

L'évaluation d'impact sur la santé au Québec : lorsque la loi devient levier d'action¹

Par **France Gagnon**, professeure, Télé-université/Université du Québec à Montréal • gagnon.france@teluq.uqam.ca
Jean Turgeon, professeur, École nationale d'administration publique du Québec • jean.turgeon@enap.ca
et **Clémence Dallaire**², professeure, Faculté des Sciences infirmières, Université Laval • clemence.dallaire@fsi.ulaval.ca

En décembre 2001, le gouvernement du Québec a franchi un pas vers la reconnaissance de l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) en adoptant la Loi sur la santé publique (Québec, 2001). Cette dernière constitue une mise à jour de la loi antérieure sur la protection de la santé publique de 1972 (Québec, 1972). L'une des particularités de la Loi de 2001 est d'intégrer les différentes fonctions de santé publique, dont la prévention et la promotion de la santé. À cet effet, les articles 53 à 56 définissent les rôles du ministre de la Santé et des Services sociaux, des directeurs de santé publique et des établissements locaux.

L'article 54, entré en vigueur en juin 2002, confère au ministre le titre de : « [...] conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population [...] À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population » (L.R.Q. chapitre S-2.2).

Le second alinéa vise à faire en sorte que tout ministère ou organisme qui en est à l'étape de la formulation d'un projet de loi, de règlement ou toute autre mesure

évalue les impacts possibles de son action sur la santé des populations et consulte le ministre de la Santé et des Services sociaux si ces impacts s'avèrent significatifs.

Six ans après son adoption, que peut-on dégager de la mise en œuvre de cette mesure légale et notamment de ses implications dans le développement de l'EIS au Québec? L'objectif du présent article est d'examiner comment les impacts sur la santé et le bien-être sont pris en compte dans le processus décisionnel, ou plus précisément lors de la formulation et de l'adoption des politiques publiques³. Cette analyse s'inscrit dans une recherche axée sur la problématique des politiques favorables à la santé au Québec qui met de l'avant un cadre conceptuel (Gagnon, Turgeon et Dallaire, 2007) inspiré de l'*Advocacy Coalition Framework* de Sabatier et Jenkins-Smith (1999). Ce cadre vise à permettre une meilleure compréhension de la formulation et de l'adoption des politiques publiques en tenant compte d'une part, des dimensions institutionnelle, politique, normative et cognitive qui caractérisent le processus décisionnel de divers sous-systèmes relatifs à une thématique et d'autre part, des regroupements d'acteurs qui prennent position dans la sphère publique par rapport à un enjeu d'un sous-système donné. Un sous-système représente « le groupe de personnes et/ou d'organisations interagissant de manière régulière, sur des périodes supérieures ou égales à une décennie, dans le but d'influencer la formulation et la mise en œuvre de politique publique au sein d'un domaine ou d'une aire donnés » (Bergeron, Surel et Valluy, 1998,

¹ Recherche financée par le programme *Actions concertées – Concepts et méthodes pour l'analyse des actions gouvernementales* # 2005-SP 95622. Ce programme est une Action concertée du Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, du Fonds de recherche en santé du Québec et du ministère de la Santé et des Services sociaux.

² Les trois auteurs sont chercheurs au Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé (GÉPPS).

³ Le terme « politiques publiques » est utilisé dans son sens large et regroupe l'ensemble des différents instruments de gouverne, que ce soit par exemple une loi, un plan d'action, un programme ou une politique formelle.

p. 206). Dans la perspective de l'adoption de politiques publiques favorables à la santé, l'EIS devrait « idéalement » être prise en compte dans le processus décisionnel⁴.

Cet article présente essentiellement les résultats d'études de cas conduites dans quatre ministères du gouvernement du Québec, selon une approche collaborative de recherche. Ces études de cas ont été réalisées à l'automne 2005, au sein du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ), du ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP), de celui de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) et du ministère des Transports du Québec. Elles s'appuient sur une recherche documentaire effectuée dans chacun des ministères concernés⁵. Les cas à l'étude portent

sur des projets de loi, de règlement, de politique, de plan d'action ou encore sur des mesures telles que le code de gestion des pesticides ou l'utilisation du cinémomètre au Québec. L'objectif principal de ces études de cas est de reconstituer la dynamique décisionnelle du sous-système ayant mené à la formulation de solutions et à leur adoption par les acteurs gouvernementaux⁶.

Le tableau 1 présente les quatre cas retenus aux fins de cet article, ainsi que la période couverte par chacune de ces études, soit à compter du moment où le problème a été considéré par les acteurs gouvernementaux jusqu'à l'adoption de mesures pour le réguler. Tous ces dossiers étaient à l'étude au moment où l'article 54 est entré en vigueur en juin 2002.

TABLEAU 1 : LES CAS À L'ÉTUDE ET LA PÉRIODE COUVERTE

CAS À L'ÉTUDE	PÉRIODE COUVERTE
Loi sur l'aquaculture commerciale	1998 à 2004
Code de gestion des pesticides	1997 à mars 2003
Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale	1998 à 2004
Cinémomètre photographique	1999 à décembre 2007 ⁷

Dans les pages qui suivent, nous nous intéresserons d'abord au contexte institutionnel de mise en œuvre de l'article 54, c'est-à-dire aux actions et aux stratégies déployées par les acteurs de santé publique, porteurs de ce dossier (dimension institutionnelle). À cet effet, nous décrirons brièvement l'organisation du système de la santé au Québec afin d'y situer l'organisation de la santé publique. Par la suite, nous dégagerons

le point de vue des autres ministères sur le fait que les impacts sur la santé et le bien-être de leurs actions doivent être pris en compte de façon prospective, lors de la formulation de leurs politiques (dimension normative). Puis, nous porterons notre attention sur la dimension politique (les changements de gouvernement, de ministre, les prises de position partisane, etc.) afin d'observer si celle-ci influence la

⁴ Pour une présentation du cadre conceptuel en lien avec la problématique de l'EIS, voir Turgeon et autres (2005).

⁵ Les données recueillies proviennent de sources écrites telles que les documents de travail ministériels, les rapports, les comptes rendus de réunion, les articles de journaux, les mémoires déposés en commission parlementaire et d'autres sources documentaires publiques (livres verts, projets de loi, etc.).

⁶ Pour un résumé de ces études de cas, voir Gagnon et Turgeon (2007). Aussi accessible au www.gepps.enap.ca

⁷ Dans ce cas, comme le dossier était encore en cours après la collecte de données de l'automne 2005, la période couverte s'étend jusqu'en décembre 2007, alors qu'une loi intégrant le cinémomètre a été adoptée.

prise en considération de la santé et du bien-être lors de la formulation et de l'adoption de politiques. Enfin, la circulation des connaissances (dimension cognitive) à l'intérieur de l'appareil politico-administratif sera abordée, l'EIS nécessitant en premier la disponibilité de connaissances, puis leur appropriation par les responsables de la formulation des politiques publiques et enfin le transfert vers les politiciens qui, au moment de l'adoption des politiques publiques, décident ultimement de leur contenu.

Les résultats de l'analyse des dimensions institutionnelle, normative, politique et cognitive qui caractérisent le processus décisionnel de chacun des sous-systèmes à l'étude sont révélateurs des exigences et des défis que pose l'intégration de l'EIS à l'intérieur de l'appareil politico-administratif dans le contexte du Québec.

■ LA MISE EN ŒUVRE DE L'ARTICLE 54: LE CONTEXTE INSTITUTIONNEL

Au Québec, depuis les années 1970, la responsabilité de l'organisation des soins et des services de santé et des services sociaux incombe à un même ministère. Au cours des dernières décennies, le système de santé a fait l'objet de nombreuses transformations structurelles. La structure administrative du réseau de la santé et des services sociaux comprend trois paliers.

Au palier local, la création, en juin 2004, de 95 réseaux locaux de services à l'échelle du Québec a pour objectif de rapprocher les services de la population et de les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus⁸. Chacun de ces réseaux possède un centre de santé et de services sociaux (CSSS), nouvel établissement né de la fusion de centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans la majorité des cas (75 sur 95), d'un centre hospitalier. Le CSSS doit assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population du territoire local en appuyant son action

sur ses partenaires du réseau local de services⁹, avec qui il partage une responsabilité populationnelle. La responsabilité des CSSS étant, entre autres, de promouvoir la santé et le bien-être, ils sont concernés par les conséquences, possibles ou actuelles, des politiques publiques en gestation, adoptées ou mises en œuvre par les décideurs des différents paliers territoriaux.

La régionalisation du système sociosanitaire a débuté en 1971, avec la création des conseils régionaux de santé et de services sociaux (L'Observatoire de l'administration publique, Turgeon et Gagnon, 2006¹⁰), transformés depuis en régie régionale (1991) et en agence régionale (2004) dont la mission est l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la région. Le palier régional comprend quinze agences de la santé et des services sociaux, deux conseils régionaux et une régie régionale qui sont responsables de la planification régionale, de la gestion des ressources et de l'allocation budgétaire aux établissements. Chacun de ces organismes possède une Direction régionale de santé publique dont le rôle s'inscrit dans la mission de l'agence.

Dans sa région, le directeur de la Direction régionale de santé publique est responsable¹¹ :

- d'informer la population de l'état de santé général des individus qui la composent, des problèmes de santé prioritaires, des difficultés rencontrées par les 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, de conduire des études ou des recherches nécessaires à cette fin ;
- d'identifier les situations susceptibles de mettre en danger la santé de la population et de présider à la mise en place des mesures nécessaires à sa protection ;
- d'assurer une expertise en prévention et en promotion de la santé et de conseiller la régie régionale sur

⁸ Information tirée du site du ministère de la Santé et des Services sociaux au : <http://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/rls/>

⁹ Ces partenaires sont : les cliniques médicales, les groupes de médecine de famille, les centres hospitaliers universitaires, les centres Jeunesse, les centres de réadaptation, les organismes communautaires, les entreprises de l'économie sociale œuvrant dans ces secteurs, etc.

¹⁰ L'information sur l'organisation du système de santé est extraite de ce document.

¹¹ Information tirée du site de l'Agence de santé de la Capitale-Nationale : http://www.dspq.qc.ca/SP_mission.html

les services préventifs utiles à la réduction de la mortalité et de la morbidité évitable;

- de recenser les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir les maladies, les traumatismes ou les problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population et, lorsqu'il le juge approprié, de prendre les mesures qu'il estime nécessaires pour favoriser cette action.

Enfin, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) alloue les ressources budgétaires, assume les fonctions stratégiques et l'évaluation. Au palier provincial, l'organisation de la santé publique est intégrée formellement au MSSS depuis les années 1990 et dispose de plusieurs outils de gouverne (lois, programmes, instances diverses). Ainsi, depuis 1993, le MSSS comprend une Direction générale de santé publique (DGSP), ayant à sa tête un sous-ministre adjoint. En 2001, toujours dans le cadre de la Loi sur la santé publique, un poste de directeur national de santé publique a été créé. Celui-ci assume à la fois une responsabilité administrative par son rôle de sous-ministre adjoint et une responsabilité professionnelle, par son rôle de directeur national.

Par ailleurs, en 1998, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a vu le jour. Son rôle est de soutenir le MSSS et les agences régionales en matière de santé publique. Sa mission consiste notamment « à contribuer au développement, à la mise à jour, à la diffusion et à la mise en application des connaissances dans le domaine de la santé publique et à informer le ministre des impacts des politiques publiques sur la santé et le bien-être de la population du Québec » (Québec, 1998). Il existe une entente formelle entre le MSSS et l'INSPQ quant aux activités de développement et de transfert des connaissances à réaliser en vue de soutenir l'application de l'article 54. Depuis 2005, l'Institut héberge le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé subventionné par l'Agence de santé publique du Canada.

Au MSSS, la mise en œuvre de l'article 54 relève du Service des orientations en santé publique de la Direction du programme de santé publique de la DGSP (MSSS, 2007b). Depuis 2002, cette direction

s'appuie sur une stratégie à deux volets : la mise en place d'un mécanisme intragouvernemental d'EIS (volet I) et le développement et le transfert de connaissances relatives aux politiques publiques favorables à la santé (volet II).

Volet I : mise en place d'un mécanisme intragouvernemental d'évaluation d'impact sur la santé

Différentes initiatives ont été prises en ce sens. Ainsi, la DGSP a érigé un comité de répondants ministériels afin de sensibiliser les autres ministères à la mise en œuvre de l'article 54. Selon des renseignements recueillis auprès de la DGSP, des représentants de la quasi-totalité des ministères y participent (16/19), à l'exception des ministères des Finances, du Revenu et des Relations internationales qui se jugent moins interpellés par l'article 54 et choisissent de laisser leur siège vacant (Bourgault et Dupuis, 2007).

Un répondant a été nommé au sein de chaque ministère où les études de cas ont été menées. La recherche documentaire de l'automne 2005, qui a eu lieu dans les ministères, a permis d'observer un certain roulement des représentants. Par ailleurs, dans un seul cas, soit celui de la Loi sur l'aquaculture commerciale, le répondant ministériel de l'article 54 au MAPAQ a été à l'origine de l'intervention du MSSS dans le dossier à l'étude. Pour les autres cas, aucune intervention directe du répondant de l'article 54 dans le dossier à l'étude n'a été relevée.

Depuis décembre 2004, un bulletin d'information sur l'article 54 de la Loi sur la santé publique est diffusé à l'intention du réseau de répondants. Un guide pratique d'EIS a également été publié en décembre 2006 afin de soutenir les personnes chargées d'élaborer les projets de loi et de règlement et d'en analyser l'impact sur la santé (MSSS, 2006). Ce guide présente l'information de base nécessaire sur l'EIS et comporte des grilles d'évaluation d'impact sur la santé pour le dépistage des impacts potentiels, ainsi que pour le cadrage et l'analyse sommaire¹². Cette évaluation se veut davantage stratégique au sens où elle met l'accent sur le dépistage et l'analyse sommaire et permet ainsi un repérage des impacts potentiels. L'utilisation

¹² Voir les annexes A et B du Guide, accessible au www.msss.gouv.qc.ca

de ces outils se fait sur une base volontaire. Le MSSS (2007a) a aussi fait paraître un document de sensibilisation sur les déterminants de la santé ayant des impacts sur la santé et le bien-être, à l'intention des ministères et des organismes, des municipalités et des organismes communautaires.

Selon les données disponibles et les observations des personnes impliquées dans la mise en œuvre de l'article 54¹³, il y a une sensibilisation accrue et une appropriation de plus en plus grande du processus par les ministères et les organismes. Les demandes concernent d'autres mesures que celles prévues par les lois et les règlements (comme le prescrit l'article 54). Toutefois, il est possible que certains projets de loi ou de règlement n'aient pas fait l'objet d'une EIS avant d'être déposés au Secrétariat général du Conseil exécutif (SGCE). La participation à l'implantation de l'EIS demeure faible surtout pour les ministères et organismes à vocation économique.

Par ailleurs, plusieurs demandes reçues par le MSSS proviennent du Comité ministériel du développement social, éducatif et culturel du Secrétariat des comités ministériels de coordination du ministère du Conseil exécutif¹⁴, c'est-à-dire que le mémoire sur l'action envisagée a été rédigé par le ministère ou l'organisme concerné et déposé auprès du SGCE, qui a jugé nécessaire d'en saisir le MSSS. Par conséquent, ce dernier doit répondre dans des délais très courts. Dans ce contexte, l'analyse d'impact risque d'être moins approfondie. De leur côté, les ministères et les organismes hésitent à apporter des modifications à leurs projets de loi ou de règlement à un stade avancé du processus décisionnel. Afin d'éviter le dédoublement des démarches entre les ministères (ministère du Conseil exécutif, MSSS et ministères et organismes), il est désormais suggéré aux ministères et aux organismes de préciser si une EIS a été réalisée et acheminée au MSSS dès qu'un mémoire est déposé¹⁵.

La figure qui suit donne un aperçu des interactions entre les acteurs institutionnels en ce qui concerne la production d'avis dans le cadre de l'article 54. Comme elle l'illustre, le ministre de la Santé et des Services sociaux dispose d'un pouvoir d'initiative lui permettant d'émettre des avis, y compris sur les projets des autres ministères ou organismes. Toujours en vertu de l'article 54, ceux-ci doivent consulter le ministre, ou demander assistance à la DGSP, qui à son tour peut faire appel à l'expertise de l'INSPQ, lequel regroupe des experts de santé publique de divers domaines.

Formellement, le SGCE joue un rôle stratégique dans la mise en œuvre de l'article 54, car il représente un lieu de coordination des objectifs poursuivis et des actions entreprises par le gouvernement. Le défi consiste à faire en sorte que la prise en compte des impacts sur la santé devienne une préoccupation de l'ensemble des acteurs gouvernementaux plutôt qu'une cause souvent portée par les seuls acteurs de santé publique.

Volet II : développement et transfert de connaissances

Afin de répondre aux exigences du 1^{er} alinéa de l'article 54, la DGSP s'appuie sur l'expertise de l'INSPQ pour la production d'avis « pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état et de bien-être de la population ». Conformément à l'entente entre le MSSS et l'Institut, ce dernier a produit et livré au ministre de la Santé quatre rapports fondés sur des connaissances scientifiques, dont deux synthèses de connaissances sur la conciliation travail-famille et la vitesse au volant et deux avis sur la ventilation des bâtiments d'habitation et l'utilisation du cellulaire au volant. Trois de ces rapports ont été présentés lors de consultations publiques ou de commissions parlementaires et ont

¹³ Données obtenues auprès du Service des orientations en santé publique, DGSP, janvier 2008.

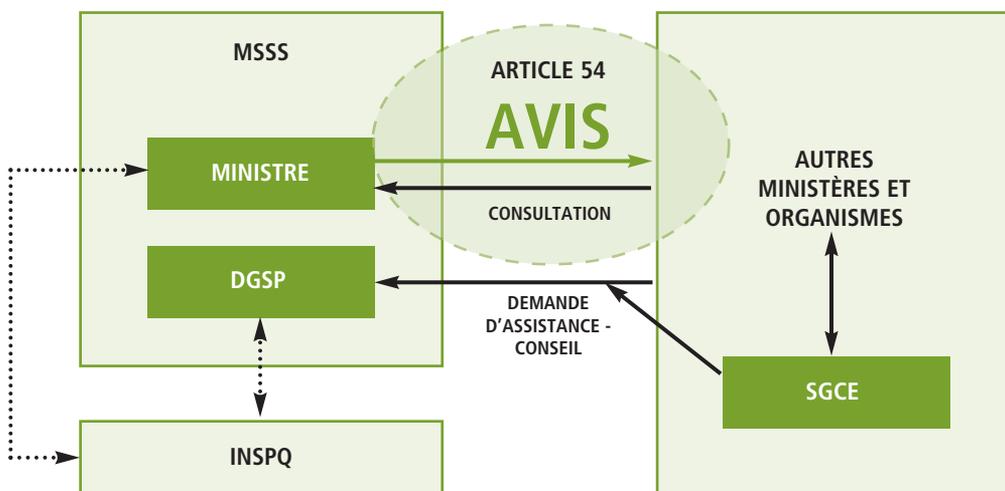
¹⁴ Au besoin, voir l'organigramme du ministère du Conseil exécutif au : http://www.mce.gouv.qc.ca/publications/organigramme_mce.pdf

¹⁵ Dans la procédure administrative, selon le formulaire existant, les ministères et organismes doivent mentionner si leur projet a des incidences territoriales sur les régions, la métropole (Montréal) ou la capitale (Québec), ainsi que sur les jeunes. Dans la section « Consultations entre les ministères », il doit être précisé si les mesures proposées affectent d'autres ministères ou organismes du gouvernement ou si elles ont des effets particuliers sur la condition féminine ou l'accès à l'information. La santé n'apparaît pas explicitement dans cette liste. Cependant, certains ministères et organismes tendent à mentionner systématiquement, dans la section « Consultations entre les ministères », s'ils ont mené une EIS.

alimenté les travaux législatifs menés sur différentes questions (MSSS, 2007b). L'Institut est également mis à contribution par le MSSS afin de répondre aux

demandes des ministères (ou du SGCE) par rapport à l'EIS des mesures qu'ils envisagent (2^e alinéa de l'article 54).

LA PRODUCTION D'AVIS DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 54 DE LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE



De plus, la DGSP finance la recherche pour accroître l'expertise, soutenir le développement d'outils pour l'EIS et leur transfert vers les usagers potentiels. Le MSSS s'est donc associé à des organismes subventionnaires tels que le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture et le Fonds de la recherche en santé du Québec afin de contribuer au programme des Actions concertées. Ce programme permet au MSSS de lancer des appels d'offres à la communauté scientifique sur des thématiques qu'il a ciblées. Plusieurs scénarios sont possibles. L'appel d'offres peut viser l'évaluation d'un programme en particulier, la recherche sur une problématique donnée ou encore le développement de programmations de recherche, y compris la structuration d'équipe. Dans le contexte de cette stratégie, l'un des appels d'offres intitulé *Concepts et méthodes pour l'analyse des actions gouvernementales ayant un impact sur la santé et le bien-être des populations* vise à favoriser une meilleure

compréhension de l'élaboration des politiques favorables à la santé¹⁶.

Ainsi avons-nous un aperçu du contexte institutionnel dans lequel l'article 54 est mis en œuvre et des moyens utilisés par les responsables de ce dossier au MSSS pour en favoriser l'application. Les études de cas effectuées présentent la réalité sous un autre angle : comment la prise en compte de la santé et du bien-être est-elle perçue par les autres ministères visés par cette mesure légale? Comment les différentes dimensions politique et cognitive influent-elles sur la formulation et l'adoption de leur projet de loi ou de règlement, leur politique ou leur plan d'action? Quelle attention est alors portée à l'EIS à travers ce processus? Les prochaines sections s'attachent à répondre à ces questions.

¹⁶ Le GÉPPS est financé par ce programme. Pour une description de sa programmation de recherche, voir : www.gepps.enap.ca

■ LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE COMME NORMES : LES POINTS DE VUE DES AUTRES MINISTÈRES

Des études réalisées au sein des fonctions publiques canadienne et québécoise (Lavis et autres, 2003; L'Observatoire de l'administration publique, 2003) ont fait ressortir l'écart entre les ministères à vocation économique et ceux à vocation sociale en ce qui a trait à la sensibilisation de l'impact possible de leurs actions sur la santé et le bien-être des populations. Ainsi, du côté des ministères à vocation économique, on semble estimer que la question des liens entre leurs actions et l'impact sur la santé et le bien-être des populations n'est pas de leur ressort. Elle concernerait plutôt... les autres ministères, dont au premier chef le MSSS.

Les résultats des études de cas que nous avons conduites au sein de divers ministères tendent à confirmer ce constat, mais exigent d'être nuancés. Il apparaît en effet que chaque ministère envisage le problème à l'étude d'abord et avant tout à travers sa propre mission. Les impacts sur la santé sont abordés dans la mesure où ils rejoignent la vision institutionnelle ministérielle. De plus, dans un sous-système relatif à un domaine d'intervention, il y a le plus souvent confrontation non seulement entre différentes visions du problème, mais surtout par rapport aux solutions envisagées. Ces visions sont portées par différents acteurs ministériels, mais aussi par des experts à l'extérieur des ministères et des intervenants de la société civile. Une analyse plus fine de la dynamique des sous-systèmes permet de constater que dans chacun des cas, les visions du problème et de la solution potentielle peuvent être de nature sanitaire, mais également économique, environnementale, sécuritaire ou administrative.

Au ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec

Ainsi, la mission du MAPAQ est « d'influencer et de soutenir l'essor de l'industrie bioalimentaire québécoise

dans une perspective de développement durable » (MAPAQ 2005, cité dans Michaud et Turgeon, 2007, p. 1). Certaines directions du Ministère sont donc préoccupées par l'aspect économique des activités agricoles ou aquacoles. Par contre, une autre direction est responsable de la surveillance des aliments afin de s'assurer de leur innocuité. Il semble que des directions au sein d'un même ministère n'ont pas nécessairement la même perception de l'importance du rôle de leur ministère par rapport à la santé des populations et cette perception n'est pas essentiellement la même que celle des acteurs de santé publique.

Dans le cas de la Loi sur l'aquaculture commerciale, trois visions différentes du problème et des solutions possibles s'affrontent : l'une économique valorisant le développement de l'aquaculture, voire le développement régional, l'autre environnementale préconisant la sauvegarde des écosystèmes et de la biodiversité et enfin une troisième vision relative à la protection et à la promotion de la santé revendiquant l'établissement d'une réglementation rigoureuse au chapitre de l'utilisation de médicaments et d'additifs, ainsi que de l'introduction dans la loi de l'obligation sur la teneur en oméga-3 dans le poisson d'élevage destiné à la consommation humaine.

Le MAPAQ s'appliquera à s'assurer que les produits de l'aquaculture sont exempts de risque pour la santé humaine sans pour autant introduire dans la loi une obligation sur la teneur en oméga-3 pour les producteurs. Les effets socioéconomiques liés au développement de ce secteur constituent un enjeu de premier ordre pour un certain nombre d'acteurs ministériels, mais aussi pour d'autres acteurs concernés par la production aquacole. Comme le mentionne un acteur clef (n° 9) : « C'est vraiment une question de développement économique et de droit de produire et uniquement ça. » Des répondants favorables à l'adoption de la Loi sur l'aquaculture commerciale s'inquiétaient de l'application possible du principe d'« écoconditionnalité¹⁷ » qui, finalement, ne se retrouvera pas dans la loi. Pour répondre aux préoccupations d'ordre environnemental et à celles

¹⁷ Ce principe consiste à lier l'aide financière gouvernementale à l'atteinte d'objectifs environnementaux. Ainsi, les producteurs doivent respecter les dispositions de la législation et de la réglementation environnementales pour recevoir l'aide financière du gouvernement. Il s'agit d'un instrument qui vise à assurer la cohérence des actions gouvernementales en matière d'économie et d'environnement, à garantir une saine gestion des fonds publics et à encourager la protection de l'environnement dans une perspective de développement durable (Michaud et Turgeon, 2007, p. 3).

liées à la protection et à la promotion de la santé, le préambule de la loi précise : « Ces activités s'exercent dans le respect de la santé et de la sécurité du public, de l'environnement et de la faune » (Québec 2003a).

Au ministère des Transports

Au sein du ministère des Transports du Québec, la santé est surtout associée à la sécurité routière. Le Ministère s'implique annuellement dans des activités de promotion de la sécurité routière. Sa mission est « d'assurer sur tout le territoire du Québec, la mobilité des personnes et des marchandises par des systèmes de transport efficaces et sécuritaires qui contribuent au développement durable du Québec » (ministère des Transports du Québec 1999, cité dans Gagnon, Michaud et Turcotte, 2007, p. 93). Ce qui se traduit, entre autres, en termes de fluidité de la circulation.

Le cas du cinémomètre photographique¹⁸ montre bien toutefois que divers autres enjeux se greffent autour de cette préoccupation et qu'au-delà des données chiffrées du bilan routier et des effets de la vitesse sur les routes, d'autres considérations prévalent. À plusieurs reprises au Québec et dès les années 1970, le cinémomètre photographique a été envisagé comme une solution potentielle à la gestion de la vitesse sur la route. À la fin des années 1990, la proposition de recourir au cinémomètre est de nouveau mise de l'avant. Elle fait partie des cinq mesures proposées par le ministre des Transports dans le livre vert sur la sécurité routière (ministère des Transports du Québec, 1999). En février et en mars 2000 s'est tenue une commission parlementaire à ce propos. L'INSPQ a adopté une position favorable à l'utilisation de cet outil. Le cinémomètre a été retenu comme une piste d'action dans la Politique de sécurité routière dans les transports, 2001-2005.

En mai 2001, le ministre des Transports a déposé un projet de loi (n° 17) visant à modifier le Code de la sécurité routière et le Code de procédure pénale afin de permettre l'utilisation de cinémomètres à des endroits déterminés. Des consultations particulières ont été menées. Une dizaine d'associations et

d'organismes ont été invités à se prononcer sur ce projet de loi. Une absence de consensus ressort de ces consultations. Le Ministre a alors suggéré de limiter l'expérience dans le temps, de réduire le nombre de cinémomètres qui seraient installés et d'établir des critères de sélection des sites. Ces éléments n'ont pas suffi à convaincre les opposants de la pertinence du projet. En octobre 2001, le Ministre retirait son projet de loi.

En mars 2003, à la suggestion de la Société d'assurance automobile du Québec, une table de concertation sur la gestion de la vitesse a été mise en place. Cette table réunit des experts de divers ministères et organismes. De nouveau, le cinémomètre est évoqué comme solution. En octobre 2005, le projet d'installer des cinémomètres photographiques réapparaît comme hypothèse de travail (Gagnon, Michaud et Turcotte, 2007, p. 96). Deux mois plus tard, en prévision de la révision de la Politique de la sécurité routière, un comité de travail voit le jour : la Table québécoise de la sécurité routière. En mars 2006, une commission sur la sécurité routière est tenue et à l'automne 2006, le ministre des Transports réitère sa volonté de déposer une politique de sécurité routière incluant le cinémomètre comme moyen de réguler la vitesse sur les routes.

Deux visions s'affrontent alors par rapport à cette solution proposée pour gérer la vitesse sur les routes et améliorer le bilan routier. Les participants favorables à l'utilisation du cinémomètre s'appuient sur l'efficacité démontrée de l'appareil pour améliorer le bilan routier dans plusieurs pays, et ce, dès la fin des années 1990 (Groupe de recherche en sécurité routière, 1998). Ceux qui s'y opposent font valoir le caractère automatique de ce moyen de contrôle, les difficultés administratives et éthiques que soulève son usage. Pour leur part, les acteurs de santé publique se montrent favorables à son utilisation.

Finalement, en novembre 2007, le ministre des Transports a déposé un projet de loi modifiant le Code de la sécurité routière et le règlement sur les points d'inaptitude (Québec, 2007) qui inclut la mise en œuvre de projets pilotes pour tester l'utilisation du cinémomètre. Le 19 décembre 2007, ce projet de

¹⁸ Un cinémomètre photographique est un appareil constitué d'un radar à effet *Doppler* et d'un appareil photographique 35 mm contrôlé par ordinateur. Cet appareil est communément appelé un photoradar.

loi a été adopté par l'Assemblée nationale, près d'une dizaine d'années après qu'il eut été proposé dans un livre vert.

Au ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs

En ce qui a trait au MDDEP, sa mission est « d'assurer la protection de l'environnement et des écosystèmes naturels pour contribuer au bien-être des générations actuelles et futures » (MDDEP 2005, cité dans Turgeon et Talbot, 2007, p. 25). L'environnement physique est un déterminant de la santé et ce ministère a déjà une longue tradition d'évaluation d'impact environnemental. Dans le cas du Code de gestion des pesticides (Québec, 2003b), il est possible de cibler dans le sous-système de la gestion des pesticides au Québec une confrontation entre deux visions, l'une axée sur le bannissement des pesticides et l'autre sur la lutte antiparasitaire intégrée.

Pour les groupes environnementaux qui préconisent le bannissement des pesticides en milieu urbain, l'information disponible concernant les effets possibles sur la santé de certains produits couramment utilisés en entretien paysager incite à la prudence. Selon eux, les données actuelles et les éléments moins connus justifient l'application du principe de précaution. À l'opposé, les partisans de la lutte antiparasitaire intégrée (la majorité des fabricants et des distributeurs de pesticides, de même que les entreprises d'entretien des espaces verts) favorisent l'éducation et la sensibilisation de la population. Pour réduire l'usage des pesticides, ils recommandent la lutte antiparasitaire intégrée, méthode visant à utiliser les pesticides en dernier recours. Pour eux, le gouvernement québécois doit respecter le système d'homologation canadien.

La préoccupation pour la santé publique était très présente dans ce cas et soutenue par le ministre qui était intervenu en 2001 auprès du Conseil canadien des ministres de l'environnement contre l'utilisation des pesticides à des fins esthétiques. Cette même année, le ministre établissait un groupe de réflexion sur les pesticides en milieu urbain. Pour l'INSPQ, il y avait alors de nombreuses incertitudes sur les risques réels concernant certains pesticides utilisés en milieu urbain et suffisamment d'éléments pour préconiser l'application du principe de précaution. Cependant,

l'INSPQ suggérait plutôt des activités de sensibilisation auprès de la population, de façon à intervenir progressivement pour interdire l'utilisation des pesticides. Cette dernière position rejoint l'optique de la lutte antiparasitaire intégrée.

Dans ce cas-ci, la solution retenue ira plus loin que celle préconisée officiellement par les acteurs de santé publique. L'adoption du Code de gestion des pesticides marque l'interdiction d'appliquer sur les pelouses des terrains publics, parapublics et municipaux, à la fois des pesticides sur lesquels des données scientifiques reconnaissent des effets nocifs pour la santé de la population et d'autres pesticides dont on ne peut établir aussi clairement la nocivité. Le Québec adopte alors les plus hauts standards en la matière en Amérique du Nord, en s'appuyant sur le principe de précaution.

Au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

Enfin, la mission du MESS est de « contribuer au développement socioéconomique du Québec en favorisant le plein épanouissement des personnes par la promotion de l'emploi et le soutien aux personnes démunies » (MESS 2004, cité dans Michaud, Gagnon et Gauthier 2007, p. 63). Paradoxalement, alors que plusieurs acteurs évoquent les impacts négatifs de la pauvreté sur la santé et le bien-être, les mesures contenues dans le Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale adopté en avril 2004 n'ont pas fait l'objet d'une évaluation explicite d'impact sur la santé et le bien-être. S'agissant de ce plan d'action, rappelons que la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale adoptée en décembre 2002 (loi 112) (Québec, 2002) contenait l'obligation, pour le gouvernement, d'adopter un tel plan.

Deux visions des solutions potentielles sont mises de l'avant et proposent des voies différentes. L'une favorise l'intégration au travail afin d'éviter le piège de la pauvreté, l'autre souhaite prévenir la détresse économique et dénonce le modèle économique qui engendre des inégalités sociales. Selon la première vision, il faut miser sur l'insertion la plus rapide à l'emploi, ce qui permet de diminuer les dépenses gouvernementales en matière de sécurité sociale.

Les défenseurs de cette vision sont des responsables du MESS et des représentants du secteur économique, dont la Chambre de commerce du Québec, le Conseil du patronat du Québec et l'Association des économistes du Québec. Pour les tenants de la seconde vision, il faut miser sur le rôle de redistribution de l'État pour améliorer la richesse collective. Cette position est défendue par le Collectif pour un Québec sans pauvreté, par une équipe universitaire de chercheurs et par divers organismes gouvernementaux tels que le Conseil de la santé et du bien-être, le Conseil permanent de la jeunesse, des intervenants du secteur de la santé, des associations syndicales et la Conférence religieuse canadienne.

Différents éléments doivent être soulignés. L'adoption de la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale a été précédée en juin 2002 d'une stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale intitulée *La volonté d'agir, la force de réussir* (MESS, 2002). Comme l'ont précisé divers auteurs (Dufour, 2004; Noël, 2002; Ulysse et Lesemann, 2004), cette dernière est le résultat d'une mobilisation importante d'acteurs de la société civile regroupés sous le Collectif pour une loi sur l'élimination de la pauvreté. Ce collectif a effectivement déposé auprès du ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale un projet de loi visant à s'attaquer à la pauvreté. Quant à la loi adoptée en décembre 2002, elle contient une clause d'impact largement inspirée de l'article 54, mais qui touche les effets des actions gouvernementales sur la pauvreté et l'exclusion sociale¹⁹. Enfin, lors de l'émergence du problème au sein du MESS, la présence de divers acteurs ayant œuvré au sein du MSSS et par conséquent sensibilisés aux effets de la pauvreté sur la santé et le bien-être est un élément à considérer dans la dynamique de ce sous-système.

Ainsi, bien que l'article 54 fut en vigueur au moment du « déroulement » de chacun de ces dossiers, il n'y eut aucune évaluation approfondie d'impact sur la santé et le bien-être. Selon l'information obtenue, un seul répondant ministériel de l'article 54 est intervenu pour manifester ses préoccupations pour la santé. Par ailleurs, les acteurs de santé publique, notamment

des agents de l'INSPQ, sont intervenus dans deux cas de façon à favoriser la prise en compte de la santé.

Dans trois cas sur quatre, les contradicteurs sur la lecture du problème et des solutions proposées opposent souvent des arguments d'ordre économique à des arguments d'ordre environnemental ou liés à la justice sociale. Si l'économie repose sur la logique de la productivité et de la rentabilité, ne prend-elle pas en effet en considération la santé économique de la société et par conséquent de la population si l'on tient compte de l'importance du revenu comme déterminant? L'analyse des divers sous-systèmes à l'œuvre fait ressortir que la dynamique est plus complexe que l'opposition entre une vision économique portée par des acteurs des ministères à vocation économique et une vision sociale portée par les acteurs des ministères à vocation sociale.

D'une part, lors de la formulation des politiques, différentes visions des solutions possibles peuvent ressortir au sein d'un même ministère. D'autre part, les acteurs de la société civile peuvent influencer sur les solutions adoptées pour réguler un problème et dans certains cas, ils sont porteurs d'une solution. Pour mieux cerner ce qui agit sur le fait que la santé et le bien-être soient pris en compte lors de la formulation de politiques, deux autres dimensions retiendront notre attention: la dimension politique au sens des changements gouvernementaux, ministériels et des positions partisanes et la dimension cognitive, c'est-à-dire la disponibilité et l'utilisation des connaissances servant à documenter l'impact « significatif » sur la santé et le bien-être et la transmission de ces connaissances aux décideurs.

■ LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE : LES POINTS DE VUE DE LA POLITIQUE

La Loi sur la santé publique a été adoptée en décembre 2001 lors d'un mandat gouvernemental du Parti Québécois. Le tableau 2 présente les changements de gouvernement survenus au cours de la période couverte par les quatre cas à l'étude, ainsi que les

¹⁹ L'article 19 de cette loi confère au ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale un rôle de conseiller du gouvernement sur toute question relative à la pauvreté et à l'exclusion sociale. L'article 20 traite des impacts directs et significatifs sur le revenu des personnes ou des familles que pourraient avoir les propositions de nature législative mises de l'avant par chaque ministre.

changements ministériels pour chacun des cas. De 1997 à avril 2003, le gouvernement a été formé par le Parti Québécois et d'avril 2003 à décembre 2007 par le Parti libéral du Québec. Au total, durant cette période, trois premiers ministres se sont succédé, deux issus du Parti Québécois et un de la majorité libérale. Ce même tableau illustre bien le nombre relativement important de changements ministériels dans chacun des dossiers à l'étude. Dans deux cas sur quatre, trois ministres différents se sont remplacés alors que le dossier était en cours et dans les deux autres cas, cinq et même six ministres différents ont occupé le poste.

Un changement de parti à la tête du gouvernement, de même qu'au sein d'un ministère ne signifie pas nécessairement un changement d'orientation pour un dossier en cours. La Loi sur l'aquaculture commerciale

adoptée en décembre 2003 par le gouvernement libéral élu en avril 2003 a été rédigée sous le gouvernement du Parti Québécois. Par contre, ce même gouvernement reportera le dépôt du Plan d'action en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale à l'automne suivant, alors que le gouvernement du Parti Québécois en avait déjà élaboré une version (Michaud, Gagnon et Gauthier, 2007, p. 65). De l'automne 2003 à l'hiver 2004, trois versions du plan d'action ont circulé. Le gouvernement faisait face au dilemme suivant : comment annoncer à la fois des baisses d'impôts et des investissements dans des mesures sociales? La solution retenue sera de soutenir financièrement les ménages à faible revenu par le truchement de mesures fiscales. Le ministère des Finances est intervenu lors de la formulation de la dernière version de ce plan d'action gouvernemental.

TABLEAU 2 : LES CHANGEMENTS GOUVERNEMENTAUX ET MINISTÉRIELS

CAS À L'ÉTUDE – 1997 À 2007	CHANGEMENTS GOUVERNEMENTAUX
	<p>Trois élections : 1994 : victoire du Parti Québécois (PQ) Novembre 1998 : victoire du Parti Québécois Avril 2003 : victoire du Parti libéral du Québec (PLQ)</p> <p>Deux premiers ministres sous le gouvernement du Parti Québécois : 1996 à 2001 : Lucien Bouchard mars 2001 à 2003 : Bernard Landry</p> <p>Un premier ministre sous le gouvernement libéral : Avril 2003 à avril 2007* : Jean Charest</p>
	CHANGEMENTS MINISTÉRIELS
Loi sur l'aquaculture commerciale 1998 à 2004	- Dossier porté par trois ministres : M1/PQ : décembre 1998 à mars 2001 M2/PQ : mars 2001 à avril 2003 M3/PLQ : mai 2003 à septembre 2004
Code de gestion des pesticides 1997 à mars 2003	- Dossier porté par trois ministres : M1/PQ : janvier 1996 à août 1997 M2/PQ : août 1997 à mars 2001 M3/PQ : mars 2001 à avril 2003
Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 1998 à 2004	- Dossier porté par cinq ministres : M1/PQ : janvier 1996 à décembre 1998 M2/PQ : décembre 1998 à mars 2001 M3/PQ : mars 2001 à janvier 2002 M4/PLQ : janvier 2002 à avril 2003 M5/PLQ : avril 2003 à février 2005
Cinémomètre photographique 1999 à décembre 2007	- Dossier porté par six ministres : M1/PQ : janvier 1996 à décembre 1998 M2/PQ : décembre 1998 à janvier 2002 M3/PQ : février 2002 à mars 2003 M4/PLQ : avril 2003 à février 2005 M5/PLQ : février 2005 à avril 2007 M6/PLQ : avril 2007 à...

* Au moment de l'impression, en juin 2008, le gouvernement de Jean Charest est toujours au pouvoir [NDLR].

Dans certains cas, un changement ministériel sous un même gouvernement marque un avancement du dossier. Ainsi, dès les premiers jours de son entrée en fonction en mars 2001, le premier ministre Bernard Landry a annoncé que la lutte contre la pauvreté figurait parmi ses priorités, quand son prédécesseur, issu du même parti, s'était montré réticent à s'engager sur cette voie. Dans un autre cas de figure, pendant plusieurs années, ni les changements de gouvernement, ni les changements ministériels ne sont venus infirmer la décision de ne pas adopter le cinémomètre pour réguler le problème de la vitesse.

Le rôle du ministre, et de son entourage, aura été déterminant dans certains dossiers. Il en est ainsi de la prise en compte du problème de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale au sein du MESS. Plusieurs responsables en place dont le ministre, le sous-ministre et une professionnelle avaient déjà travaillé au MSSS et ils étaient, dans les faits, sensibilisés à l'impact de la pauvreté sur la santé et le bien-être. Dans le cas du Code de gestion des pesticides, l'intérêt du ministre en poste aurait également contribué à l'avancement du dossier.

En outre, le recours à la consultation (commission parlementaire ou consultation particulière) peut être une voie suivie pour faire valider une orientation souhaitée, qu'elle soit favorable ou non à la santé et au bien-être. Le cheminement du dossier du cinémomètre est, d'une certaine façon, exemplaire par le nombre de consultations et de mécanismes de concertation auquel il a donné lieu. Dans ce cas, l'expérimentation de projets pilotes sera en 2007 la voie privilégiée pour faire adopter la solution du cinémomètre. Soulignons qu'au Canada, le retrait du cinémomètre a fait l'objet de promesses électorales qui ont été tenues en Ontario en 1995 et en Colombie-Britannique en 2001 (Gagnon, Michaud et Turcotte, 2007, p. 101).

Ainsi, les élus demeurent attentifs aux réactions que peuvent susciter les solutions envisagées au sein de groupes sociaux. La divulgation dans la presse écrite de la première version du Plan d'action gouvernemental pour lutter contre la pauvreté et l'exclusion

sociale illustre cette sensibilité des élus. Quoi qu'il en soit, depuis l'adoption de l'article 54, aucun des deux gouvernements au pouvoir n'a donné un signal clair voulant que le respect et l'application en bonne et due forme de cet article soient pour lui une priorité.

Une dernière dimension doit être considérée, à savoir le rôle des connaissances dans l'EIS et plus largement dans le processus décisionnel. Si, à l'instar de divers auteurs (Cole et Fielding, 2007; Davenport, Mathers et Parry, 2006; Kemm, 2005), on prévoit que l'EIS influera sur la prise de décision, comment, dans le contexte de l'appareil politico-administratif du Québec, cette influence peut-elle effectivement se manifester et comment établir des liens entre la disponibilité de connaissances, leur utilisation et les décisions prises?

■ LA CIRCULATION DES CONNAISSANCES DANS L'APPAREIL POLITICO-ADMINISTRATIF²⁰

Précisons tout d'abord qu'aux fins des études de cas, nous nous sommes intéressés aux « connaissances utilisées » relatives aux impacts sur la santé et le bien-être par les divers acteurs lors de la formulation de la politique concernée. Cela afin d'examiner sur quelles connaissances étaient prises les décisions. Ainsi, on peut considérer l'EIS comme une source de connaissances susceptible d'influer sur le processus décisionnel.

Une question demeure: de quelles connaissances parle-t-on? Celles d'ordre général relatives aux liens entre les déterminants et la santé des populations davantage connues par les acteurs de santé publique? Des statistiques dont disposent les professionnels des ministères sur une problématique donnée? Des résultats des recherches publiées dans les revues scientifiques? Des prises de position des différents acteurs ayant présenté des mémoires en commission parlementaire? Des rapports de groupes de réflexion créés à l'initiative d'un ministre? Des résultats d'une consultation ministérielle sur un projet de loi? Ou bien seules les données probantes devraient-elles être prises en compte?

²⁰ Il existe une littérature importante sur le transfert de connaissances. Notre objectif est ici de rendre compte du rapport aux connaissances de ceux qui font et qui décident des politiques dans les cas à l'étude. Nous utiliserons le terme générique de circulation des connaissances pour désigner les différentes phases de l'accessibilité aux connaissances au sein de l'appareil politico-administratif, de l'utilisation de ces connaissances par ceux qui font les politiques et du transfert de connaissances vers ceux qui décident.

Dans les faits, toutes ces données doivent être analysées. Mais il importe de comprendre que certaines connaissances disponibles ne sont pas toujours accessibles à ceux qui font ou qui décident des politiques. Parmi les connaissances disponibles et accessibles, il y a celles qui seront effectivement transmises à ceux qui décident et, finalement, comme l'a fait remarquer l'un de nos interlocuteurs (n° 16) : « Il y a ceux qui savent et ceux qui décident. » Les deux mondes se rapprochent parfois, mais l'accessibilité, l'utilisation et le transfert de connaissances ne sont en rien garants de leur prise en compte dans le processus décisionnel. D'autres impératifs s'imposent, tantôt économique, tantôt environnemental ou encore administratif. Si rationnelle et rassurante que puisse apparaître la dimension cognitive, son effet est tout aussi incertain que les dimensions politique et normative.

S'agissant des cas à l'étude, qu'en est-il de la circulation des connaissances dans l'appareil politico-administratif eu égard aux préoccupations de la santé et du bien-être. Dans le cas du Code de gestion des pesticides, la réglementation s'appuie à la fois sur des certitudes scientifiques et sur le principe de précaution. Un groupe de réflexion a été créé par le ministre en octobre 2001. Rappelons que l'INSPQ a estimé que de nombreuses incertitudes subsistaient toujours quant aux risques réels liés à l'utilisation des pesticides en milieu résidentiel. Selon l'Institut, il y avait toutefois assez d'éléments pour recommander l'application du principe de précaution (Turgeon et Talbot, 2007, p. 28). Plusieurs organismes, particulièrement du côté des producteurs, ont fait connaître leur opposition à l'élimination de l'usage de certains pesticides compte tenu de l'absence de données probantes la justifiant. La méthode qu'ils suggéraient d'utiliser, la lutte anti-parasitaire intégrée, était reconnue par certains scientifiques. Pour ces intervenants, l'interdiction d'utiliser les pesticides en milieu urbain ne repose pas systématiquement sur des données scientifiques solides. Dans les faits, à la suite du dépôt du rapport du Groupe de réflexion (mars 2002), la réglementation adoptée sera plus sévère que les propositions mises de l'avant par l'Institut.

Le cas de l'adoption du cinémomètre pour diminuer la vitesse sur les routes est exemplaire en ce qui a trait à sa longue période d'incubation, malgré la

disponibilité de données illustrant son efficacité dès 2001 (Commission permanente des transports et de l'environnement, 2001). Les considérations économiques de l'industrie du transport routier et celles administratives, éthiques ou politiques de nombreux autres acteurs ont en effet prévalu sur la prise en compte de données démontrant les résultats obtenus avec le cinémomètre dans divers pays. Son intégration dans la loi adoptée en 2007 demeure liée à une expérimentation par projet pilote dans des zones ciblées. L'absence de consensus ou la non-acceptabilité sociale de cet outil serait donc encore bien présente.

Dans le cas du Plan d'action gouvernemental de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, des données scientifiques font le lien entre le niveau de revenu, la santé et le bien-être. Les experts ne s'entendent pas sur le type de mesures à adopter, les uns préconisant des mesures incitatives, les autres des mesures coercitives. Ces deux types de mesures sont en réalité associés à deux conceptions différentes du rôle de l'État et de la prise en charge de la pauvreté par la collectivité. La première est favorable à l'insertion des personnes sur le marché du travail le plus rapidement possible afin de prévenir la détresse économique et de limiter les dépenses gouvernementales, la seconde, davantage à long terme, mise sur la réduction des inégalités sociales.

Enfin, pour ce qui est de la Loi sur l'aquaculture commerciale, ce sont les impératifs économiques qui ont prévalu tout en garantissant l'innocuité alimentaire de la ressource produite. Il y eut des gains pour la santé en regard de l'article 25 qui prévoit l'échange d'information entre les ministères (le ministère de l'Environnement, le MSSS et la Société de la faune et des parcs du Québec) pour tout élément touchant entre autres la prévention d'un risque pour la santé et la sécurité publique (Michaud et Turgeon, 2007, p. 5). Quant à la demande du MSSS d'améliorer la valeur nutritive des produits de l'aquaculture, elle n'a pas été retenue en partie en raison de sa « nouveauté ». Les lois québécoises et canadiennes ne renferment pas d'obligation sur le maintien de la qualité nutritive, sauf pour certaines catégories d'aliment à usage spécial (de régime, diététique ou à caractère nutraceutique ou aliment nouveau) (Michaud et Turgeon, 2007, p. 9). Le fait d'exiger des producteurs de poissons d'élevage

le respect d'une telle norme (teneur en oméga-3) aurait joué négativement sur leur compétitivité aux échelons national et international. Dans ce cas, les impératifs économiques et la volonté du gouvernement du Québec de réglementer ce secteur, qui est de compétence partagée entre le fédéral et le provincial, ont été décisifs.

Chaque cas possède donc ses particularités. Aussi, en l'absence d'un processus formel rendant obligatoire l'EIS lors de l'élaboration des politiques publiques, l'éventail des connaissances sur lesquelles s'appuient ceux qui font et qui décident des politiques est très large et le transfert de connaissances n'est pas nécessairement synonyme d'une prise de décision plus éclairée.

■ DISCUSSION ET CONCLUSION

À partir d'études de cas centrées sur la formulation et l'adoption de politiques publiques relatives à des thématiques variées et relevant de divers secteurs, nous avons voulu analyser comment les préoccupations pour la santé et le bien-être étaient prises en compte lors du processus décisionnel et comment l'EIS y était considérée. Nous avons cherché à brosser un tableau de la réalité du « terrain » dans le contexte de la réalité légale que représente l'article 54.

Ce tableau ne prétend pas être exhaustif, ces études ayant été menées dans quatre ministères et les mesures à l'étude ne représentant qu'un sous-ensemble des mesures adoptées par le gouvernement du Québec durant cette période. De même, les résultats présentés s'appuient principalement sur les sources documentaires. Toutefois, la perspective proposée a le mérite d'appréhender la problématique de l'EIS en se fondant sur un modèle d'analyse de politiques publiques qui prend en considération quatre dimensions structurantes du processus décisionnel (Gagnon, Turgeon et Dallaire, 2007).

Ainsi, sur le plan institutionnel, les acteurs de santé publique disposent de divers instruments de gouverne (lois, organismes, dispositifs, comités interministériels, etc.) pour promouvoir la mise en œuvre de l'article 54, mais une impulsion politique tout autant que collective sera nécessaire pour atteindre pleinement les objectifs de cette mesure légale. Cette dernière agit certes

comme un levier d'action et représente un incitatif important, mais non suffisant en soi pour faire en sorte que la santé et le bien-être soient pris en compte lors de la formulation des politiques publiques. En d'autres termes, la « contrainte » légale est une condition nécessaire mais insuffisante. Un leadership politique et administratif doit absolument l'accompagner (Turgeon et autres, 2005). Si l'on constate l'existence d'un leadership administratif chez les acteurs de santé publique, l'intérêt chez les responsables politiques de haut niveau semble peu présent.

Par ailleurs, l'article 54 n'est pas la seule porte d'entrée pour l'EIS. Les Directions régionales de santé publique procèdent par exemple à des évaluations d'impact dans le secteur environnemental. Des efforts supplémentaires devront cependant être déployés sur les plans politico-administratif et méthodologique pour permettre l'intégration réaliste et conviviale de l'EIS lors de la formulation des politiques publiques.

Sur le plan normatif, la vision sectorielle et les cultures ministérielles tendent à s'imposer. Si, le plus souvent, il y a convergence sur l'existence d'un problème et la nécessité d'intervenir, les solutions à rechercher font souvent l'objet de confrontation entre différentes façons de maîtriser le problème qui, dans les faits, correspondent à diverses logiques d'intervention (économique, administrative, sanitaire, environnementale...). L'existence d'une mesure légale n'amène pas en soi un changement, ni des visions des acteurs de l'action publique, ni des priorités ministérielles et des façons de faire.

Dans le cas de l'article 54, aucun des deux partis qui ont été au pouvoir n'a manifesté une volonté politique soutenue de faire respecter et l'esprit et la lettre de cet article ou encore n'a démontré un intérêt réel pour l'EIS. Les changements gouvernementaux ou ministériels peuvent confirmer une orientation prise, tout comme ils peuvent contribuer à donner une nouvelle orientation à un dossier. Les changements politiques ne sont pas nécessairement une entrave, mais les décisions semblent reposer sur les valeurs des élus, de ceux qui font les politiques, des partis et de la collectivité.

L'article 54 devrait permettre d'investir dans les impacts positifs sur la santé et le bien-être lors de la formulation des politiques et d'en limiter les effets

négatifs. Cela suppose une démarche rationnelle institutionnalisée de l'EIS dans un contexte où les connaissances sont disponibles et connues de tous. Mais ce n'est pas uniquement la rationalité qui guide les comportements individuels et collectifs. La mise en œuvre de l'EIS s'inscrit dans un contexte institutionnel dans lequel les orientations et les pratiques ministérielles et les priorités politiques s'imposent (position d'un ministre, échéance et gains électoraux, absence de consensus social sur une solution donnée, etc.).

Deux autres facteurs sur lesquels nous ne nous sommes pas appuyés dans cet article peuvent jouer en

faveur de l'article 54 et de l'EIS : des événements en provenance de l'environnement externe d'un sous-système et le temps. D'une part, l'évolution qu'a connue l'EIS depuis les années 1990 dans divers pays peut influencer favorablement son appropriation, de même que les pratiques mises en œuvre par ailleurs peuvent moduler les pratiques d'un sous-système. D'autre part, le temps peut favoriser le changement dans les perceptions de la santé et du bien-être et de leurs déterminants autant dans la collectivité, au sein des partis politiques que dans la compréhension de ceux qui fondent les politiques, décident de leurs orientations et les mettent en application.

BIBLIOGRAPHIE

- Bergeron, H., Y. Surel et J. Valluy (1998). « L'Advocacy Coalition Framework. Une contribution au renouvellement des études de politiques publiques? », *Politix*, n° 41, p. 195-223.
- Bourgault, J. et S. Dupuis. (2007). *Les conditions de succès des dispositifs interministériels*, Enquête réalisée auprès de six gouvernements provinciaux et du gouvernement du Canada, [non publié].
- Cole, B. L. et J. E. Fielding (2007). « Health Impact Assessment: A Tool to Help Policy Makers Understand Health Beyond Health Care », *Annual Review of Public Health*, n° 28, p. 393-412.
- Commission permanente des transports et de l'environnement (2001). *Consultations particulières sur le projet de loi n° 17. Journal des débats*, Travaux parlementaires, 36^e législature, 2^e session, 6 septembre, Assemblée nationale du Québec.
- Davenport, C., J. Mathers et J. Parry. (2006). « Use of Health Impact Assessment in Incorporating Health Considerations in Decision Making ». *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 60, p. 196-201.
- Dufour, P. (2004). « L'adoption du projet de loi 112 au Québec : le produit d'une mobilisation ou une simple question de conjoncture politique? » *Politique et sociétés*, vol. 23, n° 2-3, p. 159-182.
- Gagnon, F., M. Michaud et V. Turcotte (2007). « Le cinémomètre photographique », dans F. Gagnon et J. Turgeon (dir.), *Santé, bien-être et formulation de politiques publiques au Québec*, Québec, GÉPPS, p. 93-103.
- Gagnon, F. et J. Turgeon (dir.) (2007). *Santé, bien-être et formulation de politiques publiques au Québec*, Québec, GÉPPS.
- Gagnon, F., J. Turgeon et C. Dallaire (2007). « Healthy Public Policy: A Conceptual Cognitive Framework », *Health Policy*, n° 81, p. 42-55.
- Groupe de recherche en sécurité routière (1998). *Le cinémomètre en sécurité routière : synthèse des pratiques et des études recensées à travers le monde en regard de son implantation éventuelle au Québec*, Sainte-Foy, Université Laval.
- Groupe de réflexion sur les pesticides en milieu urbain (2002). *Pour la protection de la santé et de l'environnement, la gestion environnementale en milieu urbain*, Québec.
- Kemm, J. (2005). « The Future Challenges for HIA », *Environmental Impact Assessment Review*, n° 25, p. 799-807.
- Lavis, J. N. et autres (2003). « Do Canadian Civil Servants Care about the Health of Populations? », *American Journal of Public Health*, vol. 93, n° 4, p. 658-663.
- L'Observatoire de l'administration publique avec la collaboration de J. Turgeon et F. Gagnon (2006). *Le rôle de l'État dans la dispensation des services de santé*, <http://www.etatquebecois.enap.ca/etatquebecois/docs/pp/sante/a-pp-services-sante.pdf> (page consultée le 7 mai 2008).
- L'Observatoire de l'administration publique (2003). *Identification des enjeux sociétaux et sectoriels pour l'opérationnalisation du programme de transfert de connaissances et de recherche sur les politiques publiques favorables à la santé et au bien-être*, <http://www.observatoire.enap.ca/fr/index.aspx?sortcode=1.7.11> (page consultée le 7 mai 2008).

- Michaud, M., F. Gagnon et J. Gauthier (2007). « Le Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale », dans F. Gagnon et J. Turgeon (dir.), *Santé, bien-être et formulation de politiques publiques au Québec*, Québec, GÉPPS, p. 63-75.
- Michaud, M. et J. Turgeon (2007). « La loi sur l'aquaculture commerciale » dans F. Gagnon et J. Turgeon (dir.), *Santé, bien-être et formulation de politiques publiques au Québec*, Québec, GÉPPS, p. 1-11.
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (2002). « La force d'agir, la volonté de réussir », *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, Énoncé de politique, Québec, ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.
- Ministère de l'Environnement (2003). Québec adopte les plus hauts standards en Amérique du Nord pour diminuer l'exposition aux pesticides, Communiqué de presse, 5 mars, Québec, ministère de l'Environnement.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007a). *La santé, autrement dit... Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007b). *Le 54, Bulletin d'information sur l'article 54 de la Loi sur la santé publique*, vol. 1, n° 3.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). *Guide pratique. Évaluation d'impact sur la santé lors de l'élaboration des projets de loi et règlement au Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Ministère des Transports du Québec (1999). *Livre vert. La sécurité routière au Québec : un défi collectif*, Québec, ministère des Transports du Québec.
- Noël, A. (2002). *A Law against Poverty: Quebec's New Approach to Combatting Poverty and Social Exclusion*, Ottawa, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques.
- Québec (2007). *Loi modifiant le code de la sécurité routière et le règlement sur les points d'inaptitude*, Projet de loi n° 42, chapitre 40, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Québec (2003a). *Loi sur l'aquaculture commerciale* L.R.Q., chapitre A-20.2, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Québec (2003b). *Code de gestion des pesticides* L.R.Q., chapitre P-9.3, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Québec (2002). *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, L.R.Q., chapitre L-7, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Québec (2001). *Loi sur la santé publique*, L.R.Q., chapitre S-2.2, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Québec (1998). *Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec*. L.R.Q. chapitre 1-13.1.1, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Québec (1972). *Loi sur la protection de la santé publique*. L.R.Q., chapitre P-35, Québec, Éditeur officiel du Québec.
- Sabatier, P. A. et H. C. Jenkins-Smith (1999). « The Advocacy Coalition Framework: An Assessment », dans P. A. Sabatier (dir.), *Theories of the Policy Process*, Boulder, Co: Westview Press, p. 117-166.
- Santé Canada (1998). *Lutte antiparasitaire intégrée dans le secteur de la transformation des aliments*, dépliant publié par l'ARLA pour le Groupe de travail industrie/gouvernement sur le bromure de méthyle, http://www.pmr-arla.gc.ca/francais/pdf/spm/spm_s9802-f.pdf (page consultée le 20 janvier 2008).
- Turgeon, J. et D. Talbot (2007). « Le Code de gestion des pesticides en milieu urbain », dans F. Gagnon et J. Turgeon (dir.), *Santé, bien-être et formulation de politiques publiques au Québec*, Québec, GÉPPS, p. 25-34.
- Turgeon, J. et autres (2005). « Politiques publiques et santé : les dilemmes de l'évaluation prospective », *Administration publique du Canada*, vol. 48, n° 3, p. 328-347.
- Ulysse, P.-J. et F. Lesemann (2004). *Citoyenneté et pauvreté. Politiques, pratiques et stratégies d'insertion en emploi et de lutte contre la pauvreté*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval.