an exploratory study »
Méthodes	Modèle: analyse de cohorte Suivi: immédiatement après l'intervention Période de la collecte des données: un an
Endroit	Pays: Royaume-Uni Milieu: scolaire
Population	Échantillon: enfants d'âge scolaire n = 141 (intervention : n = 47; comparaison : n = 94). Deux groupes témoins du même âge et du même sexe (un groupe d'enfants de familles de minorité ethnique et non réfugiées et un groupe d'enfants blancs) comprenant respectivement le même nombre d'enfants que le groupe d'intervention (n = 47). Caractéristiques: Âge: enfants d'âge scolaire (niveau primaire: de 4 à 8 ans; niveau intermédiaire: de 9 à 12 ans; niveau secondaire: de 13 à 19 ans) Race ou appartenance ethnique: Inde, Pakistan, Asie, Bangladesh, Balkans, autres Intervention et groupes de comparaison: enfants réfugiés, enfants de minorité ethnique et non réfugiés et enfants blancs
Action intersectorielle	Période: aucune mention Secteurs: santé publique, éducation Type de relations entre les secteurs: coordination Activités et relations: aucune mention Rôle de la santé publique: prestation de services de santé mentale Responsables de la santé publique engagés dans le processus : professionnels en santé mentale
Interventions	Un service de santé mentale offert dans les écoles pour répondre aux besoins psychologiques des enfants réfugiés. Les enfants réfugiés ont fait l'objet d'une discussion par l'équipe de santé mentale, puis les enfants les plus à risque ont été consultés. On a établi le nombre de séances thérapeutiques hebdomadaires en fonction du besoin de chaque enfant (entre 2 et 5 rencontres par semaine durant une bonne partie de l'année scolaire).
Résultats	À la fin de la période d'étude, les enfants réfugiés continuaient de dépasser les enfants des groupes témoins dans les résultats totaux du questionnaire sur les points forts et les difficultés (F [2, 138] = 4,7, p = 0,011), dans ceux associés aux symptômes émotionnels (F [2, 138] = 8,6, p < 0,001) et dans ceux associés aux problèmes avec les pairs (F [2, 138] = 6,3, p = 0,002). Au cours de la période d'étude (avant et après la thérapie), les résultats au questionnaire ont diminué considérablement dans tous les groupes (F [1, 138] = 5,9, p = 0,016). C'est dans les échelles des problèmes avec les pairs (F [1, 138] = 8,1, p = 0,005) et d'hyperactivité (F [1, 138] = 3,9, p = 0,05) qu'on a observé les changements les plus significatifs. Les scores associés à l'hyperactivité ont diminué davantage dans le groupe de réfugiés que dans le groupe témoin (changement moyen de -0,96 [ET = 2,40] comparativement à -0,10 [ET = 1,98]; t = 2,12, p = 0,037), et laissent supposer un effet sur l'échelle des symptômes émotionnels (changement moyen de -0,72 [ET = 2,63] comparativement à 0,03 [ET = 2,02]; t = 1,73, p = 0,088).

Tableau 2: Caractéristiques des études sélectionnées

Analyses des sous-groupes	<p>En examinant à nouveau les données comparant les résultats pour les 11 enfants réfugiés bénéficiant des « séances de thérapie directe » et les 36 enfants réfugiés recevant des services de « consultation seulement », on a pu remarquer une relation entre le temps et le groupe dans les résultats totaux au questionnaire sur les points forts et les difficultés</p> <p>(F [1, 45] = 5,3, p = 0,026) et dans ceux liés à l'échelle des problèmes avec les pairs (F [1, 45] = 10,9, p = 0,002). Les enfants en thérapie cumulaient un score beaucoup plus élevé sur l'échelle des problèmes avec les pairs avant le début du service (F [1, 45] = 5,3, p = 0,026) et montraient davantage d'amélioration durant la période d'étude.</p> <p>On a noté peu d'amélioration durant la période d'étude pour ce qui est des résultats associés à l'échelle des symptômes émotionnels pour les enfants réfugiés bénéficiant des séances de thérapie directe.</p> <p>Au départ, 15 (32 %) des enfants réfugiés, 4 (9 %) des enfants de minorité ethnique et 9 (19 %) des enfants blancs répondaient aux critères formant un cas. Lors du suivi, 11 (23 %) des enfants réfugiés, 2 (4 %) des enfants de minorité ethnique et 10 (21 %) des enfants blancs répondaient à ces mêmes critères. Notons la différence marquée au départ entre les enfants réfugiés et les autres, ce qui a changé lors du suivi. (On a défini les critères formant un cas comme étant la combinaison des symptômes élevés [score ≥ 14 au questionnaire] et des scores ayant une incidence élevée [≥ 2].)</p>
Outils, mécanismes et stratégies de l'action intersectorielle	<p>Mise en œuvre: aucune mention</p> <p>Instauration: mise sur pied d'une équipe de professionnels en santé mentale</p>
Déterminant social de la santé	Services de santé
Parcours d'intervention	En aval
Approche en santé des populations pour l'équité en santé	Ciblée
Coûts	Aucune mention

Tableau 2: Caractéristiques des études sélectionnées

Auteurs	Findley et autres, 2006 ³⁸
Titre	« Community-based strategies to reduce childhood immunization disparities »
Méthodes	Modèle: cohorte Suivi: un an Période de la collecte des données: trois ans
Endroit	Pays: États-Unis Milieu: collectivité
Population	Échantillon: n = 1 502 enfants de 19 à 35 mois Caractéristiques: Revenu: faible revenu (zone de l'étude: nord de Manhattan, dont les quartiers de Harlem et de Washington Heights, qui sont parmi les plus défavorisés de la ville de New York voire même du pays, avec presque les deux tiers des familles vivant d'un revenu de 200 % inférieur au seuil de pauvreté et le tiers recevant un supplément de revenu). Race ou appartenance ethnique: Afro-Américains (n = 281), Latino-Américains (n = 1 221). Deux résidents sur cinq (40 %) dans ces tranches de la population sont nés à l'extérieur du pays, la majorité en République dominicaine mais certains en Afrique occidentale ou en Amérique latine.
Action intersectorielle	Période: de 1999 à 2004 Secteurs: santé publique, soins de santé primaires, universitaires, organismes non gouvernementaux (services sociaux, organismes d'appui au logement) Type de relations entre les secteurs: intégration Activités et relations: le programme a été conçu, instauré et chapeauté par une coalition de grande envergure; des activités ont été incorporées à des programmes en cours dans des organismes communautaires; le personnel chargé de la sensibilisation et du soutien en matière de vaccination a été formé. Rôle de la santé publique: membre de la coalition responsable de la conception, de l'instauration et de la direction de l'intervention Responsables de la santé publique engagés dans le processus: membres du personnel universitaire en santé publique
Intervention	Le programme Start Right se voulait un programme de promotion de la vaccination axé sur la collectivité comprenant des volets de sensibilisation et de suivi des enfants de moins de 5 ans vivant dans le nord de Manhattan. Il a été conçu, instauré et chapeauté par une coalition formée de 23 organismes de la collectivité. Des séances de formation en santé, des rappels, du suivi et des incitatifs effectués quotidiennement dans le cadre du programme par les membres de la coalition.
Résultats	Le rétrécissement de l'écart a été mesuré, ceci en comparant les taux de couverture de la vaccination faite par les membres de la coalition pour les séries 4:3:1:3:3 (4-vaccin diphtérie-tétanos, 3-vaccin Salk inactivé, 1-vaccin antirougeoleux, antiourlien et antirubéoleux, 3- Haemophilus influenzae de type b, et 3-hépatite B) avec les taux notés en 2003 dans le cadre de l'Enquête nationale sur la vaccination. La couverture est passée de 46,0 % lors de l'inscription à 80,5 % au moment du suivi, ce qui s'apparentait aux taux rapportés pour l'ensemble des enfants (t = 0,87) et pour les enfants blancs (t = 1,99) du pays. Le taux de vaccination chez les Afro-Américains prenant part au programme (n = 281) s'établissait à 78,4 % [ET = 4,7], ce qui est plus élevé que celui de 73,3 % [ET = 3,3] (t = 2,90) pour l'ensemble de la population afro-américaine vivant au pays. Chez les participants latino-américains (n = 1 122), le taux de vaccination était également supérieur, s'établissant à 83,7 % [ET = 4,9] alors que celui de l'ensemble de cette population était de 77,0 % [ET = 2,1], t = 2,32) au pays et de 73,7 % [ET = 9,5 %], t = 3,75) à l'échelle locale. En incorporant les activités de promotion de la vaccination dans les programmes de vaccination déjà en cours dans la collectivité, on a réussi à éliminer les écarts dans les taux de vaccination. Les programmes les plus efficaces étaient ceux ayant un lien direct avec les réseaux de soins de santé ciblant les jeunes enfants.

Tableau 2: Caractéristiques des études sélectionnées

Analyses des sous-groupes	L'âge au moment de l'inscription et le sexe n'ont eu aucun effet significatif sur la situation de l'immunisation. Âge au moment de l'inscription (jours): risque relatif rapproché ajusté (RRRA) = 1,10, IC [1,1] Sexe: (homme, femme) RRRA = 1,10, IC [0,87, 1,39] Ethnie: (Latino-Américains, autre) RRRA = 1,56, IC [1,14, 2,13]
Outils, mécanismes et stratégies de l'action intersectorielle	Mise en œuvre: faisait suite à une épidémie, on a rapporté de faibles taux de vaccination et des inégalités; (2) deux ans de planification et d'essais pilotes; mise en œuvre à la lumière de programmes et de structures en place; constitution d'une coalition ont été rapportés dans des rapports rédigés en temps réel Instauration : responsabilité commune des partenaires; prise en charge du programme d'une manière collective
Déterminant social de la santé	Services de santé
Parcours d'intervention	En aval
Approche en santé des populations pour l'équité en santé	Ciblée
Coûts	Aucune mention

Tableau 2: Caractéristiques des études sélectionnées

Auteur	Freeman et autres, 2001 ³⁴
Titre	« Addressing children's oral health inequalities in Northern Ireland: a research-practice-community partnership initiative »
Méthodes	Modèle: essai clinique contrôlé Suivi: (1) un an Période de collecte des données: deux ans
Endroit	Pays: Royaume-Uni (Irlande du Nord) Milieu: scolaire
Population	Échantillon: n = 364 élèves admissibles de 16 écoles (8 en milieu rural et 8 en milieu urbain) Première année: (intervention : n = 118 élèves; groupe témoin : n = 120 élèves) Seconde année: (intervention : n = 99 élèves; groupe témoin : n = 102 élèves) Caractéristiques: Âge: 9 ans au début du projet Autre: région défavorisée sur le plan socio-économique (SSE)
Action intersectorielle	Période: aucune mention Secteurs: santé publique, éducation, soins de santé primaires (soins spécialisés: visite au service d'ophtalmologie) Type de relations entre les secteurs: coordination Activités et relation : politique élaborée par une équipe (diététistes, conseillers en alimentation scolaire, enseignants, promoteurs de la santé et fournisseurs de lait locaux pour l'école). Des travailleurs communautaires ont entamé des discussions puis élaboré une stratégie avec les parents, les enseignants et les gouverneurs. Le bureau de la recherche et du développement du ministère de la Santé du Royaume-Uni a octroyé les fonds nécessaires à l'évaluation. Rôle de la santé publique: membres de l'équipe d'élaboration de la politique Responsables de la santé publique engagés dans le processus: promoteur de la santé, diététistes, travailleurs communautaires
Interventions	Politique Boost Better Breaks: chacune des écoles participantes et des classes de maternelle devaient mettre en place une politique écrite approuvée par le conseil des gouverneurs par laquelle seule la consommation de lait ou d'un fruit était permise à l'heure de la récréation. Les responsables des écoles devaient interdire la vente d'aliments à haute teneur en gras ou en sucre à l'intérieur des murs de l'école, et les enseignants devaient convenir de ne pas récompenser leurs élèves à l'aide de bonbons. Groupe témoin: aucune politique écrite
Résultats	Le groupe d'intervention (de faible SSE) affichait un indice CAOD (indice du nombre de dents cariées, absentes ou obturées) moyen de 1,58, IC [1,28, 1,89] comparativement à l'indice moyen de 0,065, IC [0,38, 0,93] pour le groupe témoin (de SEE élevé). L'indice CAOD du groupe visé par l'intervention (n = 99) est passé de 1,13, IC [0,85, 1,40] durant la première année à 1,58, IC [1,28, 1,89] durant la seconde année. On a noté une augmentation du nombre de dents permanentes obturées chez les élèves du groupe visé par l'intervention : la moyenne était de 0,49, IC [0,20, 0,77] durant la première année comparativement à 1,05, IC [0,69, 1,14] durant la seconde année. Le programme a eu un effet positif pour ce qui est d'accroître la moyenne du nombre d'enfants sans carie chez les élèves fréquentant une école dans les zones où les conditions socio-économiques sont misérables.

Tableau 2: Caractéristiques des études sélectionnées

Analyses des sous-groupes	Aucune
Outils, mécanismes et stratégies de l'action intersectorielle	<p>Mise en marche: la politique sur la récréation appelée Boost Better Breaks reposait sur la conviction que le recours au processus de développement de la collectivité pour entamer des discussions sur une politique de collations durant la récréation au sein même du cadre scolaire favoriserait l'autonomie des enfants à « faire d'un choix sain, un choix facile ». La politique a été mise en œuvre par Une équipe de diététistes, de conseillers en alimentation scolaire, d'enseignants, de promoteurs de la santé et de fournisseurs de lait locaux pour l'école.</p> <p>Instauration: comité plurisectoriel responsable de l'élaboration de la politique</p>
Déterminants sociaux de la santé	Milieux social et physique
Parcours d'intervention	Intermédiaire
Approche en santé des populations pour l'équité en santé	Ciblée
Coûts	Aucune mention

Tableau 2: Caractéristiques des études sélectionnées

Auteurs	Hollar et autres, 2010 ³⁶
Titre	« Effective multi-level, multi-sector, school-based obesity prevention programming improves weight, blood pressure, and academic performance, especially among low-income, minority children »
Méthodes	Modèle : essai clinique contrôlé Suivi: automne 2004, printemps 2005, automne 2005, printemps 2006 Période de la collecte des données: deux ans
Endroit	Pays: États-Unis Milieu: scolaire
Population	Échantillon: 4 écoles visées par l'intervention (n = 3 032 élèves), 1 école témoin (n = 737 élèves) Sous-échantillon du programme des déjeuners gratuits ou à prix réduit: n = 1.197 Caractéristiques: Âge: moyenne de 8 ans, fourchette de 4 à 13 ans Rapport filles-garçons: 51 % de filles, 49 % de garçons Race ou appartenance ethnique: 50,2 % d'Hispaniques, 33,4% de Blancs, 8,0% de Noirs, 8,4% d'autres (pluriethniques, Asiatiques, Amérindiens)
Action intersectorielle	Période: de 2004 à 2006 Secteurs: universitaires, éducation (administration et cafétéria d'école), services d'alimentation du district, comité de promotion du mieux-être, Food and Nutrition Service du Department of Agriculture américain et médias (p. ex. revue) Types de relations entre les secteurs: coopération, coordination Activités et relations: aucune mention Rôle de la santé publique: aucune mention Personnes de la santé publique engagées dans le processus: diététiste, membres du comité de promotion du mieux-être du district
Interventions	Healthier Options for Public Schoolchildren (HOPS) – OrganWise Guys (OWG): programme de prévention de l'obésité dans des écoles primaires visant à maintenir un poids santé normal chez les enfants et à améliorer leur état de santé et leur rendement scolaire. Les volets du programme incluait une modification de l'offre alimentaire, des programmes d'éducation sur la nutrition et l'ajout d'activités physiques. Déjeuner gratuit ou à prix réduit offert aux élèves de familles à faible revenu.
Résultats	Au cours de la première année, le percentile de l'indice de masse corporelle (IMC) a diminué davantage chez les enfants du groupe visé par l'intervention que chez les enfants du groupe témoin. La différence de l'amélioration des percentiles de l'IMC entre les deux groupes a atteint une signification statistique durant la seconde année (p = 0,007). On a observé une élévation considérable de la tension artérielle systolique moyenne des filles du groupe témoin (de 98,37 à 101,44 mm Hg) (p < 0,001) et un résultat semblable chez les garçons des deux groupes au cours de l'été (de 100,83 à 101,94 mm Hg dans le groupe visé par l'intervention et de 99,28 à 101,93 mm Hg dans le groupe témoin) (p < 0,0001). On a également noté une hausse de la tension artérielle diastolique tant chez les garçons que chez les filles des deux groupes durant l'été (p < 0,0001).

Tableau 2: Caractéristiques des études sélectionnées

Analyses des sous-groupes	<p>Pour le sous-échantillon d'enfants recevant un déjeuner gratuit ou à prix réduit, on a vu l'IMC moyen (en termes d'écart réduit) passer de 0,61 (écart type [ET] = 1,19) au départ à 0,71 (ET = 1,09) au moment de la dernière mesure pour le groupe visé par l'intervention, et de 0,98 (ET = 0,88) au départ à 1,05 (ET = 0,85) au moment de la dernière mesure pour le groupe témoin ($p = 0,0013$).</p> <p>Pour ce même sous-échantillon, le poids moyen (en termes d'écart réduit) est passé de 0,61 (ET = 1,14) au départ à 0,65 (ET = 1,12) au moment de la dernière mesure pour le groupe visé par l'intervention, et de 0,90 (ET = 0,98) au départ à 0,95 (ET = 1,00) au moment de la dernière mesure pour le groupe témoin ($p = 0,011$).</p> <p>Les enfants hispaniques et blancs des écoles du groupe visé par l'intervention étaient plus susceptibles d'obtenir de meilleures notes en mathématiques au Comprehensive Achievement Test (test de connaissances exhaustif) de la Floride que leurs pairs des écoles témoins ($p < 0,001$).</p>
Outils, mécanismes et stratégies de l'action intersectorielle	<p>Mise en œuvre: aucune mention</p> <p>Instauration: aucune mention</p>
Déterminants sociaux de la santé	Milieu physique et social, sécurité alimentaire
Parcours d'intervention	Intermédiaire
Approche en santé des populations pour l'équité en santé	Mixte
Coûts	Aucune mention

Tableau 2: Caractéristiques des études sélectionnées

Auteur	Macnab et autres, 2008 ⁴⁷
Titre	« 3-year results of a collaborative school-based oral health program in a remote First Nations community »
Méthodes	Modèle: cohorte Suivi: (3) trois ans Période de collecte des données: 3
Endroit	Pays: Canada Milieu: scolaire
Population	Échantillon: n = 58 enfants inscrits, dont 26 enfants bénéficiant d'une intervention complète Caractéristiques: Âge: de la maternelle à la 10 ^e année au début, puis jusqu'à la 12 ^e année par la suite Race ou appartenance ethnique: autochtone
Action intersectorielle	Période: aucune mention Secteurs: santé publique, soins de santé primaires, universitaires, éducation, organismes non gouvernementaux Type de relations entre les secteurs: coordination Activités et relations: mis en branle par les responsables du programme de résidents en pédiatrie de l'Université de la Colombie-Britannique (UBC); une rencontre avec les Aînés de la collectivité et le personnel en santé communautaire a permis de déterminer le problème de santé; l'option de l'intervention en milieu scolaire a été choisie, puis les directeurs d'écoles et les enseignants ont participé à la conception du programme; l'équipe de la UBC a mené l'intervention, en travaillant de concert avec les infirmières et les responsables des écoles et du conseil de bande afin d'assurer la bonne marche du programme. Rôle de la santé publique: participation à la rencontre où l'on a déterminé le problème de santé Personne de la santé publique engagée dans le processus: infirmière en santé publique
Intervention	Il s'agissait d'un programme scolaire destiné à améliorer les connaissances et les habitudes en matière de santé buccodentaire dans le cadre duquel les enfants devaient, à l'école, se brosser les dents, utiliser un rince-bouche au fluorure et se faire un traitement de vernis dentaire. Les résidents en pédiatrie ont également donné des consignes de prévention en santé buccodentaire lors de visites pour le bilan de santé à 18 mois et du jeune enfant de même que lors de présentations faites en salle de classe sur une foule de questions de santé, dont la santé buccodentaire.
Résultats	Avant l'intervention, 8 % des enfants n'avaient pas de caries (selon une évaluation de 45 % des 58 enfants). Après le programme de trois ans, 32 % des enfants n'avaient pas de caries. Chez les 13 enfants évalués avant et après l'intervention, l'indice caof/CAOF (dentition lactéale/dentition permanente) montrait une amélioration significative ($p < 0,005$). L'indice CAOF est l'indice de surfaces de dents cariées, absentes ou obturées. L'hygiéniste à domicile a noté une meilleure connaissance au sujet de la santé buccodentaire. La population a pu constater une amélioration significative et a évalué positivement le programme.
Analyses des sous-groupes	Aucune
Outils, mécanismes et stratégies de l'action intersectorielle	Mise en oeuvre: rencontre afin de déterminer le problème de santé, la mesure appropriée et la conception du programme Instauration: Aucune mention
Déterminant social de la santé	Services de santé
Parcours d'intervention	En aval
Approche en santé des populations pour l'équité en santé	Ciblée
Coûts	Aucune mention

Tableau 2: Caractéristiques des études sélectionnées

Auteur	Jackson et autres, 2011 ³⁷
Titre	« Reduced acute hospitalization with the healthy housing programme »
Méthodes	Modèle: analyse de séries chronologiques interrompues Suivi: 2,3 ans Période de la collecte des données: 10 ans
Endroit	Pays: Nouvelle-Zélande Milieu: collectivité, district
Population	Échantillon: n = 9 736 résidents dans 3 410 ménages Caractéristiques: Âge: 0-4 ans, 24,75 %; 5-34 ans, 50,6 %; 35 ans et plus, 24,5 %
Action intersectorielle	Période: de juillet 1999 à janvier 2009 Secteurs: santé publique, logement Type de relations entre les secteurs: intégration Activités et relations : initiative conjointe entre la société de logement et le conseil sanitaire; évaluation menée par le coordonnateur du logement pour la région et l'infirmière en santé publique. Rôle de la santé publique: codirection de l'initiative conjointe, membre de l'équipe d'évaluation Responsables de la santé publique engagés dans le processus : infirmière en santé publique
Intervention	Le programme de logements salubres, une initiative conjointe entre la société de logement et le conseil sanitaire des comtés de Manukau, d'Auckland, de Hutt Valley et de Northland de la Nouvelle-Zélande, portait sur trois volets: la santé, le logement et l'aspect social. L'étude avait pour objectif d'évaluer l'effet des mesures suivantes: modifications au logement pour réduire le surpeuplement; améliorations à l'isolation et au système d'aération; évaluations et aiguillages par les services sociaux et de santé et arrangements pour l'admission en raison d'un état de santé aigu à l'hôpital.
Résultats	Le taux d'hospitalisation des jeunes âgés de 5 à 34 ans avait chuté après l'intervention comparativement au début (ratio de risque [RR] 0,77, intervalle de confiance [IC] [0,70, 0,85]). Chez les enfants de quatre ans et moins, le RR s'établissait à 0,89, IC [0,79, 0,99]. Chez les adultes de 35 ans et plus, on n'a noté aucun changement significatif. Le nombre d'admissions évitables en raison d'un facteur lié au logement avait lui aussi diminué, le RR s'établissant à 0,88, IC [0,74, 1,05] chez les enfants de 4 ans et moins, à 0,73, IC [0,58, 0,91] pour les jeunes de 5 à 34 ans, et à 1,31, IC [1,09, 1,56] pour les adultes âgés de 35 ans et plus.
Analyses des sous-groupes	Aucune
Outils, mécanismes et stratégies de l'action intersectorielle	Mise en œuvre: aucune mention Instauration: aucune mention
Déterminant social de la santé	Logement
Parcours d'intervention	Intermédiaire
Approche en santé des populations pour l'équité en santé	Ciblée
Coûts	Aucune mention

Tableau 2: Caractéristiques des études sélectionnées

Auteur	Melvin 2006 ⁴⁴
Titre	« A collaborative community-based oral care program for school-age children »
Méthodes	Modèle: cohorte Suivi: immédiatement après l'intervention Période de la collecte des données : quatre ans
Endroit	Pays: États-Unis Milieu: scolaire
Population	Échantillon: enfants de trois districts scolaires, première année (n = 1 144), deuxième année (n = 353), troisième année (n = 635) Caractéristiques: Âge: âge scolaire (de la 1 ^{re} à la 6 ^e année) Autres critères: faible revenu, réfugiés
Action intersectorielle	Période: de 2001 à 2005 Secteurs: santé publique, soins de santé primaires, éducation, universitaires (faculté des sciences infirmières) Types de relations entre les secteurs: coordination, intégration Activités et relation : une infirmière spécialisée dans le secteur communautaire a soumis le problème à la faculté des sciences infirmières de l'université et au ministère de la santé du Vermont; un comité d'accès aux soins dentaires a été créé; le ministère de la Santé et l'hôpital local ont financé la réalisation du programme; un hygiéniste dentaire a effectué un examen visuel et a fait les arrangements nécessaires pour les consultations chez un dentiste. Rôle de la santé publique: membres du comité d'accès aux soins dentaires Personnes de la santé publique engagées dans le processus : infirmière de la santé publique, cadres supérieurs et de direction
Interventions	Le programme Tooth Tutor, qui s'adressait aux enfants de la 1 ^{re} à la 6 ^e année, avait plus particulièrement comme objectifs le dépistage des enfants ne bénéficiant pas de « soins dentaires » et l'augmentation du nombre d'enfants recevant des services de soins courants et de soins préventifs dans un cabinet dentaire. Les hygiénistes dentaires présents dans les écoles ont identifié les enfants nécessitant des services (à l'aide d'un dépistage visuel) puis ont fixé les rendez-vous avec des dentistes communautaires afin d'assurer la prestation de soins de prévention, de restauration et d'urgence. La composante en salle de classe comprenait des présentations annuelles.
Résultats	Phase 1 (première et deuxième années): En septembre 2001 (première année), 59 % des enfants des trois écoles recevaient des soins dentaires, et en juin 2002, ce pourcentage s'élevait à 78 %. En septembre 2002 (deuxième année), 51 % des enfants recevaient des soins dentaires, puis en juin 2003, cette proportion avait atteint 87 %. Le programme a desservi 1 144 enfants la première année et 353 enfants la deuxième année. Durant la première année, 75 enfants (soit 52 % du groupe cible) recevaient des soins préventifs et 32 (soit 22 %) recevaient des soins de restauration. Dans la deuxième année, 212 enfants (60 %) recevaient des soins préventifs et 39 (11 %) recevaient des soins de restauration. Phase 2 (troisième et quatrième années) : En juin 2004, un total de 635 élèves avaient consulté un dentiste communautaire. Ces enfants ont reçu des services, tels que des nettoyages, l'application de résine de scellement, des traitements au fluorure, des radiographies, l'installation de couronnes, l'extraction et la chirurgie buccale et maxillo-faciale. À l'automne 2004, on a ouvert une clinique dentaire dans l'une des trois écoles du programme afin de fournir des services sur place. Au cours de cette même année, 212 élèves sont passés à la clinique. Les soins fournis lors de la phase 2 se divisent comme suit: services de prévention ou de diagnostic – 54 % et services de restauration – 46 %. La recrudescence des besoins en services de restauration au cours des troisième et quatrième années est attribuable à l'immigration ininterrompue d'enfants réfugiés nécessitant des soins dentaires majeurs. L'arrivée continue de nouveaux enfants dans le district scolaire pourrait également expliquer cette croissance.

Tableau 2: Caractéristiques des études sélectionnées

Analyses des sous-groupes	Aucune
Outils, mécanismes et stratégies de l'action intersectorielle	Mise en œuvre: champion, comité plurisectoriel Instauration: comité plurisectoriel, financement
Déterminants sociaux de la santé	Services de santé, milieux social et physique
Parcours d'intervention	En aval
Approche en santé des populations pour l'équité en santé	Mixte
Coûts	70\$ USD par enfant desservi

Tableau 2: Caractéristiques des études sélectionnées

Auteurs	Metzel et autres ⁴⁹
Titre	« State-level interagency agreements for supported employment of people with disabilities »
Méthodes	Modèle: description qualitative Période de la collecte des données: de mai 1999 à janvier 2000
Endroit	Pays: États-Unis Milieu: à l'échelle étatique
Population	Échantillon: Revue documentaire: ententes dans six états américains, études centrées sur la maladie mentale [n = 2], sur les déficiences les plus graves [n = 2], sur les déficiences développementales [n = 1], et sur la transition [n = 1]. Nombre d'organismes partenaires : deux (n = 4), quatre plus deux organismes invités (n = 1) ou sept (n = 1) Entrevues avec les principaux informateurs: n = 20
Action intersectorielle	Période: aucune mention Secteurs: santé publique (ministère responsable de la santé mentale), éducation, emploi et main-d'œuvre Types de relations entre les secteurs: coopération, coordination Activités et relations: ententes inter-agences écrites élaborées dans un langage mobilisateur et énonçant les rôles et responsabilités des partenaires Rôle de la santé publique: aucune mention Personnes de la santé publique engagées dans le processus: cadres intermédiaires
Interventions	L'étude portait sur six ententes inter-agences conclues pour soutenir les emplois protégés. Elle visait à examiner le contexte et les facteurs de réussite dont il fallait tenir compte pour accroître le nombre de personnes occupant un emploi protégé. Afin de déterminer l'incidence desdites ententes prévoyant l'unification des efforts en matière d'emploi protégé, les chercheurs ont posé les questions suivantes: 1. Que faut-il prévoir pour élaborer une entente inter-agences qui ait le potentiel de se révéler fructueuse en ce qui concerne l'embauche protégée? 2. Que faut-il prévoir pour mettre en œuvre une entente inter-agences susceptible d'être fructueuse? 3. Quels sont les effets positifs observés des ententes inter-agences en matière d'emploi protégé?
Résultats	Augmentation du nombre d'emplois protégés: on a réussi dans cinq états à augmenter l'embauche de personnes ayant une déficience. Une hausse annuelle des emplois protégés de 25 % entre 1994 et 1999 a été observée. En 1997, une augmentation de 30 % a même été constatée. Quelque 200 à 300 jeunes ont bénéficié de services d'évaluation professionnelle et de placement cette année-là. Entre 1995 et 1996 toutefois, la hausse s'est chiffrée à 14 %. Des représentants de trois états ont également signalé une plus grande visibilité en matière d'emploi protégé. Intensification de la coordination et de la collaboration: des représentants de trois états ont souligné l'intensification de la coordination et de la coopération (p. ex. modification des processus, changements aux systèmes et coordination des budgets).
Analyses des sous-groupes	Aucune
Outils, mécanismes et stratégies de l'action intersectorielle	Mise en œuvre: loi énonçant l'obligation d'utiliser la coopération et la coordination inter-agences à l'échelle étatique; financement, respect des mandats statutaires, avenant formel concernant l'emploi protégé, énoncés de mission ou de vision. Instauration : ententes inter-agences écrites, comprenant des ententes énonçant les tranches de population ciblées, les engagements relatifs aux ressources, les rôles et responsabilités des partenaires et les résultats escomptés; thèmes autour d'une collaboration fructueuse tournant autour des champions, des bons rapports de travail entre les agences et les membres des équipes, d'un langage commun et de réunions périodiques et fréquentes.
Déterminant social de la santé	Emploi
Parcours d'intervention	En amont
Approche en santé des populations pour l'équité en santé	Ciblée
Coûts	Aucune mention

Tableau 2: Caractéristiques des études sélectionnées

Auteurs	Pechter et autres, 2009 ⁴²
Titre	« Reducing hazardous cleaning product use: a collaborative effort »
Méthodes	Modèle: étude de cas Suivi: aucune mention Période de collecte des données: (1) un an
Endroit	Pays: États-Unis Milieu: cadre de travail
Population	Échantillon: n = 140 travailleurs Caractéristiques: travailleurs à faible revenu, travailleurs immigrants
Action intersectorielle	Période: 2005 Secteurs: santé publique, emploi et main-d'œuvre (syndicat), organisme non gouvernemental (ONG) (Massachusetts Coalition for Occupational Safety and Health) Type de relations entre les secteurs: coordination Activités et relations: syndicat réagissant aux préoccupations des travailleurs. L'ONG a élaboré le sondage et a participé à la surveillance des produits de nettoyage utilisés. À l'invitation de la Coalition, les responsables du programme de surveillance médicale au travail du ministère de la Santé publique du Massachusetts ont fourni des renseignements techniques sur les effets pour la santé et sur les mesures préventives. Rôle de la santé publique: traduction des données relevées lors de la surveillance en recommandations pratiques concernant les changements à effectuer immédiatement. Personne de la santé publique engagée dans le processus: aucune mention
Intervention	Un projet pluriannuel dirigé par les travailleurs immigrants des services de nettoyage avec l'aide de leur syndicat, soit la section locale 615 du Service Employees International Union, de même qu'avec l'appui de la Massachusetts Coalition for Occupational Safety and Health pour éliminer l'exposition aux produits chimiques dangereux.
Résultats	Élaboration d'une politique organisationnelle favorisant l'élimination de la plupart des produits chimiques dangereux, la réduction de la quantité totale de produits de nettoyage utilisés, l'interdiction de mélanger les produits et l'amélioration du contenu de la formation en matière de sécurité.
Analyses des sous-groupes	Aucune
Outils, mécanismes et stratégies de l'action intersectorielle	Mise en œuvre: direction par le syndicat, démarche participative Instauration: personnel, sondage, rapports
Déterminants sociaux de la santé	Emploi et conditions d'emploi
Parcours d'intervention	Intermédiaire
Approche en santé des populations pour l'équité en santé	Ciblée
Coûts	Aucune mention

Tableau 2: Caractéristiques des études sélectionnées

Auteurs	Peifer et Perez, 2011 ⁴⁵
Titre	« Effectiveness of a coordinated community effort to promote early literacy behaviors »
Méthodes	Modèle: analyse de séries chronologiques interrompues Suivi: deux ans Période de collecte des données: (2) deux ans
Endroit	Pays: États-Unis Milieu: collectivité
Population	Échantillon: intervention auprès d'environ 1 500 familles; sondages menés auprès de deux échantillons distincts, le premier en 2001 (n = 300 parents) et le second en 2003 (n = 216 parents) Caractéristiques: Revenu annuel: premier sondage – 47,7 % avaient un revenu inférieur à 15 000\$ USD, 48,1% un revenu supérieur à 15 000\$ USD mais inférieur à 30 000\$ USD, 4,1% un revenu supérieur à 30 000\$ USD mais inférieur à 50 000\$ USD; second sondage (après l'intervention) – 25,5% avaient un revenu inférieur à 15 000\$ USD, 43,0% un revenu supérieur à 15 000\$ USD mais inférieur à 30 000\$ USD, 31,5% un revenu supérieur à 30 000 \$ USD mais inférieur à 50 000\$ USD; Race ou appartenance ethnique : premier sondage – 82,6% d'Hispaniques; second sondage – 69,4% d'Hispaniques Scolarité sans que soit achevé un programme d'études secondaires : premier sondage – 83 (32,2%), second sondage – 84 (38,9%)
Action intersectorielle	Période: lancement des interventions en 1998; données colligées en 2001 et en 2003 Secteurs: santé publique, soins de santé primaires, organismes non gouvernementaux, bibliothèques publiques Type de relations entre les secteurs: coopération Activités et relations: quatre programmes communautaires distincts; coordination quant à la réalisation et à l'évaluation de l'intervention (qui consistait à donner l'accès aux livres à la population cible); les interventions s'inscrivaient dans les programmes en cours (visites à domicile, visites en clinique, garderies) et prévoyaient un partenariat avec le réseau des bibliothèques publiques. Rôle de la santé publique: participation à l'équipe chargée de mettre en œuvre l'intervention Responsables de la santé publique engagés dans le processus : infirmière en santé publique
Intervention	Quatre projets coordonnés: la Prenatal to Three Initiative (initiative ciblant la période avant l'accouchement jusqu'à l'âge de trois ans), le programme Raising a Reader (programme de lecture pour les enfants), le programme Reach Out and Read (programme de lecture par lequel on passe par le médecin de famille qui recommande la lecture comme traitement), la FIRST 5 Commission de la Californie. Les quatre programmes avaient des éléments en commun, plus particulièrement des programmes de distribution de livres par l'entremise de cliniques, de garderies et de visites à domicile. L'idée était de transmettre le message que la lecture aux bébés et aux jeunes enfants et l'accès aux services des bibliothèques publiques sont profitables.
Résultats	La comparaison des données entre les deux échantillons a permis de constater les changements suivants (données rapportées sous forme de rapport entre deux proportions [en %], soit un ratio 2003/2001): » hausse de 77% des parents déclarant avoir montré des livres à leur enfant au quotidien » croissance de 61,44% des parents faisant la lecture de livres à haute voix à leur enfant au quotidien » augmentation de 89,29% des parents jouant avec leur enfant » hausse 52,96 <% des parents dessinant avec leur enfant

Tableau 2: Caractéristiques des études sélectionnées

Analyses des sous-groupes	Aucune
Outils, mécanismes et stratégies de l'action intersectorielle	Mise en œuvre: s'inspirer des programmes existants et renforcer les relations existantes; financement Instauration: aucune mention
Déterminant social de la santé	Développement du jeune enfant
Parcours d'intervention	Intermédiaire
Approche en santé des populations pour l'équité en santé	Ciblée
Coûts	Aucune mention

Tableau 2: Caractéristiques des études sélectionnées

Auteurs	Sherring et autres, 2010 ⁴¹
Titre	« A working reality: evaluating enhanced intersectoral links in supported employment for people with psychiatric disabilities »
Méthodes	Modèle: cohorte Suivi: 2 ans Période de collecte des données : (2) deux ans
Endroit	Pays: Australie Milieu: ensemble de la région et collectivités urbaines, régionales, rurales et éloignées
Population	Échantillon n = 43 personnes vivant avec une maladie mentale Caractéristiques: Âge: moyenne de 27,8 ans, écart-type [ET] = 5,9, étendue de 19 à 39 Rapport hommes-femmes: 79% d'hommes (n = 34), 21% de femmes (n = 9) Niveau de scolarité: 46,5% ont fait des études secondaires (n = 20), 7% détiennent un baccalauréat (n = 3) Autre critère: programme ciblant les jeunes durant les 5 premières années de la maladie
Action intersectorielle	Période: de septembre 2006 à septembre 2008 Secteurs: santé publique, soins de santé primaires, emploi et main-d'œuvre Type de relations entre les secteurs: échange d'information, intégration Activités et relations: Un ergothérapeute et un spécialiste en emploi ont été affectés au programme. L'approche intersectorielle a consisté à intégrer des ergothérapeutes dans les services de santé mentale et de placement. Le personnel participant a donné un accord de principe et établi un processus de communication officiel. Le ministère de l'Éducation, de l'Emploi et des Relations de travail a financé le programme. L'ergothérapeute, qui avait évalué les besoins personnels, avait la responsabilité de la mise en œuvre et a aidé à obtenir des services de placement et de soutien clinique. Le spécialiste en emploi s'est chargé de toutes les activités liées à la recherche d'emploi. Rôle de la santé publique: prestation de services de santé mentale, évaluation du programme Responsables de la santé publique engagés dans le processus: promoteur de la santé
Intervention	Projet pilote du programme VETE (Vocational Education, Training and Employment): en appui au programme d'emploi dans le cadre duquel une équipe œuvrant en santé mentale dans le milieu communautaire et trois services de placement ont forgé des liens officiels afin d'évaluer l'application de programmes d'emploi fondés sur des données probantes dans le contexte australien.
Résultats	Les personnes participantes qui occupaient un emploi durant l'année précédant le programme VETE ont occupé un emploi durant une plus longue partie de la période de participation totale (moyenne de 64,4 %, ET = 28,3) que celles qui n'occupaient pas un emploi avant de participer au programme (moyenne de 36,6 %, ET = 27,6) (fd = 31, t = 2.858, p < .01). La durée de l'emploi était directement corrélée au taux de rémunération horaire (r = 0,499, p < 0,01), mais pas à l'âge, au score de départ sur l'échelle abrégée d'appréciation psychiatrique (BPRS), à la durée de la maladie ou au nombre d'heures moyen de la semaine de travail. Le score total obtenu au départ à l'aide de la BPRS était beaucoup plus bas chez les participants ayant décroché un emploi (moyenne de 34,2, ET = 6,9) que les autres (moyenne de 39,8, ET = 6,6) (fd = 41, t = 2,28, p < 0,05). Le score total sur l'échelle de l'auto-efficacité liée à l'emploi était beaucoup plus élevé chez les personnes ayant décroché un emploi (moyenne de 80,5, ET = 12,3) que les autres (moyenne de 68,7, ET = 11,46) (fd = 39, t = 2,68, p < 0,01). Aucune différence significative notée pour d'autres variables explicatives.

Tableau 2: Caractéristiques des études sélectionnées

Analyses des sous-groupes	Aucune
Outils, mécanismes et stratégies de l'action intersectorielle	Mise en œuvre: processus de communication à la fois officiels (révision des cas mensuelle, rencontres périodiques) et informels (téléphone et courriel) Rôles clairement définis dès les débuts du partenariat Instauration: personnel, financement, éducation, communication entre les secteurs, changement culturel
Déterminants sociaux de la santé	Emploi et conditions d'emploi
Parcours d'intervention	Intermédiaire
Approche en santé des populations pour l'équité en santé	Ciblée
Coûts	Aucune mention

Tableau 2: Caractéristiques des études sélectionnées

Auteurs	Smith et autres(2009) ³³
Titre	« Partners in health? A systematic review of the impact of organizational partnerships on public health outcomes in England between 1997 and 2008 »
Méthodes	Modèle: revue systématique Sources des données: 18 bases de données électroniques couvrant la recherche universitaire, les études menées par les gouvernements locaux et nationaux et la littérature grise comprise dans la documentation scientifique relativement aux domaines médical, des sciences sociales et économique (entre janvier 1997 et juin 2008); on a aussi fait une recherche dans les bibliographies incluses dans les textes trouvés.
Endroit	Pays: Angleterre
Échantillon	15 études associées à 6 interventions répondaient aux critères de la revue : inclusion de données concernant l'incidence des partenariats sur l'état de santé des populations (amélioration de la santé ou réduction des inégalités en santé) soit directement (p. ex. effets des partenariats ou des interventions sur l'état de santé déclaré par les personnes et découlant de partenariats) ou indirectement (p. ex. apparition de la question des inégalités en santé dans les discussions politiques).
Interventions	<ul style="list-style-type: none"> » Health Action Zones (HAZ) (zones d'action en santé) : projets locaux avec l'objectif d'établir des partenariats entre le National Health Service (NHS), le gouvernement local et d'autres secteurs pour attaquer les problèmes de santé et les inégalités en santé dans les collectivités les plus défavorisées du Royaume-Uni. Les projets visaient à influencer sur les déterminants sociaux et économiques (p. ex. services de soutien des prestations), à promouvoir un mode de vie sain (p. ex. services de désaccoutumance au tabac), à rendre les individus et les collectivités plus autonomes (p. ex. Stepping Out, un programme d'activités de loisirs et de sports pour les personnes ayant une déficience physique ou sensorielle) et à améliorer les services sociaux et de santé (p. ex. service d'aide intégré aux toxicomanes). On a lancé l'initiative HAZ en 1998 et on y a versé au total 320 millions de livres en trois ans. » Health Improvement Programmes (HImP) (programmes d'amélioration de la santé): dans le cadre de cette initiative, le NHS et des institutions publiques locales ont élaboré et mis en œuvre des plans d'action en 1999; l'initiative porte depuis 2001 le nom de Health Improvement and Modernisation Plans (plans de modernisation et d'amélioration de la santé). On expliquait dans les plans comment les organismes (à l'aide de personnes bénévoles et du secteur privé au besoin) avaient l'intention d'améliorer l'état de santé des populations locales et de réduire les inégalités en santé. Les HImP prévoyaient un plan triennal visant à déterminer les besoins locaux en matière de santé et à mettre en place les stratégies appropriées pour améliorer la santé et les services de soins de santé à l'échelon local. Ils prévoyaient également le recours aux partenariats pluri-agences entre le gouvernement local et les autorités sanitaires stratégiques. » New Deal for Communities (NDC) (nouveau pacte pour les collectivités): s'inscrit dans le cadre de la Neighbourhood Renewal Strategy (stratégie de renouvellement des quartiers) conçue pour réduire les inégalités sociales et sanitaires observées dans 39 des collectivités les plus défavorisées du Royaume-Uni. En partenariat avec les collectivités locales, le pacte avait pour objectif d'agir sur les problèmes de privation et de pauvreté endémiques en améliorant la situation en termes de logement, d'éducation, d'emploi et de santé. Les interventions se rattachaient principalement à la promotion de modes de vie sain, à l'amélioration des services, au perfectionnement professionnel des travailleurs en santé et à l'action auprès de la jeunesse. » Health Education Authority Integrated Purchasing Programme (programme d'achat intégré pour l'autorité d'éducation sanitaire): mis sur pied par l'autorité d'éducation sanitaire et en vigueur de 1996 à 1999. Il s'agissait de soutenir les partenariats entre les autorités locales, les groupes de soins de santé primaires et les autorités sanitaires pour améliorer la santé. On a lancé cinq projets pilotes qui reposaient tous sur un partenariat à l'échelle locale en vue d'agir sur les inégalités en santé. Parmi les autres composantes du programme, mentionnons un réseau d'échange pour la pratique, un programme de diffusion et d'apprentissage et une base de connaissances.

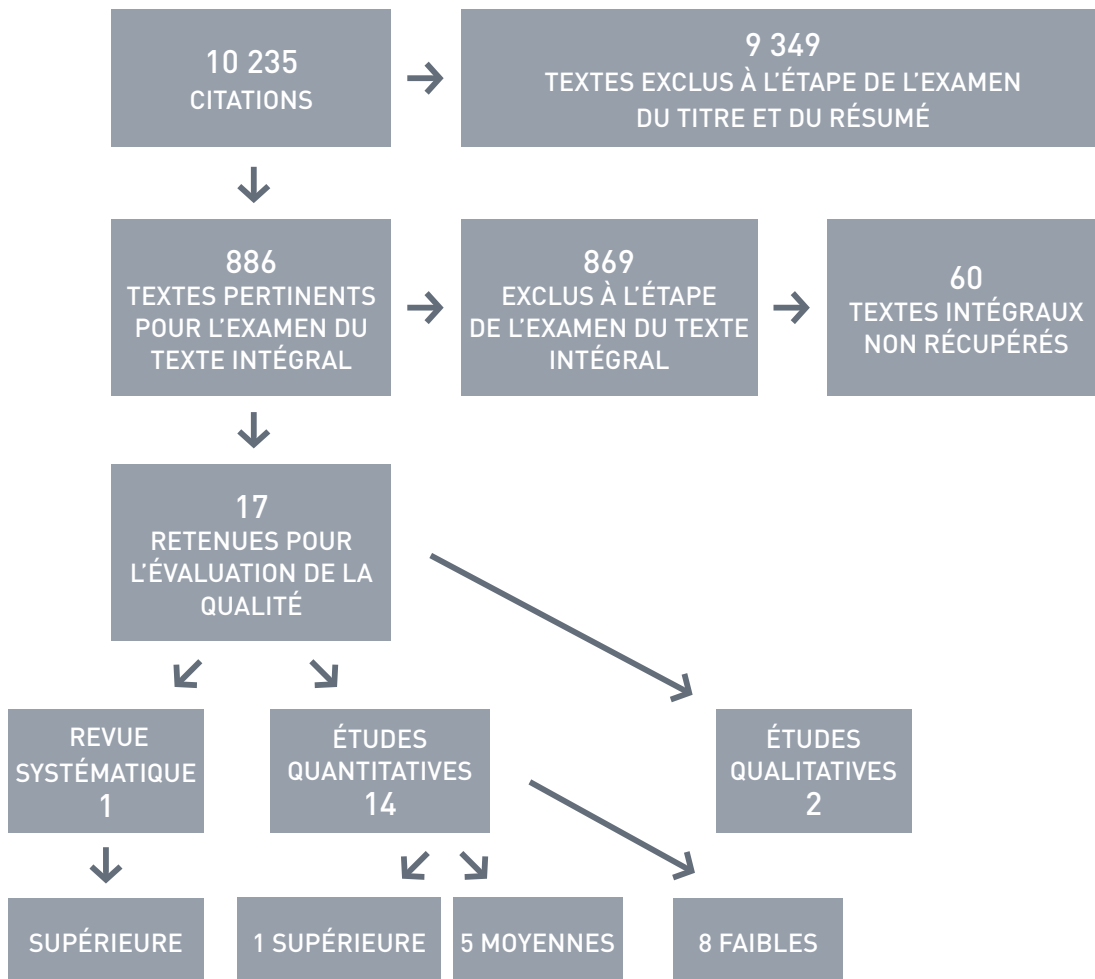
Tableau 2: Caractéristiques des études sélectionnées

	<ul style="list-style-type: none"> » Healthy Living Centres (HLC) (centres de promotion d'un mode de vie sain): mis sur pied en 1998 pour agir sur des déterminants plus larges associés aux inégalités en santé et pour améliorer la santé et le mieux-être à l'échelle locale. On a octroyé des fonds pour 352 projets communautaires ayant des portées différentes, allant de s'attaquer aux problèmes du service jusqu'à créer des activités liées au chômage, à la pauvreté et à l'exclusion sociale. Le travail en partenariat faisait partie intégrante des centres. Les projets tournaient autour de la santé, par exemple : les programmes de sensibilisation à l'activité physique en milieu rural; les programmes d'aide comme le Community Health Information Project, par lequel on offrait à des personnes d'une collectivité de la formation afin qu'elles jouent un rôle d'ambassadeur pour les centres; les services comme « bumps to babies », par lequel on offrait aux jeunes » familles des services de soins à domicile et de visites de sages-femmes. Même si certains centres étaient encore ouverts au moment de la revue systématique, on a constaté un manque de vision claire quant au financement, ce qui empêchait de connaître l'avenir des centres. » National Healthy School Standard (norme nationale sur les écoles saines): sous l'égide d'un partenariat forgé entre le ministère de la Santé, le ministère de l'Éducation et du Savoir-faire et l'agence de développement de la santé. Les trois objectifs étaient l'amélioration du rendement scolaire, la promotion de l'inclusion sociale et la contribution à la réduction des inégalités en santé.
Résultats	<p>Quatre des 15 études comprenaient un élément quantitatif et n'ont pas permis de dresser un bilan concluant sur les effets des partenariats.</p> <p>Les études qualitatives laissaient supposer que certains partenariats ont eu pour effet de faire ressortir les inégalités en santé dans les discussions politiques locales.</p> <p>Le modèle d'intervention reposant sur les partenariats et le modèle d'évaluation de ce genre d'intervention faisaient en sorte qu'il était difficile d'évaluer l'étendue dans laquelle on pouvait attribuer aux partenariats les effets observés.</p>
Déterminants sociaux de la santé	Les interventions portant sur un ensemble de déterminants de la santé tels que l'exclusion sociale, le revenu, l'emploi, le logement et la pauvreté
Approche en santé des populations pour l'équité en santé	Ciblée

Tableau 2: Caractéristiques des études sélectionnées

Auteurs	Wills et autres, 2010 ³⁵
Titre	« Improving school readiness with the Before School Check: early experience in Hawke's Bay »
Méthodes	Modèle: cohorte Suivi: un mois après l'intervention puis tous les mois pendant une période de 10 mois Période de collecte des données: (1) un an
Endroit	Pays: Nouvelle-Zélande Milieu: district de la santé (population principalement rurale)
Population	Échantillon: Tous les enfants d'âge préscolaire de la région de Hawke's Bay. En 2006, on a recensé dans cette région 34 101 enfants et environ 2 200 naissances, dont 56% de nouveau-nés classés dans le décile 8-10 de l'indice de privation de la Nouvelle-Zélande.
Action intersectorielle	Période: 2009 Secteurs: santé publique; soins de santé primaires et organismes non gouvernementaux (services sociaux) Type de relation entre les secteurs: coopération Activités et relations: Le Conseil de santé du district de Hawke's Bay a eu recours à un processus d'appel d'offres pour choisir le fournisseur qui serait chargé du programme (organisme de soins de santé primaires de Hawke's Bay). On a formé des groupes consultatifs cliniques (ayant une bonne représentation des secteurs de la santé, de l'éducation et des services sociaux). On leur a attribué une part importante de la réussite du programme (grâce à l'engagement et à la participation de parties concernées). Se sont chargés de la formation, le personnel de la santé publique, les fournisseurs de soins de santé primaires, des universitaires et des consultants. Le personnel de la santé publique et de la santé en général a fait la promotion du programme dans le cadre de ses activités quotidiennes. Le Conseil de santé du district de Hawke's Bay a effectué la cueillette des données et l'évaluation. Rôle de la santé publique: leadership auprès des autres parties concernées, formation sur le dépistage offerte aux infirmières, promotion intensive par le personnel dans le cadre de ses activités quotidiennes, création du groupe consultatif clinique Responsables de la santé publique engagés dans le processus: Infirmière en santé publique, gestionnaire du programme
Interventions	Before-School Check: programme de dépistage lié à la préparation à la fréquentation scolaire, comprenant les éléments suivants: questionnaire sur la santé de l'enfant; dépistage des troubles de la vue, de l'ouïe et de santé buccodentaire; mesure de la grandeur et du poids; évaluation du comportement (à l'aide notamment du questionnaire sur les points forts et sur les difficultés) et du développement (au moyen de l'évaluation parentale quant au stade de développement); éducation sanitaire et promotion de la santé; aiguillage au besoin.
Résultats	Au départ: données rapportées sous forme de graphique; contrôles et aiguillages estimés à moins de 10% Évaluation de l'incidence du programme: 1 848 contrôles (84% de la cohorte) effectués durant la période d'intervention de 10 mois; taux d'aiguillage maintenu à 50%
Analyses des sous-groupes	Quintile de revenu 1: taux de dépistage de 110% Quintile de revenu 2: taux de dépistage de 90% Quintile de revenu 3: taux de dépistage de 90% Quintile de revenu 4: taux de dépistage de 80% Quintile de revenu 5: taux de dépistage de 75%
Outils, mécanismes et stratégies de l'action intersectorielle	Mise en œuvre: compte tenu des programmes pilotes Instauration: groupe consultatif clinique, promotion des activités intégrée aux programmes en place
Déterminants sociaux de la santé	Développement du jeune enfant, services de santé
Parcours d'intervention	En aval
Approche en santé des populations pour l'équité en santé	Mixte
Coûts	Aucune mention

Figure 1 : Résultats de recherche



Annexe 1 : Stratégie de recherche

Il importe de souligner que la recherche dans les bases de données s'est effectuée en anglais seulement. C'est pourquoi les termes de recherche mentionnés sous chacune des bases de données sont en anglais.

MEDLINE-OVID

LE 5 JANVIER 2012

1. (multisectoral or multi-sectoral).tw.
2. (collaboration or collaborative).tw.
3. (cooperation or co-operation or cooperative or co-cooperative).tw.
4. cross-sectoral.tw.
5. (horizontal adj3 management).tw.
6. (horizontal management or horizontal organization).tw.
7. whole of government.tw.
8. joined up.tw.
9. (interministerial or inter-ministerial).tw.
10. (interagency or inter-agency).tw.
11. (integrated adj (health or healthcare)).tw.
12. (intersector* or inter-sector*).tw.
13. (interdepartmental or inter-departmental).tw.
14. or/1-13
15. *interprofessional relations/ or *interdisciplinary communication/
16. *interdepartmental relations/ or *interinstitutional relations/
17. *Cooperative Behavior/
18. **"Delivery of Health Care, Integrated"/ og, td [Organization & Administration, Trends]
19. multi-agency.tw.
20. or/15-19
21. 14 or 20
22. public health.mp.
23. public health/ or preventive medicine/
24. exp *"delivery of health care"/og, td
25. Community Medicine/og [Organization & Administration]
26. exp *Community Health Services/og, td [Organization & Administration, Trends]
27. public health administration/ or *health services accessibility/
28. or/22-27
29. Healthcare Disparities/
30. ((health or healthcare) adj2 (equity or inequit* or equality or inequalit* or disparit*)).tw.
31. "social determinants".tw.
32. exp *Socioeconomic Factors/
33. "socioeconomic determinants".tw.
34. socioeconomic factors.tw.
35. or/29-34
36. 28 or 35
37. 21 and 36
38. "health in all policies".tw.
39. 37 or 38
40. animals/
41. 39 not 40
42. limit 41 to (english or french)
43. limit 42 to (comment or editorial or in vitro or letter or video-audio media or webcasts)
44. 42 not 43
45. Developing Countries/
46. exp africa/ or exp caribbean region/ or exp central america/ or exp latin america/ or exp south america/ or exp antarctic regions/ or exp asia/
47. or/45-46
48. 44 not 47
49. limit 48 to yr="2001 -Current"
50. limit 49 to "review articles"
51. meta-analysis.pt,ti,ab,sh.
52. (meta anal\$ or metaanal\$).ti,ab,sh.
53. ((methodol\$ or systematic\$ or quantitativ\$) adj3 (review\$ or overview\$ or survey\$)).ti.
54. ((methodol\$ or systematic\$ or quantitativ\$) adj3 (review\$ or overview\$ or survey\$)).ab.
55. ((pool\$ or combined or combining) adj (data or trials or studies or results)).ti,ab.
56. (medline or embase or cochrane or pubmed or pub med).ti,ab.
57. or/54-56
58. review.pt,sh.
59. 57 and 58
60. or/51-53
61. 59 or 60
62. 49 and 61
63. 50 not 62
64. 49 not 63

EMBASE-OVID**LE 6 JANVIER 2012**

1. (multisectoral or multi-sectoral).tw.
2. (collaboration or collaborative).tw.
3. (cooperation or co-operation or cooperative or co-cooperative).tw.
4. cross-sectoral.tw.
5. (horizontal adj3 management).tw.
6. (horizontal management or horizontal organization).tw.
7. whole of government.tw.
8. joined up.tw.
9. (interministerial or inter-ministerial).tw.
10. (interagency or inter-agency).tw.
11. (integrated adj (health or healthcare)).tw.
12. (intersector* or inter-sector*).tw.
13. (interdepartmental or inter-departmental).tw.
14. or/1-13
15. *public relations/
16. *interdisciplinary communication/
17. exp *cooperation/
18. integrated health care system/
19. multi-agency.tw.
20. or/15-19
21. 14 or 20
22. community medicine/ or preventive medicine/ or public health/
23. public health.mp.
24. health care disparity/
25. ((health or healthcare) adj2 (equity or inequit* or equality or inequalit* or disparit*)).tw.
26. or/22-25
27. 21 and 26
28. "social determinants".tw.
29. "socioeconomic determinants".tw.
30. *"social aspects and related phenomena"/ or *social aspect/ or exp *social status/ or exp *socioeconomics/
31. or/28-30
32. 21 and 31
33. "health in all policies".tw.
34. 27 or 32 or 33
35. animal/ or animal experiment/
36. 34 not 35
37. limit 36 to (english or french)
38. limit 37 to (book or book series or conference abstract or editorial or letter or note)
39. 37 not 38
40. limit 39 to yr="2001 -Current"
41. limit 40 to (meta analysis or "systematic review")
42. limit 40 to "review"
43. meta analysis/
44. meta-analysis.ti,ab.
45. (meta anal\$ or metaanal\$).ti,ab.
46. ((methodol\$ or systematic\$ or quantitativ\$) adj3 (review\$ or overview\$ or survey\$)).ti.
47. ((methodol\$ or systematic\$ or quantitativ\$) adj3 (review\$ or overview\$ or survey\$)).ab.
48. ((pool\$ or combined or combining) adj (data or trials or studies or results)).ti,ab.
49. (medline or embase or cochrane or pubmed or pub med).ti,ab.
50. or/47-49
51. review.pt,sh.
52. 50 and 51
53. or/43-46
54. 52 or 53
55. 40 and 54
56. 41 or 55
57. 42 not 56
58. 40 not 57

COCHRANE CENTRAL-OVID**LE 31 JANVIER 2012**

1. (multisectoral or multi-sectoral).tw.
2. (collaboration or collaborative).tw.
3. (cooperation or co-operation or cooperative or co-cooperative).tw.
4. cross-sectoral.tw.
5. (horizontal adj3 management).tw.
6. (horizontal management or horizontal organization).tw.
7. whole of government.tw.
8. joined up.tw.
9. (interministerial or inter-ministerial).tw.
10. (interagency or inter-agency).tw.
11. (integrated adj (health or healthcare)).tw.
12. (intersector* or inter-sector*).tw.
13. (interdepartmental or inter-departmental).tw.
14. or/1-13
15. *interprofessional relations/ or *interdisciplinary communication/
16. *interdepartmental relations/ or *interinstitutional relations/
17. *Cooperative Behavior/
18. *"Delivery of Health Care, Integrated"/og, td [Organization & Administration, Trends]
19. multi-agency.tw.
20. or/15-19
21. 14 or 20
22. public health.mp.
23. public health/ or preventive medicine/
24. exp *"delivery of health care"/og, td
25. Community Medicine/og [Organization & Administration]
26. exp *Community Health Services/og, td [Organization & Administration, Trends]
27. public health administration/ or *health services accessibility/
28. or/22-27
29. Healthcare Disparities/
30. ((health or healthcare) adj2 (equity or inequit* or equality or inequalit* or disparit*)).tw.
31. "social determinants".tw.
32. exp *Socioeconomic Factors/
33. "socioeconomic determinants".tw.
34. socioeconomic factors.tw.
35. or/29-34
36. 28 or 35
37. 21 and 36
38. "health in all policies".tw.
39. 37 or 38
40. animals/
41. 39 not 40
42. limit 41 to (english or french)
43. limit 42 to (comment or editorial or in vitro or letter or video-audio media or webcasts)
44. 42 not 43
45. Developing Countries/
46. exp africa/ or exp caribbean region/ or exp central america/ or exp latin america/ or south america/ or exp antarctic regions/ or exp asia/
47. or/45-46
48. 44 not 47
49. limit 48 to yr="2001 -Current"

CINAHL-EBSCO**LE 7 JANVIER 2012**

- | | | |
|---|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> S1 TX (multisectoral OR multi-sectoral) OR TX (collaboration OR collaborative) OR TX (cooperation OR co-operation OR cooperative OR co-cooperative) OR TX cross-sectoral S2 TX horizontal N3 management OR TX (horizontal management OR horizontal organization) OR TX whole of government OR TX joined up S3 TX (interministerial OR inter-ministerial) OR TX (interagency OR inter-agency) OR TX (intersector* OR inter-sector*) OR TX (interdepartmental OR inter-departmental) S4 TX integrated health OR TX intergrated healthcare S5 (MM "Interprofessional Relations") S6 (MM "Interdepartmental Relations") OR (MM "Interinstitutional Relations") S7 (MM "Cooperative Behavior") S8 (MM "Health Care Delivery, Integrated") S9 "multi-agency" | <ol style="list-style-type: none"> S10 S1 or S2 or S3 or S4 S11 S5 or S6 or S7 or S8 or S9 S12 S10 or S11 S13 (MM "Preventive Health Care") OR (MH "Public Health") S14 (MH "Public Health Administration") S15 (MM "Community-Institutional Relations") OR (MM "Community Networks/AM") S16 (MM "Community Health Services+") S17 TX public health S18 S13 or S14 or S15 or S16 or S17 S19 "economic disparities" S20 "healthcare disparities" S21 MM "Health Services Accessibility" S22 (MM "Socioeconomic Factors+") S23 TX social determinants S24 TX socioeconomic determinants S25 TX health equity OR TX health inequ* OR TX health equality OR TX health disparit* S26 TX healthcare equity OR TX healthcare inequ* OR TX healthcare equality OR TX healthcare disparit* | <ol style="list-style-type: none"> S27 TX health care equity OR TX health care inequ* OR TX health care equality OR TX health care disparit* S28 S19 or S20 or S21 or S22 or S24 or S25 or S26 or S27 S29 S18 or S28 S30 S12 and S29 S31 S12 and S29 Limiters - Published Date from: 20010101-20120131; Human; Language: English, French S32 S12 and S29 Limiters - Publication Type: Anecdote, Biography, Book, Book Chapter, Book Review, Editorial, Letter, Masters Thesis, Obituary, Pamphlet, Website S33 S31 NOT S32 S34 MH developing countries S35 S33 NOT S34 S36 TI africa OR TI India OR TI Asia S37 S35 NOT S36 |
|---|--|--|

SOCIAL SCIENCE ABSTRACTS-EBSCO
LE 17 JANVIER 2012

	Requête	Limiteurs et élargisseurs
S35	S31 NOT S34	Modes de recherche – booléen et expression
S34	S32 or S33	Modes de recherche – booléen et expression
S33	TI India* OR TI Africa* OR TI China OR TI Asia* OR TI Latin America* OR TI chinese	Limiteurs – publication Date : 20010101-20120131 Modes de recherche – booléen et expression
S32	SU developing countries	Limiteurs – publication Date : 20010101-20120131 Modes de recherche – booléen et expression
S31	S28 or S29	Limiteurs – publication Date : 20010101-20120131 Modes de recherche – booléen et expression
S30	S28 or S29	Modes de recherche – booléen et expression
S29	SU Integrated delivery of health care	Modes de recherche – booléen et expression
S28	S8 and S14	Modes de recherche – booléen et expression
S27	S8 and S26	Modes de recherche – booléen et expression
S26	S24 and S25	Modes de recherche – booléen et expression
S25	TX health OR TX healthcare OR TX health care OR SU health care OR SU healthcare	Modes de recherche – booléen et expression
S24	S15 or S16 or S17 or S18 or S19 or S20 or S21 or S22 or S23	Modes de recherche – booléen et expression
S23	TX healthcare equit* OR TX health care inequ* OR TX health care dispar* OR TX health care equal* OR TX health care inequal*	Modes de recherche – booléen et expression
S22	TX healthcare equit* OR TX healthcare inequ* OR TX healthcare dispar* OR TX healthcare equal* OR TX healthcare inequal*	Modes de recherche – booléen et expression
S21	TX health equit* OR TX health inequ* OR TX health dispar* OR TX health equal* OR TX health inequal*	Modes de recherche – booléen et expression
S20	SU health indicators	Modes de recherche – booléen et expression
S19	TX "socioeconomic determinants" OR TX "socioeconomic factors"	Modes de recherche – booléen et expression
S18	SU socioeconomic determinants OR SU socioeconomic factors	Modes de recherche – booléen et expression
S17	TX "social determinants"	Modes de recherche – booléen et expression
S16	SU income distribution	Modes de recherche – booléen et expression
S15	SU health and social status	Modes de recherche – booléen et expression
S14	S9 or S10 or S11 or S12 or S13	Modes de recherche – booléen et expression
S13	SU community health services	Modes de recherche – booléen et expression
S12	"preventive medicine"	Modes de recherche – booléen et expression
S11	SU health services accessibility	Modes de recherche – booléen et expression
S10	SU health promotion	Modes de recherche – booléen et expression
S9	SU public health administration OR SU public health OR TX public health	Modes de recherche – booléen et expression
S8	S1 or S2 or S3 or S4 or S5 or S6 or S7	Modes de recherche – booléen et expression
S7	SU Interprofessional cooperation OR SU health care teams	Modes de recherche – booléen et expression
S6	SU Cooperative Behavior	Modes de recherche – booléen et expression
S5	TX ((interdepartmental or inter-departmental)) OR TX integrated health OR TX integrated healthcare OR TX "integrated health care"	Modes de recherche – booléen et expression
S4	((interministerial or inter-ministerial)) OR ((interagency or inter-agency)) OR ((intersector* or inter-sector*))	Modes de recherche – booléen et expression
S3	TX horizontal N2 organization OR TX "whole of government" OR TX "joined up"	Modes de recherche – booléen et expression
S2	horizontal N3 management	Modes de recherche – booléen et expression
S1	TX ((multisectoral or multi-sectoral)) OR TX ((collaboration or collaborative)) OR TX ((cooperation or co-operation or cooperative or co-operative)) OR TX cross-sectoral	Modes de recherche – booléen et expression

Annexe 2 : Recherche dans la littérature grise

Il importe de souligner que la recherche s'est effectuée en anglais seulement. C'est pourquoi les termes de recherche et l'adresse des sites Web mentionnés ci-dessous ont été laissés en anglais. Signalons toutefois que le nom de l'organisme et l'adresse du site Web en français sont mentionnés lorsque l'organisme œuvre dans les deux langues.

Termes de recherche : *intersectoral, inter-sectoral, interagency, inter-agency, collaboration, « health in all », « joined up »*

<http://cadth.ca/en/cadth>

Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS)

[site Web en français : <http://www.cadth.ca/fr>]

www.chspr.ubc.ca/node/106

UBC Centre for Health Services and Policy Research

www.phac-aspc.gc.ca

Agence de la santé publique du Canada

[site Web en français : www.phac-aspc.gc.ca/index-fra.php]

www.apha.ab.ca

Association de la santé publique de l'Alberta

www.gov.mb.ca/health/index.html

Santé Manitoba [site Web en français :

www.gov.mb.ca/health/index.fr.html]

www.phabc.org

Public Health Association of BC

www.actnowbc.ca

Act Now BC

www.opha.on.ca

L'Association pour la santé publique de l'Ontario

www.aohc.org

Association des centres de santé de l'Ontario [site

Web en français : www.aohc.org/index.php?ci_id=1680&la_id=2]

pwww.health.gov.nl.ca/health

Ministère de la Santé et des Services

communautaires, Terre-Neuve-et-Labrador

www.gov.ns.ca/DHW

Ministère de la Santé et du Mieux-Être, Nouvelle-

Écosse [site Web en français : www.gov.ns.ca/dhw/services-de-sante.asp]

www.health.alberta.ca

Ministère de la Santé et du Mieux-Être, Alberta

Saskatchewan Health Quality Council

[Conseil de la qualité en santé de la Saskatchewan]

www.ices.on.ca/index.html

Institute for Clinical Evaluative Sciences

www.ihe.ca/publications/library

Institute of Health Economics, Health Technology

Assessment Unit, Alberta

www.dh.gov.uk/health

Ministère de la Santé, Royaume-Uni

www.institute.nhs.uk

National Health Service Institute for Innovation and

Improvement, Royaume-Uni

kingsfund.koha-ptfs.eu

The King's Fund Library Database, Royaume-Uni

www.health.govt.nz

Ministère de la Santé, Nouvelle-Zélande

www.pha.org.nz

Association de la santé publique de la Nouvelle-

Zélande

www.aifs.gov.au/institute/info/ficservices.html

Bibliothèque de l'Australian Institute of Family

Studies

www.sweden.gov.se/sb/d/2061

Ministère de la Santé et des Affaires sociales, Suède

www.fhi.se/en

Swedish National Institute of Public Health

www.regjeringen.no/en/dep/hod.html

Ministère des Services de santé et des Soins de

santé, Norvège

www.fhi.no/eway/?pid=238

The Norwegian Institute of Public Health

<http://dsi.dk/english>

The Danish Institute for Health Services Research

www.si-folkesundhed.dk/0m%20instituttet.aspx?lang=en

Danish National Institute of Public Health

www.ktl.fi/porta/english/ktl

National Institute for Health and Welfare, Finlande



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR DETERMINANTS OF HEALTH

St. Francis Xavier University Antigonish, NS B2G 2W5
tel: [902] 867-5406 fax: [902] 867-6130
nccd@stfx.ca www.nccd.ca