

# *Bilan et perspectives 2002-2007*



*À la frontière des  
responsabilités  
des ministères  
et organismes publics :  
l'application de l'article 54  
de la Loi  
sur la santé publique*



*À la frontière des  
responsabilités  
des ministères  
et organismes publics:  
l'application de l'article 54  
de la Loi  
sur la santé publique*

*Service des orientations en santé publique  
Direction générale de la santé publique*

*Novembre 2008*

**Ce document a été réalisé par le Service des orientations en santé publique de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, sous la direction de Lyne Jobin, chef du Service des orientations en santé publique**

**Analyse et rédaction :**

Julie Héroux de Sève

**Recherche :**

Julie Héroux de Sève  
David Talbot

**Collaboration à l'analyse et à la rédaction :**

Caroline Druet  
Marjolaine Pigeon

**Les personnes suivantes ont également participé à la réalisation du document :**

Marie-Thérèse Duquette, Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture  
Geneviève Hamel, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé  
Yolaine Labbé, ministère de la Santé et des Services sociaux  
Geneviève Lapointe, Institut national de santé publique du Québec  
Nathalie Roy, Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture  
Marion Schnebelen, ministère de la Santé et des Services sociaux  
Louise St-Pierre, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Plusieurs autres personnes nous ont également apporté leur soutien et nous tenons à les remercier sincèrement.

**Révision linguistique :**

Francine Bordeleau

**Secrétariat :**

Hélène Piché

Édition :

**La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec**

Le présent document a été publié en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse :  
**[www.msss.gouv.qc.ca/article54](http://www.msss.gouv.qc.ca/article54)**

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008  
Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISBN : 978-2-550-54671-9 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-54672-6 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2008

## SOMMAIRE

---

L'article 54 de la Loi sur la santé publique (LSP), en vigueur depuis le 18 juin 2002, constitue un levier majeur pour l'élaboration et l'adoption de politiques publiques favorables à la santé. Il marque la volonté du gouvernement de mesurer les effets potentiels des projets de loi et de règlement sur la santé et le bien-être de la population. Afin d'assurer son application, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a élaboré une stratégie en deux grands volets, soit :

- l'implantation d'un mécanisme intragouvernemental d'évaluation d'impact sur la santé (EIS) ;
- le développement et le transfert des connaissances sur les politiques publiques favorables à la santé et au bien-être.

Le bilan des cinq premières années de l'application de l'article 54 de la LSP permet de mesurer la progression de l'implantation du mécanisme d'EIS et de rendre compte du travail accompli pour soutenir la recherche et le transfert des connaissances. Il est aussi l'occasion de réfléchir à la stratégie d'application de l'article 54 dans son ensemble et de bonifier certaines de ses composantes, le cas échéant.

En ce qui concerne l'implantation du mécanisme d'EIS, le bilan porte sur les éléments suivants :

- la mise en place et l'animation d'un réseau de répondants ministériels ;
- la production et la diffusion d'outils ;
- le traitement des demandes d'avis des ministères promoteurs de projets de loi et de règlement.

En ce qui concerne le développement et le transfert des connaissances, le bilan porte sur les éléments suivants :

- la mise en place, le suivi et les retombées du programme de recherche sur les politiques publiques favorables à la santé et au bien-être ;
- l'entente entre le MSSS et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) ainsi que ses résultats.

### **Perspectives et pistes d'action**

Avec l'article 54 de la LSP, le Québec s'est doté d'un levier législatif qui assure une légitimité aux actions destinées à soutenir les politiques favorables à la santé. Le Québec est d'ailleurs l'un des seuls gouvernements à avoir institutionnalisé les processus d'EIS au sein de l'appareil gouvernemental. Cependant à l'heure actuelle, cet encadrement légal ne saurait garantir à lui seul le succès de l'implantation d'un mécanisme d'EIS dans les ministères et les organismes gouvernementaux. Plusieurs actions complémentaires devront être poursuivies par le MSSS pour soutenir ses partenaires ministériels dans cette démarche.

Cinq ans après son élaboration, la stratégie initiale est encore très pertinente. Un nouvel essor devra toutefois être donné aux activités de soutien dirigées vers les ministères et les organismes gouvernementaux afin de consolider les acquis du Québec en la matière.

Afin de consolider l'implantation de l'article 54, il faudra prévoir des activités pour mesurer :

- l'implication du MSSS en amont des demandes d'avis ;
- le ratio EIS/projets (c'est-à-dire le nombre de projets de loi et de règlement ayant fait l'objet d'une EIS vs le nombre total de projets de loi et de règlement déposés annuellement) ;
- la portée des recommandations du MSSS à la suite des demandes d'avis (processus rétroactif).

Afin de consolider l'intégration du mécanisme d'EIS dans les ministères et les organismes gouvernementaux, il faudra :

- soutenir les changements de pratique, notamment par :
  - l'accompagnement des partenaires des secteurs économique et social,
  - la qualité des évaluations, dans un contexte stratégique,
  - le transfert des connaissances, particulièrement aux décideurs ;
- mettre en place une veille stratégique de manière à agir au début des processus décisionnels.

## TABLE DES MATIÈRES

---

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES .....	7
INTRODUCTION .....	9
PARTIE 1 : LES CONCEPTS DE BASE .....	11
Les déterminants de la santé .....	11
Les politiques publiques favorables à la santé .....	12
L'évaluation d'impact sur la santé .....	13
PARTIE 2 : L'IMPLANTATION DE L'EIS AU QUÉBEC .....	15
L'expérience de l'évaluation environnementale au Québec .....	15
L'expérience de l'EIS en Colombie-Britannique .....	16
L'élaboration de l'article 54 de la Loi sur la santé publique .....	17
L'article 54 : une disposition clé de la LSP renforcée .....	18
La stratégie d'application de l'article 54 .....	20
PARTIE 3 : LE MÉCANISME INTRAGOUVERNEMENTAL D'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ .....	21
Le réseau des répondants ministériels .....	21
La production et la diffusion d'outils .....	23
Un outil de sensibilisation sur les déterminants de la santé et du bien-être .....	27
Le processus de décision gouvernemental .....	27
Le traitement des demandes par le MSSS .....	29
Conclusion .....	36
PARTIE 4 : LE DÉVELOPPEMENT ET LE TRANSFERT DES CONNAISSANCES .....	39
Programme de recherche sur les politiques publiques favorables à la santé et au bien-être .....	39
L'entente MSSS-INSPQ relative à l'article 54 de la LSP .....	46
Les activités réalisées dans le cadre de l'entente .....	47
Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé .....	51
Conclusion .....	51
PARTIE 5 : PERSPECTIVES ET PISTES D'ACTION .....	53
Perspectives .....	53
Pistes d'action .....	53
CONCLUSION .....	57
ANNEXE : LA PROCÉDURE INTERNE DE TRAITEMENT DES DEMANDES RELATIVES À L'ARTICLE 54 .....	59
BIBLIOGRAPHIE .....	65



## LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

---

AARQ	Association des aménagistes régionaux du Québec
CCNPPS	Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DGSP	Direction générale de la santé publique
DPSP	Direction du programme de santé publique
DSP	Direction de santé publique
EIS	Évaluation d'impact sur la santé
ENAP	École nationale d'administration publique
FQRSC	Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture
FRSQ	Fonds de la recherche en santé du Québec
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LSP	Loi sur la santé publique
MAMR	Ministère des Affaires municipales et des Régions
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation
MCE	Ministère du Conseil exécutif
MDDEP	Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MESS	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
MFA	Ministère de la Famille et des Aînés
MICC	Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles
M/O	Ministères et organismes
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS	Organisation mondiale de la santé
OUQ	Ordre des urbanistes du Québec
SHQ	Société d'habitation du Québec
SOSP	Service des orientations en santé publique





## INTRODUCTION

---

L'adoption de la Loi sur la santé publique (LRQ, chapitre S-2.2), en décembre 2001, et la mise en œuvre du Programme national de santé publique 2003-2012 (MSSS, 2003), à compter de 2003, constituent des étapes déterminantes dans la pratique de santé publique au Québec. Dans ces deux textes sont réaffirmées les fonctions de surveillance de l'état de santé de la population, de promotion de la santé et du bien-être, de prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes et de protection de la santé qui échoient au ministère de la Santé et des Services sociaux. En outre, la Loi précise les responsabilités et obligations de chacun des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux en même temps qu'elle leur donne les moyens d'exercer leurs fonctions. Ce nouveau cadre légal établit des passerelles avec les autres secteurs et permet au MSSS d'agir sur les politiques publiques (MSSS, 2002 : 2).

Entré en vigueur en juin 2002, l'article 54 de la LSP constitue un levier majeur pour l'élaboration et l'adoption de politiques favorables à la santé. Après avoir procédé à un premier bilan, en 2005 (MSSS, 2005), le Ministère a jugé nécessaire de poursuivre cette réflexion en faisant une analyse rétrospective plus poussée de l'application de l'article 54. Le présent bilan, qui couvre la période 2002-2007, permet de mesurer la progression de l'implantation du mécanisme d'EIS et de rendre compte du travail accompli pour soutenir la recherche et le transfert de connaissances. Il est aussi l'occasion de réfléchir à la stratégie d'application de l'article 54 dans son ensemble et de bonifier certaines de ses composantes, le cas échéant.

Le document comprend cinq parties. Dans la première sont présentés les principaux concepts à la base de la réflexion du MSSS sur les politiques publiques favorables à la santé. Dans la deuxième sont rappelés les expériences et travaux qui ont inspiré l'adoption de l'article 54 et orienté sa mise en œuvre. Le mécanisme intragouvernemental d'EIS est présenté à la troisième partie, alors que la recherche et le transfert des connaissances en matière de politiques publiques favorables à la santé font l'objet de la quatrième partie. Enfin sont évoquées, dans la cinquième partie, les perspectives d'avenir pour l'application de l'article 54 de même que des pistes d'action pour améliorer et consolider sa portée<sup>1</sup>.

---

1. Il faudra par ailleurs garder en tête, tout au long de la lecture du document, que le bilan présenté ici s'arrête au 31 mars 2008. Des actions, documents et travaux projetés ont donc pu, depuis le 31 mars, se concrétiser.



## **PARTIE 1 : LES CONCEPTS DE BASE**

---

Afin de faciliter la compréhension du document, les principaux concepts utilisés sont brièvement présentés dans cette section.

### **Les déterminants de la santé**

Il existe de nombreuses définitions du concept de santé. Le MSSS, qui favorise une approche globale de la santé, retient la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), soit : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (OMS, 1946). »

De cette définition, il ressort que de nombreux facteurs influencent, directement ou indirectement, l'état de santé des individus et des populations. Suivant cette perspective, une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population suppose des actions autant auprès des individus que sur l'environnement socioéconomique et physique et, ultimement, sur les grandes orientations et politiques qui façonnent la société.

Les déterminants de la santé peuvent être regroupés en six grandes catégories, soit les caractéristiques individuelles, les habitudes de vie et les comportements, l'environnement social, l'environnement physique, l'environnement économique ainsi que les facteurs sociétaux.

**Tableau 1 Les déterminants de la santé et du bien-être**

	<b>Catégorie</b>	<b>Déterminants de la santé et du bien-être</b>
<b>Individus</b>	Caractéristiques individuelles	Âge, sexe, prédispositions biologiques et génétiques
	Habitudes de vie et comportements	Tabagisme, alimentation, activité physique, moyens de transport utilisés, consommation de drogues et d'alcool, usage des médicaments, comportements sexuels, hygiène dentaire, attitudes et comportement reliés à la sécurité
<b>Environnements</b>	Environnement social	Qualité du milieu de vie (ex. : famille, école, travail, services de garde, résidences pour personnes âgées), stabilité et soutien social, soutien à la poursuite des études, participation dans la communauté, climat de travail, sentiment de sécurité, intégration sociale, harmonie dans les relations personnelles, cohésion sociale, élimination de la discrimination, relations intergénérationnelles
	Environnement physique	Qualité de l'eau potable, des eaux de baignade, de l'air et des sols, disposition des déchets dangereux, qualité et sécurité des aménagements physiques, qualité des produits de consommation, sécurité des aliments (qualité et accès), qualité de l'aménagement du territoire, salubrité des logements
	Environnement économique	Revenu et répartition de la richesse, sécurité économique, possibilités d'emploi, conditions de travail, activités et croissance économiques, accès à la propriété
<b>Contexte sociétal</b>	Facteurs sociétaux	Démocratie, lutte contre la pauvreté, implication des citoyens dans la prise de décision, dynamisme local et régional, accès équitable aux ressources et aux services, politique de conciliation travail-famille, respect de la diversité, planification de l'intervention en cas de catastrophe (catastrophe naturelle, épidémie, terrorisme, etc.), prévention de la criminalité

Source : MSSS, Guide pratique : Évaluation d'impact sur la santé des projets de loi et de règlement au Québec, 2006, p. 8.

### **Les politiques publiques favorables à la santé**

En 1978, les États membres de l'OMS souscrivent aux principes des soins de santé primaires lors de la Conférence internationale sur les soins de santé primaire, organisée à Alma-Ata par l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (Unicef), et, en 1981, s'engagent à instaurer la stratégie mondiale « La santé pour tous d'ici l'an 2000 ». Dans cette stratégie, la coopération intersectorielle est considérée comme un élément indispensable à l'amélioration de la santé de la population et à la réduction des écarts de santé entre les groupes sociaux. En 1986, le Canada est l'hôte de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé. Celle-ci donne lieu à la proclamation de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé qui constitue encore, plus de vingt ans après, l'un des textes fondamentaux pour soutenir l'adoption de politiques publiques favorables à la santé. Dès lors, cinq grandes orientations viennent redéfinir le champ de la santé : l'élaboration de politiques

publiques saines, la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition d'habiletés individuelles et la réorientation des services de santé.

L'élaboration de politiques publiques saines<sup>2</sup> représente une stratégie clé pour agir sur les déterminants de la santé. Il s'avère en effet que les politiques d'autres secteurs peuvent avoir des répercussions majeures sur la santé. Les politiques publiques saines visent donc à ce que les décideurs des autres secteurs d'activité élaborent leurs politiques en tenant compte des répercussions sur la santé (OMS, 1946).

Dans cette perspective, les politiques publiques favorables à la santé « améliorent les conditions de vie des personnes : elles favorisent la création de milieux et des modes de vie sécuritaires, adéquats et durables, et couvrent des aspects tels que le logement, l'éducation, l'alimentation, l'accès à l'information, les soins aux enfants, les transports et les services de santé et les services sociaux. La pertinence d'une politique peut être évaluée en fonction de ses répercussions sur la santé de la population » (Milio, 2001 : 622-623).

### **L'évaluation d'impact sur la santé**

Depuis plusieurs années, au Québec comme ailleurs, les gouvernements ont pris conscience de la nécessité d'intégrer les différentes facettes de phénomènes complexes (ex. : pauvreté et exclusion sociale, développement durable, etc.). Ainsi, dans un souci de cohérence et d'harmonisation des décisions et des actions gouvernementales, la volonté de mieux évaluer les effets des politiques publiques, qu'ils soient d'ordre économique, social ou environnemental, est de plus en plus manifeste. L'EIS s'inscrit dans ce courant de pensée qui privilégie la responsabilisation des acteurs des autres secteurs au regard des répercussions de leurs activités sur la santé de la population (MSSS, 2006 : 10).

La définition de l'EIS la plus largement répandue est celle du « Consensus de Gothenburg<sup>3</sup> », élaborée en 1999 par les représentants de plusieurs pays européens réunis sous l'égide du Centre européen de l'OMS pour la politique de santé. C'est d'ailleurs plus particulièrement en Europe (Wismar et autres, 2007), ainsi qu'en Australie (Mahoney, Durham et autres, 2002) et en Nouvelle-Zélande (The Public Health Advisory Committee, 2007), que cette approche a d'abord été appliquée et consolidée.

Le Consensus de Gothenburg définit l'EIS comme « une combinaison de procédures, méthodes et outils qui permettent de juger les effets possibles d'une politique, d'un programme ou projet sur la santé de la population et la distribution de ces effets au sein de la population » (European Center for Health Policy, 1999 : 7). Les valeurs qui la fondent sont la démocratie (participation de la population à la prise de décision relative aux politiques,

---

2. Dans ce document, le terme « politique » est entendu au sens large de loi, règlement, programme, plan d'action, stratégie, etc.

3. Le Consensus de Gothenburg est issu du partage des expériences des pays européens en matière d'EIS et d'évaluation des impacts environnementaux de projets et de programmes

programmes et projets), l'équité, l'utilisation éthique des connaissances scientifiques et le développement durable.

L'objectif de l'EIS est d'informer les décideurs des répercussions possibles de leurs décisions sur la santé et de les aider à faire un choix éclairé entre les différentes options qui se présentent à eux. Elle se veut une approche où les acteurs de tous les secteurs travaillent ensemble, dans le but de maximiser les effets positifs potentiels des politiques publiques sur la santé et le bien-être de la population et d'en réduire au minimum les effets négatifs possibles.

L'EIS permet notamment (MSSS, 2006 : 9) :

- de coordonner plus efficacement les actions entre les secteurs pour améliorer et protéger la santé ;
- de sensibiliser davantage les analystes et les décideurs aux conséquences de leurs politiques, projets, lois et règlements sur la santé ;
- de prendre en compte les liens entre la santé et les actions des différents secteurs d'activité gouvernementale ;
- de contribuer à réduire les inégalités de santé ;
- de favoriser une prise de décision basée sur les connaissances scientifiques.

## **PARTIE 2 : L'IMPLANTATION DE L'EIS AU QUÉBEC**

---

L'application de l'EIS aux politiques publiques tire son origine de deux sources d'influence : l'évaluation environnementale et l'approche globale des déterminants de la santé utilisée en promotion de la santé (Kemm et autres, 2003 : 3). Le MSSS s'est particulièrement inspiré de deux expériences : l'évaluation environnementale élaborée par le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP) du Québec et l'EIS du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique.

### **L'expérience de l'évaluation environnementale au Québec**

L'expérience du Québec en matière d'évaluation environnementale s'amorce avec l'entrée en vigueur du Règlement sur l'évaluation et l'examen des impacts sur l'environnement, le 30 décembre 1980 (MDDEP, 2003). En vertu de ce règlement est établie une procédure qui permet d'examiner les conséquences possibles d'un projet, tant bénéfiques que néfastes, sur l'environnement biophysique (eau, air, sol, faune et flore), sur les communautés humaines et sur tous les éléments contribuant à la qualité de leur milieu, tout en s'assurant que ces conséquences seront dûment considérées dans la phase d'élaboration du projet. Dans la démarche d'évaluation et d'examen des impacts environnementaux (EEIE), le Bureau d'audiences publiques sur l'environnement (BAPE) tient des consultations publiques tandis que le MDDEP coordonne l'analyse environnementale des dossiers, après transmission des études d'impact par les promoteurs des projets.

Comme la protection de la santé, la sécurité et le bien-être de la population font partie des objectifs de l'évaluation environnementale, la Direction générale de la santé publique (DGSP) du MSSS est appelée à participer au processus. Il lui appartient de préciser les exigences d'évaluation environnementale relatives à la santé, de commenter les études d'impact des promoteurs des projets et de fournir une opinion sur l'acceptabilité du projet, examiné sous l'angle de la santé publique.

Par ailleurs un autre type d'évaluation environnementale, soit l'évaluation environnementale stratégique (EES), est envisagé depuis plusieurs années au Québec. « L'ÉES consiste en un processus systématique, formel et exhaustif. Dans une perspective de développement durable, son application facilite la prise en compte des conséquences environnementales lors de l'adoption ou de la révision de politiques, de plans ou de programmes gouvernementaux » (Vérificateur général du Québec, 2004 : 57). Suivant cette approche, le ministère ou organisme promoteur a la responsabilité de réaliser l'EES et de tenir des consultations publiques.

Les démarches visant l'introduction de l'EES au Québec ont commencé au début des années 1990 avec le projet de loi 61 modifiant la Loi sur la qualité de l'environnement déposé en 1992, qui finalement n'a pas été adopté, et se sont poursuivies jusqu'au début des années 2000 sous l'égide d'un comité de travail chargé par le ministère



de l'Environnement d'étudier son opérationnalisation (Vérificateur général du Québec, 2004). À ce jour, l'EES n'est toujours pas utilisée dans le processus gouvernemental de prise de décision, mais les travaux qui s'y rapportent ont fortement inspiré le MSSS, tant pour l'élaboration de la démarche d'EIS à proprement parler que pour la création des outils qui soutiennent sa mise en œuvre.

### **L'expérience de l'EIS en Colombie-Britannique**

L'implantation de l'EIS en Colombie-Britannique s'amorce dès le début des années 1990 (Banken, 2001 ; MSSS, 2004a). En 1991, la Commission royale sur les coûts et services de santé de la Colombie-Britannique recommande de mettre en place des mesures dans le but d'améliorer la santé, de réduire les inégalités en santé, d'accroître les connaissances sur les déterminants de la santé et d'informer les décideurs sur les liens entre les politiques publiques et la santé. Elle préconise également l'évaluation des effets possibles sur la santé de tous les nouveaux programmes, politiques gouvernementales et lois.

En 1993, l'EIS est utilisée pour la première fois au niveau du cabinet du ministère de la Santé. La même année, le gouvernement se dote d'une nouvelle politique de santé intitulée *New Directions for a Healthy British Columbia*, qui comporte 38 mesures. En vertu de l'une d'elles, une EIS doit être réalisée pour tous les projets de programme, de politique et de loi du gouvernement.

En collaboration avec d'autres ministères, le ministère de la Santé produit alors différents outils afin de faciliter l'évaluation d'impact sur la santé. Ceux-ci comprennent une liste des déterminants de la santé à considérer et des suggestions pour intégrer l'EIS aux autres types d'évaluation (social, développement durable, etc.). En 1994, à la demande des autres ministères, le ministère de la Santé publie le document *Health Impact Assessment Guidelines*. Des formations sont données afin de sensibiliser les partenaires à l'importance de tenir compte des impacts sur la santé et de recourir à l'EIS.

En 1996, après la réélection du Nouveau parti démocratique (NPD), une nouvelle stratégie oriente la réforme des soins de santé. Le gouvernement restructure le ministère de la Santé ; la direction responsable de l'application de l'EIS, la Health Resource Branch, est modifiée, puis finalement abolie. La plupart des personnes qui avaient soutenu l'implantation de l'EIS quittent le ministère de la Santé.

Cette suite d'évènements et les recommandations d'un conseiller indépendant conduisent le ministère de la Santé à suspendre, en 1998, la révision et la promotion des guides d'EIS, puisqu' « il n'est pas démontré que les processus d'EIS en place dans d'autres gouvernements entraînent des changements dans les politiques et programmes selon l'approche des déterminants de la santé ou encore qu'ils contribuent à l'amélioration de l'état de santé » (Lewis, 2000 : 36 ; traduction libre).

Alors qu'en 1995, l'application du processus d'EIS en Colombie-Britannique semblait irréversible, quatre ans plus tard, l'approche n'a plus cours. Malgré des conditions favorables, les décideurs en place n'ont pas été en mesure d'assurer la pérennité de l'EIS. L'abandon de cette pratique ne semble pas lié au manque de connaissances scientifiques ou méthodologiques, mais plutôt au départ de personnes clés et à l'absence de cadre législatif.

### **L'élaboration de l'article 54 de la Loi sur la santé publique**

Au Québec, la Loi sur la santé publique est sanctionnée en 1972. À la fin des années 1990, malgré des ajouts ponctuels, elle est considérée comme désuète et incomplète, puisqu'elle ne permet pas de soutenir adéquatement les quatre fonctions essentielles de la santé publique, soit la surveillance continue de l'état de santé de la population, la promotion de la santé et du bien-être, la prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes ainsi que la protection de la santé. Au sein même du ministère de la Santé et des Services sociaux s'amorce alors un processus de réflexion sur la nécessité d'un nouveau cadre législatif pour structurer et soutenir la pratique de santé publique.

C'est ainsi qu'en 1998, la sous-ministre adjointe présente au ministre de la Santé et des Services sociaux le rapport *La santé publique à l'aube de l'an 2000 : Action et concertation*, où sont précisés plusieurs enjeux majeurs de santé publique et où est mise en évidence la nécessité d'une modernisation. L'un des enjeux porte sur l'action à mener pour concevoir des politiques publiques saines. « En effet, l'influence sur la santé des politiques des autres secteurs (éducation, revenu et travail, entre autres) est très importante et il faut trouver des façons plus efficaces d'analyser ces politiques et leurs répercussions et, surtout, de les influencer dans l'intérêt de la santé et du bien-être de la population » (MSSS, 1998 : iv). Déjà, le document contient en germe ce qui mènera quelques années plus tard au libellé des deux alinéas de l'article 54 de la Loi sur la santé publique : l'obligation d'analyser les effets potentiels sur la santé des politiques publiques ainsi que le rôle de conseiller du ministre de la Santé et des Services sociaux auprès des décideurs des autres secteurs d'activité gouvernementale.

En octobre 1999, le Groupe de travail sur l'élaboration de la Loi sur la santé publique dépose le document *Des pistes en vue de l'élaboration de la Loi sur la santé publique*. Réflexion globale sur l'encadrement légal nécessaire pour soutenir l'action en faveur de la santé de la population, le document s'inscrit dans la lignée du rapport de la sous-ministre adjointe. Les ministères les plus visés par l'action sur les déterminants de la santé sont clairement désignés comme des acteurs de santé publique avec un rôle à jouer dans l'élaboration des orientations et leur concrétisation. « On doit donc [...] développer des stratégies d'approche et de conscientisation de ces acteurs et s'assurer de leur participation à des projets dès le début si on veut obtenir leur participation à long terme » (Groupe de travail sur l'élaboration de la Loi sur la santé publique, 1999 : 55). Le Groupe de travail évoque l'importance de se doter de mécanismes permettant d'évaluer les répercussions possibles des politiques publiques sur la santé et le bien-être. Cependant, des questions restent en suspens :

comment déterminer les projets à soumettre à cet exercice ? Faut-il – et comment – garantir un soutien aux instances qui présentent un projet pour faciliter leur analyse des répercussions possibles sur la santé ?

En septembre 2000, une consultation est menée auprès de partenaires gouvernementaux sur la base du *Document de consultation préliminaire en vue de l'élaboration d'un projet de Loi sur la santé publique* (MSSS, 2000), rédigé par la DGSP du Ministère. Encore une fois, les répercussions des politiques, plans et programmes publics sur la santé et le bien-être de la population sont à l'étude. Trois solutions sont proposées : 1) l'analyse obligatoire des conséquences ; 2) l'analyse sur demande ; 3) une fonction-conseil exercée par le ministre et le directeur de santé publique. Si toutes trois présentent des avantages, la DGSP recommande l'analyse sur demande, parce que la souplesse de cette option en rend l'application plus réaliste.

En décembre 2000, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair) vient renforcer la réflexion du ministère de la Santé et des Services sociaux sur les politiques publiques saines. Dans son rapport intitulé *Les solutions émergentes*, la Commission recommande : « Que la prévention soit l'élément central d'une politique québécoise de la santé et du bien-être » (p. 33). Il s'agit même là de la première recommandation de la section consacrée à l'organisation des services. En appui à cette recommandation, la Commission propose notamment que le gouvernement du Québec reconnaisse sa responsabilité en ce qui concerne la santé de la population et confie au ministère de la Santé et des Services sociaux le mandat de coordonner l'analyse d'impact sur la santé des politiques et programmes de tous les ministères et grands organismes gouvernementaux.

Enfin, en mai 2001, le ministre de la Santé et des Services sociaux dépose au Conseil des ministres un projet de Loi sur la santé publique. Conforté par les nombreux rapports et réflexions des dernières années, le ministre se positionne très clairement en faveur de l'EIS : il souhaite obliger les autres ministères et organismes à analyser les effets de leurs projets de loi et de règlement sur la santé de la population avant de les présenter au Conseil des ministres. Le ministère du Conseil exécutif (MCE)<sup>4</sup> et le MSSS entament alors des discussions sur la formulation et la portée exactes de cette obligation.

#### **L'article 54 : une disposition clé de la LSP renforcée**

En décembre 2001, la Loi sur la santé publique est sanctionnée par le gouvernement du Québec. Cette loi a pour objet la protection de la santé de la population et la mise en place de conditions favorables au maintien et à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population en général. De fait, elle ouvre de nouvelles avenues pour la promotion et l'instauration de politiques favorables à la santé en renforçant la collaboration intersectorielle au sein du gouvernement. Elle établit des passerelles avec les autres secteurs d'activité

---

4. Le MCE a pour principale responsabilité de soutenir la prise de décision de la part des instances gouvernementales. À ce titre, il assure les fonctions d'analyse, de conseil et de coordination auprès du premier ministre et du Conseil des ministres (MCE, 2007 : 13).

gouvernementale dans l'objectif de mieux harmoniser les politiques gouvernementales autour des facteurs qui influencent positivement les déterminants de la santé.

À cet égard, l'article 54 de la LSP constitue une disposition clé. En vigueur depuis juin 2002, il stipule que :

*Le ministre est d'office le **conseiller** du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population.*

*À ce titre, **il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements** qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population.*

Le premier alinéa de l'article 54 campe le rôle du ministre de la Santé et des Services sociaux au sein du gouvernement en matière de promotion de la santé et de politiques favorables à la santé. Le ministre s'y voit confirmer sa fonction de conseiller et conférer un pouvoir d'initiative qu'il peut exercer en donnant des avis à ses collègues de tous les secteurs d'intervention.

Quant au second alinéa, il crée une obligation, pour les ministères et organismes gouvernementaux, de consulter le ministre lorsqu'ils élaborent des lois et des règlements susceptibles d'avoir un effet significatif sur la santé de la population. Ici, le ministre a pour mandat d'éclairer le gouvernement et de soutenir les ministères et les organismes gouvernementaux dans leur nouvelle responsabilité de tenir compte des effets possibles de leurs projets de loi et de règlement sur la santé.

La finalité de l'article 54 est de favoriser l'élaboration, l'adoption et la mise en œuvre de politiques publiques saines, c'est-à-dire qui comportent des mesures ayant pour effet d'améliorer et de protéger la santé et de favoriser l'équité en matière de santé.

Avec l'adoption de l'article 54, le gouvernement vise :

- à protéger et à améliorer la santé de la population par l'action intersectorielle ;
- à informer les analystes et les décideurs sur les liens entre leurs interventions et la santé et le bien-être de la population ;
- à responsabiliser les différents ministères et organismes à l'importance de prendre en compte les conséquences possibles de leurs décisions sur la santé et le bien-être.

## **La stratégie d'application de l'article 54**

À la suite de l'entrée en vigueur de l'article 54, le MSSS confie à un groupe de travail le mandat d'élaborer une stratégie d'application efficace. Comme souligné plus haut, le groupe de travail s'intéresse particulièrement aux travaux sur l'évaluation environnementale stratégique (EES) menés au Québec par le ministère de l'Environnement et à l'expérimentation de l'EIS faite en Colombie-Britannique sous l'égide du ministère de la Santé, tout en appuyant également sa réflexion sur le « Consensus de Gothenburg » issu du partage des différentes expériences européennes en matière d'EIS et d'évaluation environnementale.

Il appert que l'implantation d'un mécanisme d'EIS au sein de l'appareil gouvernemental dépend de plusieurs facteurs. La volonté politique clairement affirmée d'appuyer cette implantation, l'implication continue du MSSS dans le processus ainsi que la production de documents de soutien adaptés aux besoins des utilisateurs comptent parmi les conditions de succès. La démarche doit aussi s'accompagner d'un transfert des connaissances aux ministères et organismes. Enfin, une évaluation menée plus en amont dans le processus d'élaboration des politiques facilite l'atténuation des effets négatifs et la maximisation des effets positifs sur la santé de la population.

Sur la base de cette réflexion, le MSSS élabore une stratégie qui comprend deux grands volets :

- l'implantation d'un mécanisme intragouvernemental d'EIS permettant aux ministères et organismes d'évaluer au préalable les effets possibles sur la santé et le bien-être de la population des différentes mesures qu'ils projettent ;
- le développement et le transfert des connaissances par la mise en place d'un programme de recherche sur les politiques publiques favorables à la santé.

## **PARTIE 3 : LE MÉCANISME INTRAGOUVERNEMENTAL D'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ**

---

Afin de permettre aux ministères et organismes de prendre en compte l'incidence possible de leurs actions sur la santé et le bien-être, le MSSS a conçu et mis en place un mécanisme intragouvernemental d'EIS. Ce mécanisme favorise l'intégration des préoccupations en matière de santé par les promoteurs de projets de loi et de règlement, et ce, le plus tôt possible dans le processus décisionnel.

Le mécanisme d'EIS s'inscrit en appui au processus d'élaboration des lois et règlements des ministères et organismes. Il repose sur la responsabilité du promoteur, qui doit procéder lui-même aux évaluations d'impact. Tout au long de la démarche d'évaluation, le promoteur d'un projet de loi ou de règlement peut toutefois compter sur le soutien du MSSS et des ressources de son réseau, qui lui fourniront des outils d'aide à la décision et l'expertise nécessaire.

La mise en œuvre du mécanisme d'EIS a nécessité :

- la création d'un réseau de répondants ministériels ;
- la production et la diffusion d'outils ;
- l'insertion de l'EIS dans le processus définitionnel et le traitement des demandes par le MSSS.

### **Le réseau des répondants ministériels**

La collaboration des décideurs des autres secteurs d'intervention étant une condition nécessaire à la mise en œuvre du mécanisme intragouvernemental d'évaluation d'impact, un réseau de répondants ministériels a été constitué. Ce réseau, considéré comme un canal privilégié d'échanges et de transfert des connaissances, vise l'appropriation des enjeux sous-jacents à l'article 54 de la LSP, la responsabilisation des différents partenaires et, ultimement, l'élaboration et l'adoption de politiques publiques favorables à la santé.

En mai 2002, le MSSS organise une première rencontre d'information, de sensibilisation et d'échange, au cours de laquelle tous les ministères sont invités à désigner une personne répondante pour assurer un lien avec le MSSS, valider le mécanisme et les outils proposés par le MSSS et veiller au bon fonctionnement de la démarche. Dix-neuf ministères, dont le MCE, désignent alors un représentant.

Entre 2004 et 2007, le MSSS organise cinq rencontres du réseau des répondants (une en 2004, deux en 2005 et deux en 2006). La participation des ministères est variable. Dès le départ, on constate que certains ministères se sentent moins interpellés et sont peu présents aux rencontres du réseau des répondants, alors que d'autres participent davantage. Il faut également souligner que la stabilité des répondants (le même répondant pour

plusieurs années) diffère considérablement d'un ministère à l'autre et que les changements fréquents ont une incidence sur l'intérêt à maintenir des liens et à s'investir dans le réseau.

Au cours des rencontres qui ont lieu en 2002 et 2004, les répondants présents reconnaissent la responsabilité de leur ministère en matière d'EIS. Toutefois, ils soulignent la difficulté de se doter d'un processus interne d'évaluation, la complexité des outils ainsi que leur manque de connaissances et de compétences dans ce domaine. Ils expriment le besoin de mieux maîtriser les fondements, l'utilité, la procédure et les outils associés à l'EIS, mais préféreront recevoir un soutien ponctuel en cours de processus plutôt qu'une formation intensive.

De 2004 à 2006, les rencontres du réseau intègrent des activités de transfert des connaissances et le MSSS entreprend la révision des outils en collaboration avec les répondants ministériels. De plus, il propose d'organiser des rencontres particulières pour présenter l'article 54 et sa stratégie d'application aux ministères et organismes intéressés. À ce jour, trois ministères et un organisme public ont répondu favorablement à l'offre du MSSS. Les rencontres avec le MSSS ont par exemple permis au ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille de se familiariser avec la démarche d'EIS et de s'en inspirer pour introduire un article similaire à l'article 54 dans la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale (LRQ, chapitre L-7, article 19.11).

Toutefois, la multiplication des évaluations d'impact (environnement, santé, jeunes, régions, etc.) s'avère un élément préoccupant pour les répondants. À cet égard, il est proposé de concevoir un outil commun d'évaluation d'impact qui intégrerait l'ensemble des problématiques transversales, et qui pourrait être appliqué plus en amont dans le processus décisionnel. Cette proposition a été transmise au MCE qui, de par ses fonctions de coordination, pourrait assumer le leadership d'une telle démarche.

En 2003, l'Observatoire de l'administration publique (OAP), rattaché à l'École nationale d'administration publique (ENAP), a réalisé une étude visant à évaluer l'acceptabilité politique de l'article 54 par les ministères et organismes ainsi que le niveau d'implantation de l'EIS (Auger, 2003). Cette étude et les rencontres avec les répondants ministériels aideront le MSSS à ajuster ses activités de soutien. Parmi celles retenues, on trouve la production d'un bulletin d'information, *Le 54*, la révision des outils d'aide à la décision et la publication d'un document de sensibilisation sur les déterminants de la santé.

*Le 54* sera lancé en décembre 2004. Diffusé par courrier électronique au réseau des répondants ministériels et à toute personne ou organisation qui en fait la demande, le bulletin vise à maintenir le contact avec les répondants entre les rencontres tout en les informant de l'avancement des travaux relatifs à l'application de l'article 54. Quatre numéros ont été publiés jusqu'ici : un en 2004, deux en 2005 et un en 2007.

## **La production et la diffusion d'outils**

Afin de soutenir les ministères et organismes dans l'application de l'article 54, le MSSS a produit différents outils. Ceux-ci ont été élaborés en collaboration avec le réseau des répondants et l'INSPQ.

### ***Les premiers outils***

Dans le cadre de la stratégie d'implantation de l'article 54, le MSSS met à la disposition des ministères et organismes différents instruments pour leur permettre d'intégrer l'EIS dans leurs processus organisationnels. Ainsi sont produits, en plus d'un document d'orientation, un outil de dépistage visant la détermination des projets de loi ou de règlement qui peuvent avoir des répercussions sur la santé, de même qu'un outil de cadrage et d'évaluation préliminaire permettant une appréciation sommaire des répercussions possibles sur la santé des projets dépistés.

En avril 2002, le MSSS réalise un exercice de simulation en collaboration avec le Centre d'analyse des politiques publiques de l'Université Laval (CAPP). Cet exercice vise à augmenter l'efficacité de la démarche et le soutien offert aux ministères et organismes par la révision et la bonification des outils (MSSS, 2004b). Il repose sur l'application rétrospective des 2 outils d'évaluation à 22 règlements publiés dans la *Gazette officielle* et à 30 projets de loi déposés à l'Assemblée nationale au printemps 2002. L'exercice de simulation révèle plusieurs problèmes : l'outil de dépistage n'est pas assez précis, car nombre de projets de loi et de règlement sans effets significatifs prévisibles sur la santé sont retenus pour l'étape de cadrage et d'évaluation ; l'outil de cadrage et d'évaluation préliminaire ne permet pas de détailler suffisamment les effets des différentes mesures sur la santé ; les utilisateurs des deux outils n'interprètent pas la notion d'impact significatif de la même manière, ce qui a exigé une vérification supplémentaire du MSSS dans le processus pour s'assurer qu'aucun impact significatif n'a été omis.

En 2004, le MSSS réalise une revue de la littérature pour connaître les principaux modèles théoriques, les pratiques existantes d'EIS, les conditions de succès de l'implantation du mécanisme et les écueils à éviter (MSSS, 2004a). Cet exercice vise à approfondir la réflexion en matière d'EIS afin d'améliorer le mécanisme mis en place au Québec.

### ***Un guide pratique sur l'EIS***

Au cours de l'année 2005-2006, les deux outils sont révisés. Ils sont intégrés dans un même document, le *Guide pratique : Évaluation d'impact sur la santé lors de l'élaboration des projets de loi et de règlement au Québec*, publié en 2006. Ce document propose un survol des principaux déterminants de la santé, contient des informations pratiques sur l'EIS ainsi qu'une présentation plus étoffée des étapes du processus. Il est destiné tout



particulièrement aux personnes chargées d'élaborer et d'analyser des projets de loi ou de règlement dans les ministères et organismes, aux personnes qui prennent part à l'élaboration des politiques et des programmes au sein des différentes instances gouvernementales et aux gestionnaires engagés dans le processus de décision.

Le processus d'EIS décrit dans le *Guide pratique* (p. 11-14) comporte cinq étapes.

### 1. Le dépistage

Cette étape consiste à repérer les projets de loi et de règlement susceptibles d'avoir un effet, positif ou négatif, sur la santé de la population. La procédure est simple et permet aux ministères et organismes d'avoir un premier aperçu des effets potentiels du projet de loi ou de règlement sur les déterminants de l'état de santé et de bien-être. La grille de dépistage est conçue de façon à ce que cette étape du processus puisse être réalisée dans un court laps de temps. Selon les données recueillies, trois voies sont possibles :

- si les effets potentiels sont positifs et négatifs, le projet doit être soumis à l'étape suivante de cadrage et d'analyse sommaire ;
- si les effets potentiels sont négatifs, le projet doit également être soumis à l'étape suivante ;
- si les effets potentiels sont positifs uniquement, les promoteurs peuvent néanmoins réaliser l'étape de cadrage et d'analyse sommaire afin d'étayer davantage ces effets potentiels.

### 2. Le cadrage et l'analyse sommaire

Cette étape permet de préciser, à partir de données probantes et d'avis d'experts, la source, la nature et l'ampleur des effets possibles sur la santé, ainsi que les groupes les plus susceptibles d'être touchés. L'information recueillie au cours de l'étape de cadrage permet de dresser un tableau préliminaire des effets potentiels du projet de loi ou de règlement sur les déterminants de l'état de santé de la population. À cette étape, le recours aux ressources du réseau de la santé et des services sociaux, par l'intermédiaire du MSSS, est indispensable. L'analyse sommaire est caractérisée par l'utilisation de l'information existante, par des démarches minimales de quantification et par la consultation d'experts. La grille de cadrage et d'analyse sommaire constitue un outil pour recueillir l'information nécessaire à l'ajustement et à la prise de décision ou, le cas échéant, à l'analyse approfondie. L'étape de cadrage et d'analyse sommaire peut être réalisée en quelques jours.

### 3. L'analyse approfondie

Elle permet de préciser les effets potentiels sur la santé et de proposer des solutions pour les atténuer. Elle suppose la collecte d'informations supplémentaires, la consultation de représentants des groupes touchés par les effets potentiels ainsi que la collaboration d'experts. Cette étape plus complexe nécessite elle aussi le recours aux ressources du réseau de la santé et des services sociaux, par l'intermédiaire du MSSS. Il n'existe pas de

canevas prédéfini pour réaliser cette étape. Les méthodes d'évaluation doivent être définies avec l'aide d'experts et sont propres à chaque projet de loi ou de règlement nécessitant une analyse plus approfondie. Certaines balises sont toutefois nécessaires. Ainsi, l'analyse approfondie doit comporter une description du projet de loi ou de règlement, de la méthode d'évaluation utilisée, des effets potentiels sur les déterminants de la santé de la population ainsi que des mesures d'atténuation à mettre en place. Cette étape peut prendre de plusieurs semaines à plusieurs mois. Étant donné le temps et les ressources que requiert l'analyse approfondie, les projets qui font l'objet d'une telle analyse doivent être formellement identifiés comme des projets ayant des effets négatifs significatifs sur l'état de santé de la population.

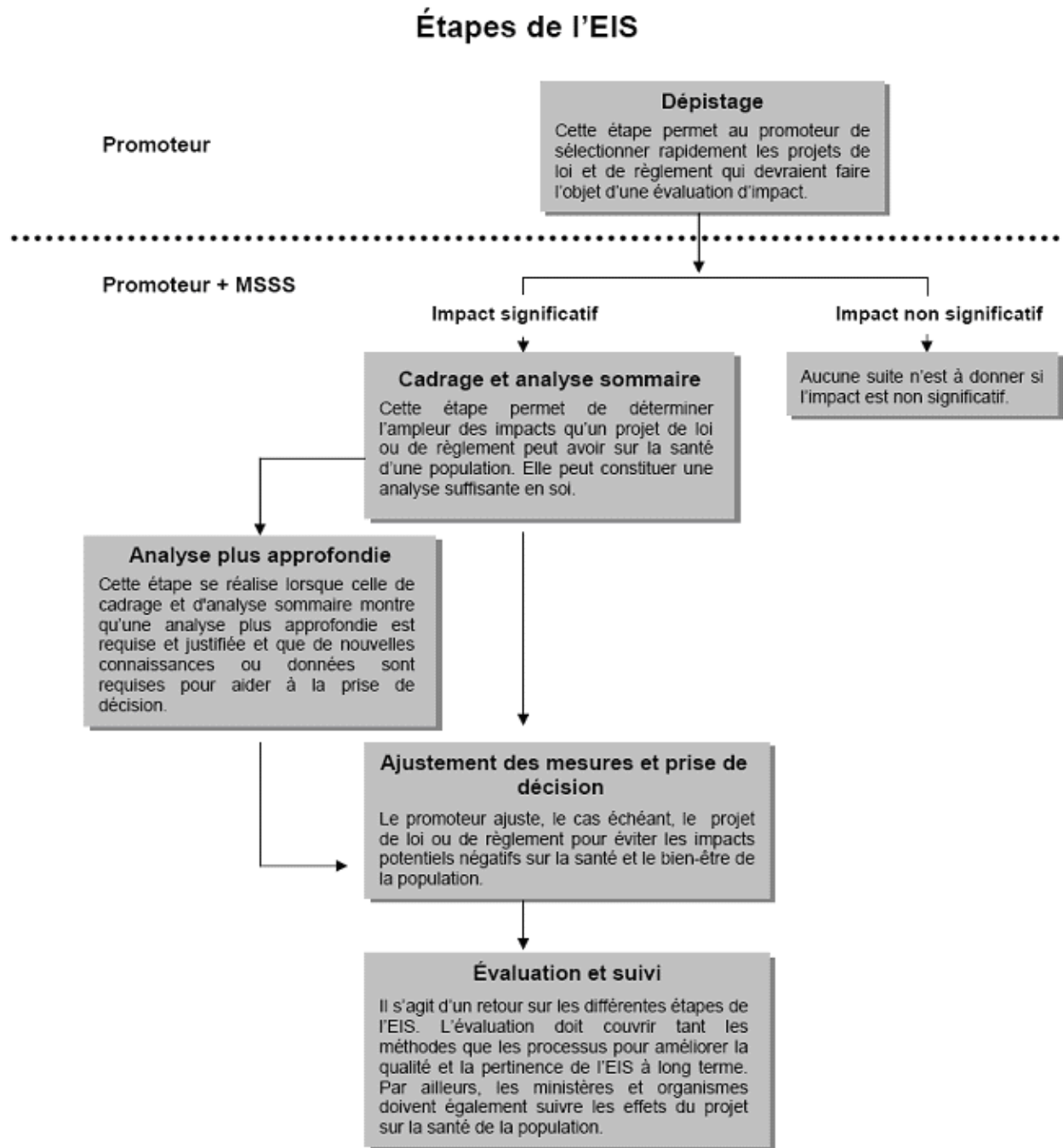
#### 4. L'ajustement des mesures et la prise de décision

Le promoteur modifie le projet de loi ou de règlement de façon à éviter les effets négatifs potentiels sur la santé et le bien-être. Que l'analyse ait été sommaire ou approfondie, l'information recueillie au cours de l'EIS doit être présentée aux décideurs de façon claire, afin de faciliter la prise de décision.

#### 5. L'évaluation du processus et le suivi

En dernier lieu, il convient de faire un retour sur les étapes de l'EIS. L'évaluation doit couvrir tant les méthodes que les processus, ce qui permettra d'améliorer la qualité et la pertinence de l'EIS à long terme. Par ailleurs, comme le stipule la Loi sur l'administration publique, les ministères et organismes doivent définir des indicateurs appropriés pour assurer le suivi du projet de loi ou de règlement. Les effets sur les déterminants de la santé et du bien-être devraient être pris en compte dans ce suivi.

Figure 1 Les étapes de l'EIS



Source : MSSS, *Guide pratique : Évaluation d'impact sur la santé lors de l'élaboration des projets de loi et de règlement au Québec*, 2006, p. 15.

## **Un outil de sensibilisation sur les déterminants de la santé et du bien-être**

En 2007, en collaboration avec d'autres ministères et des organismes, le MSSS produit le document *La santé, autrement dit... Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé*, qui a trait à huit grands déterminants de la santé, soit les habitudes de vie, l'éducation, le logement, le transport, l'aménagement urbain, l'environnement physique, l'environnement social et la pauvreté. Cet outil de sensibilisation, de nature conviviale, vise à soutenir la réflexion et à orienter l'action en faveur de l'amélioration de la santé. Pour chacun des huit déterminants de la santé retenus, il est fait état des connaissances récentes, de réalisations actuelles et d'actions qui pourraient être menées dans différents secteurs d'activité. Il s'adresse particulièrement aux ministères, aux organismes, aux municipalités et aux organismes communautaires.

Le document de sensibilisation, qui vise un public plutôt large, a été traduit en anglais et est diffusé dans le site Web du MSSS. Cela permettra ainsi au MSSS de partager son approche avec des réseaux internationaux.

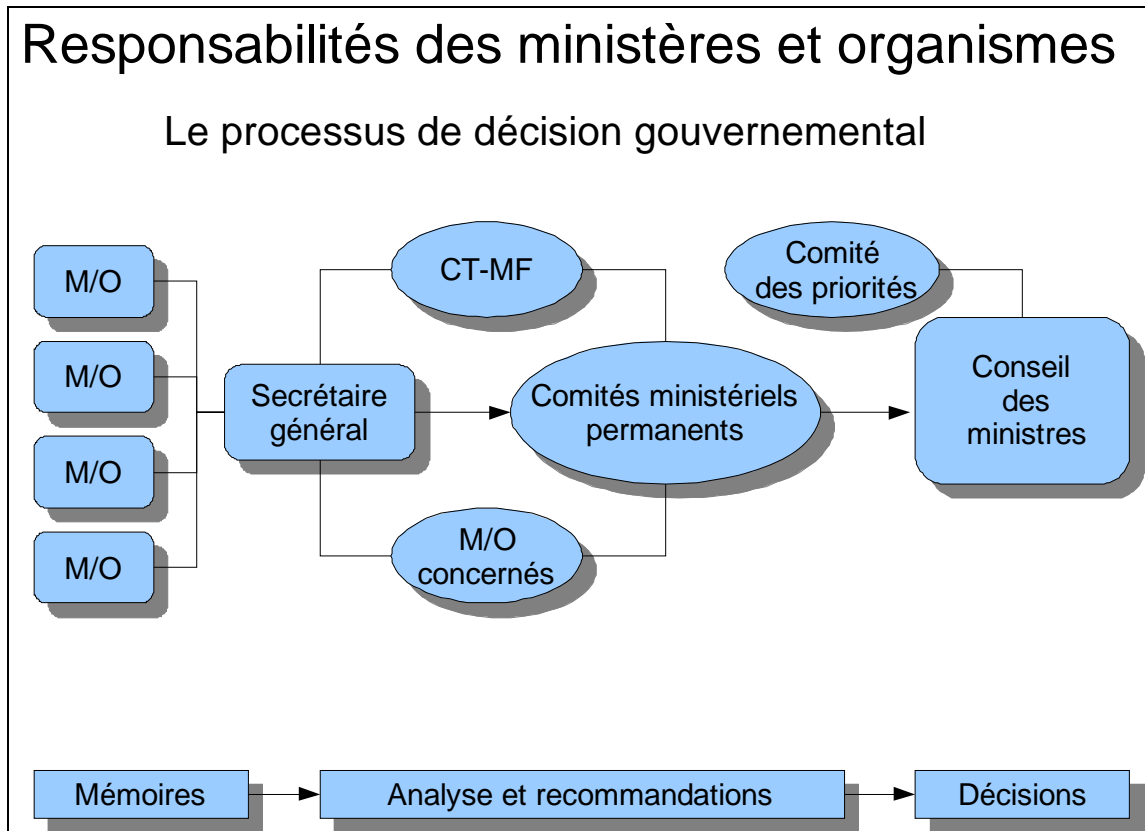
## **Le processus de décision gouvernemental**

La stratégie d'application de l'article 54 suppose que le ministère ou organisme qui élabore un projet de loi ou de règlement procède à l'EIS et qu'au besoin, il consulte le MSSS au cours de cette démarche.

Lorsque le processus d'élaboration du projet de loi ou de règlement est complété, le ministère doit acheminer un mémoire au Secrétariat général du ministère du Conseil exécutif. Sur la base du mémoire, le Secrétariat général vérifie si le projet a fait l'objet des analyses nécessaires avant de le soumettre au Conseil exécutif (communément appelé « Conseil des ministres »). Il établit le lien avec les comités ministériels, le Conseil du trésor, le ministère des Finances et les autres ministères visés par le projet. S'il croit qu'un projet de loi ou de règlement peut avoir des répercussions sur la santé, le Secrétariat général achemine une demande d'avis au MSSS (MCE, 2008).

Principal organe décisionnel du gouvernement, le Conseil des ministres assume la direction du gouvernement et la mise en application des lois. Il procède, notamment, à l'adoption des décrets et des règlements ainsi qu'à l'approbation des projets de loi qu'il entend soumettre à l'Assemblée nationale (MCE, 2008).

Figure 2 Le processus de décision gouvernemental



Note : CT = Conseil du trésor, MF = ministère des Finances, M/O = ministères et organismes.

Source : Adapté de MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF, *Le fonctionnement du Conseil des ministres*, 2008, p. 35-36.

De façon bien légitime, les ministères et organismes qui procèdent à des EIS désirent rendre visibles leurs efforts et mettre en valeur les mesures d'atténuation ou de bonification de leur projet. À leur demande, le MSSS a convenu avec le MCE, en 2007, que les mémoires pourraient comporter, à la section « Consultation entre les ministères », la mention suivante :

*Comme prévu par l'article 54 de la Loi sur la santé publique, l'évaluation d'impact sur la santé a été réalisée et transmise aux personnes concernées du ministère de la Santé et des Services sociaux, en date du xxx.*

Cette mention confirme que l'EIS a été menée avec le soutien du MSSS. Cette mention peut aussi servir au MCE, pour ses analyses subséquentes.

Par ailleurs, le MSSS a réalisé une analyse des plans stratégiques de chaque ministère et organisme afin de déterminer les grands enjeux qui fonderont les actions de chaque secteur pour la période 2005-2010. Cette analyse, diffusée aux équipes de la DGSP visées, a permis :

- d'informer sur les missions respectives des ministères et organismes afin de mieux comprendre les préoccupations de chacun ;
- d'assurer une vigie sur les projets de loi et de règlement, afin de garantir une évaluation des projets pouvant avoir des effets négatifs sur la santé ;
- de favoriser l'implication du MSSS en amont dans le processus d'élaboration de projets de loi ou de règlement.

Le MSSS projette de faire une mise à jour de cette analyse à partir des plans stratégiques révisés ou des prochains documents d'orientation.

## **Le traitement des demandes par le MSSS**

### ***Une procédure interne de traitement des demandes***

Les nouvelles responsabilités relatives à la mise en vigueur de l'article 54 ont obligé le MSSS à consolider la démarche de traitement des demandes au sein de sa propre organisation. Les responsables de l'application de l'article 54, rattaché au Service des orientations en santé publique (SOSP) de la DGSP, ont d'abord rencontré les équipes des différentes directions du Ministère afin de leur présenter l'article, ses visées, les deux volets de la stratégie d'application et les outils d'évaluation. Par la suite – en 2004 –, une procédure interne de traitement des demandes d'avis a été élaborée et formalisée (la procédure est présentée en annexe).

Celle-ci vise à :

- améliorer la réception, le cheminement et le traitement des demandes relatives à l'article 54 de la Loi sur la santé publique ;
- renforcer les liens de collaboration entre les différentes directions ;
- renforcer le soutien du MSSS aux autres ministères et aux organismes.

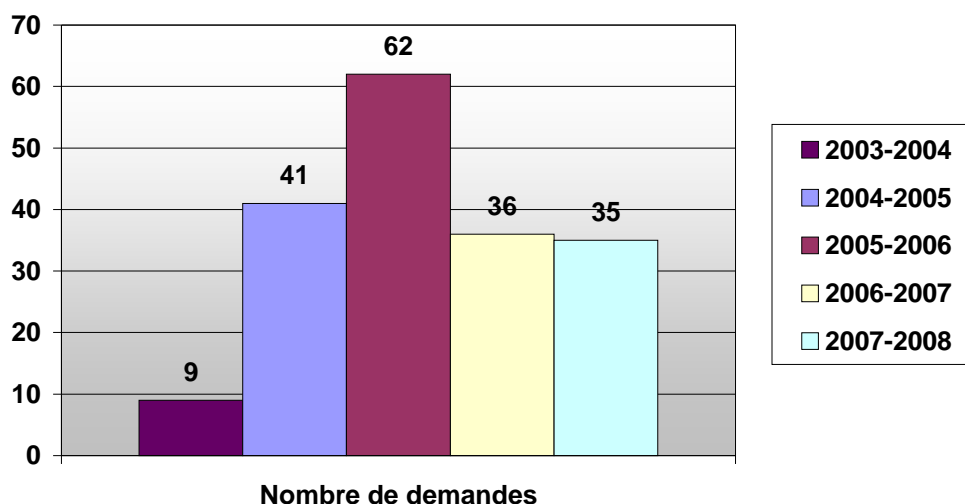
La procédure décrit les demandes susceptibles d'être formulées par les ministères, les organismes et le MCE, les étapes du traitement des demandes ainsi que les responsabilités des différentes directions engagées dans la démarche.

## Les demandes traitées par le MSSS

Cette section porte sur les demandes d'avis relatives à l'article 54 reçues et traitées par le MSSS du 1<sup>er</sup> avril 2003 au 1<sup>er</sup> janvier 2008. Les données pour 2007-2008 étant donc incomplètes, toute comparaison de cette année avec les années antérieures ne saurait indiquer plus qu'une tendance. Dans l'intervalle considéré, le MSSS a traité 183 demandes relatives à l'article 54<sup>5</sup>.

C'est en 2005-2006 qu'on enregistre le plus grand nombre de demandes, soit 62 (tableau 2). La baisse subséquente peut notamment s'expliquer par un programme législatif moins chargé. Cependant, une seule rencontre du réseau des répondants ministériels a été tenue depuis le début de 2006-2007, ce qui peut avoir eu comme effet une baisse d'intérêt dans les ministères et organismes, de même qu'une sensibilisation moindre des nouveaux répondants.

**Tableau 2 Nombre de demandes reçues et traitées par le MSSS, 2003-2004 à 2007-2008**



5. Deux demandes relatives à l'article 54 ne sont pas comptabilisées dans ce bilan. L'une, transmise par le MCE (année 2005-2006), porte sur la clause d'impact du MESS, et l'autre, transmise par le Conseil du statut de la femme (année 2007-2008), porte sur les outils élaborés par le MSSS.

Le tableau 3 montre que 70 % des demandes, soit 128 sur 183, se rapportent aux projets de quatre ministères : MDDEP, MAPAQ, MESS et MAMR. À l'heure actuelle toutefois, l'information détenue ne permet pas d'établir de ratio EIS/projets (nombre d'EIS vs nombre total de projets qui présentent des effets potentiels significatifs sur la santé). Des travaux sont en cours pour remédier à cette limite. Il convient aussi de souligner la demande conjointe transmise par deux organisations qui ne sont pas des instances gouvernementales, soit l'Association des aménagistes régionaux du Québec (AARQ) et l'Ordre des urbanistes du Québec (OUQ), mais dont les actions peuvent avoir des effets sur la santé et le bien-être.

**Tableau 3 Promoteurs des projets soumis au MSSS, demandes des M/O et du MCE confondues, 2003-2004 à 2007-2008**

Promoteur des projets*	Nombre de demandes	Répartition (%)
Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs	62	34 %
Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation	25	14 %
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale	22	12 %
Ministère des Affaires municipales et des Régions	19	10 %
Ministère du Travail	12	7 %
Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport	9	5 %
Ministère des Transports	8	4 %
Ministère de la Sécurité publique	7	4 %
Ministère des Ressources naturelles et de la Faune	6	3 %
Ministère de la Famille et des Aînés	3	2 %
Autres (Secrétariat de la jeunesse, Conseil Cri**, MFQ, MDEIE, MICC, MJQ, MRQ, AARQ-OUQ)	10	5 %
	<b>183</b>	<b>100 %</b>

\* Pour faciliter la compréhension du document, l'appellation actuelle des ministères est utilisée, même si elle a changé au cours des années. De même, les changements de mission de certains ministères n'ont pas été considérés.

\*\* Conseil Cri : Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James.



Seulement 21 des 183 demandes, soit 11,5 %, viennent directement des promoteurs des projets, et 14, soit 66 % d'entre elles, ont été transmises par deux ministères, le MDDEP et le MAPAQ (tableau 4). L'absence de certains ministères avec lesquels le MSSS entretient des liens étroits (MESS, MELs, MFA, entre autres) peut étonner. Précisons toutefois que grâce aux ententes et comités interministériels, il y a lieu de croire que dans bien des cas, le MSSS a été consulté plus en amont, et qu'une demande formelle n'a pas été nécessaire. Quant aux 162 demandes transmises par le MCE, des analyses réalisées à l'interne tendent à démontrer que le MSSS avait été consulté dans approximativement 50 % des cas.

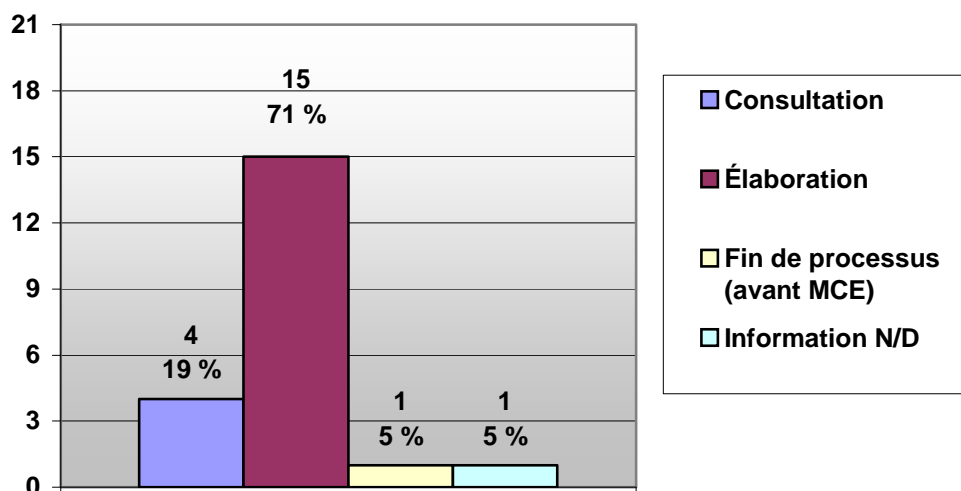
**Tableau 4 Projets soumis au MSSS par leurs promoteurs, 2003-2004 à 2007-2008**

Promoteur des projets	Nombre de demandes	Répartition (%)
Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs	7	33 %
Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation	7	33 %
Ministère de la Sécurité publique	3	14 %
Ministère des Affaires municipales et des Régions	1	5 %
Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles	1	5 %
Autres (AARQ-OUQ, Conseil Cri)	2	10 %
	<b>21</b>	<b>100 %</b>

L'étape à laquelle en sont rendus les projets, dans le cas des demandes acheminées au MSSS par les promoteurs eux-mêmes, constitue un indicateur de l'intégration de l'EIS dans le processus d'élaboration des politiques des ministères et organismes. Les M/O promoteurs qui demandent un avis au MSSS le font essentiellement en amont du processus décisionnel (tableau 5), ce qui permet d'influencer positivement les projets avant leur adoption et leur mise en œuvre, tout en perturbant le moins possible le processus d'élaboration lui-même (délais, réécriture, etc., qu'impliquent des modifications à une étape avancée).

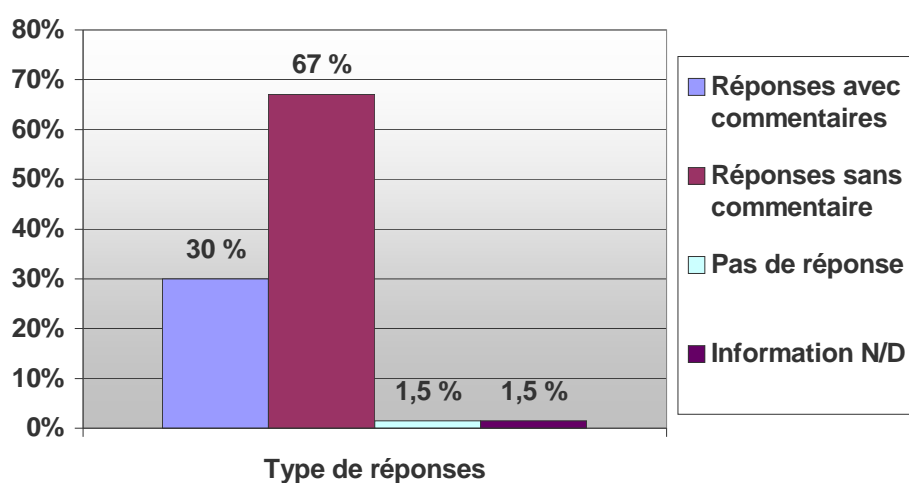
La classification a été faite selon trois catégories : une demande de participation à une consultation publique (étape en amont du processus d'élaboration), une demande d'avis pendant le processus d'élaboration ou une demande d'avis à la fin du processus, soit avant un dépôt au MCE. Il faut cependant noter que lorsqu'un avis est demandé, le degré d'avancement des travaux du promoteur peut être variable, en particulier lorsque la demande est compilée dans la catégorie « Élaboration ».

**Tableau 5** Étape à laquelle les demandes ont été acheminées au MSSS par les M/O, 2003-2004 à 2007-2008



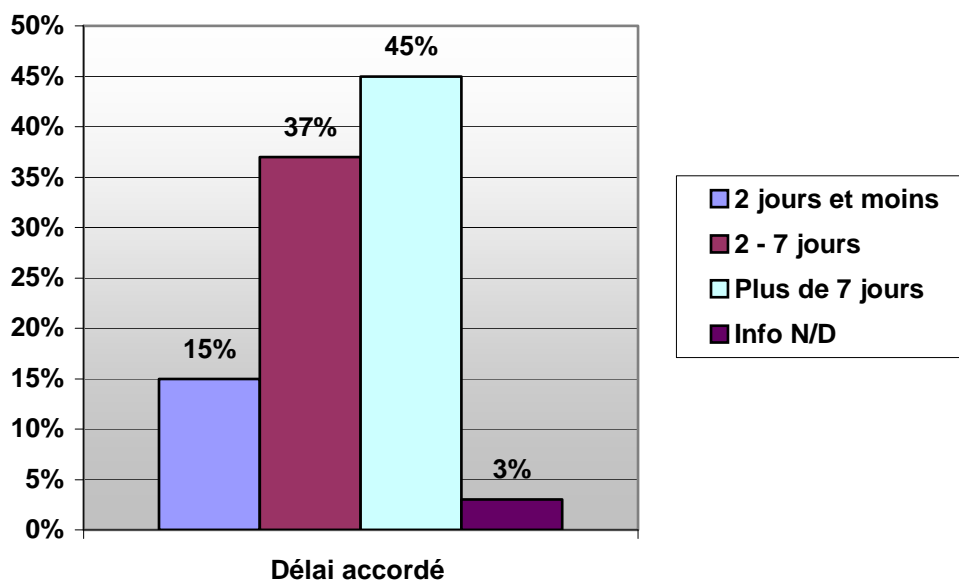
Les réponses du MSSS aux demandes des M/O sont déterminantes dans l'établissement et la consolidation de relations de collaboration avec ceux-ci. Par conséquent, le type de réponses fournies par le MSSS constitue une donnée pertinente. Globalement, 30 % des demandes soumises au MSSS ont fait l'objet d'une réponse avec commentaires positifs ou négatifs (tableau 6). Lorsque la demande vient du promoteur, le taux de réponses avec commentaires grimpe à 81 % (soit 17 des 21 demandes). Il est de 23 % seulement dans le cas des demandes transmises par le MCE, mais ceci n'exclut pas l'implication du MSSS en amont par l'entremise des ententes et des comités interministériels.

**Tableau 6 Types de réponses du MSSS, demandes des M/O et du MCE confondues, 2003-2004 à 2007-2008**



Pour traiter les demandes, le MSSS dispose d'un délai de plus de 48 heures dans la très grande majorité des cas (82 %), et d'un délai de plus de sept jours dans 45 % des cas (tableau 7). Les professionnels sollicités bénéficient donc, en règle générale, d'un délai relativement raisonnable pour faire leur analyse. C'est là un élément important, car le caractère urgent d'une demande d'avis limite les possibilités de consultation entre professionnels du MSSS et peut nuire à la qualité de la réponse transmise.

**Tableau 7 Délai accordé au MSSS pour traiter les demandes, M/O et MCE confondus, 2003-2004 à 2007-2008**



En vertu de l'article 54 de la LSP, le ministre de la Santé et des Services sociaux doit être consulté pour des mesures se rapportant à des lois et à des règlements. On constate toutefois une tendance à consulter le MSSS de manière beaucoup plus large, 42 % des demandes ayant trait à d'autres types de documents (tableau 8).

**Tableau 8 Types de projets ayant fait l'objet d'une demande de consultation, 2003-2004 à 2007-2008**

Sujets des demandes*	Nombre	Répartition (%)
Loi et règlement	107	58 %
Autres**	76	42 %
	<b>183</b>	<b>100 %</b>

\* Les sujets des demandes ont été catégorisés en fonction des titres donnés par les promoteurs des projets.

\*\* Certificat, financement, orientations, plan d'action, protocole, politique, stratégie, consultation publique, etc.

Par ailleurs, une consultation préalable du MSSS est mentionnée pour 50 % des mémoires et des notes explicatives reçus<sup>6</sup> (cette mention ne s'applique qu'aux demandes acheminées par le MCE). L'analyse des réponses transmises par le Ministère révèle que les demandes du MCE sans mention de consultation préalable suscitent davantage de commentaires que les demandes pour lesquelles une consultation est mentionnée (36,8 % contre 24,8 %).

L'une des explications possibles est que le MSSS ayant déjà transmis ses commentaires au ministère ou organisme concerné, il ne souhaite pas en formuler de nouveaux à ce stade du processus (approbation du projet par le MCE). Toutefois, la faible variation dans les pourcentages invite à la prudence dans l'analyse des données.

## **Conclusion**

### ***Le réseau des répondants ministériels***

L'instauration d'une nouvelle pratique organisationnelle demande du temps et des efforts continus, tant de la part du MSSS que des autres ministères et des organismes gouvernementaux. Au terme de ces cinq premières années, il ressort que le soutien du réseau des répondants est primordial. À cet égard, une fréquence accrue des rencontres (deux fois par année) permettrait de maintenir l'intérêt pour l'EIS, de stimuler son utilisation et de répondre aux préoccupations des ministères à cet égard. Un soutien entre les rencontres, adapté aux besoins des ministères, continuerait d'être assuré.

Le bulletin *Le 54* est un canal privilégié qui pourrait être exploité davantage. Il constitue une façon efficace d'informer les répondants de l'avancement des travaux relatifs à l'article 54 et de leur transmettre des connaissances utiles à l'élaboration de politiques publiques saines. De concert avec les partenaires ministériels du MSSS, il faudrait également considérer la possibilité d'élargir sa diffusion dans les organisations.

### ***La production et la diffusion d'outils***

Des outils adaptés aux besoins des répondants ministériels contribuent à une meilleure implantation de l'EIS. Il faudra s'assurer d'une diffusion régulière et étendue de ces documents afin que ceux-ci rejoignent les analystes et décideurs ciblés. Une formation pratique axée sur l'utilisation des outils pourra également être envisagée. Le contenu et le format de la formation devront cependant être discutés avec les membres du réseau des répondants ministériels.

---

6. Toutefois, il importe de mentionner que dans 20 % des cas, les demandes acheminées par le MCE n'étaient accompagnées ni d'un mémoire, ni d'une note explicative. Il est donc impossible de vérifier avec certitude l'implication réelle du MSSS.

### ***Le processus décisionnel gouvernemental***

L'ajout, dans les mémoires déposés au MCE, d'une mention précisant que l'EIS a été réalisée et validée par le MSSS, apparaît comme un gain pour toutes les parties. De cette façon, en effet, les ministères et organismes gouvernementaux peuvent faire valoir leurs efforts pour l'élaboration de politiques favorables à la santé, de son côté le MSSS peut mieux s'assurer de la validité de l'analyse réalisée, alors que le MCE dispose d'une indication supplémentaire pour analyser les projets qui lui sont soumis.

### ***Le traitement des demandes par le MSSS***

Le cheminement des demandes a été facilité grâce à la procédure interne établie. Cette systématisation se poursuit et il conviendrait de soutenir activement la coordination entre les directions afin que l'ensemble des demandes de consultation des M/O et des réponses du MSSS soit transmis aux responsables de l'application de l'article 54 aux fins de suivi et d'analyse du processus.

Enfin, la qualité des réponses fournies est un élément déterminant dans les relations que le MSSS entretient avec les autres ministères et les organismes. Dans cette optique, il y aurait lieu de transmettre *aussi* les commentaires positifs afin que les ministères et organismes puissent utiliser ces arguments pour la promotion de leurs projets. La consolidation de liens de partenariat entre le MSSS et les autres ministères et organismes faciliterait l'implantation du processus d'EIS dans les structures administratives et conduirait, à moyen ou long terme, à une plus grande cohérence des politiques gouvernementales.



## **PARTIE 4 : LE DÉVELOPPEMENT ET LE TRANSFERT DES CONNAISSANCES**

---

L'institutionnalisation du processus d'EIS doit être soutenue par le transfert de connaissances aux décideurs (Banken, 2001). Dans cette perspective, le MSSS a mis en place un second volet stratégique, afin d'appuyer l'instauration du mécanisme intragouvernemental d'EIS et, plus largement, d'accroître les connaissances en matière de politiques publiques favorables à la santé.

Ce volet a trait au développement et au transfert des connaissances, selon deux axes :

- un programme de recherche sur les politiques publiques favorables à la santé et au bien-être ;
- une entente MSSS-INSPQ sur l'application de l'article 54 de la LSP.

### **Programme de recherche sur les politiques publiques favorables à la santé et au bien-être**

#### ***Organisation du programme***

En mai 2002, le MSSS invite le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) et le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC) à collaborer à la mise en place d'un programme d'actions concertées afin de soutenir l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé et au bien-être. Ce programme vise à répondre à des besoins de recherche des milieux gouvernemental, communautaire, culturel et industriel, à favoriser le maillage entre ces milieux et les chercheurs, à assurer le transfert des résultats de recherche et à maximiser l'utilisation de ces résultats.

Un protocole d'entente est signé entre les trois partenaires que sont le MSSS, le FQRSC et le FRSQ. Le « Protocole d'entente pour le développement et la gestion d'appels d'offres qui seront lancés dans le cadre du *Programme québécois de recherche sur les politiques publiques favorables à la santé* entre le FQRSC, le FRSQ et le Ministère » vise à établir les règles de collaboration entre ces partenaires. Il est convenu qu'en fonction des objets de recherche, le FQRSC, ou le FRSQ, agira comme fonds mandataire de l'appel de propositions<sup>7</sup>.

Le programme de recherche comporte un partage des responsabilités entre le Ministère, les organismes subventionnaires et l'INSPQ. Pour les premières années du programme, le MSSS a mis sur pied un comité d'orientation tripartite, servant de mécanisme de consultation, afin d'établir les objectifs, les orientations et les axes du programme de recherche, et en a revu les modalités selon les besoins.

---

7. Le FQRSC a été désigné mandataire des quatre appels de propositions lancés jusqu'ici.



Un comité de suivi composé des chercheurs financés et des partenaires de l'*Action concertée* est instauré pour chacun des axes de recherche. L'organisation et l'animation des rencontres ont été sous la responsabilité du FQRSC. Le comité de suivi a pour sa part les responsabilités suivantes :

- suivre le déroulement de la recherche et prendre connaissance des résultats en cours de processus ;
- aplanir les difficultés qui se présentent en cours de réalisation du projet (ex. : faciliter l'accès au terrain ou à des données) ;
- contribuer à améliorer le potentiel de retombées du projet et envisager, dès les premiers résultats, des moyens pour favoriser le transfert des connaissances.

### **Objectifs du programme**

La visée du programme est de contribuer à la protection et à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population québécoise en favorisant la prise en compte des risques dans les décisions gouvernementales et en soutenant l'élaboration et l'adoption de politiques publiques favorables à la santé.

Les objectifs du programme sont plus précisément les suivants :

- accroître et consolider la recherche interdisciplinaire ;
- soutenir la production d'outils qui aideront à l'adoption de politiques publiques favorables à la santé ;
- soutenir des recherches visant l'évaluation des effets *a priori* et *a posteriori* des politiques publiques ;
- favoriser le transfert des connaissances, par des moyens novateurs, vers les décideurs et les ressources.

### **Axes de recherche**

En 2003, une enquête réalisée par l'Observatoire de l'administration publique de l'ENAP, déjà évoquée<sup>8</sup>, montre que les attitudes au regard de l'article 54 et ses modalités d'application varient considérablement, selon les ministères et les organismes. De plus, les représentants gouvernementaux rencontrés dans le cadre de cette enquête soulèvent un grand nombre d'enjeux sociétaux et sectoriels. La diversité des enjeux est telle qu'il a été difficile de les ramener sous quelques grandes thématiques pouvant être couvertes par le programme de recherche.

À la suite de cette enquête, le comité d'orientation confie à l'INSPQ le mandat de proposer un modèle de découpage du programme. Après consultation de chercheurs et de représentants des ministères et organismes gouvernementaux, l'INSPQ recommande une formule en trois axes :

- concepts et méthodes ;
- élaboration de politiques ;

---

8. Il s'agit de l'enquête intitulée *Identification des enjeux sociétaux et sectoriels pour l'opérationnalisation du programme de transfert de connaissances et de recherche sur les politiques publiques favorables à la santé et au bien-être*.

- évaluation des impacts.

Jusqu'ici, quatre appels de propositions ont été lancés à partir de ces axes de recherche<sup>9</sup>.

### 1. Concepts et méthodes pour l'analyse des actions gouvernementales

L'amorce d'une réflexion sur les politiques favorables à la santé et au bien-être, l'élaboration d'un cadre conceptuel et la mise au point de méthodes d'évaluation d'impact adaptées au Québec apparaissent incontournables.

Dans cette perspective, une équipe de recherche se voit confier le mandat suivant :

- élaborer un cadre conceptuel intégrant les connaissances sur les liens entre les actions gouvernementales et les déterminants de la santé ;
- analyser les processus décisionnels qui tiennent compte des effets potentiels sur la santé et le bien-être ;
- élaborer et tester un ou des modèles conceptuels permettant de sensibiliser et d'outiller les intervenants pour tenir compte des préoccupations en matière de santé et de bien-être ;
- concevoir et mettre en œuvre des stratégies de diffusion et de transfert des connaissances adaptées aux utilisateurs potentiels des résultats de recherche obtenus.

### 2. Élaboration de politiques publiques favorables à de saines habitudes de vie

En raison de l'intérêt grandissant des chercheurs, ces dernières années, pour les facteurs à l'origine des problèmes de santé, il est désormais possible d'ouvrir de nouvelles perspectives pour la contribution des autres secteurs du gouvernement à l'instauration de conditions favorables à la santé et au bien-être. Le développement de la recherche doit se faire de concert avec les décideurs des différents secteurs gouvernementaux. Cet axe de recherche vise à approfondir les connaissances sur les enjeux, les obstacles, les stratégies et les effets associés à l'adoption de politiques publiques qui soutiennent les saines habitudes de vie.

Les habitudes de vie ciblées sont celles dont l'influence importante sur la santé des populations est démontrée. Les mesures gouvernementales d'intérêt comprennent notamment la législation, la taxation, la réglementation, les subventions et la prestation de services.

Pour toute mesure gouvernementale examinée, les partenaires devraient considérer les questions suivantes :

- Quelles modalités ont une incidence réelle sur l'acquisition et le maintien de saines habitudes de vie ? Quelle est l'ampleur de cette incidence ? Quel est l'effet sur la santé ? Quels en sont les coûts ?

---

9. Les appels de propositions sont diffusés à l'adresse [<http://www.fqrcs.gouv.qc.ca>].

- Quelles sont les conditions facilitantes et les barrières à l'implantation de cette politique dans la société québécoise ?
- Quels effets pervers peuvent être associés à cette politique ?
- Quelles stratégies permettent d'optimiser la mise en œuvre de cette politique ?
- Dans un contexte de décentralisation de nombreux secteurs du gouvernement, à quel niveau d'administration (local, régional, national) doit s'articuler l'application de cette politique ?
- Comment pourraient s'articuler des interventions efficaces si elles sont axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie ?

### 3. Évaluation des impacts

Cet axe de recherche vise à accroître les connaissances relativement aux effets des actions gouvernementales sur la santé et le bien-être de la population et la façon d'évaluer ces effets. L'EIS s'inscrit dans un courant de pensée qui privilégie la responsabilisation des ministères et organismes et des interventions publiques éclairées par des études, afin de maximiser les avantages et réduire les désavantages pour la santé qui peuvent être associés aux lois et règlements. Le choix d'une politique plutôt qu'une autre devrait prendre en compte leurs effets différentiels sur la santé.

Pour toute mesure gouvernementale examinée, les projets de recherche doivent :

- fournir des informations éclairantes sur ses effets potentiels ou réels sur la santé et le bien-être dans le but d'en réduire les inconvénients ou d'en accroître les bienfaits sur la santé et le bien-être de la population québécoise ;
- faire une analyse comparative des effets probables sur la santé et le bien-être avec des politiques publiques visant les mêmes problèmes et fournir des informations permettant d'apprécier les effets sur la santé.

### 4. Pauvreté et exclusion sociale

L'occasion de compléter le programme de recherche s'est présentée à la suite de l'adoption, en 2002, de la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale. L'entrée en vigueur de cette loi a donné lieu à la publication d'un plan d'action gouvernemental (MESS, 2004) et à la mise sur pied, en 2005, du Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale (CEPE), qui est rattaché au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS). Il a pour mandat, entre autres, de poursuivre des activités de recherche, de faciliter le transfert des connaissances au bénéfice des divers acteurs engagés dans la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, et de faciliter les collaborations dans ce domaine avec les ministères, les organismes et les divers milieux de recherche au Québec et ailleurs dans le monde<sup>10</sup>.

---

10. Une présentation détaillée du mandat du CEPE est disponible à l'adresse [<http://www.cepe.gouv.qc.ca/presentation/index.asp>].

Le ministère des Affaires municipales et des Régions (MAMR), la Société d'habitation du Québec (SHQ), la Fondation Lucie et André Chagnon de même que le FQRSC<sup>11</sup> se joignent alors au MESS pour la réalisation de ce mandat. Le MSSS s'associe à cette action, parce que les connaissances issues de la recherche et des expériences novatrices et efficaces en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale seront intégrées dans les politiques et les interventions.

Trois axes sont proposés aux chercheurs dans cet appel de propositions :

- approfondir, structurer et rendre accessibles les connaissances sur les dynamiques qui causent et qui entretiennent la pauvreté, et sur les conséquences de celle-ci (sujets : éducation, santé, travail, territoire) ;
- procéder à une analyse critique et comparative des programmes et politiques de lutte contre la pauvreté mis en œuvre au Québec, au Canada et à l'étranger ;
- recenser, analyser et évaluer des modes de développement structurants dans les communautés locales et régionales, en intégrant les préoccupations relatives au développement économique et social susceptibles de se situer dans un cadre plus englobant de développement durable.

### ***Les recherches financées***

Le tableau suivant présente les différentes recherches actuellement financées, les chercheurs responsables et les échéanciers.

---

11. Le FRSQ ne participe pas à ce volet.

**Programme québécois de recherche sur les politiques publiques favorables à la santé et au bien-être**

**Actions concertées financées par le MSSS**

Volet de recherche	Nombre de projets Durée du projet	Titre du projet	Chercheur responsable	Engagement financier du MSSS	Date d'octroi du financement	Date prévue du rapport final
1. Concepts et méthodes pour l'analyse des actions gouvernementales pouvant avoir des impacts sur la santé et le bien-être des populations	1 projet 3 ans (renouvelable 1 fois)	Adoption de politiques publiques favorables à la santé pour le Québec	Jean Turgeon (ENAP)	Financement d'infrastructures  2 X 600 000 \$	1 <sup>er</sup> décembre 2004 au 30 novembre 2007  1 <sup>er</sup> décembre 2007 au 30 novembre 2010	28 février 2011
2. Développement de politiques publiques favorables à de saines habitudes de vie	3 projets 2 ans/projet	1. Les facteurs influençant la dissémination et l'adoption de l'approche québécoise École en santé, en tant que mesure visant la promotion des compétences et des saines habitudes de vie chez les jeunes	Marthe Deschesnes (ASSS Outaouais)	Financement de fonctionnement  2 X 200 000 \$	1 <sup>er</sup> janvier 2006 au 31 décembre 2007	31 mars 2008
		2. Analyse du système d'acteurs concernés par le transport actif des élèves des écoles primaires du Québec	Paul Lewis (U de Montréal)			31 mars 2008
		3. Le programme « Vas-y, fais-le pour toi ! » : les impacts chez les jeunes Québécois et leurs parents	François Trudeau (UQTR)			31 mars 2008
3. L'évaluation des impacts des politiques publiques sur la santé et le bien-être de la population	3 projets 2 ans/projet	1. Évaluation des impacts de la composante habitation à loyer modique de la Loi sur la SHQ quant à la santé et au bien-être des ménages familiaux	Paul Morin (U de Sherbrooke)	Financement de fonctionnement  450 000 \$	15 décembre 2007 au 15 décembre 2009	31 mars 2010
		2. L'impact des politiques de soutien à la garde sur la santé et le développement des enfants d'âge préscolaire	Marie-France Raynault (U de Montréal)			
		3. L'évaluation d'impact sur la santé et le bien-être des prestataires de sécurité du revenu des services intégrés de sécurité du revenu et d'emploi	Deena White (U de Montréal)			
4. Pauvreté et exclusion sociale	3 bourses doctorales/ 4 ans	1. L'action collective des groupes actifs dans le logement dans un contexte de redéfinition des relations État-société : une analyse comparée Québec-France (bourse)  2. Les refuges pour hommes itinérants : lieux de passage ou d'ancrage ? Analyse du réseau des organismes communautaires comme solution sociopolitique à l'itinérance (bourse)	Renaud Goyer (U de Montréal)	Financement de fonctionnement  2 X 150 000 \$	1 <sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2009	31 mars 2010
	7 projets de recherche/ 2 ans		Carolyne Grimard (UQAM)		1 <sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2009	31 mars 2010
	1 synthèse critique/1 an					

Volet de recherche	Nombre de projets Durée du projet	Titre du projet	Chercheur responsable	Engagement financier du MSSS	Date d'octroi du financement	Date prévue du rapport final
		3. Impacts de la reterritorialisation des politiques sociales sur la capacité des femmes à se sortir de la pauvreté et de l'exclusion par l'emploi (bourse). N'est plus financée par le FQRSC, mais participe tout de même à l'Action concertée	Marie-Christine Plante (U de Montréal)		1 <sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2009	31 mars 2010
		4. Intégration scolaire et sociale des jeunes d'origine immigrée à Montréal (projet)	Angèle Bilodeau (ASSS Montréal-Centre)		1 <sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2008	31 mars 2009
		5. La pauvreté et l'exclusion sociale, leur genèse et leur réduction : le rôle déterminant des milieux de vie (projet)	Maria De Koninck (CSSS de la Vieille-Capitale)		1 <sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2008	31 mars 2009
		6. Analyse critique et comparative des programmes et politiques de lutte contre la pauvreté au Québec (projet)	Jean-Yves Duclos (Université Laval)		1 <sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2008	31 mars 2009
		7. Les activités parascolaires : leurs caractéristiques gagnantes pour lutter contre le décrochage scolaire et favoriser les aspirations professionnelles des jeunes issus de milieux défavorisés (projet)	Frédéric Guay (U Laval)		1 <sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2008	31 mars 2009
		8. Pauvreté et monoparentalité : ce que peuvent nous apprendre les comparaisons internationales et interprovinciales (projet)	Marie-France Raynault (U de Montréal)		1 <sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2008	31 mars 2009
		9. Lutter contre la pauvreté et l'exclusion par une approche territoriale intégrée : identification des facteurs et conditions favorisant la sortie de la pauvreté. Une étude comparative de trois communautés territoriales (projet)	Pierre-Joseph Ulysse (U de Montréal)		1 <sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2008	31 mars 2009
		10. L'initiative locale et la lutte contre la pauvreté et l'exclusion : connexion et pluralité	Juan-Luis Klein (UQAM)		1 <sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2008	31 mars 2009
		11. Pauvreté et exclusion sociale : les enseignements de la comparaison nationale et internationale (synthèse)	Gérard Boismenu (U de Montréal)		1 <sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2007	31 mars 2008

De plus, dans le cadre de l'entente conclue avec le MSSS, le FQRSC et le FRSQ s'étaient engagés à financer des demandes de bourses présentées au concours de ses programmes courants (bourses de deuxième cycle, de troisième cycle et postdoctorales), et dont les objets de recherche sont directement liés au Programme de recherche sur les politiques publiques favorables à la santé et au bien-être.

Depuis 2005, neuf projets de recherche ont été financés dans le cadre de cette entente.

### Projets financés par le FQRSC

Sujet	Durée de la bourse
Étude de deux pratiques innovatrices de lutte contre la pauvreté et de développement des communautés dans une nouvelle ville fusionnée (Gatineau) ayant une responsabilité de développement social	Automne 2008 à été 2011
Lutter contre la pauvreté et l'exclusion par une approche territoriale intégrée : identification des facteurs et des conditions favorisant la sortie de la pauvreté. Une étude comparative de deux communautés territoriales	Automne 2007 à été 2009
Changement climatique, santé humaine et gestion des transports : étude comparée entre France et Québec sur les difficultés institutionnelles liées à l'intégration de la santé dans la planification des transports urbains	Automne 2007 à hiver 2008
Le droit à la protection de la santé mentale au travail	Automne 2005 à été 2006
L'influence de la dynamique politique et des enjeux de pouvoir entre acteurs sur la transformation des services de première ligne au Québec	Automne 2005 à été 2008

### Projets financés par le FRSQ

Sujet	Durée de la bourse
L'effet des politiques provinciales de prescription sur l'utilisation et l'accessibilité des médicaments pour l'insuffisance cardiaque	Mai 2007 à avril 2009
Modélisation des effets des choix de dénominateurs sur les issues épidémiologique et de politique sanitaire reliées à la donation d'organe / Epidemiological and health policy issues related to organ donation – Modelling the effects of choices of denominators	Avril 2006 à mars 2008
Contribuer aux politiques de santé équitables : synergies émergeant d'un partenariat entre organisations de la société civile du Canada et d'un pays en développement	Avril 2005 à mars 2008
Analyse de l'implantation du modèle de clinique-réseau intégrée	Septembre 2008 à août 2011

### L'entente MSSS-INSPQ relative à l'article 54 de la LSP

L'une des missions de l'INSPQ est d'informer le ministre des effets des politiques publiques sur la santé et le bien-être de la population. L'adoption de l'article 54 de la LSP et le mandat que lui a confié le MSSS pour le soutenir dans l'application de cet article viennent renforcer cette mission.

Une première entente relative à l'article 54 est conclue entre le MSSS et l'INSPQ en 2003. Elle comporte deux grands volets : la production d'avis et de synthèses des connaissances, ainsi que la conception d'outils pour faciliter l'accès à l'expertise et aux informations scientifiques pertinentes. En 2005, l'entente est renouvelée pour une période de trois ans, avec un financement accru, afin de permettre à l'INSPQ de développer son expertise relativement aux politiques publiques favorables à la santé. L'entente comporte cette fois trois grands volets :

- production d'avis, de synthèses des connaissances et de portraits analytiques ;
- accès à l'expertise :
  - optimisation du portail Internet Politiques publiques et santé / production et diffusion du bulletin de veille *Politiques publiques et santé*,
  - offre d'activités de formation,
  - réalisation d'activités d'information et d'échanges scientifiques ;
- conception d'approches, de méthodes et d'outils (pour la production d'avis, de synthèses des connaissances et de portraits analytiques, l'EIS ainsi que le partage et la mise à profit des connaissances).

### **Les activités réalisées dans le cadre de l'entente<sup>12</sup>**

#### ***Avis, synthèses et portraits analytiques***

Les avis, synthèses des connaissances et portraits analytiques visent à apporter un éclairage scientifique sur des enjeux de santé publique. S'appuyant sur des revues de la littérature scientifique, ces documents présentent la situation québécoise, les tendances ainsi que des expériences étrangères. Ils ont pour objectif de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux dans son rôle de conseiller du gouvernement en matière de politiques publiques favorables à la santé et au bien-être. Plus précisément, ils sont produits afin de fournir au ministre des connaissances scientifiques sur lesquelles il pourra s'appuyer pour ses avis aux autres ministres, et sont complémentaires aux travaux menés dans le cadre du programme de recherche.

L'INSPQ a soumis au ministre les documents suivants :

- *La difficulté de concilier travail-famille : ses impacts sur la santé physique et mentale des familles québécoises* (synthèse de connaissances) (juin 2005) ;
- *La vitesse au volant : son impact sur la santé et des mesures pour y remédier* (synthèse de connaissances) (juin 2005) ;
- *La ventilation des bâtiments d'habitation : impacts sur la santé respiratoire des occupants* (avis) (mars 2006) ;
- *Effet de l'utilisation du cellulaire au volant sur la conduite automobile, le risque de collision et pertinence d'une législation* (avis) (janvier 2007) ;
- *Maintien en emploi, retraite et santé* (synthèse de connaissances) (novembre 2007).

---

12. L'information sur les activités réalisées est tirée des bilans annuels relatifs à l'entente produits par l'INSPQ.



La synthèse sur la vitesse au volant et l'avis sur l'utilisation du cellulaire au volant ont été présentés en commission parlementaire. Les synthèses sur la conciliation travail-famille et le maintien en emploi ont été déposées aux ministères concernés, et ont pu alimenter des travaux législatifs et diverses réflexions.

Au cours de l'année 2008, les documents suivants devraient être déposés :

- *Produits, services et moyens amaigrissants* (avis) ;
- *Faisabilité d'une politique nationale de lutte contre le bruit* (avis) ;
- *Urbanisme, aménagement du territoire et santé des populations* ;
- *Alcool et santé* (portrait analytique) ;
- *Promotion de la santé en milieu de travail* ;
- *Innocuité des aliments* (portrait analytique).

L'INSPQ a également répondu à des demandes ponctuelles du MSSS, lorsque d'autres ministères ont sollicité son avis sur certaines questions (ex. : révision de la Loi sur l'aménagement et l'urbanisme, travaux de la Commission sur l'avenir de l'agriculture et de l'agroalimentaire québécois, etc.).

### ***L'accès à l'expertise***

Le second volet de l'entente se rapporte à l'accès à l'expertise. Il vise avant tout à soutenir les ministères et organismes dans leur nouvelle responsabilité consistant à détecter les effets sur la santé et le bien-être de leurs projets de loi ou de règlement.

### **Un portail et des bulletins de veille**

Afin de faciliter l'accès aux connaissances scientifiques en matière de politiques publiques favorables à la santé, l'INSPQ a développé le portail Politiques publiques et santé<sup>13</sup>. Tout en étant ouvert à tous, ce portail vise de façon particulière les agents chargés d'élaborer les politiques publiques. Il fournit des moyens permettant de prévoir et de prendre en considération les effets potentiels des politiques sur la santé et le bien-être de la population. Il facilite le travail des chercheurs, des groupes sociaux et des intervenants du réseau sociosanitaire qui œuvrent dans ce domaine en plus de mettre en valeur leurs avis et travaux. Enfin, il intègre une fonction de veille stratégique sur les principaux événements et publications, par l'entremise de son bulletin électronique.

Le portail, opérationnel depuis novembre 2004, a les fonctionnalités suivantes :

- repérage, sur une base continue, des connaissances scientifiques pertinentes en matière de politiques publiques favorables à la santé et d'évaluation d'impact des politiques publiques sur la santé ;
- banque de données permettant la consultation des publications pertinentes ;

---

13. À l'adresse [<http://politiquespubliques.inspq.gc.ca/fr/index.html>].

- moteur de recherche permettant d'interroger la base documentaire interne du portail ;
- bulletin électronique bimensuel présentant, entre autres, les nouvelles publications pertinentes et les événements d'intérêt ;
- diffusion des résultats des travaux des experts de l'INSPQ et des chercheurs québécois ;
- liens électroniques sur les politiques, lois et règlements innovateurs et sur l'EIS ;
- bottin de personnes-ressources.

Au 31 décembre 2007, 70 bulletins de veille avaient été diffusés.

Depuis 2007, le portail Politiques publiques et santé et les bulletins peuvent être consultés en anglais. Ces traductions, rendues possibles grâce au Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS), permettront d'accroître le rayonnement des réalisations de l'INSPQ dans les communautés scientifique et de santé publique internationales.

Début 2008, le portail a fait peau neuve. En plus d'ajouter une nouvelle modalité de recherche grâce à un carrousel de thématiques plus parlant pour les agents des ministères et organismes, l'INSPQ a modifié la présentation visuelle et amélioré l'ergonomie du site. Le nouveau visuel sera utilisé pour la future collection « Politiques publiques et santé ». Ce faisant, l'aspect des documents et le portail Internet présenteront une plus grande cohérence.

#### Bottin d'experts

L'INSPQ tente de développer un bottin de personnes-ressources à l'intention des intervenants des ministères et organismes, afin que ceux-ci puissent repérer les experts, tant à l'INSPQ que dans d'autres organisations, susceptibles de les aider à évaluer les effets possibles sur la santé et le bien-être de leurs projets.

L'inscription dans ce bottin se fait sur une base volontaire, et jusqu'à présent très peu de personnes-ressources s'y sont inscrites. Aussi l'INSPQ devra-t-il adopter une approche plus proactive, en identifiant des experts de différents domaines reliés aux déterminants de la santé et en sollicitant leur inscription.

#### Activités de formation

Aucune activité de formation auprès des répondants ministériels n'a été réalisée par l'INSPQ, ce qui s'explique essentiellement par la volonté du MSSS à mieux consolider son approche d'accompagnement des ministères et organismes. Du reste, il ressort des dernières rencontres du réseau des répondants ministériels que ceux-ci ne ressentaient pas le besoin d'une formation traditionnelle portant expressément sur l'EIS.

## Activités d'information et d'échanges scientifiques

Depuis 2003, l'INSPQ a participé à différentes activités d'information et d'échanges scientifiques sur l'article 54, les politiques publiques favorables à la santé et l'EIS, soit :

- organisation de la journée thématique « Politiques publiques favorables à la santé : de la science à l'action » dans le contexte des Journées annuelles de santé publique (JASP) 2003 ;
- participation au forum/atelier « Les politiques en santé : vers l'éclosion de nouveaux savoirs ? », à l'occasion du 72<sup>e</sup> congrès de l'Association francophone pour le savoir (ACFAS), en 2004 ;
- collaboration à l'organisation du colloque « L'adoption de politiques favorables à la santé au gouvernement du Québec : pratiques, expériences et enjeux », au 74<sup>e</sup> congrès de l'ACFAS, en 2006 ;
- collaboration à l'organisation du symposium « Les politiques favorables à la santé : lorsque connaissances, politiques et valeurs sont en jeu », aux JASP 2006 ;
- collaboration à l'organisation de l'atelier méthodologique « L'évaluation d'impact sur la santé : des outils pour soutenir la prise de décision aux niveaux local et régional », présenté aux JASP 2007.

## ***Élaboration d'une méthodologie commune***

Afin de mieux soutenir la réalisation des avis, des synthèses de connaissances et des portraits analytiques, l'INSPQ a travaillé à l'élaboration d'une méthodologie commune à l'ensemble de ses directions. Un examen de l'approche standardisée du National Institute for Health and Clinical Excellence du Royaume-Uni a inspiré l'élaboration d'une démarche systématique qui vient encadrer la production des rapports officiels de l'INSPQ sur les politiques publiques.

La démarche sera explicitée dans un guide sur les processus et méthodes pour la production des rapports. Deux autres outils techniques seront publiés afin de soutenir l'application de ce premier guide :

- *Guide sur les pratiques et processus pour le choix des thèmes et des rapports ;*
- *Guide sur les stratégies de valorisation et de mise à profit efficaces des rapports.*

## ***Développement de l'expertise en EIS aux paliers régional et local***

Le MSSS et la Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie ont manifesté leur intérêt à développer une expertise locale en évaluation d'impact. En 2007, l'INSPQ a embauché une ressource professionnelle afin de soutenir la DSP de la Montérégie dans un projet pilote visant l'application de l'approche d'EIS à l'élaboration de politiques régionales et locales. Les objectifs de cette expérimentation sont les suivants :

- vérifier la capacité de l'EIS d'éclairer le processus décisionnel aux paliers régional (MRC) et local (municipalité) ;

- recueillir de l'information sur le recours à l'EIS pour l'adoption de mesures et politiques favorables à la santé aux paliers local et régional ;
- recueillir de l'information sur les pratiques, les besoins et les conditions nécessaires à l'appropriation et à la pérennité de l'approche d'EIS.

Ce projet pilote d'une durée d'un an a débuté à l'été 2007. La MRC de La Haute-Yamaska et certaines de ses municipalités ont accepté que l'EIS soit appliquée à des projets et politiques sélectionnés. Ont été engagés dans le projet cinq partenaires intéressés par cette approche : le CSSS de la Haute-Yamaska, la DSP de la Montérégie, le MSSS, l'INSPQ et le CCNPPS. Un rapport du projet sera disponible en 2008.

### **Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé**

L'INSPQ héberge le CCNPPS, un des six centres de collaboration en santé publique de l'Agence de la santé publique du Canada. Ce centre a comme objectif de soutenir les acteurs de santé publique du Canada dans leurs efforts de promotion de politiques publiques favorables à la santé, et ce, en les éclairant sur les meilleures stratégies à utiliser. Il vise également à accroître l'expertise en matière de politiques publiques favorables à la santé par le développement, le partage et l'utilisation des connaissances<sup>14</sup>.

Le CCNPPS s'intéresse principalement à trois grands domaines :

- 1) l'évaluation des effets sur la santé des politiques publiques en vigueur ou en cours d'élaboration ainsi que la promotion de nouvelles politiques favorables à la santé ;
- 2) le processus d'élaboration et d'adoption des politiques publiques ;
- 3) les méthodes et les stratégies de synthèses et de transfert des connaissances.

La cohabitation de l'INSPQ et du CCNPPS permettra à ces deux partenaires de consolider leur expertise sur les politiques publiques favorables à la santé.

### **Conclusion**

#### ***Programme de recherche***

Peu de gouvernements se sont donné des moyens légaux pour s'assurer d'évaluer l'impact potentiel de leurs projets sur la santé et le bien-être des populations, et le Québec fait figure de leader en la matière. Le programme de recherche est l'une des innovations qui attestent de la volonté du gouvernement de soutenir l'application de l'article 54. En 2008, le premier cycle de financement d'équipes de recherche et de projets spécifiques arrivera à terme. Cela suppose l'organisation d'activités de transfert, tant auprès de différentes directions du MSSS que des

14. La mission du CCNPPS est décrite à l'adresse [<http://www.ccnpps.ca>].

décideurs et professionnels des autres ministères et des organismes pour s'assurer d'une retombée maximale des résultats. Cependant, la programmation des axes de recherche fait que de nombreuses activités de suivi et de transfert coïncident, ce qui rend difficiles l'appropriation et l'utilisation maximale des résultats. Il faudra donc établir un calendrier de suivi plus efficace. De même, il importe de concentrer la recherche sur les thèmes les plus pertinents à l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé. À cette fin, des représentants des ministères et organismes ont été consultés, pour connaître leurs besoins et attentes au regard des thématiques. La prochaine planification devrait tenir compte de ce sondage.

### ***Entente MSSS-INSPQ***

Le rôle de l'INSPQ s'est précisé au fil des années. Il est un acteur essentiel en ce qui a trait à la réussite de l'application de l'article 54. Il est donc primordial pour le MSSS de poursuivre ce partenariat au cours des prochaines années. Le renouvellement de l'entente, celle-ci se terminant le 31 mars 2008, sera l'occasion de revoir les attentes de chacun des partenaires et devrait permettre de consolider les bases de collaboration.

Une plus grande coordination devrait être assurée au cours de la production d'avis, de synthèses des connaissances et de portraits analytiques. En cette matière, les modes de collaboration entre le MSSS et l'INSPQ sont variables. Comme le MSSS souhaite participer de façon plus étroite à l'avancement des travaux, des rencontres préliminaires et des rencontres de suivi plus systématiques avec les équipes responsables de la production des rapports seraient utiles, afin d'en discuter les paramètres.

Enfin, l'expérience des dernières années démontre que la production de ces rapports est plus longue et difficile que prévu. Pour la majorité des avis, synthèses des connaissances et portraits analytiques déposés ou en cours d'élaboration, les échéanciers initiaux n'ont pas été respectés et des délais ont dû être négociés. Afin de remédier à cette situation, les échéanciers devront être définis de manière plus réalistes et les engagements pris devront être respectés. Pour améliorer la production et mieux soutenir la fonction de conseiller conférée au ministre de la Santé et des Services sociaux, le MSSS et l'INSPQ vont raffiner les critères et processus de sélection des sujets, notamment :

- au moyen d'une approche plus concertée (renforcement des canaux de communication pour le choix des sujets et groupe de suivi pour chaque avis ou synthèse) ;
- en cernant davantage le contexte décisionnel et les indicateurs à considérer dans l'appréciation de l'utilité d'un avis. La prise en compte du contexte décisionnel (ex. : tenue d'une commission publique) pourrait aussi éclairer sur les contraintes de temps et le contenu de l'avis ;
- en repérant les sujets prêts pour un transfert en politiques publiques et en mesure d'influencer des changements (temps opportun sur le plan politique).

## **PARTIE 5 : PERSPECTIVES ET PISTES D'ACTION**

---

### **Perspectives**

De 2002 à 2007, l'application de l'article 54 a donné lieu à plusieurs actions. La DGSP, et plus particulièrement le Service des orientations en santé publique, s'est engagée de façon soutenue, tant pour la conception et l'implantation d'un mécanisme d'EIS dans les ministères et organismes que pour les axes de recherche et le transfert des connaissances.

Bien que l'essentiel des demandes parvienne au MSSS en fin de processus, à l'étape d'approbation par le MCE, il est clair que le MSSS est consulté plus en amont dans le processus décisionnel, grâce aux ententes et aux comités interministériels mis en place. La DGSP a d'ailleurs entrepris une étude pour évaluer cette implication préalable du MSSS.

Plus largement, les problématiques actuellement traitées par l'Administration publique sont complexes, et l'organisation par secteur rend leur gestion difficile. S'il est reconnu que la complexité de certains dossiers nécessite une approche horizontale demandant la collaboration de partenaires spécialisés dans leur domaine respectif, les mécanismes de collaboration ne sont pas toujours optimaux. La poursuite de la réflexion sur les défis de la gestion horizontale pourra aider à renforcer la collaboration intersectorielle tout en éclairant les travaux sur une meilleure intégration des différentes formes d'évaluation d'impact.

### **Pistes d'action**

Dans un proche avenir, plusieurs ajustements sont à prévoir pour améliorer le soutien du MSSS aux ministères et organismes dans le processus d'EIS et pour parvenir à une intervention de plus en plus efficace, qui mobilise l'ensemble des ministères.

Deux grandes pistes d'action se dessinent :

- soutenir les changements de pratique;
- instaurer une veille stratégique de manière à agir au début du processus décisionnel.

#### ***Soutenir les changements de pratique***

L'implantation d'un processus de l'ampleur de l'EIS est un travail à long terme. Pour y parvenir, le MSSS doit soutenir les changements de pratique qui s'effectuent dans les ministères et organismes :

- en accompagnant les partenaires ministériels ;

- en s'assurant de la qualité des évaluations, dans un contexte stratégique ;
- en poursuivant le transfert des connaissances auprès des décideurs.

### Accompagner les partenaires

Compte tenu des demandes des ministères et organismes promoteurs et des secteurs d'appartenance des répondants présents aux rencontres du MSSS, il apparaît essentiel d'amorcer de nouveaux travaux afin de renforcer l'adhésion des partenaires aux principes de l'article 54 de la LSP. Des activités de sensibilisation plus dynamiques devront se poursuivre auprès de certains ministères, principalement du secteur économique, mais aussi du secteur social. L'approche du MSSS devra être ajustée selon le secteur d'appartenance, le degré de sensibilisation des décideurs et le niveau d'implantation de l'EIS dans les processus décisionnels.

Il faudra procéder à un rappel, non seulement de l'existence de l'article 54, mais aussi de sa portée sur les lois et règlements. Ce rappel pourrait s'accompagner d'une rediffusion du guide pratique et de l'outil de sensibilisation, rediffusion élargie aux organismes rattachés aux ministères.

Toujours afin d'accroître le niveau d'intérêt et de sensibilisation, le MSSS devra :

- se doter d'une planification des actions qui corresponde aux besoins des répondants ministériels ;
- tenir des rencontres à intervalles réguliers avec le réseau des répondants ministériels ;
- diffuser de façon régulière le bulletin *Le 54*, tout en :
  - étudiant la possibilité d'augmenter sa fréquence à six fois par année,
  - étendant sa diffusion aux organismes gouvernementaux,
  - utilisant ce canal privilégié pour transmettre des résultats de recherche ou des synthèses des productions de l'INSPQ ou d'autres partenaires ;
- élaborer et offrir une formation sur l'EIS, les outils et les déterminants de la santé, et en faire la publicité auprès des ministères et organismes (bulletin *Le 54*, rencontres des répondants, dépliants, etc.) ;
- jouer un rôle actif de coordination, d'animation et de soutien constant auprès des ministères et organismes.

Les liens privilégiés avec le MCE permettront de poursuivre les travaux au regard de l'évaluation d'impact dans l'administration publique, tant pour l'aspect santé que pour les autres types d'impacts (environnementaux, socioéconomiques, etc.).

### Assurer la qualité des évaluations dans un contexte stratégique

Afin de s'assurer que la santé est prise en compte dans les processus décisionnels des autres ministères et des organismes, le MSSS doit :

- transmettre des réponses de qualité lorsqu'une demande lui est acheminée ;

- augmenter le taux de réponses avec commentaires, que le projet ait des effets positifs ou négatifs.

En faisant davantage de commentaires positifs, le MSSS se positionnerait, dans certaines circonstances, comme un allié qui appuie l'adoption d'une mesure particulière. De cette façon, l'intervention du MSSS serait davantage perçue comme un apport dans l'analyse des projets soumis et un soutien à la décision gouvernementale.

#### Poursuivre le développement des connaissances et assurer leur transfert auprès des décideurs et des ressources professionnelles

Après un premier cycle de financement, certains projets de recherche arrivent à échéance et les chercheurs présenteront sous peu un rapport final de leurs résultats. De plus, l'INSPQ devrait déposer, au cours des prochains mois, plusieurs avis, synthèses des connaissances et portraits analytiques. Ce sera l'occasion d'organiser diverses activités de transfert des connaissances.

Cependant, il faudra éviter les transferts de manière uniforme et privilégier plutôt la diffusion d'une information adaptée à chaque public cible. Cette diffusion pourrait prendre diverses formes : présentations au cours des rencontres du réseau des répondants, dîners-conférences dans les ministères et organismes, articles dans le bulletin *Le 54*, etc.

#### ***Mettre en place une veille stratégique***

Dans la poursuite de l'analyse des plans stratégiques de chaque ministère et organisme réalisée pour la période 2005-2010, le MSSS devra répéter l'exercice pour les plans révisés 2010-2015 et mettre en place une veille stratégique de manière à agir au début des processus décisionnels. Ainsi, le MSSS pourra déterminer de façon proactive les grands enjeux qui définiront les actions de chaque secteur pour la prochaine période.

Toutefois, il faudra convenir de balises relativement à la mise à jour et à la diffusion de cette analyse ainsi que de l'utilisation qui pourrait en être faite, et ce, dans le respect des responsabilités de chacun des ministères et organismes et des différentes directions du MSSS.





## CONCLUSION

---

Ce bilan a permis de brosseur un portrait relativement complet de la stratégie de mise en œuvre de l'article 54 de la Loi sur la santé publique. Il a ainsi mis en lumière le défi que peut représenter l'application d'une disposition légale qui nécessite la collaboration de plusieurs secteurs d'activité.

L'article 54 repose en effet sur le principe voulant que la protection, le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être, loin de relever du seul réseau de la santé et des services sociaux, sont de la responsabilité de l'ensemble du gouvernement. Dès lors, tous les ministères et organismes gouvernementaux doivent se préoccuper des conséquences de leurs interventions sur la santé et le bien-être de la population.

L'application de l'article 54, entré en vigueur en 2002, a comme corollaire le mécanisme intragouvernemental d'EIS. Il convient de rappeler que depuis 2002, le Québec est l'un des seuls gouvernements à avoir institutionnalisé la procédure d'EIS au niveau central. L'article 54 constitue donc une initiative qui témoigne d'un engagement gouvernemental très clair dans la promotion de la santé.

Cependant, cet encadrement légal ne saurait garantir à lui seul le succès de l'implantation du mécanisme intragouvernemental d'EIS. Voilà d'ailleurs, sans doute, le grand constat qui se dégage de ce bilan des cinq premières années de l'expérimentation de l'EIS au Québec. Le MSSS doit donc continuer ses actions de sensibilisation et de soutien auprès de ses partenaires ministériels au regard de la démarche d'EIS. La mise en place d'un réseau de répondants ministériels ainsi que la diffusion d'outils d'aide à la décision et d'un bulletin de liaison aux répondants ministériels sont autant de formes qu'a prises le soutien du MSSS, depuis 2002, pour assurer l'application de l'article 54 de la LSP.

Globalement, il ressort de ce bilan que les prochaines années seront déterminantes. Cinq ans plus tard – ce qui ne représente pas un très grand laps de temps, compte tenu de ce qu'implique l'appropriation de l'article 54 –, la stratégie initiale demeure pertinente. Cependant, elle nécessite un nouvel essor et doit constamment s'adapter aux besoins variés des différents partenaires ministériels.

Enfin, les travaux amorcés par le MSSS en vue de l'élaboration d'une stratégie globale de soutien à l'action intersectorielle font une place importante à l'implantation et à la consolidation de l'EIS, tant au niveau central qu'aux niveaux régional et local. Cette réflexion sur les acquis et les défis de la collaboration entre les acteurs du milieu de la santé et des services sociaux et leurs partenaires intersectoriels contribuera ainsi à renforcer la pratique de l'EIS à l'intérieur d'une gamme élargie d'approches et outils complémentaires.



## ANNEXE : LA PROCÉDURE INTERNE DE TRAITEMENT DES DEMANDES RELATIVES À L'ARTICLE 54

L'évaluation d'impact sur la santé est un champ d'action relativement nouveau et très prometteur. Il n'en reste pas moins que plusieurs défis doivent encore être relevés pour en faire un véritable outil applicable à la promotion de politiques publiques favorables à la santé.

L'un de ces défis consiste à élaborer et à formaliser un processus de réception, de cheminement et de traitement des demandes relatives à l'application de l'article 54 au sein du MSSS.

### L'article 54 de la Loi sur la santé publique

L'article 54, en vigueur depuis juin 2002, stipule que :

*Le ministre est d'office le **conseiller** du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population.*

*À ce titre, **il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements** qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population.*

Avec l'article 54 sont poursuivis les objectifs suivants :

- placer la préoccupation d'impact sur la santé et le bien-être au cœur du processus décisionnel des ministères et des organismes gouvernementaux ;
- sensibiliser les ministères et organismes à l'importance de tenir compte des conséquences de leurs décisions sur la santé et le bien-être ;
- informer les décideurs sur les liens entre leurs interventions et la santé des populations ;
- éclairer la prise de décision ;
- encourager l'action intersectorielle.

Pour aider les ministères et organismes à évaluer les effets possibles de leurs décisions sur la santé, une stratégie en deux volets a été élaborée. Ces volets sont :

- un mécanisme intragouvernemental d'analyse d'impact permettant aux ministères et organismes d'évaluer au préalable les effets possibles sur la santé et le bien-être de leurs projets de loi et de règlement (application du premier alinéa de l'article 54) ;
- un programme de recherche et de transfert des connaissances (MSSS-FQRSC-FRSQ) dans le contexte duquel sont produits synthèses et avis *a priori* (MSSS-INSPQ) (application du second alinéa).

La stratégie d'application de l'article 54 se veut une approche proactive qui s'appuie sur des mécanismes de concertation intersectorielle.

### **La procédure interne de la DGSP**

Sont considérées dans la procédure toutes les demandes formulées par les ministères, les organismes et le Conseil exécutif. Il peut s'agir d'une demande d'information sur le mécanisme d'évaluation d'impact, d'une demande de soutien pour la réalisation de l'évaluation d'impact ou encore d'une demande de commentaires ou d'avis sur un projet de politique, de loi ou de règlement en cours d'élaboration.

**Quatre types de demandes** peuvent être formulées par les ministères, les organismes et le Conseil exécutif :

- une demande d'avis par une lettre contenant une opinion formelle ou non ;
- une demande d'accompagnement dans l'évaluation d'impact sur la santé d'un projet de politique, de loi ou de règlement ;
- une demande pour un éclairage relativement à des aspects précis ;
- une annonce de la réalisation de l'analyse d'impact et transmission pour réaction du ministre ou ses représentants.

La procédure interne de réception, de cheminement et de traitement des demandes comprend trois grandes étapes (voir, ci-dessous, le schéma de la procédure).

#### **1. Réception de la demande :**

- réception d'une demande formulée par un ministère, un organisme ou le Conseil exécutif ;
- transmission de la demande au Secrétariat administratif ;

- inscription de la nature de la demande dans le système de courrier interne ;
- transmission de la demande à la DGSP.

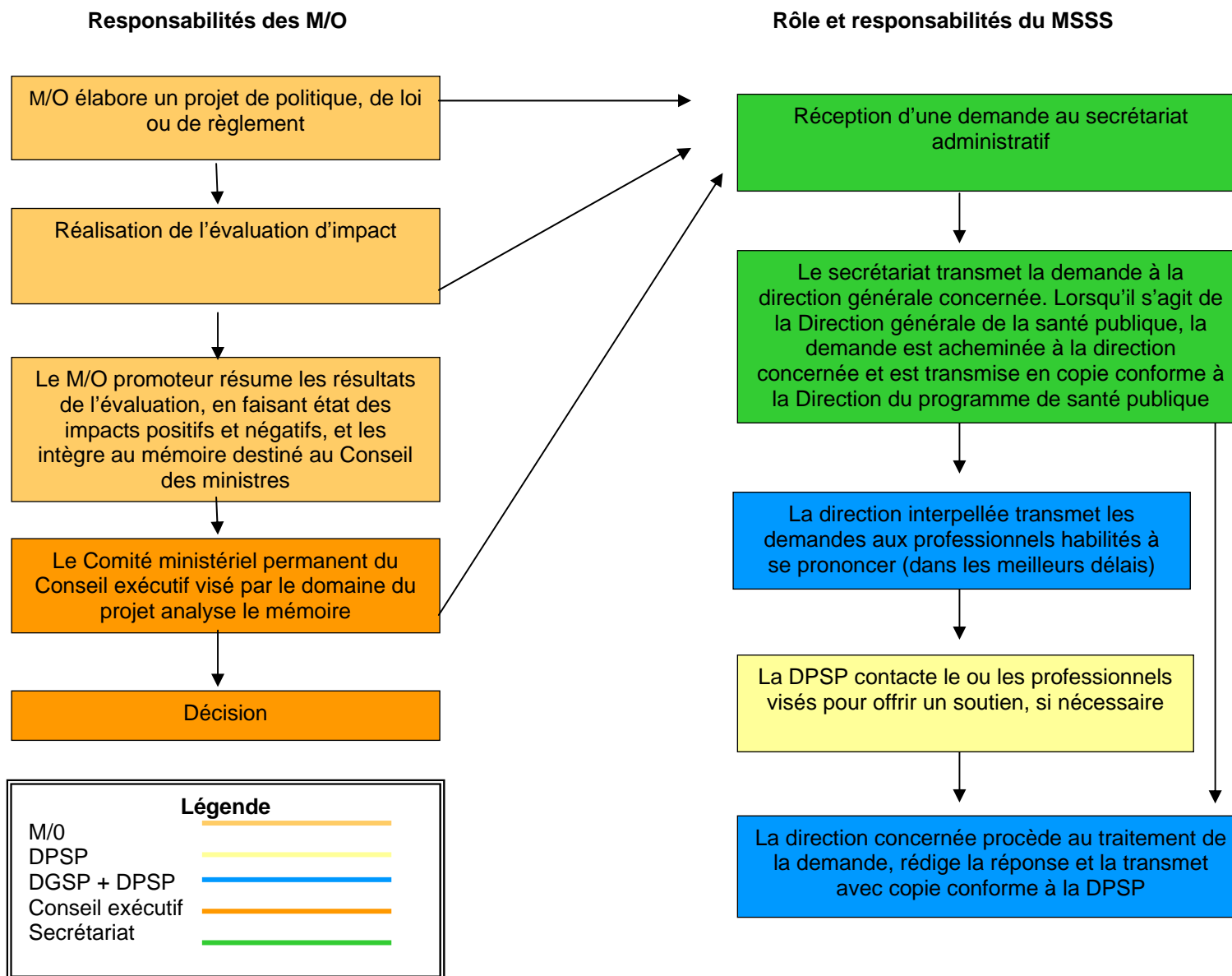
## **2. Cheminement de la demande :**

- transmission de la demande au directeur visé, en copie conforme au directeur du programme de santé publique ;
- transmission de la demande par les secrétaires de direction aux professionnels visés (dans les meilleurs délais).

## **3. Traitement de la demande :**

- à la réception de la demande, la Direction du programme de santé publique (DPSP) contacte la direction visée pour apporter son soutien si nécessaire, soutien qui peut prendre diverses formes :
  - une aide pour la détermination des mesures pouvant avoir des effets sur la santé et le bien-être ;
  - la réalisation de recherches supplémentaires ;
  - une aide pour la formulation de la réponse ;
- la direction visée procède au traitement de la demande, rédige la réponse et la transmet, selon le cas, sous sa signature, celle du DNSP ou celle du sous-ministre, avec copie conforme à la DPSP.

## Schéma 1 Procédure de réception, de cheminement et de traitement des demandes



## **LES RESPONSABILITÉS ET CONTRIBUTIONS**

La procédure interne de réception, de cheminement et de traitement des demandes concerne l'ensemble des directions de santé publique. De façon générale, les responsabilités relatives au processus d'évaluation d'impact sont confiées au Service des orientations en santé publique de la Direction du programme de santé publique. L'apport de la Direction de la promotion de la santé et du bien-être, de la Direction de la protection de la santé publique et du Secrétariat du système du sang consiste à répondre aux demandes sur la base de leurs connaissances relatives aux domaines d'intervention.

### **Responsabilités de la Direction du programme de santé publique :**

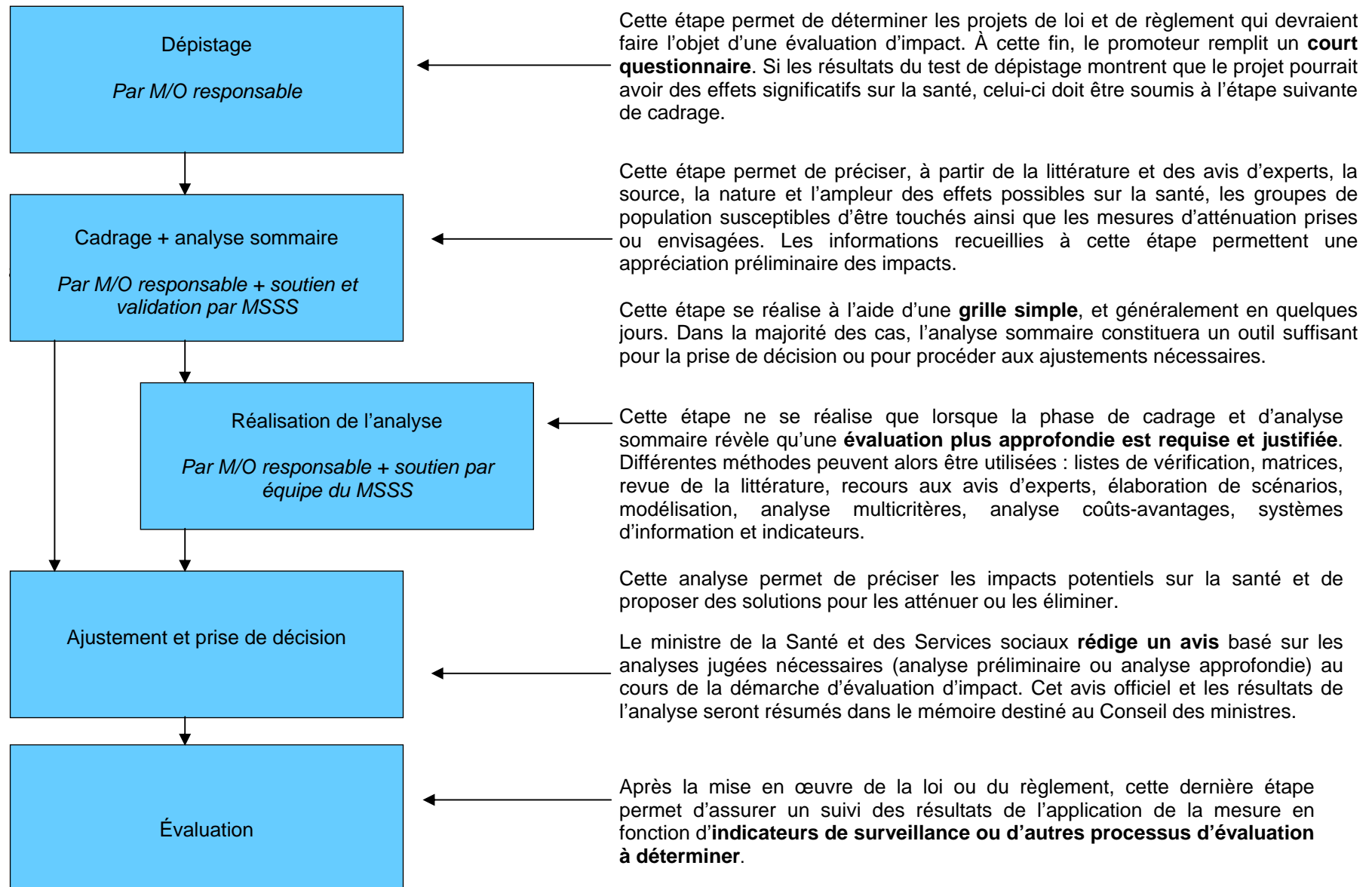
- favoriser, pendant tout le processus d'élaboration des projets de politique, de loi ou de règlement, l'intégration des considérations d'impact sur la santé et le bien-être (sensibilisation et soutien des M/O) ;
- fournir aux parties intéressées un soutien et les outils nécessaires à la réalisation des évaluations d'impact.

### **Responsabilité de la Direction de la promotion de la santé et du bien-être, de la Direction de la protection de la santé publique et du Secrétariat du système du sang :**

- produire aux demandeurs un avis basé sur le contenu de chaque dossier, où seront par exemple précisés :
  - les effets possibles sur la santé et le bien-être, positifs ou négatifs, des projets de politique, de loi ou de règlement ;
  - les principaux facteurs qui influencent la santé et leurs effets ;
  - des références bibliographiques ou autres ;
  - les mesures alternatives ou d'atténuation pour diminuer ou éviter les effets négatifs potentiels sur la santé et le bien-être.



## Schéma 2 Le processus d'évaluation d'impact



## BIBLIOGRAPHIE

---

- AUGER, J. (sous la dir. de) (2003). *Identification des enjeux sociétaux et sectoriels pour l'opérationnalisation du programme de transfert de connaissances et de recherche sur les politiques publiques favorables à la santé et au bien-être*, Observatoire de l'administration publique, École nationale d'administration publique, 163 p.
- BANKEN, R. (2001). *Strategies for institutionalizing HIA*, Bruxelles, WHO Europe, European Centre for Health Policy, 37 p.
- BEKKER, M. (2007). *The Politics of Healthy Policies. Redesigning Health Impact Assessment to Integrate Health in Public Policy*, Delft (Pays-Bas), Eburon, 240 p.
- COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (2000). *Les solutions émergentes. Rapport et recommandations*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 410 p.
- EUROPEAN CENTRE FOR HEALTH POLICY (1999). *Health Impact Assessment : Main Concepts and Suggested Approach. Gothenburg Consensus Paper*, Bruxelles, WHO-Regional Office for Europe, Traduction S2D/Centre Collaborateur de l'OMS pour les Villes-Santé francophones (juillet 2005), 15 p.
- GROUPE D'ÉTUDE SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA SANTÉ (2007). *L'adoption de politiques publiques favorables à la santé. Bilan des activités 2004-2007 et renouvellement du financement 2007-2010*, 51 p. [Document non publié].
- GROUPE DE TRAVAIL SUR L'ÉLABORATION DE LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE (1999). *Des pistes en vue de l'élaboration de la Loi sur la santé publique*, Document de réflexion, 118 p. [Document non publié].
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2007). Bilan annuel d'activités 2006-2007. Réalisation de l'entente de services MSSS-INSPQ concernant l'application de l'article 54 de la *Loi sur la santé publique*, 29 p. [Document non publié].
- KEMM, J., S. PALMER et J. PARRY (2004). *Health Impact Assessment : concepts, theory, techniques, and applications*, New York, Oxford University Press, 432 p.
- LEWIS, CAMERON (2000). *Health Impact Assessment Guidelines Document : Review and Recommendations*, Victoria (Colombie-Britannique), Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, 123 p.
- MAHONEY, M. et al. (2002). *Health Impact Assessment : a tool for policy development in Australia, Report for Commonwealth Department for Health and Ageing*, Melbourne (Australie), Deakin University, 139 p.
- MILIO, N. (2001). « Glossary: Healthy public policy », *Journal of Epidemiology and Community Health*, volume 55, n° 9, p. 622-623.
- MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DES PARCS (2003). *L'évaluation environnementale au Québec méridional. Vue d'ensemble*, [En ligne]. [<http://www.mddep.gouv.qc.ca/ministere/inter.htm>] (Consulté en juin 2008).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *La santé publique à l'aube de l'an 2000 : Action et concertation*, 58 p. [Document non publié].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2000). *Document de consultation préliminaire en vue de l'élaboration d'un projet de loi sur la santé publique*, 95 p. [Document non publié]
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2002). *Mieux comprendre la Loi sur la santé publique. Une synthèse des principales questions soulevées lors de sa présentation de janvier à juin 2002*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 67 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 133 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004a). *L'évaluation des impacts sur la santé : synthèse des connaissances et orientations pour l'action*, 88 p. [Document non publié].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004b). *Mise en œuvre de l'article 54 de la Loi sur la santé publique. La validation de l'outil de dépistage et de l'outil de cadrage et d'évaluation préliminaire. Exercice de simulation*, 34 p. [Document non publié]
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Article 54 de la Loi sur la santé publique. Bilan de mise en œuvre. Juin 2002 - janvier 2005*, 79 p. [Document non publié].
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *Guide pratique : Évaluation d'impact sur la santé lors de l'élaboration des projets de loi et de règlement au Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 27 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007). *La santé, autrement dit... Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 21 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1946). *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*, [En ligne]. [[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_fr.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf)] (consulté le 15 janvier 2008).

THE PUBLIC HEALTH ADVISORY COMMITTEE (2007). *An idea whose time has come. New opportunities for Health Impact Assessment in New Zealand public policy and planning*, Wellington (Nouvelle-Zélande), The Public Health Advisory Committee, 43 p.

TURGEON, J. *et al.* (2003). « Politiques publiques et santé : les dilemmes de l'évaluation prospective », *Canadian Public Administration / Administration publique du Canada*, volume 48, n° 3, p.328-347.

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC. (2004). *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2003-2004. Tome I*, 271 p. [En ligne]. [[http://www.vgq.gouv.qc.ca/publications/Rapp\\_2004\\_1/Rapport.pdf](http://www.vgq.gouv.qc.ca/publications/Rapp_2004_1/Rapport.pdf)].

WISMAR, M. *et al.* (2007), *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe*, Bruxelles, European Observatory on Health Systems and Policies, 291 p.

Sites Internet :

Agence de la santé publique du Canada, <http://www.phac-aspc.gc.ca/>

Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, <http://www.ccnpps.ca/>

Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion, <http://www.cepe.gouv.qc.ca/>

Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, <http://www.fqrsq.gouv.qc.ca/>

Fonds de la recherche en santé du Québec, <http://www.frsq.gouv.qc.ca/>

Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé, <http://www.gepps.enap.ca/>

Institut national de santé publique du Québec, <http://www.inspq.qc.ca/> ; *Portail politiques publiques et santé*, <http://politiquespubliques.inspq.qc.ca>

Ministère du Conseil exécutif, <http://www.mce.gouv.qc.ca/>

Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, <http://www.mddep.gouv.qc.ca>

Ministère de la Santé et des Services sociaux, <http://www.msss.gouv.qc.ca/>

