

**L'analyse des impacts
des politiques gouvernementales
sur la santé et le bien-être**

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

**L'analyse des impacts
des politiques gouvernementales
sur la santé et le bien-être**

Adopté par le Conseil de la santé et du bien-être
à la séance régulière des 18 et 19 novembre 2004

Le Conseil de la santé et du bien-être a été créé par une loi en mai 1992. Il a pour mission de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population en fournissant des avis au ministre de la Santé et des Services sociaux, en informant le public, en favorisant des débats et en établissant des partenariats; ces activités portent sur les objectifs et sur les meilleurs moyens pour atteindre cette finalité.

Le Conseil se compose de 23 membres représentatifs des usagers des services de santé et des services sociaux, des organismes communautaires, des personnes engagées dans l'intervention, la recherche ou l'administration du domaine de la santé et du domaine social, et de secteurs d'activité dont les stratégies d'intervention ont des conséquences sur la santé et le bien-être de la population.

Édition produite par :

Le Conseil de la santé et du bien-être

1020, route de l'Église, bureau 700

Sainte-Foy (Québec) G1V 3V9

Téléphone : (418) 643-3040

Télécopieur : (418) 644-0654

Courriel : csbe@csbe.gouv.qc.ca

Recherche et rédaction

Lionel Robert

Le présent document est disponible à la section *Publications* du site Internet du Conseil de la santé et du bien-être, dont l'adresse est :

www.csbe.gouv.qc.ca

Soutien technique

Gerard Donnelly

Ginette Langlois

Carole Noël

Céline Vaillancourt

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2004

Bibliothèque nationale du Canada, 2004

ISBN : 2-550-43726-8

© Gouvernement du Québec

MEMBRES DU CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

M^{me} Hélène Morais

Présidente

M. André Archambault

Directeur général

Auberge communautaire du Sud-Ouest

M. Christophe Auger

Directeur des ressources humaines

Confédération des syndicats nationaux

M^{me} Linda Beauchamp Provencher

Denturologiste

Présidente du conseil d'administration des

CLSC, CHSLD et CH de la MRC d'Asbestos

M. François Béland

Chercheur et professeur titulaire

GRIS – Faculté de médecine

Université de Montréal

M. Luc Boileau

Président-directeur général

Agence de développement de réseaux

locaux de services de santé et de services

sociaux de la Montérégie

M^{me} Gylaine Boucher

Directeure générale du Regroupement

CLSC Jean-Olivier-Chénier et CHSLD

de la Rive et de Mirabel

M. Yvon Caouette

Éducateur à la retraite

M. Paul-André Comeau

Professeur invité – ENAP

M^{me} Martine Couture

Directrice générale

CH. CHSLD. CLSC Cléophas-Claveau

M^{me} Jocelyne Dagenais

Sous-ministre adjointe

Ministère de la Santé et des Services sociaux

M^{me} Gisèle Dubé

Coordonnatrice à la pastorale diocésaine

Diocèse de Gaspé

M. Jacques Fiset

Directeur général

CLD Québec-Vanier

M. Michel Hamelin

Secrétaire adjoint

Ministère du Conseil exécutif

M^{me} Yolette Lévy

Conseillère municipale

Ville de Val-d'Or

M^{me} Louise-Andrée Moisan

Directrice des communications

Fédération québécoise des municipalités

M^{me} Marie Soleil Renaud

Psychologue

Centre hospitalier de Gaspé

M. André Thibault

Vice-président

Professeur

Université du Québec à Trois-Rivières

M^{me} Marielle Tremblay

Professeure

Université du Québec à Chicoutimi

M. Stanley Vollant

Chirurgien

Complexe hospitalier de la Sagamie

Chicoutimi

M^{me} Anne Marcoux

Secrétaire générale par intérim

AVANT-PROPOS

En décembre 2003, le gouvernement du Québec a déposé le projet de loi 38 qui institue un Commissaire à la santé et au bien-être. L'article 28 de ce projet de loi prévoit que le Commissaire se substituera au Conseil de la santé et du bien-être.

Soucieux de transmettre au nouvel organisme ses valeurs et son expérience, le Conseil a, dans un premier temps, soumis un mémoire à la Commission parlementaire des affaires sociales dans lequel il recommande plusieurs amendements au projet de loi (*Mémoire sur le projet de loi 38 instituant le Commissaire à la santé et au bien-être*, CSBE 2004e).

Dans un deuxième temps, le Conseil a préparé une série de propositions visant à guider le futur Commissaire dans ses principales responsabilités, à savoir : apprécier le système de services de santé et de services sociaux, consulter et informer les citoyens et les citoyennes dans le but d'éclairer la prise de décision et le débat public.

Le présent document porte sur la responsabilité d'analyse des impacts des politiques gouvernementales sur la santé et le bien-être. Il rappelle les fondements d'une telle approche, les outils qui sont disponibles, les conditions pour les utiliser au mieux de leur potentiel, le besoin de connaissances. En somme, il offre une nouvelle manière de penser l'harmonisation des politiques publiques pour améliorer leur influence sur la santé et le bien-être de la population.

La présidente,

Hélène Morais

SOMMAIRE

Le présent document vise à proposer au futur Commissaire une réflexion qui pourra l'inspirer dans la mise en œuvre de l'article 10.4 du projet de loi qui prévoit son institution, projet de loi qui lui donne entre autres la fonction d'analyser les impacts des politiques gouvernementales sur la santé et le bien-être. **Ce qui est attendu du Commissaire à ce chapitre, c'est qu'il aide à mieux faire comprendre que le système de services n'est pas le seul responsable de la santé de la population, qu'il aide à améliorer la connaissance de ce qu'implique l'action intersectorielle pour la santé et le bien-être, et que ses interventions conduisent à améliorer les conditions pour la réaliser pleinement.**

Le raisonnement poursuivi par ce texte part tout d'abord de la considération du mandat du Commissaire (chap.1), il s'arrête ensuite pour définir l'action intersectorielle, grâce à laquelle les politiques publiques peuvent avoir des effets positifs sur la santé et le bien-être (chap. 2). L'étape suivante s'intéresse aux principaux outils auxquels référer le Commissaire (chap. 3 et 4), la dernière étape étant consacrée aux recommandations d'analyse prioritaire que formule le Conseil à l'attention du Commissaire (chap. 5). La logique à laquelle obéit ce raisonnement répond donc aux questions du *qui*, du *quoi*, du *comment* et du *quoi faire*.

Explicitons ce raisonnement

D'entrée de jeu, il importe de faire une lecture du mandat d'analyse des politiques gouvernementales qui est accordé au Commissaire pour mieux en saisir la nature et le situer dans son environnement. Tout comme les autres aspects de son mandat, celui-ci exige la participation des citoyens et des citoyennes. L'objet premier de la préoccupation du Commissaire est de contribuer à une meilleure lecture de l'état de santé et de bien-être de la population, en cernant mieux les impacts des politiques gouvernementales sur celui-ci. Par plusieurs gestes législatifs – Loi sur l'Institut national de santé publique, Loi sur la santé publique (art. 54), Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être – le gouvernement se dote de moyens pour orienter les politiques gouvernementales vers la santé et le bien-être. Une telle volonté se situe à l'intérieur d'un univers de concepts et de connaissances, sur les déterminants de la santé, qui recueille un large consensus, en même temps que l'on constate l'ampleur du domaine d'intervention. Fort sagement, pour éviter au Commissaire le risque de trouver avec difficulté sa voie dans ce vaste domaine d'analyse et d'intervention, l'article 10(4) du projet de loi 38 proposait initialement un

point d'arrivée, soit une politique de santé et de bien-être à élaborer, politique dont le Québec s'est déjà dotée, mais qu'il lui faut renouveler¹.

Si l'univers des déterminants de la santé et du bien-être est vaste, celui des politiques qui sont susceptibles d'avoir un effet sur eux l'est tout autant. En fait, on réalise que la coordination des politiques gouvernementales pour la santé et le bien-être ne s'est pas faite alors que diverses politiques et actions intersectorielles ont été réalisées. L'action intersectorielle repose sur la reconnaissance du fait que des problèmes de santé et de bien-être dépassent la compartimentation sectorielle, qu'ils s'enracinent dans les conditions de vie et les déterminants socioéconomiques, culturels et politiques, et que leurs solutions requièrent la contribution de plusieurs secteurs d'activité. **Plus qu'une simple démarche administrative, l'action intersectorielle implique que des acteurs sociaux, préoccupés par une problématique, insoluble par l'action d'un seul, se joignent à d'autres afin de contribuer à la résoudre, en dehors des contraintes institutionnelles, tout en se servant des moyens qu'offrent les institutions.** Il existe à l'échelle locale et régionale des innovations intéressantes en matière d'action intersectorielle pour la santé et le bien-être; une telle approche ponctuelle et locale est cependant insuffisante pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et du bien-être. Si la coordination intersectorielle pour la santé et le bien-être au plus haut niveau a connu peu de réalisations globales et continues, elle est cependant possible quand existe un leadership fort. On observe aussi que des politiques intersectorielles émergent et que des thèmes prometteurs peuvent favoriser l'action intersectorielle alors que se réalise une révision du rôle de l'État : gestion horizontale, développement social, développement durable. En vue de favoriser les impacts positifs des politiques gouvernementales sur la santé et le bien-être, le Commissaire aura à se pencher sur les mécanismes décisionnels, au niveau central et aux paliers local et régional, et à proposer des changements qui amélioreront la capacité de coordination et d'action intersectorielle pour la santé et le bien-être.

Les mandats dont disposent le ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Institut national de santé publique en matière de politiques publiques, notamment les évaluations d'impact sur la santé, ont une légitimité fondamentale, donnée par une loi. Une telle institutionnalisation constitue un plus par rapport à des processus qui reposent sur la seule bonne volonté ou sur des accords politiques temporaires. Ces nouvelles procédures en sont au début de leur mise en œuvre. Un programme de recherche a été lancé, qui pourra contribuer à leur amélioration. De plus, afin d'éviter le risque de bureaucratisation, on note autant au Ministère qu'à l'Institut le souci de stratégies d'approche qui dépassent le côté formel par un partage d'information et de connaissances.

1. Des amendements au projet de loi 38 ont été déposés à l'Assemblée nationale le 9 décembre 2004. L'article 10 de ces amendements modifie l'article 10(4) du projet de loi en supprimant cette référence à la Politique de la santé et du bien-être. C'est la formulation initiale de l'article 10(4) qui est analysée dans les pages qui suivent.

À l'instar de la Vérificatrice générale, qui a effectué une évaluation de l'action gouvernementale dans le développement durable, le Commissaire aura à réaliser des évaluations sous le double critère de la participation efficace des autres ministères et de l'amélioration des impacts de leurs politiques sur la santé et le bien-être de la population.

Par le projet de loi qui prévoit son institution, le Commissaire est invité à orienter ses analyses sur les politiques gouvernementales dans le but de faire des recommandations au ministre sur l'élaboration de la Politique de la santé et du bien-être². Bien que la mise en œuvre de la Politique de la santé et du bien-être a connu un succès relatif, son renouvellement s'impose, en s'appuyant sur les leçons du passé et en s'inspirant des choix faits par d'autres sociétés. Le rôle du Commissaire à la santé et au bien-être, et d'autant plus si cette responsabilité est maintenue dans la loi l'instituant, sera utile au renouvellement de cette politique pour qu'elle soit la base de référence qui définit la contribution du système de services de santé et de services sociaux à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, de même que de celle des autres secteurs d'activités gouvernementales. Les analyses du Commissaire pourront porter sur la manière dont le ministre s'acquitte de sa tâche de mise en œuvre de la politique, sur la reconnaissance gouvernementale de cette politique, sur la contribution attendue des autres secteurs d'activités gouvernementales, et sur celle du système de services par rapport aux objectifs des autres secteurs d'activité.

En conséquence de ce parcours, le Conseil formule des recommandations à l'intention du Commissaire. La première porte sur la connaissance de l'évolution de la santé et du bien-être de la population (rec.1). Les autres sont de l'ordre des outils, à parfaire ou à créer. Ces recommandations vont de ce qui apparaît davantage prioritaire, et plus facilement réalisable, à ce qui appartient davantage au long terme et requiert des changements importants. Ces recommandations portent sur le suivi et la révision de la Politique de la santé et du bien-être (rec. 2), la réussite des procédures d'évaluation d'impact sur la santé (rec. 3), l'accentuation des retombées positives de politiques intersectorielles existantes (rec. 4), la mise en place de dispositifs institutionnels favorisant l'action intersectorielle et une vigilance accrue pour améliorer la capacité des localités et des régions à agir pour la santé et le bien-être (rec. 5). En ce vaste domaine, la recherche devra aussi être favorisée (rec. 6).

En somme, le défi que présente l'analyse des impacts des politiques gouvernementales sur la santé et le bien-être se confronte à deux obstacles politiques majeurs : celui de la nature du débat public et celui de la structure de l'administration publique. **Par-delà le débat incessant sur les services de santé, il est important de faire émerger un débat public sur la santé et le bien-être, de manière que l'action intersectorielle pour la santé et le bien-être se fonde au plus haut niveau sur des décisions politiques appropriées et des mécanismes qui la facilitent.**

2. Voir note précédente.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	11
Chapitre 1	
Le mandat du Commissaire en matière d'analyse des politiques gouvernementales	13
1.1 Un mandat orienté vers un renforcement de la place des citoyens dans les débats sur les enjeux de santé et de bien-être	13
1.2 Un mandat d'information sur l'évolution de l'état de santé et de bien-être de la population	14
1.3 Un mandat situé dans un contexte de renforcement stratégique de la capacité d'orientation des politiques gouvernementales vers la santé et le bien-être.....	18
1.4 Un mandat fondé sur les déterminants sociaux de la santé et du bien-être.....	21
1.4.1 Les inégalités sociales de santé.....	23
1.4.2 L'impact des milieux de vie : éducation et travail	24
1.5 Un mandat dont le point d'arrivée est la <i>Politique de la santé et du bien-être</i>	25
1.6 Conclusion	26
Chapitre 2	
La nature et les conditions de faisabilité de l'action intersectorielle.....	27
2.1 L'action intersectorielle : ce qu'elle est.....	27
2.2 L'action intersectorielle locale et régionale : des succès, certes, mais qui ne suffisent pas pour agir sur les déterminants.....	29
2.3 L'action intersectorielle au plus haut niveau : difficultés et espoirs.....	31
2.3.1 Des exemples de réussite, dont l'existence a été temporaire	31
2.3.2 Des politiques intersectorielles émergentes	32
2.3.3 La gestion horizontale : un thème prometteur, à quelles conditions ?	33
2.3.4 Le développement social : un thème prometteur, abandonné définitivement ou non ?	34
2.4 Conclusion	35
Chapitre 3	
Les évaluations d'impact sur la santé : un nouveau moyen d'action en santé publique	37
3.1 Une procédure qui en est à ses débuts	37
3.1.1 Les évaluations d'impact sur la santé : ce qu'elles sont.....	37
3.1.2 Les réalisations de l'Institut national de santé publique	39
3.1.3 Les réalisations du ministère de la Santé et des Services sociaux	40
3.1.4 Besoin de connaissances	41
3.2 Un risque à éviter : bureaucratisation et absence d'engagement au plus haut niveau	42
3.3 Conclusion	44

Chapitre 4	
Les leçons de la mise en œuvre de la <i>Politique de la santé et du bien-être</i>.....	45
4.1 Un rappel : ce qu'est la <i>Politique de la santé et du bien-être</i> et pourquoi a-t-elle été élaborée ?	46
4.2 Quelles leçons tirer de la mise en œuvre de la <i>Politique de la santé et du bien-être</i> ?	47
4.2.1 L'avis du Conseil	47
4.2.2 L'étude ministérielle	47
4.3 Les obstacles politiques à l'action intersectorielle pour la santé et le bien-être	48
4.4 Recommandations du Conseil pour la révision de la politique.....	49
4.5 L'expérience d'autres pays	50
4.6 Conclusion	51
Chapitre 5	
Des objets de travail pour le Commissaire	53
5.1 Principes d'action	53
5.2 Six recommandations.....	54
Conclusion	59
Bibliographie	61
Remerciements	67

INTRODUCTION

Le Commissaire à la santé et au bien-être, au début de son mandat, sera conscient de l'immensité de sa tâche. Comment faire entendre sa voix et mieux orienter le système alors qu'un débat continu occupe bruyamment la place publique ?

L'hypermédiatisation des problèmes de santé ne doit pas faire écran : cette surinformation concerne les problèmes d'organisation, l'accès aux services, les listes d'attente, le financement. La santé et le bien-être de la population, comme enjeux de société, sont en réalité marginalisés par rapport aux problèmes de financement et d'organisation du système de services.

Des gestes ont été posés pour établir cette nécessaire distance entre santé et services de santé. On sait qu'en 2002 la Loi sur la santé publique a été adoptée par l'Assemblée nationale. Au tournant des années 90, dans le contexte de la réforme du système, le gouvernement a adopté la Politique de la santé et du bien-être, qui constituait un grand pas en avant en vue de centrer le regard sur les enjeux de santé et de bien-être, de définir des objectifs de résultats, de façon à orienter l'organisation des services. Le Conseil de la santé et du bien-être a rendu public, en 2002, un avis faisant l'évaluation de la mise en œuvre de la Politique de la santé et du bien-être et proposant des recommandations pour son évolution (voir CSBE, 2002). Une des observations importantes de cet avis, c'est que la politique a peu éclairé l'action du Ministère dans ses décisions. D'autre part, autre recommandation importante de cet avis – qui a été reprise dans l'énoncé du programme justifiant la mise en place d'un Commissaire à la santé – la Politique de la santé et du bien-être doit être définie comme une contribution du système de services à un projet plus large de développement économique et social, à la réalisation duquel d'autres secteurs d'activité apporteront leur contribution. En d'autres mots, **le système de services n'est pas le seul responsable de la santé de la population et il rencontre des difficultés à faire la coordination intersectorielle nécessaire. La mise en place d'un Commissaire à la santé, avec l'autorité qui lui est dévolue, et sa capacité d'enquête auprès de l'ensemble de l'appareil gouvernemental, pourra jouer un rôle déterminant dans cette direction.** Les rapports du Commissaire, outre la valeur intrinsèque de leur contenu, seront présentés à l'Assemblée nationale et connus publiquement, ce qui pourra constituer une invitation supplémentaire au ministre et au gouvernement pour qu'une suite leur soit donnée.

Le présent document vise à proposer au futur Commissaire une réflexion qui pourra l'inspirer dans la mise en œuvre de l'article 10.4 du projet de loi qui prévoit son institution. Cet article se lisait initialement ainsi : *« Il donne des avis au ministre sur l'évolution de l'état de santé et de bien-être de la population, notamment par l'analyse rétrospective des impacts des politiques gouvernementales sur cet état, et il lui propose*

en conséquence des grandes orientations aptes à guider l'élaboration de la politique de la santé et du bien-être. »³ Pour le Conseil, ce mandat spécifique inclut l'obligation d'informer et de consulter la population, comme l'implique l'énoncé du mandat général du Commissaire (art. 2), qui est de « *fournir au gouvernement et à la population les éléments nécessaires à une compréhension globale des grands enjeux dans le domaine de la santé et des services sociaux* ».

Le raisonnement poursuivi par ce texte part tout d'abord de la considération du mandat du Commissaire (chap. 1). Il s'arrête ensuite pour définir l'action intersectorielle, grâce à laquelle les politiques publiques peuvent avoir des effets positifs sur la santé et le bien-être (chap. 2). L'étape subséquente s'intéresse aux principaux outils auxquels référer le Commissaire (chap. 3 et 4), la dernière étape étant consacrée aux recommandations d'analyse prioritaire que formule le Conseil à l'attention du Commissaire (chap. 5). La logique à laquelle obéit ce raisonnement répond donc aux questions du *qui*, du *quoi*, du *comment* et du *quoi faire*.

Pour mener cette réflexion, le Conseil s'est inspiré de son expérience et de sa lecture de l'environnement, de points de vue exprimés par des personnes consultées, en plus de se référer à la littérature scientifique.

3. Voir note 1

CHAPITRE 1

LE MANDAT DU COMMISSAIRE EN MATIÈRE D'ANALYSE DES POLITIQUES GOUVERNEMENTALES

D'entrée de jeu, il importe de faire une lecture du mandat d'analyse des politiques gouvernementales qui est accordé au Commissaire. Tout d'abord, en rappelant son lien avec le mandat général, qui vise notamment à apprécier les résultats atteints par le système et à renforcer la place des citoyens dans les débats sur les enjeux de santé et de bien-être, puis les éléments plus spécifiques de ce mandat. Sa finalité, qui est celle de porter un jugement sur « *l'évolution de la santé et du bien-être de la population* ». Son contexte institutionnel ou stratégique; son fondement scientifique, les déterminants de la santé. Son point d'aboutissement, qui concerne la détermination « *des grandes orientations aptes à guider l'élaboration de la Politique de la santé et du bien-être* ».

Cette mise en contexte permettra de saisir la qualité du mandat du Commissaire, son ampleur, qui peut apparaître très large, impression heureusement compensée par le choix initial de faire de la Politique de la santé et du bien-être le cadre de référence des analyses du Commissaire⁴.

1.1 Un mandat orienté vers un renforcement de la place des citoyens dans les débats sur les enjeux de santé et de bien-être

Rappelons que l'article 2 du projet de loi, qui définit le mandat général du Commissaire, précise deux grandes fonctions : apprécier les résultats atteints par le système et fournir au gouvernement et à *la population* (nos soulignés) l'information nécessaire pour saisir les grands enjeux dans le domaine de la santé et des services sociaux. En s'appuyant sur ce mandat général, le Conseil voit incluse dans la mission du Commissaire l'obligation « (d')encourager (la) participation (des citoyens) à des débats publics éclairés sur les meilleurs moyens d'améliorer le système » (CSBE, 2004d).

L'information sur l'évolution de la santé et du bien-être relève de la recherche scientifique et de la manière dont les décideurs politiques choisissent d'en rendre compte. Des *a priori* liés aux intérêts institutionnels de ces acteurs peuvent influencer sur le contenu ou la méthode de présentation de cette information. La même observation vaut sans aucun doute pour les médias.

Dans une telle situation, **comment s'assurer que l'information donnée aux citoyens soit la plus objective possible, en même temps qu'elle ait les caractéristiques de pertinence et de clarté ? Une réponse simple consiste à suggérer que le citoyen soit partie prenante à la réflexion qui définit le cadre de référence de la production ou**

4. Voir note 1.

de l'interprétation de ces données. Le Commissaire peut contribuer à favoriser cette participation.

La preuve est loin d'être faite sur le sens de l'information donnée aux citoyens sur leur état de santé et de bien-être. Ou bien ces informations manquent, ou bien on enterre le citoyen sous une avalanche de données. Il ne s'agit pas de porter ici un jugement négatif sur les efforts qui sont faits en cette matière. Il importe de se rendre compte que l'on est collectivement dans une situation de démarrage. Le changement culturel que souhaite imposer l'obligation de rendre des comptes invite à rechercher ces méthodes de collecte de données, d'analyse, et de transmission de connaissances qui soient le plus efficaces possible et qui atteignent cette finalité qui est de rejoindre le citoyen comme interlocuteur valable. Il est trop facile de croire que cette responsabilité de reddition de comptes est satisfaite par la simple transmission de données et d'information, en faisant l'économie de leur interprétation et, surtout, en ignorant le rôle potentiel du citoyen.

1.2 Un mandat d'information sur l'évolution de l'état de santé et de bien-être de la population

Le mandat de faire *l'analyse rétrospective des impacts des politiques gouvernementales* est subordonné à une finalité, qui est de *donner des avis au ministre sur l'état de santé et de bien-être de la population* (nos soulignés).

Trois préoccupations devraient retenir l'attention du Commissaire sur le sujet de l'évolution de l'état de santé et de bien-être de la population : 1) Comment le ministère et les organisations qui ont à informer la population sur ce sujet remplissent-ils leur mandat ? 2) Comment cerner les impacts des politiques gouvernementales sur la santé et le bien-être ? 3) Quel jugement porter sur cet état de santé et de bien-être ? Dans quel sens celui-ci évolue-t-il ? Au besoin, le Commissaire proposera lui aussi sa lecture de l'évolution de la santé et du bien-être de la population.

Comment les acteurs chargés d'informer la population sur son état de santé et de bien-être s'acquittent-ils de leur mandat ?

Divers acteurs ont la responsabilité d'informer la population sur son état de santé et de bien-être. L'article 7 de la Loi sur la santé publique fait obligation au ministre d'élaborer un programme national de santé publique, dont la première fonction est « la surveillance continue de l'état de santé de la population de même que de ses facteurs déterminants ». Selon le Programme national de santé publique 2003-2012, « l'exercice de la fonction de surveillance est confié exclusivement au ministre et aux directeurs de santé publique. Le ministre peut toutefois confier à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) le mandat d'exercer, en tout ou en partie, la fonction de surveillance. (...) Le ministre définit les paramètres du rapport national et des rapports régionaux sur l'état de santé de la population (...) C'est au directeur national de santé publique que revient la responsabilité de préparer le rapport national sur l'état de santé de la population, en

collaboration avec les directeurs de santé publique, et de le remettre au ministre, qui le rend public et le diffuse. (...) L'INSPQ soutient le ministre et les directeurs de santé publique dans la préparation du rapport national et des rapports régionaux sur l'état de santé de la population ». (MSSS, 2003 : 111)

L'INSPQ définit ainsi sa responsabilité de surveillance : « (Elle) consiste à suivre dans le temps et dans l'espace les variations propres à certains indicateurs permettant de statuer sur l'état de santé et de bien-être de la population, ses déterminants et ses conséquences. Elle requiert la production régulière d'indicateurs mais aussi la recherche et le développement de nouveaux indicateurs, reflétant l'émergence de nouvelles problématiques ou la nécessité de mieux documenter celles déjà existantes. Elle commande également la production d'analyses et d'études visant à interpréter ces indicateurs tout autant que la mise au point d'approches et de méthodologies novatrices dans l'étude de la santé et du bien-être de la population. » L'Institut a rendu public en 2001 le *Portrait de santé du Québec et de ses régions*.

Comme indiqué dans la Loi sur les services de santé et de services sociaux, le directeur de la santé publique de chacune des régions est responsable « d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des groupes les plus vulnérables, des principaux facteurs de risque et des interventions qu'il juge les plus efficaces, d'en suivre l'évolution et, le cas échéant, conduire des études ou recherches nécessaires à cette fin » (LSSS, art. 373). Par exemple, la Direction de santé publique de Montréal publie depuis 1998 le *Rapport annuel sur l'état de santé de la population* de sa région; le premier portait sur *Les inégalités sociales de santé* et a eu des échos sur la scène montréalaise et partout au Québec. Une évaluation récente de ces rapports révèle que « les rapports annuels de la DSP sont grandement appréciés par leurs audiences-cibles et que les deux tiers des répondants les ont lus. (...) Les rapports ont influencé l'orientation du quart des répondants et ils ont servi à la prise de décision dans environ 16 % des cas ». Ainsi, en matière d'information sur la santé et le bien-être, des responsabilités importantes sont prévues légalement pour le ministre, le directeur national de santé publique, les directeurs régionaux de santé publique, et l'Institut national de santé publique.

Dans le passé, le Ministère a assuré un suivi de la réalisation ou non des 19 objectifs indiqués dans la *Politique de la santé et du bien-être* (Dunnigan et Bégin, 2003 : 90). Dans un premier temps, il a fallu construire les indicateurs à cette fin; le suivi a été réalisé à trois reprises, soit en 1995, 1998 et 2002. L'évaluation de la mise en œuvre de la politique, réalisée par le Ministère, fait ressortir que « les changements observés dans l'état de santé et de bien-être de la population depuis 1992 ne peuvent être directement attribués ni au processus de mise en œuvre de la Politique ni même à l'ensemble des interventions du système sociosanitaire au cours des dix dernières années » (Dunnigan et Bégin, 2003 : 117)

Le législateur mandate aussi d'autres organisations pour informer la population sur son état de santé et de bien-être. Ainsi, le Conseil de la santé et du bien-être, en vertu de l'article 17 de sa loi constitutive, « peut donner des avis au ministre notamment sur l'évolution des problèmes de santé et de bien-être de la population, les causes reliées à ces problèmes et les groupes les plus vulnérables ». Dans un avis rendu public en 2002, le Conseil a proposé une lecture de l'évolution de la santé et du bien-être de la population pour l'ensemble du Québec et région par région (CSBE, 2002).

Du côté de la collecte de données et de leur analyse, Santé Québec a joué un rôle important grâce à trois enquêtes menées en 1987, 1993 et 1998 sur la santé des Québécoises et des Québécois. Depuis son intégration à l'Institut de la statistique du Québec, c'est Statistique Canada qui a pris le relais : deux enquêtes générales ont été réalisées, en 2001 et 2003, à la grandeur du Canada, à partir d'un échantillon qui demeure significatif pour chacune des provinces et leurs régions sociosanitaires. Dans ce contexte, l'ISQ rend accessible le logiciel *Éco-santé Québec*, qui « présente de nombreux indicateurs relatifs à la santé et aux services sociaux, sur la base des 18 régions sociosanitaires et pour l'ensemble du Québec ». L'enquête canadienne fournit des données, sans qu'on retrouve l'effort d'analyse que réalisait auparavant Santé Québec. Aux années paires, Statistique Canada réalise une enquête thématique : en 2002, sur la santé mentale; en 2004, sur la nutrition – l'échantillon cette fois n'étant valable que pour la province.

Dans le cadre de l'*Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*⁵, les provinces se sont engagées à fournir des données qui portent sur les indicateurs de performance, en incluant des « indicateurs d'état de santé et résultats en matière de santé ». Cinq indicateurs sont retenus : « % de Canadiens et Canadiennes physiquement actifs; % de Canadiens et Canadiennes satisfaisant à l'indice de masse corporelle recommandé; années potentielles de vie perdues; espérance de vie sans incapacité; coût de la maladie ». Ni la signification de ces indicateurs, ni la raison de leur choix ne sont définies. En conformité avec cet engagement, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2004b) vient de publier un « rapport de rendement », basé sur une liste de 18 indicateurs comprenant des données sur l'état de santé de la population, l'accès aux services de santé, et la satisfaction à l'égard des services offerts.

Une telle multiplicité de lectures représente, en principe, un avantage, puisque chacune peut souligner des aspects que l'autre pouvait omettre (à la condition que l'effort aille plus loin que la simple addition d'indicateurs).

Ainsi, on peut distinguer trois moments dans l'effort de connaissance de l'évolution de la santé et du bien-être de la population, chacun privilégiant un objectif : celui des enquêtes de Santé Québec, axé sur la connaissance; celui de la production des indicateurs de la *Politique de la santé et du bien-être*, orienté vers des objectifs de résultats; et celui, plus récent, de l'association avec une démarche canadienne, axé notamment sur la reddition de

5. Voir <http://www.hc-sc.gc.ca/francais/adss2003/accord.html>.

comptes et mixant des objectifs de santé à des données sur la performance des services. Ces efforts ne semblent pas cumulatifs, et un effort supplémentaire devrait être fait pour construire une démarche intégrant ce que chacun a de positif : un regard approfondi et analytique sur la réalité québécoise, la détermination d'objectifs de résultats liés à une politique de santé et de bien-être, la perspective de rendre des comptes. De plus, cet effort devra intégrer la préoccupation de mieux cerner les impacts des politiques gouvernementales sur l'évolution de la santé et du bien-être. Sans doute que le rapport national sur l'état de santé de la population, prévu par la Loi sur la santé publique, comblera en partie ces lacunes.

En somme, plusieurs éléments de réalité pourront retenir l'attention du Commissaire dans son regard sur les organismes qui ont la responsabilité légale de produire l'information sur l'évolution de la santé et du bien-être de la population : **Comment ces organismes exercent-ils cette responsabilité ? Les nouveaux dispositifs prévus par la Loi sur la santé publique sont-ils mis en place et intègrent-ils les avantages des efforts antérieurs (Santé Québec, indicateurs de la PSBE) ? Beaucoup de données sont produites, souvent livrées en vrac aux citoyens, mais sont-elles suffisamment exploitées ou situées dans des analyses d'ensemble ?**

Comment cerner les impacts des politiques gouvernementales sur la santé et le bien-être ?

L'avantage de la mise en contexte établie par l'article 10.4, c'est qu'il invite à faire la lecture de l'état de santé et de bien-être de la population en rapport avec les politiques gouvernementales qui ont des impacts sur la santé et le bien-être. Une telle préoccupation, en plus de rappeler que le système de services n'est pas le seul facteur responsable de la santé et du bien-être de la population, peut contribuer à une plus grande responsabilisation de l'État, des personnes et des collectivités par rapport aux déterminants de la santé et du bien-être. De même, elle peut contribuer à mieux assumer la responsabilité de reddition de comptes qui appartient au système de services.

Il faut observer, toutefois, que l'état de la recherche sur ces sujets n'est pas très avancé. Ainsi, au Canada, l'Initiative sur la santé de la population canadienne⁶, de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), a retenu les questions de recherche suivantes : « Comment le système de santé canadien (dans son ensemble et en termes de ses composantes) influence-t-il l'état de santé des collectivités et des groupes au sein de la population, comparativement à d'autres formes d'intervention, par exemple la prévention de la pauvreté, le développement de l'enfant, les programmes pour les personnes âgées, etc. ? Quel pourrait être l'impact de la réduction des disparités dans la santé de la population canadienne sur le système de santé ? Quel serait l'impact sur le système de santé si on se penchait sur les déterminants fondamentaux et immédiats des maladies et des conditions évitables ? »

6. Accessible sur http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=cphi_strategicthemes_f.

De son côté, la Direction de santé publique de la région de Montréal a préparé son rapport annuel de l'an 2000 sur l'impact de la transformation du système sur la santé. Parmi les constats, « une réduction de la mortalité et de la morbidité à l'échelle de la population a en effet été notée quand le virage ambulatoire s'est doublé de l'introduction d'interventions efficaces ». Des indicateurs servent à fonder cette affirmation : réduction de décès ou d'hospitalisations évitables par les soins, recours accru aux interventions pertinentes. Ces observations reconnaissent aussi l'existence de « zones de préoccupations » et de « zones d'incertitude critique ».

Le Commissaire pourra inciter le développement de recherches qui vont permettre de mieux saisir les impacts des politiques gouvernementales portant sur les déterminants de la santé et du bien-être de la population.

Quel jugement porter sur l'état de santé et de bien-être de la population ?

Comme on vient de l'expliquer, diverses lectures de l'état de santé et de bien-être de la population sont disponibles ou peuvent être proposées. Elles sont parfois incomplètes ou d'un accès difficile à cause de l'absence de perspectives d'ensemble. Il existe un besoin d'une lecture qui aurait les qualités suivantes : permettre au citoyen de mieux saisir l'état de santé de la population, de mieux comprendre l'importance des autres secteurs d'activité comme déterminants de la santé. Le Commissaire pourra jouer un rôle important dans le développement de cette lecture compréhensive et accessible. Il pourra inciter ceux qui ont des responsabilités en ce sens à le faire ou il pourra apporter sa propre contribution. Ce faisant, il favorisera l'émergence d'un véritable débat sur la santé, beaucoup plus large que celui qui occupe la scène publique, et qui se concentre sur les services.

1.3 Un mandat situé dans un contexte de renforcement stratégique de la capacité d'orientation des politiques gouvernementales vers la santé et le bien-être

Dès le début du projet de loi 38 (déposé en décembre 2003), à l'article 2, le législateur affirme qu'« aux fins d'améliorer la santé et le bien-être de la population », la responsabilité d'appréciation du Commissaire couvre le système de santé et de services sociaux et « l'ensemble des éléments systémiques interactifs de ce dernier ». Cette dernière expression n'était pas la plus limpide qui soit, mais, une fois comprise, on en saisissait bien la richesse : **la santé et le bien-être de la population ne peuvent être dûment appréciés qu'en prenant en compte l'action du système de services et celle des autres secteurs d'activité, dans leur impact sur la santé et le bien-être.** L'expression choisie invite à considérer ces facteurs comme agissant ensemble et l'un par rapport à l'autre dans leur impact sur la santé et le bien-être. Il y a une dynamique complexe à saisir dans l'action de ces facteurs externes.

Plus loin dans le projet de loi, à l'article 10, qui précise les fonctions du Commissaire, le paragraphe 4 lui définit le mandat de « donne(r) des avis au ministre sur l'évolution de l'état de santé et de bien-être de la population, notamment par l'analyse rétrospective des impacts des politiques gouvernementales sur cet état, et il lui propose en conséquence des grandes orientations aptes à guider l'élaboration de la politique de la santé et du bien-être »⁷. Le législateur invite le Commissaire à regarder le passé pour mieux éclairer l'avenir. La retombée principale de cette activité du Commissaire vise la *Politique de la santé et du bien-être*.

Cette fonction, dévolue au Commissaire, doit être mise en rapport avec des dispositions législatives liées au champ de la santé publique, ainsi qu'avec des responsabilités et des engagements qui relèvent du ministre.

D'un côté, il y a la Loi sur la santé publique⁸ adoptée en 2001, dont l'article 54 prévoit que « le ministre (de la Santé et des Services sociaux) 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 ». La finalité visée par ce pouvoir donné au ministre est d'influencer les politiques, lois et règlements préparés par les autres ministres du gouvernement et pouvant avoir un impact significatif sur la santé et le bien-être de la population.

D'autre part, il faut aussi rappeler que la loi qui a créé l'INSPQ édicte que sa mission consiste notamment « à informer le ministre des impacts des politiques publiques sur la santé et le bien-être de la population du Québec⁹ ».

Enfin, le ministre affirme, dans son *Plan stratégique 2001-2004*, que « la mission dévolue au ministère de la Santé et des Services sociaux se traduit par la poursuite de deux objectifs : proposer à l'État et aux autres acteurs sociaux des priorités d'intervention pour agir positivement sur les déterminants de la santé et du bien-être de la population; offrir aux individus et aux groupes des services de santé et des services sociaux accessibles et de qualité ». Est-il besoin de souligner que le second objectif l'emporte largement sur le premier ? Toutefois, le ministre ne manque pas d'information et d'appui pour réaliser le premier objectif, puisqu'il peut compter sur plusieurs apports, et notamment les contributions du directeur de la santé publique¹⁰, celles de l'Institut, celles du Conseil et les futurs avis du Commissaire.

7. Voir note 1.

8. Loi sur la santé publique, L.R.Q., c. S-2.2, 2001 (l'article 54 est entré en vigueur en juin 2002).

9. Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec, L.R.Q., c. I-13.II, article 3.

10. La Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux identifie, à l'article 5.1, le Directeur de la santé publique, « qui occupe un poste de sous-ministre adjoint », « pour conseiller et assister le ministre et le sous-ministre dans l'exercice de leurs responsabilités en santé publique ».

Notons qu'entre le mandat dévolu au Ministère en vertu de l'article 54 de la Loi sur la santé publique et celui qui est donné au Commissaire, le libellé de ces articles suggère une certaine division du travail, puisque le Ministère s'inscrit dans le processus décisionnel et fait porter ses analyses sur les politiques en préparation, tandis que le Commissaire fait une analyse rétrospective des politiques gouvernementales. Toutefois, on comprendra que ce regard sur le passé est porté pour mieux éclairer l'avenir. De son côté, le mandat d'information de l'Institut sur les politiques publiques n'est pas spécifié quant à son caractère prospectif ou rétrospectif; sans doute qu'il concerne autant les politiques en préparation que les politiques actuelles.

On doit aussi observer que le législateur semble prendre pour équivalents les termes politiques gouvernementales (projet de loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être) et politiques publiques (Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec). Ce dernier terme est généralement utilisé dans le domaine de la santé publique.

En dernier lieu, ce qu'il importe de noter, c'est que, à l'intérieur d'un espace de quelques années, dans une conjoncture où un gouvernement pose le premier geste et un autre, le second, l'État québécois se dote de dispositifs, institués par une loi, pour soutenir une vision et une contribution multisectorielle de l'appareil gouvernemental à la santé et au bien-être. Ces gestes marquent une volonté nouvelle. Pour que ces lois soient appliquées, cette même volonté de changement devra se faire sentir. Puisqu'on est à toutes fins utiles au commencement de la mise en œuvre, le Commissaire voudra sans doute l'influencer et, au besoin, définir ses exigences.

Si ces différentes instances se rapportent au ministre de la Santé et des Services sociaux, il importe de souligner que le Commissaire devrait rendre des comptes à l'Assemblée nationale¹¹, par la voix du ministre. En effet, la loi sur le Commissaire ferait obligation au ministre de rendre publics devant l'Assemblée nationale le rapport d'appréciation annuel du Commissaire ainsi que ses rapports particuliers. Cette institutionnalisation d'un dialogue entre le Commissaire et l'Assemblée nationale donnerait à celui-ci une visibilité et un poids politique dont profiteront sans doute ses avis, notamment ceux qui viseront les impacts de l'action des autres ministères et organismes sur la santé et le bien-être. On verra plus loin, de façon plus élaborée, que la difficulté de l'action intersectorielle réside dans le fait qu'elle manque d'une instance supérieure de coordination, qu'elle repose sur la capacité de conviction d'un ministre parmi ses pairs. Le rattachement indirect du Commissaire à l'Assemblée nationale viendrait corriger, en partie, cette difficulté.

11. Ce paragraphe a été écrit en prenant appui sur les recommandations du Conseil présentées dans son *Mémoire sur le projet de loi 38 instituant le Commissaire à la santé et au bien-être*, 20 février 2004 (CSBE, 2004e).

1.4 Un mandat fondé sur les déterminants sociaux de la santé et du bien-être

Cette invitation à considérer les politiques gouvernementales et leurs impacts sur la santé et le bien-être est conséquente à la recherche sur les déterminants de la santé et du bien-être¹². (Pour les besoins de notre réflexion, l'attention porte ici sur les déterminants sociaux.)

Il y a un fait, généralement rappelé, dans l'argumentaire qui vise à fonder l'approche environnementale en santé, soit celui du constat de l'influence des facteurs environnementaux sur la santé avant même que cette approche existe! Ainsi, les études de McKeown (1976), qui constituent un classique sur le sujet, ou celles d'autres auteurs comme McKinlay et McKinlay (1977), démontrent que le déclin dramatique de la mortalité en Grande-Bretagne et aux États-Unis, depuis le XIX^e siècle, ne peut s'expliquer par la seule introduction des interventions médicales. « En effet, résumant Smedley et Symes (2000), on a argumenté du fait que la plus grande partie de ce déclin de la mortalité durant la deuxième partie du 19^e siècle est due principalement à l'amélioration de l'hygiène et des manières de vivre, spécialement en ce qui concerne l'alimentation. »

Plus saisissant encore est ce tableau synthétique issu des recherches de l'Institut canadien de recherche avancée (ICRA, cité par le Conference Board, 2004) et que rappelait récemment le président-directeur général de l'Institut de santé publique du Québec, le Dr Richard Massé (2004). Ces recherches permettent d'attribuer le pourcentage d'impact sur la santé des principaux déterminants, comme l'illustre le tableau suivant.

12. Le Canada a été un acteur important dans l'élaboration et la diffusion de ce mouvement de pensée. Parmi les documents officiels sont généralement cités (Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, 1999) : *Le rapport Lalonde, Nouvelle perspective de la santé des Canadiens (1974)*, *La Santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé (1986)* (document publié à l'occasion d'une conférence internationale sur la promotion de la santé organisée par l'OMS, qui a donné lieu à la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986)*, *Stratégies d'amélioration de la santé de la population (1994)*, *Intersectoral Action for Health : A Cornerstone for Health for All in the Twenty First Century (1997)*. *Le Forum national sur la santé (1997)* a réalisé une série d'études sur les déterminants dans leurs rapports avec les différents âges de la vie et les milieux de vie.

Impact sur la santé des principaux déterminants

- **biologie et génétique :** 15 %
- **système de soins :** 25 %
- **environnement physique :** 10 %
- **env. socioéconomique :** 50 %

Source : ICRA

Ainsi, l'environnement socioéconomique pèse autant que tous les autres facteurs et deux fois plus que le système de soins. La même observation est rappelée par Smedley et Syme (2000) pour les États-Unis : « Approximativement 50 % de toutes les causes de mortalité aux États-Unis sont liées à des facteurs sociaux et comportementaux. » En conséquence, concluent ces auteurs, « par elle-même, la recherche bio-médicale ne peut se confronter au défi le plus significatif pour améliorer la santé dans le siècle nouveau ». Il faut plus d'efforts pour se confronter aux déterminants sociaux et comportementaux de la maladie, des blessures et des handicaps. Le fossé est considérable quand on sait que moins de 5 % de l'argent dépensé aux États-Unis en soins va à la prévention. Opposons deux nombres : 50 % des causes, 5 % de dépenses.

Dans un document intitulé *Social Determinants of Health, The Solid Facts*, Wilkinson et Marmot (2003) repèrent dix déterminants sociaux de la santé : le gradient social, le stress, l'enfance, l'exclusion sociale, les conditions de travail, le chômage, le support social, la drogue, l'alimentation, les transports. « Dans chaque cas, précisent ces auteurs, le focus porte sur le rôle que la politique publique peut jouer en façonnant l'environnement social dans des manières qui influencent la santé : ce focus est maintenu soit à l'égard de facteurs de comportement, comme la manière de jouer son rôle de parent, le fait de se nourrir, l'exercice physique, ou l'abus de drogues, ou bien en regard de facteurs plus structurels comme le chômage, la pauvreté, et la vie au travail. » **En somme, alors qu'une certaine conception de la santé publique accordait de l'importance aux seules habitudes de vie, donc à la seule responsabilité individuelle, on se rend compte aujourd'hui que ces comportements sont modelés par des déterminants sociaux, ceux-ci étant eux-mêmes modelés par des politiques gouvernementales.**

Ces auteurs précisent que « l'évidence sur laquelle leur document est basé vient d'un très grand nombre de rapports de recherche – plusieurs milliers en fait. Certaines des études ont utilisé des méthodes prospectives, parfois en suivant l'évolution de milliers de personnes pendant des décennies, parfois depuis la naissance. D'autres études ont utilisé des méthodes comparatives à partir de données individuelles, de territoires, de pays, ou internationales ».

Parmi les déterminants sociaux de la santé et du bien-être, considérons plus spécifiquement ce que la littérature nous enseigne sur le lien entre inégalités sociales et santé, et sur le rapport entre milieux de vie et santé.

1.4.1 Les inégalités sociales de santé

Au Québec, le lien entre inégalités sociales et santé bénéficie – si l'on peut employer ce mot – d'un véritable laboratoire pour la recherche et l'expérimentation. Montréal est la « capitale de la pauvreté au Canada », nous révèle une étude de la Direction de la santé publique de la région de Montréal-Centre (Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de santé publique, 1998) : 500 000 personnes sur 1,8 million de résidents, soit une proportion de 23 %, vivent dans une situation de pauvreté.

Or, démontre ce rapport, « pour les résidents des quartiers à faible revenu de Montréal, l'espérance de vie est de 5 ans inférieure à celle dans les zones à revenu élevé », et de 7 ans en moins pour les hommes seulement. De plus, cette vie, qui est réduite en nombre d'années, est également de qualité réduite, puisque les inégalités en matière de santé s'additionnent à tous les âges de la vie. **Cette « étude fait ressortir les excédents suivants dans le groupe de revenu plus faible par rapport à celui à revenu plus élevé : fécondité des adolescentes (15-19 ans) : + 589 %; suicide : + 111 %; mortalité par cancer du poumon : + 62 %; faible poids à la naissance : + 47 %; mortalité par cardiopathies : + 31 %; hospitalisations : + 31 % ».**

Par ailleurs, ce que nous révèle aussi la littérature, c'est que le lien entre inégalités sociales et santé n'est pas réductible au groupe à plus faible revenu. « La variation (de l'état de santé) peut être observée à tous les niveaux de la hiérarchie socioéconomique. Il apparaît qu'en haut de l'échelle sociale on est en meilleure santé qu'à l'échelon immédiatement inférieur, bien qu'à cet échelon, on se situe au-dessus de la moyenne de la population en termes de revenus, de statut social ou d'autres facteurs clés ». Ces observations ont été réalisées par Michael Marmot, qui a mené une étude longitudinale de plus de 20 ans sur les fonctionnaires britanniques.

« Les différences d'état de santé associées à des critères de hiérarchies ou de classes sociales sont incontestables et importantes. (On retrouve des variations de un à trois entre les taux de mortalité standardisés dans l'étude de Whiteall). Ces différences entre groupes sociaux révèlent l'existence d'un gradient associé à la position sociale qui ne reflète pas simplement le montant des revenus et l'effet de la pauvreté. (...) Cet écart s'observe pour différentes maladies et causes de mortalité, ce qui suggère l'influence d'un ou de plusieurs facteurs communs sous-jacents. » (C. Hertzman *et al.*, dans Evans *et al.*, p. 78)

Ce gradient de la santé intrigue. Que se passe-t-il pour que la position dans la hiérarchie sociale ait un tel effet sur la santé ? Les réponses données jusqu'ici évoquent le stress, qui peut avoir des effets sur les systèmes endocrinien et immunitaire. « Le statut social serait inversement lié au stress ou à la capacité d'y faire face. » (Evans, 1996 : 27)

D'autres faits sociaux sont observés, d'ordre plus macroscopique. « Rappelons l'exemple du Japon : l'espérance de vie y a connu une augmentation rapide au cours des dernières décennies. La situation est précisément inverse dans les pays d'Europe de l'Est confrontés à une économie stagnante. L'espérance de vie y a actuellement diminué. [...] Il existe, dans les pays développés, une corrélation relativement forte entre le niveau d'équité dans la répartition du revenu national et l'état de santé moyen. » (Hertzman, 1996 : 79)

1.4.2 L'impact des milieux de vie : éducation et travail

Des membres du Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (White *et al.*, 2004) ont réalisé, à la demande du Conseil, une revue de littérature sur *Les déterminants sociaux de la santé : l'apport et la place des milieux de travail et scolaire*. Le résultat est étonnant.

« Depuis une vingtaine d'années, les problèmes liés à la détresse psychologique, à l'épuisement professionnel et à la dépression sont parmi les problèmes de santé les plus fréquemment rapportés par les travailleurs des pays occidentaux. » Un tel phénomène s'explique par les nombreuses transformations sociales qui ont touché le monde du travail : restructurations, nouvelles technologies, précarisation. « Une revue de la littérature des recherches récentes sur les conséquences de la précarisation des emplois montre que la grande majorité des études (76/81) ont trouvé un lien entre des emplois précaires (travail à distance, à domicile, temporaire, à temps partiel non volontaire) et des indicateurs négatifs de santé. »

Le système de services de santé et de services sociaux est loin de représenter un secteur modèle. Concernant le personnel infirmier, une étude révèle l'existence de contraintes et de détresse plus grandes que chez les autres travailleurs : « Demande psychologique élevée (85 % contre 43 %), latitude décisionnelle faible (60 % contre 54 %), tension au travail (51 % contre 20 %) et détresse psychologique (36 % contre 21 %). » Une autre étude, réalisée dans un milieu hospitalier au Québec, permet de conclure que « si selon l'Enquête de Santé Québec, 20 % de la population québécoise affichait un niveau élevé de détresse psychologique, le niveau des répondants dans cet hôpital approchait 54 %. (...) La surcharge du travail était ressentie de façon aiguë par tous les types de travailleurs au sein de l'hôpital : cadres, cols blancs, fournisseurs de services auxiliaires, travailleurs para-techniques en soins infirmiers, professionnels ou techniciens ».

Grâce à la Loi sur la santé et la sécurité du travail, qui date de 1979, on a constaté une diminution de l'incidence des lésions professionnelles. Toutefois, « les indemnisations pour des raisons psychologiques continuent d'augmenter ». Ce qui suggère que des actions sont à entreprendre sur le plan organisationnel afin de réduire les répercussions des milieux pathogènes. En ce domaine, le rôle d'arbitre de l'État est à nouveau fortement sollicité, d'autant plus que des lacunes importantes sont constatées dans les réseaux parapublics.

Dans le domaine de l'éducation, on décèle aussi de nombreux facteurs pathogènes : manque de ressources et de matériel pour réaliser les réformes, manque de formation adéquate des professeurs à la mise en œuvre des réformes, augmentation de la précarité d'emploi, diminution de l'autonomie des professeurs. On doute même de l'aspect positif de la décentralisation en faveur des écoles. « La décentralisation a des conséquences importantes sur le lien santé-milieu scolaire, car elle déresponsabilise les instances centrales en ce qui a trait à plusieurs des facteurs non pédagogiques qui influencent la santé, par exemple, l'alimentation, les activités physiques et sportives et les activités parascolaires. »

On note que les écoles peuvent contribuer de façon majeure à la promotion de la santé des jeunes si elles adoptent les bonnes stratégies. Ces stratégies visent « certains comportements malsains (p. ex., la violence, les relations sexuelles non protégées) et certaines habitudes de vie (p. ex., l'alimentation, l'hygiène) ». Certaines écoles ont des politiques alimentaires, d'autres non.

Dans l'action sur les déterminants de la santé et du bien-être liés aux milieux de vie, que sont le travail et l'éducation, l'État a un important travail de régulation à consolider et à mettre à jour, compte tenu des transformations sociales que connaissent ces secteurs, dont certaines sont initiées par l'État lui-même. Le « bon exemple » à donner dans les systèmes de services parapublics renforcera certainement sa capacité de régulation sociale d'ensemble.

En somme, appréhender, dans un rapide coup d'œil, la littérature sur les déterminants sociaux de la santé peut déclencher... une certaine appréhension. Une telle lecture de la réalité renvoie directement à des problèmes de société : rapports de classes, inégalités, hiérarchisation des espaces, différences de capital (économique, social, culturel), arrangements institutionnels. Comment s'y attaquer ? Une réponse, simple, s'impose : il faudra choisir. Plusieurs critères pourront guider le Commissaire dans ses choix : l'importance en soi des déterminants concernés; le fait qu'il existe ou non des politiques qui portent sur ces déterminants; ou le fait que la *Politique de la santé et du bien-être* retient tel ou tel déterminant.

1.5 Un mandat dont le point d'arrivée est la *Politique de la santé et du bien-être*

Le projet de loi initial introduisait une retombée souhaitable aux efforts d'analyse du Commissaire concernant l'état de santé et de bien-être de la population en tenant compte des impacts sur la santé et le bien-être des politiques gouvernementales. Cette analyse devait conduire à « proposer des grandes orientations aptes à guider l'élaboration de la politique de la santé et du bien-être ». Une première politique de la santé et du bien-être (gouvernement du Québec, 1992) a déjà été adoptée par le gouvernement. Elle date de la réforme pilotée par l'ex-ministre Marc-Yvan Côté. La présentation que ce ministre en fait mérite d'être rappelée :

Après avoir démontré que le réseau de services ne peut permettre à lui seul l'atteinte de ces objectifs (de santé et de bien-être), (cette politique) ouvre de nouvelles perspectives pour la contribution des autres secteurs de la vie collective à la création de conditions propices à la santé et au bien-être. Toile de fond, cadre de planification et d'évaluation, appel à la mobilisation, instrument de sensibilisation, projet de société, la Politique de la santé et du bien-être est tout cela à la fois.

Dix ans plus tard, le ministère de la Santé et des Services sociaux devait la remettre à jour. Ce qu'il faut retenir de cette référence du législateur, c'est que cette politique représente un cadre de référence qui peut servir à orienter la réflexion du Commissaire, de la même manière que celle-ci peut le faire pour le ministre qui a la responsabilité de mettre en œuvre et de revoir cette politique. Nous reviendrons sur les leçons que l'on peut tirer de l'application de cette politique et sur les orientations que le Conseil de la santé et du bien-être a suggérées pour sa mise à jour.

1.6 Conclusion

À ce point-ci de notre réflexion, en regard du mandat dévolu au Commissaire sur les politiques gouvernementales, cinq observations se dégagent :

- (1) Ce mandat spécifique, tout comme les autres aspects de son mandat, requiert une participation des citoyens.
- (2) L'objet premier de la préoccupation du Commissaire est de contribuer à une meilleure lecture de l'état de santé et de bien-être de la population, en cernant mieux les impacts des politiques gouvernementales.
- (3) Par plusieurs gestes législatifs – Loi sur l'Institut national de santé publique, Loi sur la santé publique (art. 54), Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être – le gouvernement se dote de moyens pour orienter les politiques gouvernementales vers la santé et le bien-être. Le fait que le Commissaire rendrait des comptes à l'Assemblée nationale, par la voix du ministre, viendrait renforcer cette capacité.
- (4) Une telle volonté se situe à l'intérieur d'un univers de concepts et de connaissances sur les déterminants de la santé, qui recueille un large consensus, en même temps que l'on constate l'ampleur du domaine d'intervention.
- (5) Pour faciliter la tâche du Commissaire dans le choix de ses priorités d'analyse des politiques gouvernementales, le projet de loi initial proposait un point d'arrivée, une politique de santé et de bien-être, politique dont le Québec s'est déjà doté mais qu'il lui faut renouveler.

CHAPITRE 2

LA NATURE ET LES CONDITIONS DE FAISABILITÉ DE L'ACTION INTERSECTORIELLE

Dans l'ordre des connaissances, nous avons souligné comment l'univers des déterminants sociaux de la santé et du bien-être est vaste, et l'est tout autant celui des politiques qui sont susceptibles d'avoir un impact sur eux. Pour se rendre compte de l'ambition d'un tel projet, on n'a qu'à considérer cette phrase issue du document intitulé *La Santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé* (1986) qu'avait signé Jake Epp, alors ministre de la Santé nationale et du Bien-être social : « Toutes les politiques en relation avec la santé doivent être coordonnées. La liste en est longue et comprend, entre autres, l'emploi, l'éducation, le logement, le commerce, l'agriculture, les transports, la justice, et la technologie. »

Toutefois, la coordination d'ensemble des politiques gouvernementales pour la santé et le bien-être, n'est pas chose facile. Banken note « (qu')il existe peu de signes des mécanismes concrets pour l'action intersectorielle ». (Banken 2003). White *et al.* (2002 : 69) partagent le même constat : aucune des réformes du système de services « ne va au-delà des rappels concernant l'importance de l'action intersectorielle et des recommandations visant à l'implanter : on ne crée pas de dispositions concrètes favorisant son mode d'emploi ».

Dans son mandat d'analyse des politiques gouvernementales et de leurs impacts sur la santé et le bien-être, le Commissaire ne pourra évacuer cette difficulté s'il souhaite influencer le cours des choses. Il devra s'y confronter et faire les analyses et les recommandations appropriées. L'action intersectorielle, comme concept et en tant qu'univers pratique à influencer, constitue pour lui un incontournable.

Trois questions méritent de retenir l'attention sur la nature et les conditions de faisabilité de l'action intersectorielle. Tout d'abord, comment bien définir l'action intersectorielle si l'on en veut saisir tout le potentiel, en même temps que les conditions réalistes de son actualisation ? Deuxièmement, qu'en est-il du succès de l'action intersectorielle à l'échelle régionale et locale, dont on dit qu'elle est plus facilement réalisable ? Troisième question : au central, la difficulté d'action intersectorielle est reconnue mais est-elle indépassable ? Où se trouvent les signes d'innovation ?

2.1 L'action intersectorielle : ce qu'elle est

Pour bien comprendre ce qu'est l'action intersectorielle, il faut saisir trois choses. C'est tout d'abord une problématique qui est intersectorielle, c'est un problème social ou de santé qui dépasse les frontières issues de la compartimentation sectorielle; les causes et

les effets de ce problème réfèrent à des réalités complexes. Deuxième élément, la solution ne vient pas de la seule coordination, des seuls processus, mais des actions entreprises par chacun des acteurs concernés et qui visent simultanément un effet de santé ou de bien-être, en même temps qu'un effet propre à leur secteur d'activité. Troisièmement, pour être efficace, l'action intersectorielle doit faire en sorte que les acteurs autres que celui du système de services de santé et de services sociaux retirent un avantage de la contribution du système de services à la réalisation de leurs objectifs spécifiques.

White *et al.* (2003 : 61), dans un rapport rédigé pour le Comité de santé mentale, suggère une définition de l'action intersectorielle – proposée pour la santé mentale, mais valable pour la santé entendue dans son sens général – qui reprend bien toutes ces dimensions et que nous pouvons retenir :

L'action intersectorielle consiste en des stratégies développées par ou dans des secteurs autres que celui de la santé mentale, axées sur des problématiques ambiguës, complexes ou laissées-pour-compte, visant des résultats de santé ou de santé mentale, effectifs et durables, problématiques orientées, entre autres, sur les conditions de vie et les déterminants socioéconomiques, culturels et politiques de celles-ci.

Ces auteurs nous invitent donc à ne pas réduire la notion d'action intersectorielle aux stratégies interorganisationnelles ou interprofessionnelles qu'elle peut exiger. « Seules des politiques d'envergure plus large peuvent s'attaquer aux déterminants sociaux de l'état de santé mentale des populations que sont, entre autres, la grande misère, les graves inégalités sociales, les milieux urbains délabrés, les attitudes et les pratiques stigmatisantes ou discriminatoires à l'égard de certains groupes sociaux, un taux de chômage élevé, la violence, la pénurie de logements à prix modique ou le manque flagrant de conciliation entre les exigences des milieux de travail et ceux des familles. »

Quand le Conseil a amorcé l'élaboration de son avis sur l'harmonisation des politiques de lutte contre l'exclusion (CSBE, 1996), il a saisi jusqu'à quel point ce projet d'harmonisation, ou d'action intersectorielle, représentait un changement majeur de la manière de faire de la part de l'État. Aussi, pour aider à penser cette nouvelle manière, mieux harmonisée, plus intersectorielle, il a préconisé de s'inspirer de l'économie sociale. Il a souligné quatre caractéristiques de l'économie sociale : intervenir localement; adopter une approche fondée sur le territoire par opposition à l'approche traditionnelle par clientèles cibles; favoriser les partenariats de développement économique; favoriser l'intégration d'objectifs sociaux et économiques. Ainsi, pour le Conseil, l'intervention publique visant à développer l'emploi et la main-d'œuvre devrait : adopter un découpage territorial compatible avec le sentiment d'appartenance des communautés; traiter l'ensemble de la main-d'œuvre de manière comparable, peu importe le programme de sécurité du revenu auquel elle participe; miser sur l'autonomie des communautés pour planifier, concevoir et gérer le développement de l'emploi et de la main-d'œuvre; favoriser une participation démocratique de la population; encourager l'interaction de

tous les partenaires des communautés dans la poursuite d'objectifs communs de développement.

Pensée ainsi, la coopération intersectorielle apparaît dans toute sa profondeur, ses exigences, et dépasse une simple conception administrative axée sur les processus. Elle implique que des acteurs, indépendants, se constituent comme partenaires, parce qu'ils se rejoignent dans des finalités communes et qu'ils partagent la conviction que des problématiques dépassent leur territoire spécifique d'intervention.

En somme, la notion d'action intersectorielle se présente avec des connotations, qui peuvent susciter une certaine résistance, parce qu'on a tendance à l'associer à une procédure bureaucratique. En fait, quand elle est bien comprise, on saisit bien sa richesse et ses exigences. Dans l'exploration de celles-ci, à laquelle le Commissaire pourra contribuer, peut-être qu'une nouvelle notion s'imposera, qui rendra mieux compte de ce qu'on cherche à énoncer en utilisant la notion d'action intersectorielle. Des acteurs sociaux de différents secteurs et milieux de vie, préoccupés par une problématique, insoluble par l'action d'un seul, se joignent à d'autres pour contribuer à la résoudre en dehors des contraintes institutionnelles, tout en se servant des moyens qu'offrent les institutions.

2.2 L'action intersectorielle locale et régionale : des succès, certes, mais qui ne suffisent pas pour agir sur les déterminants

On s'accorde généralement pour dire que l'action intersectorielle est plus facile à l'échelle locale et régionale. En réalité, le succès de ces actions dépend davantage des personnes en présence que des dispositifs institutionnels. Comme l'observent White *et al.* (2002 : 188) : « L'action intersectorielle en tant qu'intervention locale ou régionale (est) une action plus ponctuelle et souple qu'institutionnelle, misant sur le réseautage et sur l'utilisation stratégique des ressources de pouvoir, d'expertise et de soutien disponibles dans les milieux, y compris les ressources fournies par des établissements publics. »

Cela dit, il faut retrouver des qualités exceptionnelles chez les personnes concernées. « Dans la littérature et selon nos interlocuteurs, la réussite de l'action intersectorielle est très souvent associée à des caractéristiques individuelles comme l'ouverture d'esprit, la créativité, l'audace intellectuelle, le goût du défi, voire du risque, le sens de l'autonomie, le respect des différences, une attitude de flexibilité, la capacité de vivre avec ses propres contradictions et, enfin, une bonne dose d'humilité. » (White *et al.*, 2002 : 111)

Plus profondément, dépassant les qualités des personnes en cause, celles-ci doivent se rejoindre dans une compréhension commune de la problématique intersectorielle à laquelle elles sont confrontées. « La réussite de l'action intersectorielle dépend surtout de la définition innovatrice, en termes intersectoriels, de la problématique en cause, de la conception des interventions en amont, traversant les frontières sectorielles, et de la

création d'un espace d'action autonome qui n'est pas à la remorque de l'un ou de l'autre – ou de l'ensemble – des secteurs impliqués. » (ibid : 113)

De plus, notent ces auteurs, l'action peut être une meilleure garantie de succès que la planification qui se voudrait compréhensive : « Les défis de l'action intersectorielle sont grands, mais en fin de compte, la meilleure stratégie pour y faire face est de passer le plus rapidement possible de la table de concertation à l'action proprement dite. C'est par l'interaction quotidienne plus que par des échanges verbaux que la méfiance, le mépris, les craintes et autres sources de résistance peuvent se résorber. » (ibid. : 113)

En somme, ce réflexe du passage à l'acte va permettre de se distancer des structures, tout en utilisant de façon créatrice ses ressources : « L'action intersectorielle (...) doit sortir des structures établies afin de suivre les populations et les problèmes non reconnus par les structures en place; elle doit s'approprier de façon novatrice les ressources destinées à des populations et des problèmes reconnus et, pour le faire, elle doit utiliser de façon créatrice les règles en place et employer toute la marge de manœuvre et le pouvoir discrétionnaire qui existent au sein des systèmes d'action. Dès lors, il devient évident que l'ampleur et le succès de l'action intersectorielle dépendent énormément du positionnement au sein des structures des acteurs qui s'engagent dans cette avenue. » (ibid. : 121)

Dans ce contexte, il est évident que la décentralisation – c'est-à-dire l'augmentation du pouvoir de décision des acteurs locaux et régionaux – peut constituer un atout. C'est là une des revendications principales issues du Forum sur le développement social, piloté par le Conseil en 1997-1998. « Les participants et participantes aux forums s'entendent pour affirmer que la décentralisation est une condition essentielle pour favoriser la concertation entre les acteurs et l'action intersectorielle. » À ce sujet, le raisonnement est le suivant (Conseil, 1998 : 36) : « On juge que l'état actuel de la répartition des pouvoirs et responsabilités entre les paliers décisionnels limite les possibilités de concertation au niveau local. Ainsi, on estime d'une part que, parce qu'ils doivent respecter des consignes et des normes nationales, les interventions du gouvernement central n'ont pas l'autonomie et la souplesse qui leur permettraient de répondre adéquatement aux besoins exprimés localement. D'autre part, on considère que, trop souvent, chaque ministère, département ou organisme du gouvernement central tend à privilégier sa propre 'lecture' de la réalité ainsi qu'à faire porter les débats sur des questions administratives ou techniques plutôt que sur les solutions à engager pour régler les problèmes. (...) On déplore aussi les luttes de pouvoir dont ces acteurs sont les protagonistes, et qui n'aident en rien à résoudre les problèmes qui touchent la population. »

Par ailleurs, il faut retenir le constat de White *et al.* (ibid. : 188) sur les limites de l'action locale et régionale : « Une telle approche ponctuelle et locale est insuffisante lorsque l'action intersectorielle se donne pour objectif l'amélioration de la santé physique et mentale de la population par l'intervention sur ses déterminants sociaux, économiques, culturels et politiques. »

2.3 L'action intersectorielle au plus haut niveau : difficultés et espoirs

2.3.1 Des exemples de réussite, dont l'existence a été temporaire

Pour que se réalise l'action intersectorielle au plus haut niveau de l'appareil gouvernemental, des ententes interministérielles doivent être conclues idéalement grâce à la mise en place d'un processus institutionnalisé de coordination interministérielle. Au sein du gouvernement du Québec, il existe de telles instances, à savoir les différents comités ministériels rattachés au Conseil exécutif. Leurs fonctions sont toutefois davantage préventives (harmoniser les projets de loi de façon à éviter les contradictions entre eux) que proactives (développer des politiques intersectorielles dont les répercussions sont positives pour plusieurs secteurs d'activité et milieux de vie).

Cependant, pendant quelques années, de tels comités ont été placés sous la responsabilité de ministres d'État, dont c'était la seule tâche. De tels dispositifs ont permis l'élaboration de politiques intersectorielles, certaines étant appliquées, d'autres laissées en plan – ce qui marque la difficulté de la tâche.

L'un des acteurs importants de cette époque, le sociologue Guy Rocher, qui a été secrétaire général associé au développement culturel de 1976 à 1979 et secrétaire général associé au développement social en 1981 et 1982, livre un témoignage de première main sur les conditions de mise en place et d'actualisation de ces politiques intersectorielles. Il a participé à l'élaboration de la politique culturelle du gouvernement, qui concernait plusieurs ministères : Éducation, Culture etc. Pour réaliser un tel projet il faut, dit-il, un leadership fort, l'appui du premier ministre et des ministres qui croient au projet*. L'appui politique et administratif, au plus haut niveau, soutenu par des mécanismes gouvernementaux appropriés, apparaît comme la condition nécessaire à la mise en place d'un tel processus. À cela doit s'ajouter le leadership du ministre responsable, dans ses rapports avec ses collègues, et celui des sous-ministres concernés, dans leurs rapports avec leurs collègues.

La réunion de telles conditions semble toutefois difficile. En 1981, M. Rocher s'est joint à une équipe pour préparer une politique de la démographie et de la famille. « Cette fois-ci, explique-t-il, on ne sentait pas le même appui de la part du premier ministre », qui, dix-huit mois plus tard, a mis fin à l'expérience des ministres d'État à responsabilité intersectorielle exclusive, pour nommer à ces postes des ministres qui avaient aussi une responsabilité sectorielle. « C'est cette charge sectorielle, plutôt que la responsabilité intersectorielle, qui intéressait le nouveau ministre. » La *Politique de la démographie et de la famille*, sur laquelle a travaillé M. Rocher, a reçu une faible contribution des ministères concernés et a été préparée en régie interne par le secrétariat du comité ministériel. Cette politique n'a pas eu de suite.

* Rencontré le 10 juin 2004.

L'Ontario a connu une expérience analogue dans la deuxième moitié des années 80 et pendant les premières années de la décennie 90. En 1988, le premier ministre David Peterson a créé et présidé le « premier's Council on Health Strategy »*. À son tour, le premier ministre Bob Rae accepta de présider un conseil analogue, ayant transformé le précédent en « premier's Council on Health, Well-being, and Justice ». Caractère très particulier de ce conseil, il était composé de plusieurs ministres, notamment : les ministres de la Santé, des Services sociaux, du Trésor, des Finances, ainsi que ceux responsables des personnes âgées et des personnes handicapées. Parmi les thèmes traités par ces conseils, mentionnons : la définition d'objectifs de santé, les déterminants sociaux de la santé, l'intégration régionale des services, la pression fiscale entraînée par les mesures du gouvernement fédéral, les mythes associés à la tarification des usagers, les problèmes d'accès aux services, des politiques intersectorielles liées à l'enfance et aux milieux du travail. Ce conseil a été aboli, à l'arrivée d'un nouveau gouvernement, en 1995.

Est-ce à dire qu'il faille abandonner tout espoir d'action intersectorielle au plus haut niveau dans le domaine de la santé et du bien-être ? C'est loin d'être le cas, car, d'une part, des politiques intersectorielles existent, et, d'autre part, des thèmes prometteurs imposent une révision du rôle de l'État : gestion horizontale, développement social. Par ailleurs, comme on le verra au chapitre suivant, l'institutionnalisation des analyses d'impact sur la santé représente un espoir pour l'action intersectorielle.

2.3.2 Des politiques intersectorielles émergentes

Il y a un avenir pour les politiques intersectorielles, puisqu'elles existent! White (2003 : 77) reconnaît trois politiques intersectorielles émergentes au Québec : le développement social, la lutte à la pauvreté, la politique familiale.

Voyons maintenant les stratégies émergentes de type intersectoriel. Parmi les plus importantes, signalons celles du développement social et de la lutte contre la pauvreté. Ces stratégies (...) intersectorielles (touchent) entre autres les questions de l'accès à l'emploi, le développement de l'économie sociale, une réforme de la fiscalité, le programme APPORT, qui relève de la Solidarité sociale, et par des politiques de soutien à l'échelle locale et régionale. (...) La politique familiale constitue une autre stratégie intersectorielle émergente qui associe la collaboration des secteurs de l'éducation (les centres de la petite enfance et la garde des enfants d'âge scolaire, le développement de l'enfant), de la justice (la protection de l'enfant), du revenu familial (crédits d'impôt, allocations, APPORT), de la solidarité sociale, des rentes, des normes du travail (congé parental). Même tout récemment,

* Informations obtenues au cours d'une entrevue téléphonique réalisée le 18 juin 2004 avec M. Terrence Sullivan, qui a été sous-ministre à la direction du premier conseil et associé à la mise en place du second.

une consultation sur les normes du travail considère la question de la conciliation travail-famille. Voilà une vision intersectorielle de ce que ça prend pour bien soutenir les familles, une politique qui interpelle tous les secteurs nécessaires par des lois et des politiques gouvernementales.

De plus, White (2002 : 72-73) met en garde contre la tendance des acteurs de la santé publique à concevoir l'action des déterminants sociaux en lien avec des groupes cibles; cette action touche toute la population.

Au lieu de miser sur des politiques de santé publique ciblant les populations les plus pauvres, les connaissances sur les déterminants sociaux de la santé doivent mener directement à la conclusion que l'action intersectorielle en amont est nécessaire pour agir sur la population dans son ensemble afin d'améliorer la santé de chacun dans la société, dont les personnes les plus défavorisées. Ainsi, c'est surtout nos politiques de santé du travail, nos politiques économiques pour réduire l'incidence du chômage, nos politiques sociales pour pallier les moments durs de la participation au marché du travail ou l'incapacité d'y participer, des politiques pour concilier le travail et les responsabilités familiales et, finalement, des politiques de redistribution qui vont alléger les inégalités socioéconomiques et leurs effets néfastes sur la santé de la population dans son ensemble. Voilà la raison d'être de l'action intersectorielle.

2.3.3 La gestion horizontale : un thème prometteur, à quelles conditions ?

Un rapport réalisé par l'Observatoire de l'administration publique (2004) de l'ÉNAP sur la modernisation de l'État contient un chapitre sur la gestion horizontale. Une définition de ce concept est d'abord proposée : « La gestion horizontale se définit comme étant la participation commune d'acteurs gouvernementaux au niveau interministériel autant qu'intergouvernemental dans la résolution de problèmes en termes de planification, de prise de décision et de mise en œuvre, en vue de compenser les divisions arbitraires entre ministères ou agences et, par conséquent, le manque de coordination qui en résulte, dans un contexte de rareté de ressources et d'optimisation de l'efficacité. » Le rapport constate les tendances suivantes : « Depuis quelques années, la tendance au décloisonnement des organisations étatiques est en émergence. (...) La complexité grandissante de l'environnement organisationnel, interne ou externe, commandera une adaptation continue de l'appareil d'État. Dorénavant, les problématiques et les enjeux seront multiples et interdépendants. » Enfin, quant aux résultats, le rapport note que, « dans l'ensemble, ces pratiques de gestion horizontale ont toutes eu des retombées positives au sein des organisations qui les ont mises en œuvre ».

Ainsi, ce courant de pensée, dit de modernisation de l'État, critique les effets négatifs d'une trop grande sectorisation et il reconnaît les exigences de la gestion des enjeux complexes, faute de quoi les États risquent de devenir moins efficaces. Si l'action

intersectorielle pour la santé et le bien-être vient influencer et renforcer ce courant, elle lui donnera une légitimité nouvelle et des défis d'action majeurs, qui ne pourront que lui être utiles.

2.3.4 Le développement social : un thème prometteur, abandonné définitivement ou non ?

Fait important, la mobilisation sur le développement social a donné lieu à des demandes adressées à l'État qui ont reçu réponse. Ce mouvement a traversé les frontières de l'État d'une double manière : premièrement, par la multiplication d'ententes spécifiques de développement social entre l'État (plusieurs ministères, par l'entremise du ministère des Régions) et les régions, qui sont devenues parties prenantes des planifications stratégiques des conseils régionaux de développement; deuxièmement, par l'élaboration d'une stratégie nationale de développement social, qui a été pilotée par le Comité ministériel de développement social rattaché au Conseil exécutif (Secrétariat du Comité ministériel de développement social, 2002). Cette stratégie n'a pas reçu, toutefois, l'aval du gouvernement.

Pour White *et al.* (2002 : 187-188), ce thème du développement social interpelle l'État et la société civile : « Actuellement, partout dans le monde, les gouvernements nationaux adoptent le discours de l'action intersectorielle ou de l'action 'horizontale'. Peu importe le nom qu'on lui donne, cette tendance reflète une assez large reconnaissance du fait que l'intersectorialité représente la prochaine étape nécessaire pour faire avancer la santé et le bien-être des populations dans les pays déjà dotés d'un État providence. Cet intérêt pour l'intersectorialité semble dépasser les idéologies de gauche et de droite, de la préservation ou de la transformation de l'État providence. L'action intersectorielle propose d'ouvrir un nouvel espace de développement social interpellant l'ensemble des acteurs de la société civile, pas seulement ceux qui sont actifs au sein des organismes publics reliés à la santé et aux services sociaux. Elle a néanmoins besoin de ces créations de l'État providence, même si c'est pour les utiliser autrement. » (White, 2002 : 187-188)

2.4 Conclusion

Si l'univers des déterminants sociaux de la santé et du bien-être est vaste, celui des politiques qui sont susceptibles d'avoir un impact sur eux l'est tout autant. En fait, on réalise que la coordination des politiques gouvernementales pour la santé et le bien-être, ou ce qu'on appelle « l'action intersectorielle », n'est pas chose facile.

L'action intersectorielle repose sur la reconnaissance du fait que des problèmes de santé et de bien-être dépassent la compartimentation sectorielle, qu'ils s'enracinent dans les conditions de vie et les déterminants socioéconomiques, culturels et politiques, et que leurs solutions requièrent la contribution de plusieurs secteurs d'activité. Plus qu'une simple démarche administrative, l'action intersectorielle implique que des acteurs sociaux de différents secteurs et milieux, préoccupés par une problématique, insoluble par l'action d'un seul, se joignent à d'autres, pour contribuer à la résoudre, en dehors des contraintes institutionnelles, tout en se servant des moyens qu'offrent les institutions.

Il existe à l'échelle locale et régionale des innovations intéressantes en matière d'action intersectorielle pour la santé et le bien-être. Cette dernière repose « sur le réseautage et sur l'utilisation stratégique des ressources de pouvoir, d'expertise et de soutien disponibles dans les milieux » (White *et al.*, 2002 : 188). Bien qu'elle se situe en dehors des structures et se crée souvent un espace autonome, elle a besoin de celles-ci. Aussi, les acteurs impliqués dans de telles actions souhaitent une plus grande décentralisation en vue d'augmenter leur marge de manœuvre. Une telle approche, ponctuelle et locale, est cependant insuffisante pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et du bien-être.

Si l'action intersectorielle au plus haut niveau a connu peu de réalisations, elle est cependant possible quand existe un leadership fort, soutenu par des mécanismes gouvernementaux appropriés. On observe aussi que des politiques intersectorielles émergent et que des thèmes prometteurs peuvent favoriser l'action intersectorielle alors que se réalise une révision du rôle de l'État : gestion horizontale, développement social, développement durable. Comme on le verra au chapitre suivant, l'institutionnalisation des analyses d'impact sur la santé représente un espoir pour l'action intersectorielle.

De plus, en vue de faire en sorte que les politiques gouvernementales aient des impacts positifs sur la santé et le bien-être, le Commissaire aura à se pencher sur les mécanismes décisionnels, au niveau central et aux paliers local et régional, et à proposer des changements qui amélioreront la capacité d'action intersectorielle pour la santé et le bien-être.

CHAPITRE 3

LES ÉVALUATIONS D'IMPACT SUR LA SANTÉ : UN NOUVEAU MOYEN D'ACTION EN SANTÉ PUBLIQUE

Nous avons souligné, au premier chapitre, comment de récentes dispositions législatives en matière de santé publique configurent positivement l'environnement stratégique du Commissaire dans ses activités d'analyse des impacts des politiques publiques sur la santé et le bien-être. Il faut remarquer que l'institutionnalisation – par voie législative – vient rendre permanent ce qui a pu exister sous forme de consensus politiques ou sociaux, qui ont généralement une existence temporaire. Dans une étude « sur la Politique d'évaluation d'impact sur la santé au Canada », Banken (2004a) rappelle l'expérience de la Colombie-Britannique : pendant quelques années, au cours des années 90, une fenêtre de possibilités a été ouverte, ce qui a permis le développement de guides d'analyse des impacts de « toutes les nouvelles politiques et programmes gouvernementaux » sur la santé, avant leur soumission au Conseil des ministres. Par la suite, ce mouvement a été abandonné à la suite d'un recentrement du débat public sur la reddition de comptes des conseils d'établissement au ministre de la Santé. En d'autres mots, le succès provisoire du recours aux évaluations d'impacts est attribuable à des « entrepreneurs sociaux ». Il y a eu un manque d'institutionnalisation du processus.

Pour le Québec, observe Baken, l'avantage, c'est qu'il possède maintenant la Loi sur la santé publique qui légitime de telles analyses. De même, la Loi sur l'Institut national de santé publique offre des avantages similaires. Nous sommes au début d'une procédure nouvelle, dont il importe de souligner déjà les réalisations. Par ailleurs, nous évoquerons le risque de bureaucratisation d'une telle procédure, ce que démontre une analyse récente de la Vérificatrice générale sur le développement durable au sein de l'appareil gouvernemental – qui repose sur une procédure analogue à celle de l'évaluation d'impacts en santé.

3.1 Une procédure qui en est à ses débuts

3.1.1 Les évaluations d'impact sur la santé : ce qu'elles sont

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a réalisé une importante revue de littérature sur l'évaluation d'impact sur la santé (MSSS, 2004a). On signale, d'entrée de jeu, que « c'est l'analyse d'impact sur l'environnement (...) qui a tracé la voie à l'avènement de l'évaluation des impacts sur la santé ». Dans certains pays, la seconde est partie prenante à la première. Analogiquement à l'évaluation environnementale, **l'évaluation des impacts sur la santé « peut être décrite comme un mécanisme d'analyse systématique appliqué à toute nouvelle politique, tout programme ou projet afin de déceler les effets que ceux-ci peuvent avoir sur la santé de la**

population ». Lehto et Ritsatakis (1999) en donnent la définition suivante : l'évaluation d'impact sur la santé est une « combinaison de procédures, de méthodes et d'outils grâce auxquels une politique, un programme ou un projet peut être évalué et jugé quant à ses effets potentiels, et parfois non anticipés, sur la santé d'une population, en incluant la distribution de ces effets sur la population ». Ces auteurs ajoutent qu'une « évaluation en profondeur d'une politique inclut aussi l'analyse des valeurs qui guident cette politique ». Quatre valeurs sont suggérées, à titre de valeurs de base des évaluations d'impact sur la santé : démocratie (droit de participer à la définition des politiques); équité (l'impact de la politique évaluée doit être considéré en distinguant sa « distribution », selon les genres, l'âge, l'appartenance ethnique, le statut socioéconomique); développement durable (en distinguant les effets à court terme et à long terme); et selon un usage éthique des connaissances (transparence, scientificité).

On peut résumer les étapes d'une évaluation d'impact sur la santé en utilisant un modèle développé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (Lehto, 1999) : le dépistage, qui sélectionne les projets selon des critères préétablis; le cadrage, qui détermine le type d'analyse à réaliser; la réalisation de l'analyse, qui peut être courte, longue ou intermédiaire; l'ajustement de la mesure et la prise de décision; la surveillance et l'évaluation du processus.

Pour fonder leur élaboration du concept et des procédures d'évaluation d'impact sur la santé, les chercheurs de l'OMS se sont inspirés de différents modèles : de l'Allemagne et de l'Angleterre, des procédures liées à l'évaluation environnementale, qui privilégient les dimensions physiques; de la Suède, un modèle construit par l'association des gouvernements locaux; d'une procédure, amorcée par un ministre de la Santé de la Suède, pour évaluer l'impact sur la santé du fait de ne pas changer la politique agricole de l'ensemble des pays membres de l'Union européenne; et, finalement, des États-Unis, un modèle d'évaluation des impacts sociaux de grands projets de construction dans les localités. Ainsi, parfois liée à l'évaluation environnementale, parfois procédure indépendante, l'évaluation d'impact sur la santé peut porter sur des politiques ou des « programmes gouvernementaux ou municipaux, portant sur des secteurs aussi divers que le transport, l'habitation, l'agriculture, l'énergie et le système d'imposition ». (IAIA, 2004)

Une caractéristique importante de ces procédures, c'est qu'elles sont sous la responsabilité du ministère ou d'un organisme promoteur : elles sont donc intrinsèquement intersectorielles, ce qui constitue à la fois leur force et leur faiblesse. Force, parce que la préoccupation de l'enjeu environnemental ou de santé n'est plus de la seule responsabilité des ministères dont c'est la mission spécifique; faiblesse (et importance du défi), parce que les autres ministères peuvent résister ou n'obéir que pour la forme aux procédures requises.

Il faut noter aussi que les procédures d'évaluation d'impact sur la santé sont récentes et qu'on est encore dans l'enfance de l'art en cette matière. Pour une chercheuse

australienne (Mahoney, 2004), « l'efficacité (des évaluations d'impact sur la santé), comme outil pour créer une politique plus rationnelle en termes de santé de la population ou pour réduire les inégalités, n'a pas encore été mesurée. (...) On n'a pas encore scruté ces évaluations à la lumière de leurs propres critères d'évaluation en vue de cerner leur impact soit par rapport à ce qu'elles cherchent à faire ou par rapport à leur efficacité ». De même, Bekker (2004) observe qu'il « demeure encore incertain dans quelle mesure les évaluations d'impact sur la santé mènent à des politiques publiques saines ». De son côté, Banken (2001) rappelle, dans le cas de la Colombie-Britannique, que « la principale recommandation (d'une revue critique sur le guide d'évaluation d'impact sur la santé) selon laquelle il ne devait pas être révisé ou promu, puisque aucune évidence à date a démontré que les procédures d'évaluation d'impact sur la santé, dans d'autres juridictions, ont créé des changements de politiques ou des programmes en cohérence avec la perspective des déterminants de la santé ». D'où l'intérêt et l'importance d'une analyse rétrospective de l'application de ce nouvel outil, que devrait mener le Commissaire.

3.1.2 Les réalisations de l'Institut national de santé publique

La loi qui a créé l'Institut (1998), par son article 3.2, lui donne le mandat d'informer le ministre des impacts des politiques publiques sur la santé et le bien-être de la population du Québec. Parmi les interventions de l'Institut, relativement à cet article, on peut relever des avis sur : les pratiques commerciales de la Société des alcools du Québec; la pollution de l'eau consécutive au développement des industries porcines; le virage à droite au feu rouge; les jeux pathologiques; les aliments modifiés génétiquement. De même, en vue de contribuer à la mise en œuvre de l'article 54 de la Loi sur la santé publique, l'Institut prépare, à l'intention du Ministère, des synthèses de littérature ou des avis notamment sur : la conciliation travail/famille, la vitesse des véhicules à moteur, la ventilation des habitations, les produits, services et moyens amaigrissants.

De plus, pour l'application de cet article de loi, l'Institut s'est associé au Ministère dans la définition d'un programme de recherche en appui aux politiques publiques favorables à la santé et au bien-être.

En plus de s'engager dans des processus formels, qui se fondent sur des dispositions légales, l'action de l'Institut vise aussi à s'appuyer sur une stratégie de réseautage, d'alliances informelles, d'échanges de bons procédés avec des personnes-ressources de différents ministères.

Entre autres moyens d'action, l'Institut prépare divers outils d'information et de sensibilisation aux politiques publiques favorables à la santé : un portail, un bulletin de veille stratégique, la tenue de forums regroupant des chercheurs et des membres de l'administration gouvernementale.

3.1.3 Les réalisations du ministère de la Santé et des Services sociaux

La Loi sur la santé publique a été sanctionnée par l'Assemblée nationale en décembre 2001. L'article 54 a été mis en vigueur en juin 2002. Il prévoit 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 du 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. »

Un document de la Direction du programme de santé publique, *Application de l'article 54 de la Loi sur la santé publique, Procédure interne de réception, de cheminement et de traitement des demandes*, de mars 2004, souligne les deux dimensions de la responsabilité du ministre : « Le premier alinéa de cet article campe le rôle général du ministre de la Santé et des Services sociaux au sein du gouvernement en matière de politiques publiques. Le ministre a ici une fonction de conseiller et dispose d'un pouvoir d'initiative qu'il peut mettre à profit, en émettant de façon proactive des avis portant sur les différents domaines d'intervention gouvernementale. Le deuxième paragraphe crée, quant à lui, une obligation pour les ministères et organismes de consulter le ministre lors de l'élaboration de lois et de règlements pouvant avoir un impact significatif sur la santé. Elle marque le souci du gouvernement pour une prise de décision éclairée et attentive aux effets sur la santé de la population. »

Au cours de la première année et demie d'application de l'article 54, le Ministère a mené une opération de simulation auprès d'un certain nombre de ministères et organismes, en vue de bien saisir les points d'appui, les obstacles et les outils de travail nécessaires. Cette simulation a été menée conjointement avec le Centre d'analyse des politiques publiques de l'Université Laval. Dans le contexte de cet exercice de simulation, il a procédé à la « validation de l'outil de dépistage et de l'outil de cadrage et d'évaluation préliminaire » (mars 2004); il a aussi défini une « procédure interne de réception, de cheminement et de traitement des demandes » (mars 2004). Une synthèse de littérature, signalée plus haut, a été préparée : *L'évaluation des impacts sur la santé : synthèse des connaissances et orientations pour l'action* (mars 2004). Le Ministère prépare aussi un texte d'information sur les déterminants sociaux de la santé à l'intention des autres ministères et il est en train de mettre au point une évaluation de la première année d'implantation de la stratégie d'application de l'article 54.

D'autre part, au cours de cette période, l'alinéa 2 de l'article 54 a été appliqué dans une douzaine de cas. Dans une conférence prononcée à l'*International Association Impact Assessment (IAIA) 2004*, à Vancouver, Banken (2004b) observe les faiblesses suivantes dans le processus administratif actuel : il y a peu d'évaluation réalisée par le ministère qui propose la politique; les demandes sont faites à la fin du processus de définition de la

politique, et on ne peut donc parler de véritable évaluation d'impact; il y a une difficulté à obtenir de l'expertise; on n'utilise pas les déterminants sociaux de la santé; il n'y a pas d'intégration des différents déterminants de la santé; le temps alloué pour répondre aux demandes est limité. Par ailleurs, il précise que le processus est encore en voie d'organisation (outil de dépistage, procédure d'évaluation, procédure de consultation, développement d'un réseau de répondants, étude de perception). On observe aussi qu'il n'y a pas eu de « conseils » formels du ministre de la Santé et des Services sociaux à ses collègues, comme il est prévu à l'alinéa 1 de l'article 54. Si une telle communication formelle n'a pas lieu, s'il n'y a pas de publicisation de ces gestes communs avec des ministres des autres secteurs d'activité, cela « indiquerait un faible niveau d'engagement politique pour mettre en œuvre les évaluations d'impact sur la santé au niveau du cabinet des ministres ». (Banken, 2001)

3.1.4 Besoin de connaissances

En même temps qu'il amorçait l'application de l'article 54, le Ministère a mis en place une importante stratégie de recherche, en partenariat avec l'Institut national de santé publique du Québec, le Fonds de recherche en santé du Québec et le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture. L'appel d'offres à la communauté des chercheurs porte sur les « concepts et méthodes pour l'analyse des actions gouvernementales pouvant avoir des impacts sur la santé et le bien-être des populations ». Ce concours a été lancé en mars 2004 afin que les recherches démarrent à l'automne 2004. Le programme s'étend sur trois ans, soit jusqu'en juin 2007, et il peut être renouvelé une fois. Le montant maximal de la subvention est de 190 000 \$ par année.

Les besoins de recherche suivants sont indiqués dans l'appel d'offres (site du FQRSC) : « Développer un cadre conceptuel intégrant les connaissances sur les liens entre les actions gouvernementales (politiques, lois, règlements), les déterminants de la santé et leurs effets sur la santé et le bien-être. Analyser les processus de développement des actions gouvernementales qui tiennent compte de l'effet potentiel sur la santé et le bien-être. (...) Développer et tester un ou des modèles conceptuels et des approches méthodologiques permettant de sensibiliser et d'outiller les intervenants sur les éléments auxquels il faut penser dans le processus de développement des actions gouvernementales pour analyser et intégrer les préoccupations sur la santé et le bien-être. Développer et mettre en oeuvre une stratégie de diffusion et de transfert des connaissances adaptée aux utilisateurs potentiels des résultats obtenus à travers la programmation de recherche. »

Ce qu'il faut noter, c'est que l'appel d'offres est tourné vers l'action. Certes, dans le premier énoncé, un cadre conceptuel est souhaité afin de bien cerner le lien entre les politiques publiques, les déterminants de la santé et leurs effets sur la santé. Les autres énoncés sont davantage centrés sur le comment : Comment se développent des politiques favorables à la santé ? Avec quels outils ? Quelle stratégie de diffusion utiliser pour atteindre cet objectif ?

À la source de cet appel d'offres, il y a certainement la conscience du hiatus entre la reconnaissance du bien-fondé de recourir à des politiques publiques favorables à la santé et celle de la difficulté de passer à l'action (Raphael, 2003). Il existerait un accord sur le quoi mais non sur le comment – ou, plus simplement, une absence d'action, à cause des enjeux politiques liés à l'action intersectorielle. (Smedley et Syme, 2000)

3.2 Un risque à éviter : bureaucratisation et absence d'engagement au plus haut niveau

L'obligation faite aux ministères et organismes, en vertu de l'article 54 de la Loi sur la santé publique, peut être mal perçue, comme en fait foi une étude de l'Observatoire d'administration publique de l'ÉNAP (2003). Cette étude visait, ainsi que son titre le dit, à (*l'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*). En fait, cette étude constitue plutôt une évaluation de l'accueil fait par les ministères et organismes du nouveau rôle dévolu au MSSS en vertu de l'article 54 de la Loi sur la santé publique. Bon accueil des ministères à vocation sociale, résistance manifestée par les ministères à vocation économique, difficulté de bien saisir le sens à accorder à la notion de santé et de bien-être. Au total, une telle étude permet d'observer que ce sont davantage les processus administratifs que la légitimité et les raisons profondes à la source d'une telle disposition légale qui retiennent l'attention des ministères et organismes, faute qu'une information spécifique ait été justement véhiculée à cette fin. Une telle étude sur la perception des ministères et organismes a évidemment sensibilisé le Ministère dans sa manière d'approcher les ministères. Comme on l'a vu plus haut, le Ministère a mis en place un processus de simulation pour affiner sa méthode de travail. Il a déjà préparé des outils de travail et il prépare actuellement des outils d'information.

Un contre-exemple nous servira à illustrer le risque de bureaucratisation qui guette la procédure d'évaluation d'impact en santé : celui qu'offre l'application des procédures relatives au développement durable, telle qu'elle est analysée par la Vérificatrice générale dans son rapport pour l'année 2003-2004 (Vérificateur général du Québec, 2004). Observons au point de départ que le thème a la légitimité nécessaire, d'une part, pour constituer un objectif de référence et d'action intersectorielle au sein du gouvernement et, d'autre part, pour faire l'objet d'une évaluation par le Vérificateur général.

L'évaluation réalisée visait à voir « si l'encadrement gouvernemental en matière de développement durable favorise l'intégration du concept dans les activités respectives des ministères. D'autre part, nous cherchions à apprécier dans quelle mesure ces derniers intègrent le concept de développement durable dans leurs processus de décision ».

Au point de départ, la Vérificatrice propose une définition du concept: « Le développement durable implique qu'on améliore les conditions de vie en ayant le souci d'intégrer de façon harmonieuse les trois dimensions suivantes : l'intégrité de

l'environnement, l'équité sociale et l'efficacité économique, afin que les générations futures puissent disposer des mêmes ressources que la génération présente. » (3.12)

La perspective est nettement intersectorielle, au sens où il est attendu que les ministères, dans leurs activités, intègrent la préoccupation de développement durable. Rattaché au Conseil exécutif, le Comité ministériel de la prospérité économique et du développement durable, créé en 1991 et maintenant composé de 12 ministres, « vise à assurer la cohérence des actions gouvernementales en ce qui concerne le développement durable ». De plus, un plan de développement durable est en élaboration.

Au terme de son évaluation, la Vérificatrice observe ceci : « Bien que le gouvernement ait pris la voie du développement durable au cours des dernières années, le chemin à parcourir est long et les résultats à ce jour sont peu probants. (...) Actuellement, l'encadrement gouvernemental ne favorise pas une réelle intégration du concept dans les activités des ministères. »

De façon plus spécifique, on note un besoin d'orientations gouvernementales claires. « En outre, un leadership doit être assuré et un acteur ayant l'autorité légitime doit exercer la coordination. » Le ministère de l'Environnement fait fonction de coordonnateur, mais « il n'a jamais été reconnu comme chef de file ». Il existe un comité interministériel de développement durable, mais son efficacité est réduite : on observe notamment un rythme peu fréquent de réunions et l'absence des sous-ministres à ces réunions, ce qui ne permet pas une gestion efficace des enjeux et une prise de décision appropriée.

En conséquence, la Vérificatrice recommande « de fournir un encadrement, afin que les ministères comprennent les attentes et y répondent, reconnaissent les entités qui ont des rôles précis à jouer ». Elle recommande aussi « de veiller à ce que des outils méthodologiques soient mis à la disposition des ministères, et de s'assurer d'une vigie efficace ».

Afin d'améliorer l'intégration de la préoccupation du développement durable au sein des ministères, la Vérificatrice propose que celle-ci fasse partie du processus de décision et que des sessions de sensibilisation et de formation soient tenues auprès des personnels des ministères.

Pour améliorer la reddition de comptes sur l'action gouvernementale en la matière, il est proposé que le Conseil exécutif réalise des bilans et qu'il définisse des objectifs, cibles et indicateurs pour les ministères.

Ce que permet de comprendre cet exemple du développement durable, c'est que l'institutionnalisation de la procédure d'évaluation d'impact en santé a besoin de garanties, de procédures claires et d'engagements fermes de la part des décideurs, en plus de la légitimité fondamentale qu'accorde une politique officielle ou une législation. De telles conditions tiennent du sens commun : la loi n'existe pleinement que

lorsqu'elle est appliquée. Il ne faudrait pas que, dans dix ans, le Commissaire fasse à l'égard de la procédure d'évaluation d'impact en santé la même évaluation que celle que vient de faire la Vérificatrice générale sur le développement durable.

3.3 Conclusion

Le gouvernement dispose de moyens puissants pour intervenir sur les déterminants de la santé et du bien-être : la législation, la régulation des politiques. Toutefois, de tels moyens requièrent une pleine adhésion des acteurs politiques, un débat social mené ouvertement et un accord de la population. Si ces conditions n'existent pas pleinement, ces dispositifs ne seront pas aussi efficaces que leurs promoteurs le souhaitent.

Les mandats dont disposent le Ministère et l'Institut national de santé publique en matière de politiques publiques, notamment les évaluations d'impact en santé, ont une légitimité fondamentale donnée par une loi. Une telle institutionnalisation constitue un plus par rapport à des processus qui reposent sur la seule bonne volonté ou sur des accords politiques temporaires.

Ces nouvelles procédures en sont au début de leur mise en œuvre. Un programme de recherche a été lancé, qui pourra contribuer à leur amélioration. De plus, afin d'éviter le risque de bureaucratisation, on note autant au Ministère qu'à l'Institut le souci de stratégies d'approche qui dépassent le côté formel par un partage d'information et de connaissances.

À l'instar de la Vérificatrice générale, qui a effectué une évaluation de l'action gouvernementale dans le développement durable, le Commissaire devra réaliser des évaluations sous le double critère de la participation efficace des autres ministères et de l'amélioration des impacts de leurs politiques sur la santé de la population.

CHAPITRE 4

LES LEÇONS DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA *POLITIQUE DE LA SANTÉ* ET DU BIEN-ÊTRE

Par le projet de loi qui prévoit son institution, le Commissaire est invité à orienter ses analyses sur les politiques publiques dans le but de faire des recommandations au ministre sur « l'élaboration de la politique de la santé et du bien-être »¹³. Nous avons déjà souligné comment cette disposition de la loi est heureuse, puisqu'elle donne un cadre au travail du Commissaire sur l'évaluation des politiques publiques, en même temps qu'il a la tâche de faire évoluer ce cadre.

Cette politique existe depuis 1992. Si la loi sur le Commissaire réfère à l'*élaboration* de cette politique, sans mentionner celle qui existe, le législateur espère sans doute une contribution importante du Commissaire au renouvellement de celle-ci. Le terme choisi par le législateur peut suggérer aussi que cette politique, pour être vivante, doit être constamment mise à jour, élaborée selon le sens étymologique de faire l'objet d'un travail continu. S'il est d'accord avec cette interprétation, le Commissaire ne pourra pas ne pas tenir compte de la politique existante et des évaluations qui ont été faites de sa mise en œuvre. Son renouvellement fait partie de la planification stratégique du Ministère. **Le Commissaire s'intéressera ainsi à la manière dont le ministre met en oeuvre cette politique et il pourra faire les suggestions qu'il juge appropriées pour que cette politique réalise pleinement son mandat de servir de cadre aux autres politiques publiques, en espérant qu'elles aient un effet favorable sur la santé et le bien-être de la population.**

Dans son essence même, la *Politique de la santé et du bien-être* constitue une politique publique favorable à la santé. Pourquoi a-t-elle été instituée ? Quelle évaluation peut-on faire de son application dans le système de services et en regard des autres activités gouvernementales ? Jusqu'où a-t-elle constitué une politique-pilote pour les ministres responsables de la Santé et des Services sociaux ? Quelles actions intersectorielles a-t-elle inspirées ? Que faut-il faire pour que la *Politique de la santé et du bien-être* joue bien son double rôle de guide pour le réseau de services et d'inspiration pour les autres secteurs d'activités gouvernementales ?

Le regard évaluatif sur l'application de la politique peut conduire à considérer le verre à moitié vide ou à moitié plein. Le Conseil (CSBE, 2002) fait ce deuxième choix, avec d'autres (Lamarche, 2002 : 18; Dunnigan et Bégin, 2003). La politique existe, son application a connu un succès réel, bien que relatif, en greffant son renouvellement aux acquis, au fait que le gouvernement se dote progressivement de politiques

13. Voir note 1.

intersectorielles à effets potentiellement positifs sur la santé et le bien-être, et au fait qu'ailleurs aussi les évaluations de l'application des politiques de santé conduisent non pas à les abandonner mais à leur donner une deuxième vie. Nous verrons de quelle manière.

4.1 Un rappel : ce qu'est la *Politique de la santé et du bien-être* et pourquoi a-t-elle été élaborée ?

La *Politique de la santé et du bien-être* s'inscrivait dans le prolongement de la réforme du système de services du début des années 90. Elle se voulait un instrument pour guider l'organisation et le fonctionnement du réseau de services de santé et de services sociaux.

Comme l'explique Paul Lamarche (2002), alors sous-ministre chargé de la préparation de cette politique, le contexte qui a conduit à son élaboration était lié à une « remise en question de la capacité du système de services à réellement contribuer à l'amélioration de la santé de la population. (...) Surtout depuis l'instauration des régimes publics d'assurance, les systèmes de santé et de services sociaux visaient principalement un objectif : celui de rendre accessibles des services de qualité à l'ensemble de la population. La poursuite de cet objectif était tellement imprégnée dans les systèmes de services qu'ils en étaient venus à oublier la raison d'être de leurs services, à savoir résoudre des problèmes de santé et des problèmes sociaux auxquels est confrontée leur population ». En conséquence, poursuit Lamarche, on concevait « qu'il n'y avait pas de limite au développement du système, que les personnes, les familles et les communautés étaient perçues comme des bénéficiaires des services que le système daignait bien leur rendre, plutôt que comme des contributeurs et des acteurs importants relativement à la solution des problèmes nuisant à leur propre santé et leur propre bien-être, (...) que le réseau de la santé et des services sociaux en est venu à être perçu comme le seul véritable acteur de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. La contribution importante que peuvent avoir les autres secteurs a été souvent sous-estimée sinon oubliée ».

La Politique de 1992 se caractérise ainsi par deux contenus principaux : des objectifs et des stratégies. Dix-neuf problèmes de santé et problèmes sociaux ont été retenus comme prioritaires et classés en cinq groupes : l'adaptation sociale, la santé physique, la santé publique, la santé mentale et l'intégration sociale. Six stratégies d'action ont été retenues : favoriser le renforcement du potentiel des personnes; soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires; améliorer les conditions de vie; agir pour et avec les groupes vulnérables; harmoniser les politiques publiques et les actions en faveur de la santé et du bien-être; et orienter le système de santé et de services sociaux vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses.

4.2 Quelles leçons tirer de la mise en œuvre de la *Politique de la santé et du bien-être* ?

Nous disposons de deux évaluations de la politique : l'une réalisée par le Conseil et qui a fait l'objet d'un avis rendu public en mai 2002 (CSBE, 2002), et l'autre conduite par le Ministère dans le cadre de son projet de renouvellement de la politique (Dunnigan et Bégin, 2003). Ces évaluations concordent.

4.2.1 L'avis du Conseil

Résultat de dix-huit mois de travail par une équipe de recherche et un comité du Conseil, cet avis s'appuie sur une analyse de l'évolution des problèmes retenus dans la *Politique de la santé et du bien-être*, une étude des réalisations régionales en lien avec cette politique, la prise en compte de son influence sur l'action des ministres de la Santé et des Services sociaux, et la considération des expériences étrangères en la matière.

Pour les besoins de la présente réflexion, nous ne rappellerons pas ici tous les éléments de l'évaluation réalisée par le Conseil (CSBE, 2002). Cette évaluation fait notamment état de la réalisation des objectifs proposés, pour le Québec et pour chacune des régions; toutefois, il n'est pas possible d'établir un lien entre cette évolution et des dispositions découlant de la politique. Nous soulignerons toutefois le fait que la politique a eu une influence certaine, mais toute relative, dans la planification exercée par les régies régionales. Au central, cette influence fut quasi inexistante.

Du portrait brossé des réalisations régionales ressortent certains succès et certaines faiblesses de la mise en œuvre de la politique. Celle-ci a contribué à attirer l'attention sur les problèmes sociaux. Il y a eu un développement d'actions intersectorielles dans les localités et les régions. Quant aux faiblesses, l'évaluation en retenait deux : l'impact des priorités sur l'allocation des ressources a été faible et la mobilisation des ressources professionnelles a été minime.

Le Conseil a aussi observé que plusieurs politiques et programmes ministériels et gouvernementaux ont été développés pour les champs suivants : périnatalité, lutte contre la violence conjugale, dépistage du cancer du sein, programme de lutte contre le cancer, Loi sur le tabac, plan d'action en toxicomanie, etc. Le Conseil note : « Nous observons aussi que les différents titulaires du poste de ministre de la Santé et des Services sociaux élaborent au cours de leur mandat des orientations ministérielles qui viennent s'ajouter aux orientations de la Politique, sans toutefois s'y référer véritablement. » (CSBE, 2002 : 43)

4.2.2 L'étude ministérielle

Cette évaluation, réalisée notamment grâce à une tournée des régions qui a permis de rencontrer près de 200 personnes, conduit à un bilan mitigé, où ressortent des plus et des moins. La consultation et les données recueillies font ressortir : une large participation et

une forte mobilisation des milieux; l'émergence d'une vision globale de la santé et de ses déterminants; la mise en évidence de tout le champ du social; l'importance d'agir sur les causes et de favoriser les approches de prévention; la valorisation de l'approche communautaire.

Quant aux constats plus négatifs, ils forcent à reconnaître que « le processus formel de mise en œuvre de la Politique a pris fin environ trois ans après son adoption; (...) la Politique n'a pas été suffisamment intégrée et mise en évidence dans les orientations du Ministère et dans ses interventions auprès du réseau; dans l'ensemble, ses priorités n'ont pas orienté les décisions de réallocation et les développements budgétaires; (...) la multiplication des cadres de référence qui sont venus se superposer à la Politique (...) l'ont renvoyée à l'arrière-plan; (...) le manque d'engagement du Ministère en ce qui concerne la promotion et le suivi de la Politique auprès du réseau; le manque de leadership exercé par le Ministère pour obtenir l'adhésion des partenaires nationaux et l'absence d'un engagement formel du gouvernement pour soutenir les collaborations avec les partenaires des autres secteurs ».

Malgré la reconnaissance de ces conditions défavorables, la consultation permet de conclure que « le réseau souhaite le renouvellement de la Politique, dans une approche de continuité avec les voies proposées en 1992, mais en consacrant plus d'efforts à la mise en œuvre des stratégies qu'elle a définies, en élargissant la portée du concept de prévention pour interpeller l'ensemble des acteurs, et en obtenant l'appui gouvernemental nécessaire ».

4.3 Les obstacles politiques à l'action intersectorielle pour la santé et le bien-être

La difficulté d'implantation de la politique québécoise de santé et de bien-être ne représente pas un cas d'espèce. De la littérature consultée, on peut relever deux raisons à cette difficulté : le fait que le système de soins soit centré sur lui-même et qu'il mobilise une part importante des deniers publics; les enjeux politiques que représente une volonté d'action sur les principaux déterminants sociaux de la santé (revenu, emploi, logement, etc.).

Dans une évaluation sur les expériences de mise en œuvre des politiques de santé dans différentes sociétés européennes, l'OMS (Rsitakis, 2000 : 340) conclut que « le focus n'a pas bougé suffisamment des soins de santé vers les déterminants plus larges de santé comme les conditions sociétales et environnementales si cruciales pour s'attaquer aux iniquités en santé ». Parmi les raisons de cette difficulté de mobilisation de l'action intersectorielle, il faut reconnaître que le système a sa part de responsabilité, notamment à cause du fait qu'il mobilise une part de plus en plus large des deniers publics, les autres secteurs étant parfois contraints à une réduction budgétaire.

Dans son évaluation, l'OMS observe que les difficultés connues au début des années 80 par les 32 pays de l'Europe qui ont adopté la politique de santé pour tous sont encore

présentes pour les 51 pays qui font aujourd'hui partie de la Région Européenne de l'organisme international. « La plus importante de ces difficultés a été celle de réaliser l'action intersectorielle pour la santé. » Cette évaluation note aussi qu'il y a eu des initiatives heureuses de collaboration intersectorielle, bien que rares ont été les efforts de monitoring de ces actions. « Au total, le secteur de la santé apparaît encore agir seul, et il tend à être dominé par le modèle médical. Même lorsque des efforts ont été faits pour conduire des programmes de promotion de la santé sur la base des communautés, ce n'est pas inusité de constater que ces initiatives sont presque un "side-line", parallèle aux actions du secteur traditionnel de la santé où c'est "business as usual". » (Ritsatakis, 2000 : 353)

Aux États-Unis, Smedley et Syme (2000) observent que « les interventions populationnelles peuvent soulever des questions sociales, politiques, et éthiques concernant les efforts de changement requis pour intervenir sur ces conditions, puisque les changements peuvent entraîner des effets inattendus. Enfin, les sujets soumis aux efforts de changement ont rarement l'opportunité de consentir à l'intervention ».

Au Canada, Glouberman (2001 : 23-24) remarque de son côté que les « autorités gouvernementales dans le domaine de la santé reconnaissent leur inhabileté à développer des politiques qui changeront la situation socioéconomique. Les autorités des autres ministères, quand elles sont placées devant le désir du ministre de la Santé de développer de telles politiques, considèrent souvent ces efforts comme la manifestation d'une forme d'impérialisme du secteur de la santé. Est-ce que la santé doit être le centre (focus) de toute la politique gouvernementale ? »

4.4 Recommandations du Conseil pour la révision de la politique

Parmi les recommandations du Conseil concernant le renouvellement de la politique, nous attirons l'attention sur deux : celle qui porte sur le statut de la politique et celle qui concerne les objectifs à inclure dans cette politique.

Pour le Conseil, il existe deux manières de concevoir la future politique de façon à favoriser son potentiel de ralliement des autres secteurs d'activités gouvernementales (CSBE, 2002 : 13-14) : soit comme politique sectorielle partie d'une politique plus large, pouvant rallier la contribution favorable à la santé et au bien-être de l'ensemble des politiques publiques, soit une politique gouvernementale avec l'obligation pour le gouvernement de rallier les autres secteurs d'activité. Dans sa manière de formuler cette recommandation, il appert que le Conseil privilégie la première formule :

« Au sujet de la forme que doit prendre l'engagement gouvernemental, le Conseil souhaite que le gouvernement québécois considère cette politique comme l'un des éléments constitutifs d'un projet gouvernemental d'ensemble, comme une stratégie nationale sur le développement économique et social. Dans un tel contexte, le secteur des services de santé et des services sociaux, tout comme les autres secteurs

d'activité, serait invité à définir sa contribution à la mise en oeuvre de cette stratégie. Ce faisant, aucun secteur n'aurait l'impression d'être au service de l'autre, et chacun profiterait de la collaboration de tous au développement social de la population. Ainsi, la Politique de la santé et du bien-être représenterait l'engagement concret du secteur des services de santé et des services sociaux au projet gouvernemental de développement social.

Il importe de préciser que l'engagement gouvernemental doit nécessairement se traduire par un appui aux politiques sectorielles développées en lien avec la stratégie nationale de façon à assurer la cohérence des actions gouvernementales.

De l'avis du Conseil, à défaut d'adopter un projet gouvernemental d'ensemble, le gouvernement doit s'engager à faire d'une Politique de la santé et du bien-être renouvelée une Politique gouvernementale. Les déterminants de la santé étant multisectoriels, le gouvernement aura l'obligation d'interpeller les différents secteurs afin que ces derniers définissent leur contribution à cette politique gouvernementale. »

De plus, compte tenu de l'importance du débat continu sur l'organisation du système de services, le Conseil a proposé que la prochaine politique définisse « quatre types d'objectifs portant sur : la réduction de problèmes de santé et de bien-être; la réduction des écarts (régionaux, intra-régionaux, entre les groupes); l'amélioration des déterminants sociaux de la santé et du bien-être (conditions de vie, milieux de vie, habitudes de vie); l'amélioration du système de services (son organisation, la qualité des services, les pratiques professionnelles et l'allocation des ressources) ». (p. 15)

Lamarche (2002 : 21) observait lui aussi que « la Politique (future) doit permettre de satisfaire les préoccupations autant de santé et de bien-être que celles de réponse aux besoins de services des personnes malades. Opposer les deux condamne la Politique à un avenir peu prometteur ».

4.5 L'expérience d'autres pays

Ailleurs, à la suite du constat du succès très relatif de la mobilisation intersectorielle en faveur de la santé, on a observé que la référence en matière de mobilisation est devenue le bien-être, la qualité de vie, le développement socioéconomique.

L'évaluation déjà citée de l'OMS (Ritsatakis, 2000 : 378) conclut ainsi : « Les conclusions générales de l'étude conduisent à quelques larges implications stratégiques : les pays devront faire un virage plus important vers l'action intersectorielle pour la santé, de manière à ce que la santé soit vue comme une partie intégrante du développement socioéconomique. (...) **Ce n'est plus suffisant d'essayer de placer la santé sur l'agenda des autres secteurs; il doit aussi y avoir un effort du secteur de la santé à**

contribuer à la réalisation d'objectifs des autres secteurs, en se fondant sur des objectifs communs ou convergents. »

Michael Rachlis (1999) est lui aussi très explicite : « Des finalités gouvernementales d'ensemble qui sont centrées sur la qualité de la vie ou le bien-être ont plus de probabilités d'encourager l'action intersectorielle que si elles sont présentées (labelled) comme des objectifs de "santé". »

Pour obtenir la légitimité nécessaire à une mobilisation large sur la santé ou sur des finalités qui l'englobent, plusieurs pays ont eu recours à l'intervention des parlements. Comme on l'explique dans l'évaluation de l'expérience des pays d'Europe (Rsitatakis, 2000 : 312-313) :

Les parlements sont des entités naturellement intersectorielles, concernées par des législations qui portent sur l'ensemble de l'activité sociale, économique, culturelle et politique. Tous les députés, et pas seulement ceux qui se retrouvent dans les commissions parlementaires concernées par la santé, peuvent être ainsi des alliés potentiels en faveur de l'action intersectorielle pour la santé, autant dans les instances législatives que comme représentants de leur communauté locale. Certains pays ont choisi d'impliquer le parlement dès l'amorce d'élaboration de la Politique de santé, en vue de construire cet appui à l'action intersectorielle. La Finlande et les Pays-Bas, par exemple, ont impliqué leurs parlements dans la procédure de formulation de la Politique, alors que la Lituanie a tenu une conférence nationale qui a impliqué les comités parlementaires concernés par la santé ainsi que les ministres responsables de la sécurité sociale, du travail, de l'économie et de la finance, de l'éducation, de la science et de la culture. Un certain nombre de pays ont fait ratifier par les parlements leur Politique de la santé, de manière à ramener à l'avant-plan l'enjeu de l'action intersectorielle.

4.6 Conclusion

Par le projet de loi qui prévoit son institution, le Commissaire est invité à orienter ses analyses sur les politiques gouvernementales dans le but de faire des recommandations au ministre sur l'élaboration de la politique de la santé et du bien-être.

Le Québec a innové quand il a élaboré la *Politique de la santé et du bien-être*. Bien que sa mise en œuvre ait connu un succès relatif, son renouvellement s'impose, en s'appuyant sur les leçons du passé et en s'inspirant des choix faits dans d'autres sociétés. Les défis de ce renouvellement sont principalement de deux ordres : que cette politique serve à mobiliser l'ensemble des établissements et des professionnels sur des objectifs qui les concernent; que cette politique soit la base de référence pour définir la contribution du système de services de santé et de services sociaux à l'amélioration de la santé et du bien-

être de la population, de même que de celle des autres secteurs d'activités gouvernementales, ainsi que celle du système de services à l'atteinte des objectifs des autres secteurs d'activité.

Le rôle d'un Commissaire à la santé et au bien-être, qui doit rendre des comptes à l'Assemblée nationale par l'entremise du ministre de la Santé et des Services sociaux, apportera une contribution utile à la réalisation de ces deux objectifs, s'il conduit les analyses rétrospectives appropriées. Ces analyses pourront porter sur la manière dont le ministre s'acquitte de sa tâche de mise en oeuvre de la politique, sur la reconnaissance gouvernementale de cette politique, sur la contribution attendue des autres secteurs d'activités gouvernementales et sur celle du système de services par rapport aux objectifs des autres secteurs d'activité.

CHAPITRE 5 DES OBJETS DE TRAVAIL POUR LE COMMISSAIRE

5.1 Principes d'action

Impliquer les citoyens. Ce principe s'impose d'évidence. La finalité du système est la santé et le bien-être des citoyens, tout comme ils en sont les premiers actionnaires. À ce double titre, ils doivent être intégrés dans la production d'information, car leur savoir expérientiel peut être déterminant.¹⁴

Agir en synergie avec d'autres acteurs, notamment ceux de la santé publique. Au-delà du secteur de la santé publique, l'ensemble des ministères et organismes seront interpellés, puisque la voix du Commissaire portera jusque dans l'enceinte de l'Assemblée nationale.

Faire faire. La position stratégique du Commissaire, dont certains rapports seront soumis à l'Assemblée nationale, constitue un atout pour les organismes, centres de recherche et chercheurs qui souhaitent influencer le débat public. De plus, le Commissaire dispose d'un pouvoir d'enquête qu'il peut utiliser de manière interactive, en interpellant les ministères et organismes auprès desquels il intervient.

Construire sur des acquis. Ils sont nombreux : *Politique de la santé et du bien-être*, développement social, action du Réseau québécois de Villes et Villages en santé; politiques intersectorielles dans d'autres domaines d'activité, par exemple la politique familiale, la lutte contre la pauvreté, le développement durable.

Choisir. Un tel principe s'impose pour deux raisons : en fonction de l'ampleur de l'univers des déterminants sociaux de la santé et du bien-être et parce que des politiques et stratégies sont déjà mises en œuvre, sur lesquelles il importe de s'appuyer et qu'il importe d'appuyer.

Agir en même temps que se poursuivent les recherches. L'action est génératrice de vérité quand elle mobilise et produit des effets bénéfiques. Par ailleurs, la recherche demeure nécessaire pour valider la cohérence, améliorer l'efficacité, détecter d'autres cibles, raffiner les méthodes.

14. Voir à ce sujet *Participation et consultation des citoyennes et citoyens en matière de santé et de bien-être* (CSBE 2004f) et *Les savoirs des citoyens et citoyennes : un outil pour comprendre la santé et le bien-être* (CSBE 2004g)

5.2 Six recommandations

La première recommandation porte sur l'objet principal ou la grande finalité de l'ensemble des responsabilités du Commissaire, mieux comprendre *l'évolution de la santé et du bien-être de la population*, « aux fins de l'améliorer » – si l'on reprend le libellé de l'article 2 du projet de loi, qui définit la mission du Commissaire. L'article 10.4 invite le Commissaire à faire cette lecture de *l'évolution de la santé et du bien-être*, sous l'angle particulier des impacts des politiques gouvernementales portant sur les déterminants de la santé et du bien-être.

Les cinq recommandations suivantes sont guidées par une logique d'action et vont de ce qui apparaît davantage prioritaire, et plus facilement réalisable, à ce qui appartient davantage au long terme et requiert des changements importants. Les évaluations que le Conseil invite le Commissaire à réaliser portent sur des outils (politiques, évaluations d'impact sur la santé, mécanismes de décision et de décentralisation, recherches). Toutefois, l'un d'eux a un statut spécial : la *Politique de la santé et du bien-être*, qui constitue aussi le point d'aboutissement des recommandations du Commissaire. Si cette politique était renouvelée de la manière que souhaite le Conseil, elle offrirait, à la population et à l'appareil gouvernemental, une grille globale d'évaluation, des finalités partagées, un document fondateur d'une mobilisation large. C'est pourquoi nous faisons de la *Politique de santé et de bien-être* l'objet de la première recommandation et qu'à ce titre elle devrait être réalisée en priorité. Par ailleurs, les autres recommandations ne doivent pas être considérées comme des moyens pour cette première recommandation; elles ont leur autonomie et leur utilité intrinsèque. Si la première recommandation n'était pas réalisée, la mise en œuvre des autres apporterait leur contribution tout aussi essentielle.

Première recommandation : contribuer à mieux connaître l'évolution de l'état de santé et de bien-être de la population

Le Conseil invite le Commissaire à favoriser, par ceux qui en ont un mandat légal, le développement des connaissances sur l'évolution de la santé et du bien-être de la population, notamment en faisant l'analyse des impacts des politiques gouvernementales sur la santé et le bien-être. Si besoin est, le Commissaire fera sa propre lecture de l'évolution de la santé et du bien-être à partir de données existantes ou de recherches qu'il demande.

Ce processus de développement des connaissances et d'information est un *work in progress*. L'apport du Commissaire, en plus de stimuler ce processus, contribuera sans aucun doute à l'orienter, compte tenu de l'éclairage que lui fournira l'exercice de l'ensemble de ses autres responsabilités, qui portent sur « la performance globale » du système de services (art. 10.2), notamment son efficacité, sur sa lecture des « enjeux et des choix nécessaires à la viabilité du système de santé et de services sociaux » (art. 10.3).

Deuxième recommandation : exercer un suivi et renouveler la Politique de la santé et du bien-être

Nous avons souligné l'importance de la formulation initiale de l'article 10(4) qui fait de la *Politique de la santé et du bien-être* le terme d'aboutissement de l'analyse réalisée par le Commissaire sur les impacts des politiques publiques sur la santé et le bien-être. Cet encadrement représente deux avantages. Un, il permet au Commissaire de sortir de l'univers indéfini que représente celui des politiques publiques et de faire des choix : des stratégies intersectorielles y sont proposées, et le Commissaire pourra se confronter à elles, juger de leur mise en œuvre, faire des recommandations à leur sujet, proposer de les définir autrement. Deuxième avantage, des leçons ont été tirées de l'application de la politique existante; en tenir compte pourrait donner une deuxième vie à cette politique et en faire le cadre utile qui est attendu pour guider le réseau de services et l'ensemble des secteurs d'activité sur des objectifs réalistes et mobilisateurs de santé et de bien-être.

Le Conseil invite le Commissaire à faire des analyses sur la manière dont le ministre s'acquitte de sa tâche de mise en œuvre de la politique, sur la reconnaissance gouvernementale de cette politique, sur la contribution attendue des autres secteurs d'activités gouvernementales, et, réciproquement, sur celle du ministre pour l'atteinte des objectifs des autres secteurs d'activité. De façon plus spécifique, le Conseil invite le Commissaire à prendre position par rapport à la proposition qu'il a faite au ministre d'orienter cette politique, soit comme une contribution à une stratégie nationale de développement social (ou de tout autre objectif ou enjeu mobilisateur, sur une base très large, par exemple thème de la qualité de vie), soit comme une politique gouvernementale que le gouvernement s'engage à réaliser en veillant à ce que soit définie la contribution des autres secteurs d'activité à sa réalisation.

Ces deux choix sont également valides même si le Conseil privilégie le premier. Celui-ci aurait l'avantage de placer le Québec dans la même mouvance que celle qui est empruntée par un certain nombre de pays européens, notamment, qui s'étaient dotés d'une politique de la santé et qui ont reconnu la difficulté de la mobilisation intersectorielle en sa faveur. Notons que ce premier choix permettrait de donner un contenu à la notion de bien-être, que nous continuons à associer à celle de santé, sans avoir fait l'effort collectif de bien le définir. Dans cette association des deux termes, il y a la conscience implicite que la notion de santé est défavorisée par le débat constant sur les services, alors que ceux-ci sont des moyens pour une fin autre, celle du bien-être, qui donne du sens à ceux-ci.

Troisième recommandation : faire l'analyse rétrospective de la mise en œuvre des dispositions de la Loi sur la santé publique sur les évaluations d'impact sur la santé

Nous avons souligné le « pas en avant » que constituent les dispositions de la nouvelle Loi sur la santé publique, invitant le ministre à « conseiller le gouvernement et ses collègues sur les politiques favorables à la santé » et obligeant les ministères à soumettre leurs projets de politiques à des évaluations d'impact sur la santé. Malgré le fait que ces

études soient au début de leur mise en œuvre, elles peuvent avoir un impact positif sur les politiques, à condition qu'elles « franchissent les frontières du politique » (Bekker, 2004).

Le Conseil invite le Commissaire à faire l'analyse de la mise en œuvre de ces dispositions, sous le double critère de la participation efficace des autres ministères et de l'amélioration des impacts de leurs politiques sur la santé et le bien-être de la population. Le Commissaire pourrait porter une attention particulière sur les manières d'éviter le risque de bureaucratisation de ces procédures et sur la mobilisation des collègues du ministre sur des politiques favorables à la santé et au bien-être, par-delà le respect des normes procédurales.

Quatrième recommandation : analyser les impacts des politiques déjà associées à des déterminants sociaux de la santé et du bien-être

Nous avons souligné comment l'univers des déterminants sociaux de la santé et du bien-être est très large et que les recommandations à faire pour harmoniser les politiques publiques en faveur de la santé et du bien-être ne s'imposent pas avec une évidence opérationnelle, une fois que le principe est posé. Aussi, le Commissaire devra faire des choix en regard des politiques publiques qu'il souhaitera analyser.

Aux yeux du Conseil, le choix prioritaire du Commissaire devrait porter sur ces politiques publiques, qui ont des visées intersectorielles explicites, et dont les effets attendus portent sur l'amélioration de la santé et du bien-être des individus, des familles et des collectivités. Parmi ces politiques, le Conseil propose de retenir :

- **la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale et son plan d'application;**
- **la politique familiale et les activités gouvernementales destinées à l'enfance et à la jeunesse;**
- **les politiques relatives à l'emploi et au travail;**
- **la politique de santé mentale.**

Ces choix sont guidés aussi par la recherche d'avantages stratégiques. Ces trois premières politiques, qui touchent, comme on l'a vu, des déterminants majeurs de la santé et du bien-être, relèvent de collègues du ministre de la Santé et des Services sociaux. Conscient de leur importance pour la santé et le bien-être de la population, le ministre n'a pas nécessairement toute la marge de manœuvre souhaitable pour formuler une appréciation de la mise en œuvre de ces politiques, sous le double critère des processus intersectoriels qui devraient les faciliter et de leurs impacts sur la santé et le bien-être de la population. Le jugement du Commissaire, manifesté devant l'Assemblée nationale, pourrait contribuer à l'amélioration de ces politiques. Autre avantage stratégique : ces politiques ont un caractère d'avant-garde, reconnu dans le reste du Canada et, dans certains cas, ailleurs dans le monde. Le Commissaire pourrait ainsi contribuer au perfectionnement et à la visibilité du modèle québécois.

La Politique de santé mentale, de son côté, relève du ministre de la Santé et des Services sociaux. Comme l'expliquent White *et al.* (2002), cette politique exige des « stratégies axées sur des problématiques ambiguës, complexes ou laissées-pour-compte », qui, si elles étaient vraiment déployées, constitueraient une politique intersectorielle par excellence, d'où son potentiel d'exemplarité.

Cinquième recommandation : apprécier, sous l'angle de la coopération intersectorielle, les mécanismes de décision et d'action aux différents paliers de l'appareil gouvernemental

La référence aux actions locales et régionales qui mettent à profit plusieurs secteurs d'activité a fait ressortir comment le succès de celles-ci dépend de la capacité des acteurs du milieu, notamment ceux des services publics, à utiliser une partie de leurs ressources à ces fins. Par ailleurs, le paysage institutionnel local et régional est en constante mutation depuis plusieurs années. De tels changements peuvent avoir des effets négatifs ou positifs sur la capacité des acteurs de ces milieux à se mobiliser sur des projets intersectoriels. Une évaluation des effets de ces changements devrait être réalisée.

Au niveau central de décision, le constat sur la difficulté de mobilisation intersectorielle pour la santé est général. Cette difficulté est imputée à la tension interministérielle pour s'approprier les ressources publiques. De même, les mécanismes de décision interministériels ne sont pas très proactifs dans la recherche de contributions intersectorielles pour la santé et le bien-être. L'exemple de l'évaluation menée cette année par la Vérificatrice générale sur l'adaptation des processus décisionnels à l'atteinte des objectifs de développement durable démontre, d'une part, qu'une telle évaluation de la structure gouvernementale est possible, même s'il est délicat de le faire, et, d'autre part, que des possibilités d'amélioration existent.

Le Conseil invite le Commissaire à faire l'examen des structures et processus décisionnels, aux différents paliers de l'appareil gouvernemental, sous l'angle de leur capacité à favoriser ou non l'action intersectorielle, pour l'amélioration de la santé et le bien-être de la population. Un tel examen, pour éviter les risques d'une évaluation globale, pourrait se greffer à l'analyse de l'une ou l'autre des politiques indiquées dans la quatrième recommandation.

Sixième recommandation : favoriser la production des connaissances sur les déterminants sociaux de la santé et du bien-être et les manières d'agir sur ceux-ci

À plusieurs reprises, le document qui précède confirme le besoin de connaissances : pour mieux connaître les déterminants, la manière dont ils agissent sur la santé et le bien-être, les politiques pour agir sur ces déterminants, la manière d'élaborer ces politiques favorables à la santé ou les évaluations d'impact sur la santé (processus administratifs, impact réel sur la santé, etc.). L'univers des déterminants, avons-nous dit, est vaste et mal connu, en même temps que c'est l'avancement des connaissances qui en a révélé la réalité et l'efficace sur la santé et le bien-être.

Le Conseil est conscient de l'utilité de la recherche pour améliorer les connaissances et éclairer l'action. Dans l'ensemble de la démarche qu'il a pilotée sur le développement social, le Conseil, en partenariat avec l'ancien Conseil québécois de la recherche sociale et plusieurs ministères, a favorisé la réalisation de deux recherches, l'une sur la définition subjective du développement social donnée par ceux qui s'y réfèrent dans leur action (Lévesque, 2002) et l'autre sur la mesure du développement social (Bernard, 2002).

Le Conseil invite le Commissaire à favoriser le développement des connaissances sur l'évolution de la santé et du bien-être de la population, les déterminants sociaux de la santé et du bien-être, les manières d'agir sur ceux-ci et de mener des actions intersectorielles, dont les politiques favorables à la santé et les évaluations d'impact sur la santé. Il pourra adresser des demandes aux organismes subventionnaires, faire les représentations auprès du gouvernement pour que ceux-ci reçoivent les sommes nécessaires pour subventionner de telles recherches. De plus, il invitera les chercheurs à s'intéresser à ce type particulier de recherches, interdisciplinaires, et en lien avec le monde de l'action.

Dans le passé, l'ancien Conseil québécois de la recherche sociale a fourni à la recherche sociale le cadre de la *Politique de la santé et du bien-être*. C'était là une heureuse initiative, qui, par ailleurs, sous certains aspects, est demeurée purement formelle. Une relecture de ses recherches aurait permis de dégager les leçons utiles pour la mise en œuvre de la politique ou pour son renouvellement. Le Commissaire devrait se souvenir de ce succès mitigé quand il recommandera le développement de la recherche sur les politiques publiques favorables à la santé et au bien-être. Ailleurs, on déplore aussi l'absence d'un leadership fort dans la recherche pour réaliser les objectifs de santé et de bien-être, ce qui explique « l'absence de continuité et de momentum afin d'assurer une capacité adéquate de gestion pour le futur ». (Ritsatakis, 2000 : 340).

CONCLUSION

En raison de la place qu'il occupe, à distance de la gestion et de l'intervention, le Commissaire a cette responsabilité immense et combien stimulante de voir plus loin que le débat continu sur le financement et l'organisation du système, pour aider à penser, avec d'autres, la manière de convoquer l'ensemble de l'appareil gouvernemental, les différents acteurs sociaux et la population à une prise en charge plus efficace de la santé et du bien-être.

Interrogé sur la suggestion de priorité qu'il ferait au Commissaire, pour sa première année de travail, le sociologue Guy Rocher a répondu ceci : « Je l'inviterais à (...) repenser la notion de santé, en lien avec la population, et de mener un large débat sur ce sujet. Pour nous sortir notamment de cet enlèvement dans le débat sur les services. Le vingtième siècle a été dominé par le développement de la science, de la médecine, de la technologie. Nous donnerions au vingt-et-unième siècle l'opportunité de faire un nouveau départ, et de se démarquer du vingtième siècle, si la société, le réseau s'entendaient sur une notion de santé, une finalité collective stimulante. »

Certes, la fonction principale du Commissaire est de fournir une appréciation globale et intégrée de la performance du système de services de santé et de services sociaux. En même temps, en vertu de l'article 10.4 du projet de loi qui prévoit son institution, le Commissaire a un rôle important à jouer dans le débat public pour inviter le gouvernement à trouver un juste équilibre dans ses différentes politiques. C'est la mise en œuvre de l'ensemble des recommandations précédentes qui permettra au Commissaire d'apporter sa contribution à la recherche d'un tel équilibre.

Mieux suivre l'évolution de la santé et du bien-être de la population, en cherchant à mieux cerner les impacts des diverses politiques gouvernementales sur la santé et le bien-être pour contribuer à leur amélioration : voilà l'objectif et le défi. Pour ce faire, des tâches s'imposent, en même temps que des outils sont disponibles : mieux saisir la nature et les exigences de l'action intersectorielle pour la santé et le bien-être; mettre à profit les nouveaux outils que procure la Loi sur la santé publique; s'appuyer sur des politiques intersectorielles existantes; revoir et ajuster les mécanismes d'harmonisation et de décentralisation; se doter d'une Politique de la santé et du bien-être qui inspire à la fois le système de services et les autres secteurs d'activité; favoriser le développement des connaissances. Si le défi apparaît considérable, il devient davantage possible dans la mesure où l'on emprunte les voies d'action suggérées.

Par ses autres propositions au Commissaire, le Conseil renforce aussi cette invitation à enrichir sa fonction d'évaluation de la performance globale du système de services par d'autres contributions et éclairages. Par exemple, le projet de Déclaration des droits et

responsabilités des citoyennes et citoyens en matière de santé et de bien-être (CSBE, 2004a) ouvre un chantier important pour une plus grande participation citoyenne sur la définition de la santé, ainsi que sur les valeurs, droits et responsabilités. Autre exemple, le document *Qu'est-ce que l'éthique ? Proposition d'un cadre de référence* (CSBE, 2004b) fournit une réflexion sur les valeurs et sur la manière de délibérer à leur sujet. En somme, en proposant des outils au Commissaire, à partir du contenu de la loi qui l'institue, le Conseil révèle la grande richesse de celle-ci, qui, en plus d'un mandat d'évaluation de performance du système (voir CSBE, 2004c), convoque à débattre de l'environnement à l'intérieur duquel se situe ce système, des enjeux et des valeurs qui le concernent, ainsi que de la contribution des autres secteurs d'activité à l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes et des collectivités.

BIBLIOGRAPHIE

BANKEN, R. (2001) « Strategies for institutionalizing HIA », European Centre for Health Policy, Health Impact Assessment: Discussions papers, number 1.

BANKEN, R. (2003) « Health impact assessment – how to start the process and make it last », *Bulletin of the World Health Organization* 2003, 81 (6).

BANKEN, R. (2004a) « Health impact assessment in Canada », dans J.KEMM, J.PARRY, S.PALMER (éditeurs), *Health Impact Assessment – Concepts, theory, techniques and applications*, Oxford University Press, ch. 15.

BANKEN, R. (2004b) « Towards institutionalizing Policy HIA in Québec », IAIA 2004, Vancouver, session 24.3, 27 avril.

BEKKER, M., et D. SUKKUMNOED. (2004) « Healthy Decisions: the Development of Analytical Frameworks in Thailand and The Netherlands », IAIA 2004, Vancouver, session 14.2, 26 avril.

BERNARD, P., M. BERNIER, J. BOISJOLY et J.-M. COUSINEAU. (2002) *Comment mesurer le développement social ? Rapport de l'équipe CQRS sur les indicateurs sociaux synthétiques*, Montréal.

COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL, PROVINCIAL ET TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION. (1999) *L'action intersectorielle... Pour une population en santé*, Santé Canada.

CONFERENCE BOARD OF CANADA. (2004) *Understanding Health Care, Cost drivers and escalators*, March 2004.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. (1996) *L'harmonisation des politiques de lutte contre l'exclusion*, Québec.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. (1998) *Forum sur le développement social, Rapport*, Québec.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. (2002) *Avis pour une stratégie du Québec en santé, Décider et agir*, Québec.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. (2004a) *Une déclaration des droits et responsabilités des citoyennes et citoyens en matière de santé et de bien-être : finalités et démarche d'élaboration*, Québec.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. (2004b) *Qu'est-ce que l'éthique ? Proposition d'un cadre de référence*, Québec.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. (2004c) *Proposition d'un cadre d'appréciation global et intégré du système québécois de services de santé et de services sociaux*, Québec.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. (2004d) *Pour définir la mission, la vision et les valeurs du Commissaire à la santé et au bien-être*, Québec.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. (2004e) *Mémoire sur le projet de loi 38 instituant le Commissaire à la santé et au bien-être*, Québec.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. (2004f) *Participation et consultation des citoyennes et citoyens en matière de santé et de bien-être*, Québec.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. (2004g) *Les savoirs des citoyens et citoyennes : un outil pour comprendre la santé et le bien-être*, Québec.

DUNNIGAN, L., et P. BÉGIN. (2003) *La Politique de la santé et du bien-être : Une évaluation de sa mise en œuvre et de ses retombées sur l'action du système sociosanitaire québécois de 1992 à 2002*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, résumé paru dans *Coup d'œil sur la recherche et l'évaluation*, n° 21, novembre 2003.

EVANS, R.G., et G.L STODDART. (1996) « Produire de la santé, consommer des soins », dans EVANS, BARER, MARMOR, chap. 2.

EVANS, R.G., M.L. BARER et T.R. MARMOR (sous la direction de). (1996) *Être ou ne pas être en bonne santé, Biologie et déterminants sociaux de la maladie*, Presses de l'Université de Montréal, Montréal.

FORUM NATIONAL SUR LA SANTÉ. (1997) *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier, vol. II : Rapports de synthèse et documents de référence*, Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux, Ottawa.

GLOUBERMAN, S. (2001) *Towards a New Perspective on Health Policy*, CPRN Study, no. H/03: 23-24 accessible sur <http://www.cprn.org/en/doc.cfm?doc=133>

GOVERNEMENT DU QUÉBEC. (1992) *La Politique de la santé et du bien-être*, Québec.

HERTZMAN, C., J. FRANK et R.G. EVANS. (1996) « L'hétérogénéité de l'état de santé et les déterminants de la santé des populations », dans EVANS, BARER, MARMOR, chap. 3.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR IMPACT ASSESSMENT. 2004 « Impact Assessment for industrial development, Whose business is it ? », 24th Annual Conference, Vancouver, April 24-30.

KISCHUCK, N., et L. THIBEAULT. (2004) *Évaluation de quatre rapports annuels de la Direction de santé publique de Montréal 1998-2001*, Montréal, 32 p. <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/rapportannuel/evaluation9801.html>

LAMARCHE, P. (2002) « L'atteinte des objectifs de santé : un nécessaire engagement des milieux de recherche », dans la *Politique de la santé et du bien-être dix ans plus tard : dialogue avec le monde de la recherche*, Acfas 2002, Colloque organisé par le Conseil de la santé et du bien-être et le Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention.

LEHTO, J., et A. RITSATAKIS. (1999) *Health Impact Assessment : Main Concepts and Suggested Approach – the Gothenburg consensus paper*, European Centre for Health Policy, WHO Regional Office for Europe, Bruxelles.

LÉVESQUE, M., B. JEAN et D. WHITE. (2002) *Les conceptions du développement social : le point de vue des acteurs*, Montréal.

MAHONEY, M. (2004) *Putting the binoculars to HIA: exploring the theoretical assumptions and epistemological drivers underpinning policy-linked Health Impact Assessment*, (projet de doctorat transmis par Rainer Banken).

MASSÉ, R., R. JACOB et P. BERGERON. (2004) *Politiques publiques favorables à la santé au Québec, Cadre institutionnel et défis pour la recherche*, conférence prononcée à l'ACFAS 2004, Institut national de santé publique, Québec.

McKEOWN, T. J. (1976) *The role of Medicine: Dream, Mirage, or Nemesis ?*, London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, cité notamment par Smedley et Symes (2000), Nolte et McKee (2003), Forum national sur la Santé (1996), vol. II, Rapport de synthèse du groupe de travail sur les déterminants de la santé, p. 3.

McKINLAY, J.B., et S.M. McKINLAY. (1977) « The questionable contribution of medical measures to the decline of mortality in the United States in the twentieth century », *Milbank Memorial Fund Quaterly*, 55(3) : 405-428, cité par Smedley et Syme (2000).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2003) Direction du programme de santé publique, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2004a) Direction du programme de santé publique, *L'évaluation des impacts sur la santé : synthèse des connaissances et orientations pour l'action*, Québec.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2004b) *Rapport du Québec sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé*, Québec.

NOLTE, E., et M. McKEE. (2003) *Population Health in Europe: How much is attributable to health care ?*, Euro Observer, vol. 5, no. 4, accessible sur www.observatory.dk

OBSERVATOIRE DE L'ÉNAP. (2004) *Modernisation de l'État : diversité et innovations au Canada et à l'étranger*, Rapport réalisé pour le Secrétariat du Conseil du trésor, Sous-secrétariat à la réingénierie de l'État, Québec.

PAMPALON, R., et G. RAYMOND. (2000) « Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 21, n° 4, accessible sur http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/cdic-mcc/21-3/b_f.html

RACHLIS, M. (1999) *A paper prepared for a workshop on Intersectoral Action and Health: sponsored by Health Canada (Alberta and NWT) with Alberta Health and Alberta Community Development*, Toronto, 23 p.

RAPHAEL, D. (2003) « Addressing the social determinants of health in Canada: bridging the gap between research findings and public policy », *Policy Options*, March 2003, p. 35-40.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL CENTRE, DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. (1998) *Les inégalités sociales de santé, Rapport annuel 1998 sur la santé de la population*, Montréal.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL CENTRE, DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Impact de la transformation du réseau montréalais sur la santé, Rapport annuel 2000 sur la santé de la population*, accessible sur le site de la direction : <http://www.santepub-mtl.qc.ca>

RITSATAKIS, A., R. BARNES, E. DEKKER, P. HARRINGTON, S. KOKKO et P. MAKARA. (2000) *Exploring health policy development in Europe*, WHO Regional Publications, European Series, No. 86, World Health Organization, Copenhagen.

ROCHON, J. (1988) *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec.

SECRÉTARIAT DU COMITÉ MINISTÉRIEL DE DÉVELOPPEMENT SOCIAL, CONSEIL EXÉCUTIF. (2002) *Une stratégie gouvernementale de développement social*, Québec (texte inédit).

SMEDLEY, B.D., et L.S. SYME. (2000) *Promoting Health, Interventions strategies from Social and Behavioral Research*, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington, D.C.

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC. (2004) *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2003-2004*, Tome 1, ch. 3.

WHITE, D., L. JOBIN, D. McCANN et P. MORIN. (2002) *Pour sortir des sentiers battus, L'action intersectorielle en santé mentale*, Québec, Les Publications du Québec.

WHITE, D. (2003) « L'action intersectorielle : pas seulement une affaire locale », dans la *Politique de la santé et du bien-être dix ans plus tard : dialogue avec le monde de la recherche*, Acfas 2002, Colloque organisé par le Conseil de la santé et du bien-être et le Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention.

WHITE, D., N. LEMIRE et T. PERRON. (2004) *Les déterminants sociaux de la santé : l'apport et la place des milieux de travail et scolaire*, Grasp, Université de Montréal (disponible sous peu)

WILKINSON, R., et M. MARMOT. (2003) *Social determinants of health, The solid facts*, World Health Organization, Copenhagen, 2nd Edition.

REMERCIEMENTS

Marc-André Maranda, Lyne Jobin, Mélanie Dionne, de la Direction de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux – rencontrés le 26 mai 2004.

Pierre Bergeron, Robert Jacob, Geneviève Lapointe, de l'Institut de la santé publique du Québec – rencontrés le 28 juin 2004.

Ces personnes, ardemment impliquées dans la mise en œuvre des nouvelles dispositions de la Loi sur la santé publique, m'ont très généreusement informé de leurs travaux.

Rainer Banken, de l'Agence d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé.

M. Banken est très impliqué dans la recherche sur les évaluations d'impact sur la santé. Son aide, elle aussi très généreuse, m'a été fort utile.

Guy Rocher, sociologue, chercheur au Centre de recherche en droit public, Université de Montréal.

M. Rocher, sociologue reconnu, a participé à une grande expérience de collaboration intersectorielle au sein de l'administration publique québécoise, au moment de l'élaboration de la politique culturelle de 1978. Je l'ai rencontré pour une entrevue le 10 juin 2004. Le plaisir de travailler est encore plus grand, quand on fait de telles rencontres.

Terrence Sullivan, vice-président au Preventive Oncology for Cancer Care Ontario.

M. Sullivan a été sous-ministre chargé de la mise en place du 'premier's Council on Health Strategy', qui a été suivi par le 'premier's Council on Health, Wellbeing, and Justice', auquel il a aussi été associé. Il m'a accordé une entrevue téléphonique le 18 juin 2004.