

le revenu l'éducation la famille le transport en commun l'emploi la communauté

ATELIER D'ÉCHANGE SUR L'ÉVALUATION
D'IMPACT SUR LA SANTÉ
AU NIVEAU DES GOUVERNEMENTS PROVINCIAUX

MONTRÉAL (QUÉBEC)
27 FÉVRIER 2009

RAPPORT

Version préliminaire—pour discussion



ATELIER D'ÉCHANGE SUR L'ÉVALUATION
D'IMPACT SUR LA SANTÉ
AU NIVEAU DES GOUVERNEMENTS PROVINCIAUX

MONTRÉAL (QUÉBEC)
27 FÉVRIER 2009

RAPPORT

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA SANTÉ

OCTOBRE 2009



National Collaborating Centres
for Public Health

Centres nationaux de collaboration
en santé publique

*Institut national
de santé publique*

Québec 

AUTEURES

Raymonde d'Amour, Groupe Intersol

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

Marie-Christine Ross, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

DATE

7 octobre 2009

MISE EN PAGE

Madalina Burtan

Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) vise à accroître l'utilisation des connaissances en matière de politiques publiques favorables à la santé au sein de la communauté de la santé publique, à travers le développement, le partage et l'utilisation des connaissances. Le CCNPPS fait partie d'un réseau canadien de six centres financés par l'Agence de santé publique du Canada. Répartis à travers le Canada, chacun des Centres de collaboration se spécialise dans un domaine spécifique, mais avec un mandat commun de synthèse, d'utilisation et de partage des connaissances.

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

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

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

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

Ce document est une version préliminaire. Nous invitons les lecteurs à nous envoyer leurs commentaires à ccnpps@inspq.qc.ca

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

PRÉAMBULE

À propos du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS)

Le Centre de collaboration sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) est l'un des six centres financés par l'Agence de santé publique du Canada. Ces six centres forment un réseau pancanadien et chacun est hébergé par une institution différente. Chacun travaille sur un thème spécifique lié à la santé publique et agit comme relais pour l'échange de connaissances à propos de ce thème.

Le mandat spécifique du CCNPPS est de soutenir les acteurs de santé publique partout au Canada (incluant notamment les membres de l'administration publique et d'organisations communautaires) dans leurs efforts de promotion de politiques publiques favorables à la santé, c'est-à-dire dans leurs efforts visant à ce que soient intégrées dans les autres secteurs de politiques publiques (transport, aménagement, agriculture, finance et emploi, etc.) les préoccupations et les critères des acteurs de santé publique à propos des déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé. Il faut noter que les politiques portant sur les services de santé, comme celles visant le régime d'assurance-maladie, les listes d'attente ou les technologies médicales, par exemple, sont volontairement exclues de notre mandat afin de concentrer notre attention et nos efforts sur les déterminants non médicaux de la santé.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
1 Intérêt pour l'ÉIS au sein du gouvernement du Canada.....	3
2 Échanges sur l'institutionnalisation de l'ÉIS.....	9
2.1 Présentation de l'expérience québécoise	9
2.2 Questions et réponses.....	12
3 Conditions et besoins entourant l'institutionnalisation de l'ÉIS	17
4 Conclusion et suites	21
Annexe A : Liste des participants.....	23
Bibliographie	27

INTRODUCTION

La mise en œuvre de politiques publiques favorables à la santé est une importante stratégie de promotion de celle-ci. À cet égard, l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) constitue l'une des approches dont tiennent compte les gouvernements désireux de rendre effective cette stratégie qui vise à améliorer la santé de la population. Afin d'atteindre cet objectif et afin d'implanter l'ÉIS au sein du gouvernement provincial, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a adopté, en 2002, une stratégie d'application de l'article 54 en deux volets, soit le volet mécanisme ÉIS et le volet recherche.

Récemment, certains gouvernements provinciaux du Canada ont exprimé leur intérêt à en apprendre davantage au sujet de l'expérience du Québec. De leur côté, les responsables de la stratégie d'application de l'article 54 au sein du gouvernement québécois ont manifesté le désir de mieux connaître les initiatives intersectorielles des autres provinces ou territoires pour améliorer la santé de la population. Les programmes *ActNow* de la Colombie-Britannique¹ et *Healthy Child*² du Manitoba sont des exemples récents de politiques intersectorielles au Canada.

De plus, l'attention portée à la pratique de l'ÉIS au sein des gouvernements semble émerger de nouveau au Canada. Le Sous-comité sur la santé des populations du Sénat canadien a récemment proposé d'en examiner la faisabilité dans le cadre des politiques fédérales (Keon et Pépin, 2009). La Colombie-Britannique a inclus dans sa nouvelle *Loi sur la santé publique* (article 61) une mesure qui soutient la pratique de l'ÉIS (British Columbia Government, 2008), alors que l'Alberta l'a incluse dans son récent document d'orientation sur l'organisation du système de santé intitulé *Vision 2020* (Alberta Health and Wellness, 2008).

Cet intérêt grandissant et l'accroissement des demandes d'information au sujet de cette pratique au sein des gouvernements ont justifié la nécessité pour le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) d'organiser un atelier sur l'ÉIS conjointement avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) ainsi que le Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé (GÉPPS). Cet atelier d'échange poursuivait deux principaux objectifs :

- Réunir des personnes issues des ministères de la Santé de tout le Canada et intéressées par l'institutionnalisation de l'ÉIS afin d'en apprendre davantage au sujet des initiatives du gouvernement du Québec et de partager les diverses expériences;
- Identifier les besoins potentiels associés à cette pratique à ce niveau de décision afin de les partager plus largement dans l'espoir de susciter la mise en place de structures ou d'autres moyens pour y répondre.

Le présent document présente un résumé des discussions qui ont eu lieu lors de l'atelier qui s'est tenu à Montréal le 27 février 2009 et qui a rassemblé 22 personnes provenant de toutes

¹ Site consulté le 22 septembre 2009 au <http://www.actnowbc.ca/>

² Site consulté le 22 septembre 2009 au <http://www.gov.mb.ca/healthychild/>

les provinces canadiennes et des Territoires du Nord-Ouest (voir la liste des participants à l'annexe A). La première section trace rapidement le portrait de l'intérêt manifesté pour l'ÉIS au sein des gouvernements des provinces et des Territoires qui ont répondu à l'invitation, selon la lecture qu'en ont faite les participants. La section suivante présente brièvement l'utilisation de la l'ÉIS au sein du gouvernement du Québec ainsi que les questions que cette présentation a suscitées chez les participants. Enfin, la dernière partie reflète la teneur des discussions relatives au deuxième objectif de l'atelier, à savoir les conditions et les besoins entourant cette pratique au niveau des gouvernements.

1 INTÉRÊT POUR L'ÉIS AU SEIN DU GOUVERNEMENT DU CANADA

Dans la première partie de l'atelier, les participants ont été invités à commenter l'intérêt pour l'ÉIS que manifeste leur ministère ou leur gouvernement respectif. Pour ce faire, on leur a demandé de préciser quel était l'état de cette pratique et de faire part de leurs réflexions à cet égard à l'aide d'un code de couleurs ayant la signification suivante :

Rouge : Aucune mesure n'est mise en place

Jaune : En réflexion

Vert : Certains éléments sont mis en place

Les réponses fournies par les participants ont démontré qu'il existe un intérêt pour l'ÉIS au sein de la plupart des ministères ou gouvernements, mais à des degrés variables. Le résumé de la présentation de chacune des personnes présentes est exposé ci-dessous.

Agence de la santé publique du Canada

Code de couleur : **Jaune**

- L'Agence s'intéresse à l'ÉIS de deux façons. D'une part, elle se prépare à répondre au rapport sur la santé de la population du Sénat canadien ainsi qu'à celui de la Commission sur les déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qui, tous deux, recommandent la pratique de l'ÉIS au sein du gouvernement.
- D'autre part, elle s'intéresse à l'ÉIS dans le cadre de la lutte aux inégalités en matière de santé. L'Agence a effectué une recension des ressources relatives à l'évaluation des impacts sur l'équité en santé dans le but d'apprécier leur capacité à déterminer les écarts identifiés.
- L'Agence planifie collaborer avec d'autres ministères fédéraux clés pour agir par rapport aux déterminants de la santé et, possiblement, d'aborder le sujet de l'ÉIS (aucun échange formel n'a eu lieu à ce sujet jusqu'à maintenant).

Alberta

Code de couleur : **Jaune**

Le gouvernement de l'Alberta a déclaré ses intentions quant à l'ÉIS dans son document d'orientation *Vision 2020* et en est actuellement à l'étape du cadrage de la mise en œuvre de cette stratégie intersectorielle. Par ailleurs, le secteur de la santé prend part aux évaluations d'impact sur l'environnement (ÉIE) des politiques publiques au niveau local depuis une dizaine d'années.

Code de couleur : **Vert**

- Au sein de la zone de Calgary de la nouvelle structure gouvernementale des services de santé de l'Alberta (*Alberta Health Services-AHS*), il existe un intérêt marqué pour la pratique de l'ÉIS.
- Présentement, le projet consiste à renforcer la capacité de l'équipe de santé publique à effectuer des ÉIS.
- Comme première étape dans leur travail, l'équipe de santé publique de Calgary a adapté le guide d'ÉIS conçu par l'équipe de santé publique de Toronto (*Toronto Public Health*).
- Un projet pilote d'ÉIS d'une politique municipale portant sur le salaire minimum/naturel (*living wage*) est en cours d'approbation par le conseil municipal de Calgary³.

Colombie-Britannique

Code de couleur : **Jaune**

- La *Loi sur la santé publique* a récemment été votée et l'ÉIS y est mentionnée. Le ministère de la Santé (*Ministry of Healthy Living and Sport*) en est à l'étape de la réflexion sur la manière d'appliquer cette loi ainsi que sur le rôle du ministre au regard de la mesure relative à l'ÉIS (article 61). Cette étape représente un grand défi. Parmi les questions qui font l'objet de discussion, on trouve celle qui traite de l'intégration, ou non, de l'ÉIS dans le processus d'évaluation d'impact sur l'environnement.
- Il existe aussi un intérêt à procéder à l'ÉIS de politiques existantes aux niveaux provincial et fédéral, celles-ci pouvant avoir un impact sur la santé. Par exemple, les politiques en lien avec la drogue et l'alcool, comme certaines politiques de Santé Canada qui ont des effets négatifs sur la santé telle que la prohibition aveugle de certaines substances psychotropes, pourraient faire l'objet d'une ÉIS.

Île-du-Prince-Édouard

Code de couleur : **Jaune**

- Comme élément positif, on note que l'ÉIS est mentionnée dans la révision proposée de la *Loi sur la santé publique* qui est effectuée actuellement. Bien que quelques amendements y aient été apportés au fil des années, l'essence de certaines parties de la loi actuelle date des années 1950. Au moment de sa révision, on envisage de renforcer le rôle de l'administrateur en chef de la santé publique (*Chief Public Health Officer*), entre autres, par l'exigence de produire des rapports officiels sur la santé de la population. L'accent sera mis sur les résultats en matière de santé et sur la reconnaissance des impacts sur la santé de la population des décisions majeures relatives aux politiques. Étant donné l'ampleur du système, ce sont les agences centrales (*Treasury board, Executive council* et autres comités) qui prennent les décisions importantes relativement aux politiques publiques en lien avec le système de santé. Ainsi, à ce haut niveau, se trouvent toujours

³ Au moment de rédiger ce rapport, le conseil municipal avait décidé de reporter le dépôt de sa politique, *Alberta Health Services* n'a pas donc pas poursuivi l'ÉIS de la politique sur le salaire minimum/naturel (*living wage*) et est présentement en train de mener une ÉIS sur une potentielle politique sur les gras trans.

des personnes qui captent les éléments importants qui pourraient avoir un impact sur la santé, même en l'absence d'une exigence formelle pour une ÉIS.

- Les missions des services sociaux et des services de santé ont été séparées et relèvent maintenant de ministères distincts. Comme c'est le cas dans bien d'autres provinces et territoires, l'Île-du-Prince-Édouard se trouve devant le défi d'assurer que des liens adéquats s'établissent entre les décisions prises au niveau du système de santé et les résultats en matière de la santé de la population.

Manitoba

Code de couleur : **Jaune**

- Aucune législation ne requiert une ÉIS. Il n'existe donc ni standards spécifiques, ni mécanismes, structures ou ressources désignées à cet effet.
- La province va prochainement promulguer une nouvelle loi sur la santé publique (votée le 1^{er} avril 2009), mais l'ÉIS n'y sera pas incluse.

Code de couleur : **Vert**

- Cependant, des travaux de recherche portant sur l'évaluation d'impact sur l'équité en santé sont présentement menés par l'Université du Manitoba en collaboration avec le ministère de la Santé (*Manitoba Health*) et celui du *Healthy Living* (MHHL).
- En janvier 2009, le MHHL a mis sur pied un groupe de travail sur les disparités en matière de santé au sein de la division de la santé publique.
- L'équipe de recherche jouit de l'appui du *Centre for Health Equity Training Research and Evaluation* de l'Université de New South Wales, en Australie.

Nouveau-Brunswick

Code de couleur : **Vert**

- La collaboration entre ministères est fréquente, même si beaucoup de travail reste encore à faire.
- La nouvelle *Loi sur la santé publique* vient d'être votée et des règlements sont en cours de rédaction. L'ÉIS n'est cependant pas spécifiquement incluse dans la loi.
- Des ÉIS sont réalisées par des consultants au moyen du mécanisme d'évaluation d'impact sur l'environnement. Elles sont surtout effectuées dans les secteurs industriel et énergétique.
- Beaucoup de travail reste à faire dans ce domaine et la loi et les règlements pourraient être améliorés.

Nouvelle-Écosse

Code de couleur : **Jaune**

- À la suite d'une révision du système de santé publique en 2006, celui-ci a été modifié et relève désormais du ministère de la Promotion et de la Protection de la santé (*Department of Health Promotion and Protection-HPP*); il est donc séparé du ministère de la Santé (*Department of health*). Il n'y a pas encore eu de nouvelle loi sur la santé publique (laquelle est prévue pour 2012).
- Les efforts liés à l'amélioration du système de santé publique ont été dans un premier temps axés sur la restructuration. L'aspect législatif viendra par la suite.
- Dans cette restructuration, un nouveau médecin responsable de la santé publique (*Chief Public Health Officer*) a été nommé. Il s'est engagé à promouvoir les initiatives gouvernementales. Le ministère de la Promotion et de la Protection de la santé a pour but de prendre en considération les déterminants sociaux de la santé, les initiatives des différents ministères et d'autres éléments qui auraient un impact sur la santé. Ainsi, les questions posées ou les initiatives proposées par ce ministère et le responsable de la santé publique représentent parfois un défi.
- Le Ministère utilise d'autres outils d'analyse d'impact (en anglais : *lens*), par exemple sur le développement et sur la santé de la population, qui prennent en compte les déterminants sociaux de la santé. La question de l'intégration de ces outils d'analyse se pose donc.
- On note que les mémos du *Treasury and Policy Board* destinés au Cabinet incluent déjà des obligations d'analyses d'impact pour une série d'autres sujets que celui de la santé. Le défi est donc de tenter d'intervenir en amont plutôt qu'à la toute dernière étape du processus d'élaboration des politiques.

Ontario

Code de couleur : **Jaune**

- Le ministère de la Promotion de la santé (*Ministry of Health Promotion*) en est à réviser ses priorités stratégiques. Parmi ces priorités, un plan d'action prévoit que le Ministère jouera un rôle de soutien à la mise en œuvre de politiques publiques favorables à la santé en influençant les politiques des autres secteurs du gouvernement.
- La création récente de l'Agence ontarienne de la protection et de la promotion de la santé (*Ontario Agency for Health protection and promotion*) permet de rendre disponibles de nouvelles expertises.

Code de couleur : **Vert** (début de processus)

- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (*Ministry of Health and Long term care*) a entrepris d'élaborer un outil d'évaluation d'impact sur la santé qui met l'accent sur l'équité. Le Ministère n'a pas commencé à se concentrer sur le processus horizontal de mise en œuvre de politiques publiques, mais a commencé à évaluer les impacts

différentiels des politiques du secteur de la santé sur les populations vulnérables et désavantagées.

- Il s'agit d'un outil destiné aux analystes des politiques de la division Stratégie du système de soins (*Health System Strategy Division*) et aux groupes régionaux des *Local health Integration Networks (LHINs)* et leurs organisations de fournisseurs de soins de santé. Afin de raffiner cet outil, un projet-pilote de consultation publique vient d'être lancé conjointement avec la *Toronto Central LHIN*. L'objectif est de consulter, tester et raffiner l'outil *Health Equity Impact assessment (HEIA)* qui est flexible et pratique. Ce dernier pourrait être utilisé pour aborder l'équité dans tout le système de soins de santé ontarien.

Québec

Code de couleur : **Vert**

- L'article 54 de la *Loi sur la santé publique*, entrée en vigueur en 2001, oblige les ministères et organismes gouvernementaux à évaluer les impacts de leurs projets de loi et de règlement sur la santé de la population en vue de maximiser leurs effets positifs et de minimiser leurs effets négatifs. Afin d'assurer l'application de cet article, le ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) a adopté une stratégie en deux volets, soit le volet mécanisme ÉIS et le volet recherche). De plus, l'utilisation de l'ÉIS au sein des gouvernements municipaux est actuellement à l'étude.

Saskatchewan

Code de couleur : **Vert**

- L'évaluation du risque pour la santé humaine existe dans le cas de propositions de projets qui passent par le processus d'évaluation d'impact sur l'environnement déjà en place. Des efforts sont faits pour élargir la portée des évaluations afin d'y inclure les déterminants sociaux de la santé.
- Le gouvernement compte élaborer une stratégie de promotion d'une vie en santé (*healthy living*) qui inclurait une démarche semblable à l'ÉIS. Cette stratégie comporte quatre piliers, dont l'un s'appuie sur le secteur de la santé publique. À la suite des travaux, il se peut que l'expression « évaluation d'impact sur la santé » ou une autre qui traduit cette idée soit utilisée au lieu de celle de « vie en santé » (*healthy living*).

Terre-Neuve-et-Labrador

Code de couleur : **Vert**

- Il existe une grande collaboration entre les ministères. Les préoccupations concernant les impacts potentiels sur les autres secteurs sont intégrées dans tous les plans et toutes les stratégies.
- Le Plan provincial de bien-être (*Wellness Plan*) se base sur la collaboration entre les secteurs. À titre d'exemple, la stratégie de réduction de la pauvreté prend en compte les déterminants de la santé.

- Le Plan provincial de bien-être met l'accent sur la santé de la population (prévention) et encourage les initiatives intersectorielles.
- Les soumissions présentées au Cabinet doivent inclure une analyse d'impacts environnementaux et d'impacts sur la santé et requièrent des consultations publiques. Cependant, il existe des obstacles à la collecte de données, ce qui pose plusieurs défis.

Territoires du Nord-Ouest

Code de couleur : **Jaune**

Les Territoires du Nord-Ouest n'ont pas de cadre législatif pour l'ÉIS. Par contre, en pratique, le bureau du médecin responsable de la santé publique (*Chief Medical Health Officer*) prend part, depuis plusieurs années, à des initiatives intersectorielles. Par exemple, il a participé à l'élaboration de lois sur l'alcool et sur les véhicules motorisés, ainsi qu'à l'évaluation environnementale du projet de gazoduc de Mackenzie.

2 ÉCHANGES SUR L'INSTITUTIONNALISATION DE L'ÉIS

2.1 PRÉSENTATION DE L'EXPÉRIENCE QUÉBÉCOISE⁴

La récente *Loi sur la santé publique* du Québec, votée en 2001, se base sur les quatre fonctions essentielles de la santé publique, la promotion, la protection, la prévention et la surveillance. En vertu de l'article 54 de cette loi,

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

À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population. (Gouvernement du Québec, 2001)

Le premier alinéa de l'article 54 confirme le rôle de conseiller que joue le ministre de la Santé et des Services sociaux au sein du gouvernement et lui procure une grande légitimité pour intervenir auprès des autres ministres et organismes gouvernementaux en matière de promotion de la santé et de politiques favorables à la santé.

Le deuxième alinéa crée une obligation, pour les ministères et organismes gouvernementaux, de tenir compte des impacts possibles des lois et des règlements qu'ils élaborent sur la santé de la population.

Les fondements historiques de l'article 54 de la *Loi sur la santé publique* reposent sur les documents fondateurs du domaine de la promotion de la santé, comme le rapport Lalonde, la Charte d'Ottawa et la Politique de la santé et du bien-être de 1992 du MSSS. Plus précisément, à la base de l'article 54 se trouve la reconnaissance de l'importance d'agir sur les déterminants de la santé au moyen de la sensibilisation à la responsabilité collective pour assurer la santé de la population. Une telle reconnaissance conduit au besoin d'élaborer collectivement des politiques publiques favorables à la santé.

L'article 54 confère une portée légale au rôle de conseiller du ministre de la Santé auprès des autres secteurs. L'approche adoptée par le MSSS, cependant, n'en est pas une d'autorité, mais plutôt de collaboration et de soutien. Dans ce contexte, il revient aux ministères et organismes publiques qui font la promotion des projets de loi ou de règlement de mener les ÉIS et de consulter le MSSS si leurs projets présentent un impact significatif sur la santé (la consultation est obligatoire) ou, encore, selon leurs besoins (soutien du MSSS au processus d'analyse). La stratégie d'application de l'article 54 contient deux volets : un volet mécanisme ÉIS ainsi qu'un volet recherche.

En ce qui concerne la pratique de l'ÉIS, le MSSS a adopté la définition reconnue internationalement : « *une combinaison de procédures, méthodes et outils qui permettent de*

⁴ Présentation de Lyne Jobin, du ministère de la Santé et des Services sociaux

juger des effets possibles d'une politique, d'un programme ou d'un projet sur la santé de la population et la distribution de ces effets au sein de la population » (OMS Bureau régional de l'Europe, 2005).

Deux moyens ont été mis en œuvre pour faciliter ce processus consultatif ÉIS et faire en sorte qu'il puisse se dérouler adéquatement. Le premier moyen est la mise sur pied d'un réseau de répondants ministériels dont les membres proviennent de différents ministères (nombre variable, puisque trois ou quatre ministères n'ont jamais participé au réseau) et assurent la communication entre leur ministère respectif et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Le deuxième moyen réfère aux processus administratifs internes mis en place pour faciliter l'acheminement des demandes en provenance des ministères et organismes publics. Ces processus concernent autant l'acheminement des demandes des ministères promoteurs au Ministère du Conseil exécutif (MCE) que l'acheminement des demandes d'avis au sein du MSSS.

Les éléments essentiels du premier volet de la stratégie d'application de l'article 54 (mécanisme ÉIS) sont la sensibilisation des décideurs, l'appropriation par les autres ministères et organismes publics de la démarche de l'ÉIS et leur reconnaissance de la nécessité d'élaborer des politiques publiques favorables à la santé. Leur consultation auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) peut amener celui-ci à leur faire des recommandations sur des mesures d'atténuation des risques pour la santé s'il est impossible de changer le projet de loi ou de règlement.

Le deuxième volet de la stratégie d'application de l'article 54 (recherche) a pour but d'approfondir les connaissances sur l'ÉIS et les politiques publiques favorables à la santé afin de les transmettre aux parties intéressées.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est associé deux fonds de recherche du Québec pour élaborer et gérer un programme de recherche permettant d'approfondir les connaissances appropriées dans le but de soutenir les nouvelles responsabilités qui lui sont confiées par l'article 54.

Les objectifs de ce volet sont : augmenter et renforcer les capacités de recherche interdisciplinaire; soutenir la recherche dans le domaine de l'évaluation des impacts *a priori* et *a posteriori*; et encourager le transfert des connaissances au profit des décideurs et des professionnels des autres secteurs.

Enfin, ce volet se concentre sur quatre principaux axes de recherche soit : (a) les concepts et méthodes pour l'analyse des actions gouvernementales pouvant avoir des impacts sur la santé et le bien-être des populations; (b) le développement de politiques publiques favorables à de saines habitudes de vie; (c) l'évaluation des impacts des politiques publiques sur la santé et le bien-être de la population; et (d) la pauvreté et l'exclusion sociale. En ce qui concerne le premier axe de recherche, plusieurs études de cas sont disponibles sur le site Internet du GÉPPS⁵.

⁵ <http://www.gepps.enap.ca/>

Outils et autres formes de soutien

Dans le but de guider et de soutenir la prise en charge de l'ÉIS par les ministères et organismes publics, deux outils ont été créés : le guide pratique *Évaluation d'impact sur la santé lors de l'élaboration des projets de loi et règlement au Québec* (MSSS, 2006a) lequel informe les lecteurs des étapes à suivre pour effectuer une évaluation d'impact sur la santé, ainsi que le document de sensibilisation *La santé, autrement dit... Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé* (MSSS, 2006b), outil convivial à l'intention des secteurs autres que celui de la santé.

Enfin, le ministère de la Santé et des Services Sociaux a signé une entente avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour la production de rapports (des avis et autres productions) destinés au ministre de la Santé afin de le soutenir dans son rôle de conseiller du gouvernement.

Les résultats à ce jour

Au cours des cinq premières années de son implantation, le processus d'ÉIS au gouvernement a donné lieu à 189 demandes d'avis auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux. De ce nombre, 88,4 % provenaient du Ministère du Conseil exécutif (MCE). En effet, le Secrétariat général au MCE vérifie si les projets ont fait l'objet d'analyses nécessaires avant de les soumettre au Conseil exécutif. S'il croit qu'un projet de loi ou de règlement peut avoir des répercussions sur la santé et qu'une ÉIS aurait été nécessaire, il achemine une demande d'avis au MSSS.

Le fait que peu de demandes proviennent directement des promoteurs des projets signifie que les EIS sont réalisées tard dans le processus d'élaboration des projets et qu'il reste du travail à effectuer pour que les projets soient transmis au MSSS plus tôt. Toutefois, grâce aux ententes et comités interministériels, le MSSS peut être consulté plus en amont sans qu'une demande d'avis formelle ne soit transmise par le ministère promoteur. Cette statistique démontre toutefois l'appui important du MEC, qui a pour mission de soutenir la prise de décision de la part des instances gouvernementales,

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a toutefois noté une amélioration au fil du temps en ce qui concerne l'intérêt et la participation des autres secteurs, ainsi qu'une intégration graduelle de la démarche d'ÉIS dans les ministères et organismes publics. Il a observé l'augmentation du nombre de demandes de consultation au sujet de projets autres que les projets de loi. De plus en plus de consultations sont tenues dans le cadre de l'élaboration de politiques (au-delà des lois et règlements) ou de planifications. Cet état de fait amène le ministère de la Santé et des Services sociaux à avancer que la stratégie adoptée semble influencer favorablement l'instauration d'une culture de la santé au sein du gouvernement.

Néanmoins, l'application de l'article 54 fait face à plusieurs défis liés entre autres à la capacité du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) à influencer les pratiques au cours du processus de prise de décision afin que celui-ci intègre des considérations liées à la santé. Pour faire face à ce défi, le MSSS a intensifié ses activités de sensibilisation

auprès des autres ministères et organismes publics. De plus, il a entrepris une série d'activités pour améliorer les compétences des acteurs de la santé publique et de ceux des autres secteurs afin de rehausser la qualité des avis rendus et de l'appropriation de la démarche d'ÉIS. Un programme de formation s'adressant aux répondants ministériels est aussi en cours d'élaboration.

Un autre objectif est d'interagir avec les ministères et organismes publics le plus en amont possible de leurs projets de loi et de règlement. Aussi le ministère de la Santé et des Services sociaux entend-il procéder à une veille des projets de loi et de règlement en ayant recours à l'analyse des planifications stratégiques des divers ministères et organismes publics, par exemple.

Le ministère de la santé et des services sociaux a aussi l'intention d'aller au-delà du contexte législatif et d'instaurer une synergie horizontale et verticale entre les différents acteurs aux niveaux national, régional et local afin de renforcer la collaboration intersectorielle à tous les paliers d'action.

Enfin, il a été mentionné qu'avec le temps la pratique de l'ÉIS constitue de plus en plus une norme au sein de l'appareil administratif et qu'elle est graduellement perçue comme un moyen efficace de répondre à l'obligation faite aux ministères et organismes publics par l'article 54.

2.2 QUESTIONS ET RÉPONSES

Dans le cadre des échanges qui ont suivi la présentation de l'expérience québécoise, les participants ont abordé plusieurs aspects liés à l'institutionnalisation de la pratique de l'ÉIS. Ceux-ci ont été regroupés en huit thèmes, décrits dans la présente section.

Contexte de l'adoption de la *Loi sur la santé publique* et de l'article 54

Parmi les questionnements des participants figuraient ceux qui sont relatifs au contexte de l'adoption de la *Loi sur la santé publique*, particulièrement ceux qui sont en lien avec les mesures mentionnées dans l'article 54. On a souligné que ces mesures, bien qu'elles n'aient pas fait l'objet de contestation formelle au cours du processus d'adoption, ont toutefois été celles qui ont suscité le plus de discussions au sein du gouvernement. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a par exemple dû modifier son intention de départ d'utiliser l'ÉIS pour tout projet de politique, de planification et de stratégie, et accepté que celle-ci ne soit employée que pour les projets de loi et de règlement. Ainsi libellés, l'article 54 et la *Loi sur la santé publique* ont été adoptés à l'unanimité par les parlementaires.

Dans un autre ordre d'idées, on a précisé que la société civile n'a pas pris part au processus d'élaboration des mesures de la *Loi sur la santé publique* et qu'elle n'a pas été engagée dans sa mise en œuvre. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) considérait que les élus représentaient la population.

Capacité du processus d'ÉIS à amener des changements majeurs

Les participants ont souhaité avoir des exemples montrant que la démarche d'ÉIS a amené des changements majeurs aux projets de loi ou de règlement. Même s'il est difficile pour le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de fournir des exemples concrets, compte tenu de la confidentialité des négociations qui sont faites au sein du gouvernement à ce stade de l'adoption des politiques, des exemples de la nature des échanges entre le MSSS et les ministères et organismes publics promoteurs ont permis de montrer que ceux-ci visent l'atteinte d'une compréhension commune.

À cet effet, on a discuté du rôle du médecin en chef de la santé publique qui, en vertu de son mandat, doit informer la population des risques pour la santé. Au Québec, il n'y a pas eu jusqu'à maintenant de situations où la gravité des risques pour la santé était à ce point importante que ce dernier doive intervenir. Le médecin en chef de la santé publique a un mandat légal qui doit être assumé avec discernement. On a ainsi rappelé que la perspective adoptée dans le cadre de la stratégie d'application de l'article 54 n'en est pas une d'autorité mais de collaboration avec les autres ministères et organismes publics ainsi que de soutien à leur processus de prise de décision.

Transparence du processus ministériel

En réponse à une demande des participants, on a précisé que la confidentialité qui caractérise le processus n'exclut pas la nécessité de rendre compte des échanges qui ont lieu entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et les ministères et les organismes publics qui lui demandent son avis. Dans tous les cas où il y a une demande officielle d'un ministère auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre de la stratégie d'application de l'article 54, une réponse officielle du MSSS est transmise au ministère concerné. De plus, à la demande des ministères et organismes publics, il est maintenant possible d'ajouter aux documents de présentation des projets de loi et de règlement qui se rendent devant le Conseil exécutif un énoncé faisant état de la consultation auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cela permet d'assurer que l'effort consenti par un ministère ou un organisme public pour prendre en compte les effets potentiels sur la santé est visible au plus haut niveau.

Capacité interne du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

L'institutionnalisation de l'ÉIS suppose une certaine capacité interne du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). À ce sujet, une question a été soulevée quant à la capacité du MSSS à répondre à toutes les demandes de soutien, compte tenu des ressources et du temps nécessaires pour faire les évaluations d'impact. Le MSSS reconnaît que le temps qui lui est alloué pour réagir à une demande de soutien influence la qualité de sa réponse. Toutefois, même dans un contexte où le temps de réponse alloué est court, il est toujours possible au MSSS d'apporter un savoir en matière de santé publique, ce qui est bénéfique au processus de décision. La Direction générale de la santé publique du Ministère de la Santé et des Services sociaux a accès dans un premier temps aux connaissances et aux ressources des experts qui y travaillent. Les experts de l'Institut national de santé publique du Québec, avec lequel le MSSS a conclu une entente de service, peuvent dans un second

temps être sollicités selon la nature des projets de loi et de règlement. Ces experts ont à leur tour accès à d'autres ressources qui peuvent dans certains cas être rapidement mobilisées. Même si la stratégie adoptée s'appuie sur des données probantes, elle ne représente pas une stratégie de recherche mais de mise à profit des connaissances existantes en matière de santé publique.

Capacités de recherche

La discussion sur la capacité interne du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) peut être associée à celle qui a eu lieu sur les capacités de recherche. Une partie de la discussion sur ce sujet a porté sur la nécessité, ou non, d'élargir les capacités de recherche au sein des ministères. Certains participants considéraient que le fait de miser uniquement sur les capacités de recherche au sein même du gouvernement rend celui-ci vulnérable et dépendant des priorités définies ailleurs. De plus, il a été mentionné que l'existence de capacités de recherche au sein des ministères facilitent l'adoption de nouvelles pratiques. Le cas des analyses d'impact sur le genre au Canada a été cité en exemple.

D'autres points de vue allaient dans le sens inverse, considérant que la fonction de la recherche au sein des ministères est souvent menacée et ne reçoit pas toujours le soutien approprié. De plus, il a été remarqué que dans ces cas la portée de la recherche peut être limitée si celle-ci ne peut aller au-delà des préoccupations spécifiques d'un ministère.

On a aussi observé que l'impact de l'influence exercé sur les organismes qui accordent des subventions de recherche peut être limité et qu'il se fait généralement sentir à long terme. De plus, on a mentionné que l'accès des ministères de la Santé aux fonds de recherche varie d'une province ou d'un territoire à l'autre. On a donc proposé de miser davantage sur la capacité interne des ministères à analyser et à utiliser les informations issues des résultats de recherche existants.

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a spécifié que sa stratégie de soutien à la recherche vise à répondre à un besoin élargi d'acquisition de connaissances relatives aux politiques publiques favorables à la santé (déterminants, processus, interventions prometteuses). L'ÉIS est davantage conçue comme un mécanisme intragouvernemental que comme un processus de recherche. En effet, puisque la stratégie adoptée repose sur la responsabilisation des ministères au regard de l'ÉIS, ceux-ci n'ont pas été approchés dans le but de leur demander d'accroître leurs capacités de recherche sur la santé. Le MSSS considère l'ÉIS comme une démarche stratégique; tout en reconnaissant que la recherche est indispensable, son but est de promouvoir les outils de recherche et l'utilisation des connaissances pour que les décisions tiennent compte des effets sur les déterminants de la santé.

Données probantes et effets directs ou indirects sur la santé

Des précisions ont été demandées quant à la nature des informations prises en compte lors des analyses d'impact. Par exemple, s'agit-il uniquement de données dites probantes? Prend-on en considération les effets directs sur la santé (mortalité, morbidité) plutôt que les

impacts indirects (déterminants de la santé)? Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a souligné que ces questions sont souvent débattues et qu'il existe toujours des tensions au sein de la communauté de la santé publique québécoise à ce sujet. Cependant, il semble y avoir une acceptation plus répandue de la pertinence des données issues de l'expérience.

Dans le cas de l'utilisation de l'ÉIS dans le cadre des politiques (lois et règlements), les données employées sont issues à la fois de la littérature scientifique, des bases de données administratives et de l'expérience. Le MSSS tente de trouver un équilibre entre l'approche des experts et celle du soutien à la décision.

Raison des progrès remarquables

Une question a été soulevée relativement aux raisons liées au progrès de la prise en compte de la santé lors de l'élaboration des politiques gouvernementales depuis l'adoption de l'article 54. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) explique ce progrès par la stratégie de collaboration qui a été mise en place et qui contribue à positionner le mécanisme d'ÉIS comme un apport positif pour les autres ministères et organismes publics. Les retombées positives, sur la santé, d'un projet de loi, de règlement ou de politique sont aussi signalées dans le cadre de la démarche d'ÉIS, ce qui peut jouer en faveur de son utilisation par les différents ministères promoteurs.

Évaluation de l'expérience

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a publié en 2008 (MSSS, 2008) un bilan faisant état des principaux constats relatifs à l'application de l'article 54. Une première étude exploratoire a révélé que plus de 80 % des propositions présentées au Ministère du Conseil exécutif et qui avaient fait l'objet d'une consultation dans le cadre de la stratégie d'application de l'article 54 avaient pris en compte, d'une façon ou d'une autre, les avis du MSSS. Ce dernier prévoit effectuer un suivi plus systématique des effets de la démarche d'ÉIS sur la prise de décision et un partenariat avec l'INSPQ et le GÉPPS est envisagé à cet égard.

3 CONDITIONS ET BESOINS ENTOURANT L'INSTITUTIONNALISATION DE L'ÉIS

À la suite des échanges entourant la présentation du cas québécois, les participants ont discuté des leçons apprises ainsi que des enjeux et des besoins de la pratique de l'ÉIS. La teneur des discussions a été résumée en six grands thèmes.

La nécessité d'implanter une culture favorable et de nouvelles pratiques

Selon certains participants, la mise en place du mécanisme interministériel que suppose l'institutionnalisation de l'ÉIS nécessite une culture administrative et politique favorisant la responsabilité collective à l'égard de la santé de la population. Au Canada, la situation sur ce plan varie d'un secteur à l'autre. Il faut donc trouver pour chacun d'entre eux la façon la plus appropriée pour que cette culture s'installe. On a par ailleurs souligné le fait qu'un dispositif légal comme celui de l'article 54 n'est pas essentiel au travail interministériel. Dans certains milieux, la concertation existante entre les ministères favorise la prise en compte des effets possibles des décisions d'un secteur sur un autre. Les participants québécois ont signalé à cet égard que l'adoption de l'article 54 par le gouvernement québécois est venue confirmer un certain consensus sociétal sur l'importance de la responsabilité collective à l'égard de la santé de la population. Toutefois, l'article 54 est considéré comme un levier important pour soutenir l'intégration systématique des questions de santé dans les politiques.

Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), l'une des clés du succès de l'institutionnalisation de l'ÉIS est l'adoption d'une approche collaborative. Pour ce faire, les acteurs de la santé publique du MSSS ont dû acquérir de nouvelles habiletés, telles la lecture « administrative » des appareils de décision et l'adaptation de la démarche d'ÉIS aux différents processus administratifs. Cette approche a aussi influencé le type de rapports qu'entretient le MSSS avec les autres secteurs gouvernementaux. La démarche entreprise par celui-ci auprès des représentants des autres ministères et organismes publics pour que le *Guide de pratique de l'ÉIS* reflète davantage les réalités ministérielles et adopte un langage qui leur sied a été soulignée à titre d'exemple.

Parmi les observations recueillies par le GÉPPS, lequel étudie l'introduction de l'ÉIS dans les divers ministères, figure le fait que la définition du concept de santé varie d'un ministère à l'autre, selon la mission de chacun. Parfois même, cette mission n'est pas toujours comprise de la même façon au sein d'un même ministère, ce qui ajoute à l'ambiguïté des communications intersectorielles. De plus, les études de cas menées par ce groupe de recherche ont souligné le fait que dans certaines situations le travail intersectoriel effectué par les acteurs de la santé publique au sein du gouvernement peut être miné par les pressions politiques (*advocacy*) exercées sur le terrain par d'autres acteurs de la santé publique. Il est donc nécessaire de rechercher la cohérence et l'établissement d'une stratégie d'ensemble en matière de santé publique pour influencer efficacement les politiques publiques.

Par où commencer?

Dans ce contexte, des échanges ont eu lieu sur les meilleures stratégies à employer pour implanter l'ÉIS au sein des gouvernements. Par où doit-on commencer? Est-il préférable de débiter avec une équipe d'experts, d'élaborer des guides de pratique, d'obtenir l'aval des législateurs et des décideurs des autres ministères? Ou encore, doit-on combiner tous ces éléments, tel que cela a été fait au Québec?

Par rapport à ces questions, quelques suggestions ont été faites :

- Implanter une culture de collaboration et de responsabilité collective à l'égard de la santé de la population en commençant par des sujets de santé publique qui supposent des liens intersectoriels, tels que les jeux de hasard et l'alcool;
- Définir de façon positive la pratique de l'ÉIS, par exemple comme une démarche servant à enrichir l'ensemble des connaissances lors du processus d'analyse de politiques, ou comme une stratégie contribuant aux enjeux de l'heure, tels que la réduction des coûts du système de santé, la lutte aux inégalités sociales en matière de santé ou le choix des mesures destinées à amoindrir les retombées de la crise économique;
- Proposer d'utiliser l'ÉIS pour les programmes et services de santé, en présentant ces derniers comme l'un des déterminants de la santé.

L'ÉIS employée dans le secteur de la santé?

La question à savoir si l'ÉIS peut ou non être pratiquée dans le domaine de la santé a suscité de nombreuses discussions chez les participants. Pour certains, les efforts doivent être dirigés vers les déterminants socioéconomiques de la santé. Pour d'autres, le fait d'associer l'ÉIS aux politiques de santé en tant que déterminants pourrait faire en sorte que la pratique soit mieux accueillie par les politiciens et les décideurs. En retour, cela permettrait à la communauté de la santé publique de mettre en place les éléments nécessaires pour la faire avancer et l'étendre éventuellement en dehors de son secteur. Les participants ont aussi soulevé le fait qu'il serait difficile, dans certains milieux, d'imposer aux différents secteurs gouvernementaux un mécanisme comme l'ÉIS si le secteur de la santé ne l'employait pas pour ses propres programmes.

En lien avec ce débat, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a signalé que l'ÉIS est l'une des stratégies qui ont été choisies pour agir sur les déterminants de la santé dont les leviers se trouvent dans les autres secteurs que celui de la santé. D'autres stratégies sont employées pour influencer l'organisation du système de santé en tant que déterminant de la santé.

Le ministère de la Santé comme superministère?

La prise en considération des questions de santé dans toutes les décisions gouvernementales a amené un participant à s'interroger sur la préséance du ministère de la Santé sur tous les autres ministères. Aux yeux du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), il n'est pas nécessaire de lui conférer un tel statut ni de créer une nouvelle superstructure gouvernementale. La stratégie MSSS du Québec a plutôt été

d'agir en complémentarité avec le Ministère du Conseil exécutif (MCE), lequel agit déjà en quelque sorte comme un superministère. L'engagement du MCE à respecter cette mesure législative constitue un incitatif supplémentaire, pour les ministères et organismes publics, à intégrer l'ÉIS dans leur processus d'élaboration de projets de loi ou de règlement.

L'institutionnalisation de l'ÉIS en appelle toutefois à une gestion horizontale. Selon le GÉPPS, ce type de gestion ne peut être mené à bien sans une volonté politique forte.

L'évaluation de la pratique et l'évaluation en cours de pratique

Selon certains participants, l'évaluation de l'efficacité de la démarche d'ÉIS est un enjeu clé pour en promouvoir et en favoriser l'acceptabilité de la pratique. Les promoteurs de l'institutionnalisation de l'ÉIS sont en effet souvent interrogés à ce sujet. On a noté que dans le champ de l'ÉIS, il est reconnu qu'il est très complexe, voire impossible, d'évaluer l'impact direct de l'institutionnalisation de l'ÉIS sur la santé de la population au moyen des outils d'évaluation existants. L'évaluation de sa pratique se fait plutôt grâce au potentiel de la capacité de la démarche à influencer le processus décisionnel et à accroître la conscientisation des décideurs quant aux effets de leurs décisions sur les déterminants de la santé.

Quand à la tâche associée à l'évaluation des impacts sur la santé ou des déterminants de la santé en tant que telle, on a souligné que, dans le contexte administratif, les compétences nécessaires sont davantage liées au développement d'une « philosophie d'action » plutôt que de connaissances scientifiques spécifiques. Les outils, tels que les guides d'ÉIS, servent alors à poser de bonnes questions.

Les besoins identifiés

Les participants ont mentionné la nécessité d'en apprendre davantage sur l'ÉIS sur le plan de la pratique avant d'engager des discussions avec leurs collègues des autres ministères. Par exemple, il leur semble nécessaire de permettre aux employés des ministères de la Santé qui auraient à implanter une telle mesure d'écouter les témoignages portant sur des exemples concrets, par exemple celui de l'expérience du Québec.

Un autre besoin exprimé a été celui de la nécessité d'avoir recours à un centre d'excellence ou à un réseau formel pour obtenir des réponses aux questions qui sont soulevées au fur et à mesure de la mise en œuvre d'une telle pratique. Le CCNPPS pourrait en partie jouer ce rôle, notamment en favorisant la mise en place de réseaux facilitant les échanges entre les personnes intéressées.

On a également mentionné que cette pratique doit s'appuyer sur des compétences nouvelles des acteurs de la santé publique. Cette préoccupation pourrait être portée à la connaissance du groupe d'experts sur les ressources humaines du réseau fédéral/provincial/territorial de la santé publique. De même, on a souligné la nécessité de s'intéresser aux compétences organisationnelles requises pour soutenir la démarche d'ÉIS.

4 CONCLUSION ET SUITES

L'atelier d'échange sur l'institutionnalisation de l'ÉIS, lequel regroupait des représentants des ministères de la Santé de partout au Canada, a constitué une plate-forme d'apprentissage en réponse à l'émergence de l'intérêt pour cette pratique qu'ont suscité les événements récents.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) voulait partager quelques-unes des leçons qu'il a tirées de son expérience en la matière. La stratégie adoptée par le MSSS, laquelle mise sur la reconnaissance par les autres ministères et organismes publics de leurs responsabilités à l'égard de la santé de la population – plutôt que sur l'adoption d'une position d'autorité qui lui est conférée par la loi – semble prometteuse. Cette stratégie a un effet sur la manière d'entreprendre une ÉIS. Ainsi, bien que la recherche de données probantes demeure essentielle, la compréhension des processus administratifs et la capacité de s'y intégrer sont des habilités centrales que les acteurs de santé publique doivent aussi développer. Dans le futur, le MSSS désire mieux situer la pratique de l'ÉIS dans une stratégie globale de soutien à l'action intersectorielle permettant l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé, ainsi qu'améliorer la qualité de la pratique au sein des ministères et organismes publics.

Pour les personnes du MSSS qui étaient présentes à l'atelier, l'ÉIS s'avère un mécanisme intéressant pour agir sur les déterminants sociaux, économiques et physiques de la santé en collaboration avec les acteurs des autres secteurs. L'un des défis qui reste à relever est celui d'agir davantage en amont du processus d'élaboration des politiques, des lois ou des règlements afin que les connaissances en santé publique soient mieux mises à profit.

Enfin, pour le MSSS, il semble essentiel de faire de l'ÉIS un exercice bénéfique pour toutes les parties (approche gagnant-gagnant). L'expérience positive d'une ÉIS menée au niveau municipal a été apportée pour illustrer l'avantage de cette approche, laquelle a permis à un maire de s'approprier la démarche en utilisant son propre vocabulaire, ses outils, son réseau, ses enjeux et sa façon de faire.

Chaque province ou territoire a sa propre tradition de même que sa culture politique et administrative. Certaines provinces s'appuient sur une longue tradition de collaboration et d'échange intersectoriels au niveau central. Pour d'autres, le chemin à faire pour instaurer une culture de responsabilité partagée au regard des politiques publiques favorables à la santé est plus ardu. Les stratégies à employer et le rythme du changement à implanter devront être adaptés aux divers contextes.

Devant cette situation, le rôle du CCNPPS est de favoriser le partage des expériences canadiennes et internationales ainsi que l'acquisition de connaissances et la création d'outils permettant de soutenir les efforts à toutes les étapes de l'implantation de l'ÉIS dans divers contextes.

Plusieurs participants ont manifesté le désir de poursuivre ces échanges qui constituent des moments d'arrêt essentiels pour réfléchir à une telle avenue, moments d'arrêt que le rythme

du travail administratif au sein des ministères ne permet généralement pas. Ces échanges pourraient se poursuivre dans le cadre de rencontres informelles en face à face ou au moyen d'Internet ou de la visioconférence, et elles pourraient être l'initiative de l'une ou l'autre des parties présentes. Le CCNPPS s'engage quant à lui à poursuivre ses efforts pour soutenir la pratique à l'aide de deux moyens concrets : l'élaboration de contenu de formation et la mise sur pied d'un réseau de praticiens.

ANNEXE A : LISTE DES PARTICIPANTS

Annexe A : Liste des participants

Provinces	Participants
Colombie-Britannique	Brian P. Emerson, Medical Consultant Population and Public Health Ministry of Healthy Living and Sport
Alberta	Catherine Ford, Coordinator, Healthy Public Policy Alberta Health Services Margaret King, Assistant Deputy Minister Public Health Division Alberta Health and Wellness
Saskatchewan	Tim Macaulay, Manager, Environmental Health, Population Health Branch Saskatchewan Ministry of Health
Manitoba	Karen Serwonka, Policy Analyst (Population Health Promotion) Manitoba Health & Healthy Living Public Health Division Office of the Chief Medical Officer of Health
Ontario	Judy Fiddes, Sr. Policy Advisor, Equity Unit Health System Policy and Relations Ministry of Health and Long-Term Care Françoise Bouchard, Associate Chief Medical Officer of Health
Nouveau-Brunswick	Scott MacLean, Executive Director Health Protection Branch
Nouvelle-Écosse	Janet Braunstein Moody, Senior Director, Public Health Renewal Nova Scotia Department of Health Promotion and Protection
Île-du-Prince-Édouard	Teresa Hennebery, Assistant Deputy Minister Department of Health
Terre-Neuve-et-Labrador	Wanda Legge, Director Policy Development Department of Health and community Services Government of Newfoundland and Labrador
Territoires du Nord-Ouest	Dr André Corriveau, Chief Medical Health Officer and Director of the Population Health Division NWT's Department of Health and Social Services
Agence de la santé publique du Canada	Heather Fraser, Manager, Health Determinants & Global Initiatives Strategic Initiatives & Innovations Directorate Beth Jackson Manager, Innovations and Trends Analysis
Québec	François Benoit, responsable du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) Louise St-Pierre, chargée de projet (CCNPPS) Geneviève Lapointe, coordonnatrice de l'Équipe des politiques publiques Institut national de santé publique du Québec Lyne Jobin, chef de service, Service des orientations en santé publique

Provinces	Participants
	Ministère de la Santé et des Services sociaux Caroline Druet, agente de recherche, Service des orientations en santé publique Ministère de la Santé et des Services sociaux Marjolaine Pigeon, agente de recherche, Service des orientations en santé publique Ministère de la Santé et des Services sociaux Clémence Dallaire, chercheure, Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé (GÉPPS)

BIBLIOGRAPHIE

Alberta Health and Wellness. (2008). *Vision 2020 : The Future of Health Care in Alberta – Phase One*. Alberta, 19 p.

British Columbia Government (2008). *Public Health Act* (SBC 2008), Chapter 28, Article 61. Mise à jour le 23 septembre 2009. Consulté le 7 octobre 2009.
http://www.bclaws.ca/Recon/document/freeside/--%20p%20--/public%20health%20act%20%20sbc%202008%20%20c.%2028/00_08028_01.xml

Gouvernement du Québec (2001) *Loi sur la santé publique*. L.R.Q., chapitre S-2.2. Article 54. Mise à jour le 1er septembre 2009. Consulté le 7 octobre 2009.
http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html

Keon, W. J. et Pépin, L. (2009). *Un Canada en santé et productif : une approche axée sur les déterminants de la santé*. Rapport final du Sous-comité sénatorial sur la santé des populations, Sénat, Canada, 329 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006a). *Guide pratique : Évaluation d'impact sur la santé lors de l'élaboration de projets de loi et règlement au Québec*. Québec, 30 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006b). *La santé, autrement dit... Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé*. Québec, 24 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2008). *Bilan et perspectives 2002-2007. À la frontière des responsabilités des ministères et organismes publics : l'application de l'article 54 de la Loi sur la santé publique*. Québec, 68 p.

OMS Bureau régional de l'Europe (2005). *Étude de l'impact sur la santé : Principaux concepts et méthode proposée. Consensus de Göteborg 1999*. Document consulté le 22 septembre 2009 au <http://www.euro.who.int/document/pae/gothenburgpaperf.pdf>