

L'ADOPTION DE POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ POUR LE QUÉBEC

Résultats de recherche 2004-2011

Programme *Action concertée*

Concepts et méthodes pour l'analyse
des actions gouvernementales pouvant avoir des impacts
sur la santé et le bien-être des populations

France Gagnon

Jean Turgeon

Mélanie Michaud

Clémence Dallaire

Juin 2011

Recherche réalisée avec le soutien financier du Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC) et ses partenaires : le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) et le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Dossier # 2005-SP-95622.



GÉPPS

Groupe d'étude sur
les politiques publiques
et la santé

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011
Bibliothèque et Archives nationales Canada, 2011
ISBN 978-2-923856-29-2 (version imprimée)
ISBN 978-2-923856-30-8 (PDF)

© Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé

L'ADOPTION DE POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ POUR LE QUÉBEC

France Gagnon, Ph. D., professeure titulaire, Télé-Université, Université du Québec à Montréal

Jean Turgeon, Ph. D., professeur titulaire, École nationale d'administration publique

Mélanie Michaud, M. Sc. professionnelle de recherche, École nationale d'administration publique

Clémence Dallaire, Ph. D., professeure titulaire, Université Laval

Juin 2011

Remerciements

Les projets de recherche et activités réalisés au cours des six dernières années par les chercheurs du Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé n'auraient pu être menés à bien sans la collaboration de nombreuses personnes. Nous tenons à les remercier.

Nos remerciements vont d'abord aux membres du comité de suivi de l'Action concertée qui nous ont appuyés tout au long de ces années : Pierre Bergeron de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Lyne Jobin du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), Hélène Lessard du ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation (MDÉIE), les représentants du Fonds de recherche de la santé du Québec (FRSQ) et particulièrement notre interlocutrice au Fonds de recherche sur la société et la culture (FQRSC), M^{me} Nathalie Roy.

Un grand merci aux membres du comité consultatif pour leur participation, soit : M. Louis Germain, M. Marco De Nicolini, M^{me} Geneviève Leblanc, M. Robert Poiré, M^{me} Monique Gauthier, M. Daniel Tremblay, M. Guy Veilleux, ainsi qu'à toutes les personnes qui ont contribué d'une façon ou d'une autre à la réalisation des études de cas dans les quatre ministères concernés (Développement durable, Environnement et Parcs, Emploi et Solidarité sociale, Transports, Agriculture, Pêcheries et Alimentation).

Merci également à nos collaborateurs de l'INSPQ, du secteur des politiques publiques, notamment M^{mes} Geneviève Lapointe et Maude Chapados, et à ceux du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS), M. François Benoît et M^{me} Louise St-Pierre.

Par ailleurs, nous devons beaucoup aux professionnels et représentants de différents ministères du gouvernement du Québec qui ont accepté de répondre à l'une ou l'autre de nos enquêtes et de participer à nos entrevues.

Des remerciements sincères vont aussi à tous les étudiants et étudiantes qui ont contribué à un moment ou l'autre à la réalisation des projets en effectuant avec sérieux les diverses tâches qui leur ont été confiées.

Enfin, un merci particulier à M^{me} Lyne Jobin, directrice de la planification, de l'évaluation et du développement en santé publique et directrice de la surveillance de l'état de santé (intérim) au MSSS, et à son équipe, Caroline Druet et Marjolaine Pigeon, responsable de la mise en œuvre de l'article 54 de la Loi de santé publique.



Article promotionnel

Les politiques publiques et la santé

Il est reconnu que la santé des populations dépend d'un ensemble de facteurs appelés les déterminants de la santé. Ceux-ci sont liés à l'environnement physique, social et bâti, au niveau de scolarisation, aux conditions socio-économiques ainsi qu'aux habitudes de vie des individus. Bref, les impacts sur la santé sont d'origines diverses et concernent une multitude d'acteurs issus de différents milieux où les pratiques et les connaissances sont variées. Vue sous cet angle, la santé relève de plusieurs secteurs.

D'accord, mais... ce n'est pas notre priorité!

Pourtant, les décisions comme les interventions qui concernent le logement, l'aménagement urbain, le décrochage scolaire, la pollution atmosphérique, le revenu, l'accès à des pistes cyclables ont des impacts sur la santé. La réflexion et les efforts qui ne sont pas investis en amont risquent de se transformer en véritables problèmes de santé, alors pris en charge par ce secteur et son ministère. La conséquence en est que la part du financement consacrée à ce secteur augmentera sans cesse. Un peu plus de cohérence pour un meilleur partage des ressources, ce serait bien!

D'accord, mais... c'est trop compliqué!

Il y a consensus sur le processus à suivre afin de mener une évaluation prospective d'impact sur la santé. Les étapes vont du dépistage à l'analyse sommaire, et s'il y a lieu, de l'analyse approfondie au suivi des effets.

D'accord, mais... le temps et les ressources nous manquent!

Alors que de plus en plus de connaissances sont disponibles, nous disposons de moins en moins de temps pour les consulter. Toutefois, divers outils tels que les synthèses, les bulletins de veille facilitent dorénavant l'accès aux connaissances. Mieux fonder nos décisions pourrait rapporter à long terme. Si on passait à l'action!

Pour en savoir plus :

www.gepps.enap.ca

www.politiquespubliques.inspq.qc.ca

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-245-01.pdf>

Résumé

L'adoption de politiques publiques favorables à la santé pour le Québec

Améliorer l'état de santé de la population est un objectif inscrit depuis longtemps déjà à l'ordre du jour des gouvernements de la plupart des pays. Au cours des dernières décennies, cette préoccupation a été centrée le plus souvent sur les problèmes d'organisation des soins et des services, de financement des systèmes publics, d'accessibilité aux soins de qualité ou encore de disponibilité des ressources médicales et infirmières. Une autre façon de concevoir l'amélioration de la santé est de prévenir en amont les problèmes et de chercher à intervenir plus largement sur les environnements, les conditions de vie de la population ou sur ce qu'on appelle les déterminants de la santé. En 2001, le gouvernement du Québec innovait en intégrant dans la Loi sur la santé publique (LSP) un article faisant du ministre de la Santé et des Services sociaux « le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique » et en lui reconnaissant le droit de donner :

[...] 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 et la population (L.R.Q. chapitre S-2.2, article 54).

La mise en œuvre de l'article 54 a été au centre de la présente programmation de recherche. Afin de mieux comprendre comment la dynamique gouvernementale pourrait faciliter l'élaboration de politiques favorables à la santé (PFS), nous avons structuré notre programmation autour des trois axes suivants : le processus décisionnel (axe 1), le processus d'évaluation prospective des politiques publiques (axe 2) et le processus de transfert et d'appropriation des connaissances (axe 3). Ces processus sont apparus centraux dans l'élaboration de PFS et dans la perspective d'un changement. Afin de mieux cerner les tenants et les aboutissants de l'élaboration des politiques publiques que l'on souhaiterait favorables à la santé et de répondre aux objectifs de l'AC, nous avons proposé un cadre conceptuel inspiré des travaux de Sabatier et Jenkins-Smith (1999).

La réalisation de huit études de cas, centrées sur l'examen du processus décisionnel à travers les dimensions institutionnelle, politique, normative et cognitive, a permis de mettre en lumière la prédominance des dimensions institutionnelle et politique ainsi que l'importance des valeurs dans le processus décisionnel et par le fait même, les réserves d'acteurs sur le terrain à l'idée que la santé devienne la norme (axe 1).

La réalité du terrain a fait ressortir les difficultés d'accéder aux agendas ministériels et d'intervenir en amont lors de la formulation des politiques publiques (axe 2). La multiplication des clauses d'impact relatives à la santé, à la pauvreté et au développement durable, l'absence de procédures formelles encadrant la réalisation d'évaluation prospective d'impact sur la santé et d'un appui constant des hautes instances sont d'autres défis qui font partie de la réalité du terrain.

Enfin, les résultats de l'enquête auprès des professionnels de l'administration publique québécoise sur l'utilisation des connaissances et les préoccupations en matière de santé font ressortir l'importance de miser sur l'apprentissage individuel des acteurs. Bref, afin de favoriser l'appropriation, l'utilisation et les échanges de connaissances, il faudrait miser sur l'apprentissage individuel des acteurs et sur l'apprentissage collectif entre acteurs et entre organisations (axe 3).

Sommaire exécutif

L'adoption de politiques publiques favorables à la santé pour le Québec

Améliorer l'état de santé de la population est un objectif inscrit depuis longtemps déjà à l'ordre du jour des gouvernements de la plupart des pays. Au cours des dernières décennies, cette préoccupation a été centrée le plus souvent sur les problèmes d'organisation des soins et des services, de financement des systèmes publics, d'accessibilité aux soins de qualité. Une autre façon de concevoir l'amélioration de la santé est de prévenir en amont les problèmes et de chercher à intervenir plus largement sur les environnements, les conditions de vie de la population ou sur ce qu'on appelle les déterminants de la santé. En 2001, le gouvernement du Québec innovait en intégrant dans la Loi sur la santé publique un article faisant du ministre de la Santé et des Services sociaux « le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique » et en lui reconnaissant le droit de donner :

[...] 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 et la population (L.R.Q. chapitre S-2.2, article 54).

Les intervenants de la Direction de la planification, de l'évaluation et du développement en santé publique (Direction générale de la santé publique) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sont responsables de la stratégie d'application de cet article. Le but de l'Action concertée (AC) *Concepts et méthodes pour l'analyse des actions gouvernementales pouvant avoir des impacts sur la santé et le bien-être des populations (2004-2010)* était de soutenir cette stratégie d'application. C'est dans ce contexte que le Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé (GÉPPS) a été créé en 2005 et a réalisé la programmation de recherche *L'adoption de politiques publiques favorables à la santé pour le Québec*.

Afin de mieux comprendre comment la dynamique gouvernementale pourrait faciliter l'élaboration de politiques favorables à la santé (PFS), nous avons structuré notre programmation autour des trois axes suivants : le processus décisionnel (axe 1), le processus d'évaluation prospective des politiques publiques (axe 2) et le processus de transfert et d'appropriation des connaissances (axe 3). Ces processus sont apparus centraux dans l'élaboration des PFS et dans la perspective d'un changement. Afin de mieux cerner les tenants et les aboutissants de l'élaboration des politiques publiques que l'on souhaiterait favorables à la santé et de répondre aux objectifs de l'AC, nous avons proposé un cadre conceptuel inspiré des travaux de Sabatier et Jenkins-Smith (1999).

Le processus de formulation/adoption des politiques publiques est fortement influencé par les pratiques institutionnelles, les intentions du politique, la dynamique du sous-système et les événements dans l'environnement externe, dont les décisions prises par un autre sous-système et l'opinion publique. La réalisation de huit études de cas, centrées sur l'examen du processus décisionnel à travers les dimensions institutionnelle, politique, normative et cognitive, a permis de mettre en lumière la prédominance des dimensions institutionnelle et politique ainsi que l'importance des valeurs dans le processus décisionnel et par le fait même, les réserves d'acteurs sur le terrain à l'idée que la santé devienne la norme. L'analyse du processus décisionnel à travers les cas à l'étude montre bien les difficultés de la prise en compte des connaissances existantes sur la santé lors de l'adoption des politiques publiques, d'où l'importance d'examiner en quoi et comment l'évaluation d'impact sur la santé peut représenter un outil d'aide à la décision.

La mise en œuvre de l'article 54 implique qu'au cours du processus décisionnel, l'impact sur la santé des mesures prévues par les lois et règlements élaborées par les ministères et organismes du gouvernement du Québec soit évalué de manière à déterminer si cet impact est significatif sur la santé de la population. La réalité du terrain a fait ressortir les difficultés pour les chercheurs universitaires d'accéder aux agendas ministériels et d'intervenir en amont lors de la formulation des politiques publiques. L'absence de procédures formelles encadrant la réalisation d'évaluation prospective d'impact sur la santé, d'un appui constant des hautes instances et la multiplication des clauses d'impact relatives à la santé, à la pauvreté et au développement durable sont d'autres défis qui font partie de la réalité du terrain.

Si l'apprentissage collectif, c'est-à-dire l'apprentissage entre acteurs ou encore entre organisations, est une voie à privilégier pour favoriser l'appropriation, l'utilisation et les échanges de connaissances, les résultats de l'enquête auprès des professionnels de l'administration publique québécoise sur l'utilisation des connaissances et les préoccupations en matière de santé font ressortir l'importance de miser également sur l'apprentissage individuel des acteurs. D'ailleurs, la majorité des répondants souhaite voir se multiplier les mécanismes intersectoriels facilitant les échanges entre ministères, entre directions d'un même ministère et avec la santé publique.

Les résultats des projets réalisés nous amènent à dégager les constats suivants relativement à chacun des axes de la programmation.

L'axe 1

1. La formulation et l'adoption des politiques sont conditionnées par les dimensions institutionnelle et politique.
2. Compte tenu de la mission diversifiée de certains ministères, il y a à l'intérieur d'un même ministère, présence de différents sous-systèmes. La dynamique de ceux-ci est dépendante du jeu des acteurs, soit de leurs croyances, ressources et stratégies, incluant la présence plus ou moins formelle de coalition.

3. Les événements dans l'environnement externe, dont les décisions prises par un autre sous-système ainsi que l'opinion publique, sont des facteurs influençant la formulation et l'adoption des politiques publiques des divers sous-systèmes.

L'axe 2

4. L'ÉIS comme outil d'aide à la décision constitue un autre pas important vers la formulation de politiques favorables à la santé.
5. La multiplication des clauses d'impact complexifie la prise en compte de la santé dans les politiques publiques.
6. La réalisation de l'ÉIS aux paliers central et local représente une nécessaire complémentarité.
7. La participation de la population à l'ÉIS exige un dosage délicat.

L'axe 3

8. L'information utilisée par les professionnels dans leur pratique provient de sources diverses et les connaissances scientifiques sont régulièrement consultées.
9. L'évaluation d'impact sur la santé est très peu connue des professionnels du gouvernement du Québec, mais sa pertinence n'est pas remise en question.
10. Il y a une multiplicité de facteurs, dont la disponibilité des connaissances et les compétences des professionnels, qui font en sorte que les connaissances seront utilisées ou non.
11. Le partage des connaissances dans le cadre d'une recherche collaborative implique la participation des deux partenaires, voire la réciprocité.
12. Un minimum de conditions doit être réuni afin que le partage de connaissances soit le plus efficace possible, comme l'implication de tous les partenaires.

Autres constats

13. Le réseau des répondants ministériels pour l'application de l'article 54 de la LSP est un dispositif pertinent.
14. La gestion corporative de la santé représente une pratique difficile à vendre et qui demeure peu exploitée.
15. Les études de cas réalisées confirment la pertinence du cadre conceptuel proposé et de ses trois axes que sont : le processus décisionnel; l'ÉIS et le transfert et l'appropriation des connaissances. De même, le concept de sous-système est particulièrement approprié pour nous éclairer sur la réalité de l'élaboration des PFS.

En lien avec ces constats, les chercheurs proposent diverses pistes d'action afin de mettre plus de santé dans les politiques, parmi celles-ci, notons :

- Promouvoir à la fois l'apprentissage individuel des acteurs et l'apprentissage collectif entre acteurs ou encore entre organisations.
- Favoriser le recours à différents types de connaissances : instrumentales (scientifiques), interactives (données anecdotiques et/ou alternatives/critiques); considérer les avis des experts en appui; favoriser la cueillette d'informations sur le contexte et les expertises locales et enfin, augmenter la qualité des communications entre les parties prenantes à l'ÉIS.
- L'ÉIS apparaissant aux ministères comme une contrainte supplémentaire à surmonter lors de la formulation des politiques publiques sous leur responsabilité, le MSSS doit intensifier son action en vue de faire connaître et reconnaître l'ÉIS comme une plus-value.
- Mesurer l'usage des savoirs scientifiques dans l'administration publique à travers la conduite de recherches expérimentales ou d'études d'observation, par exemple.
- Faciliter l'accès physique et améliorer l'accès cognitif aux données de la recherche chez les professionnels. Divers moyens peuvent être mis de l'avant, tels que fournir aux professionnels l'accès à un volume suffisant de périodiques spécialisés, les informer de l'existence des ressources bibliographiques internes et externes et développer leurs compétences et habiletés en recherche documentaire.
- Adapter le contenu de la formation sur l'élaboration des PFS au contexte ministériel est un incontournable.
- Analyser la mise en œuvre de politiques afin de comparer les intentions du législateur à la réalité du terrain.

Certes, encore aujourd'hui, les défis à relever pour mettre plus de santé dans les politiques publiques sont grands. Mais au cours des dernières années, nous avons pu constater l'intérêt de plus en plus marqué pour cette problématique au Québec comme au Canada et aussi en Europe. Au Québec et au Canada, l'INSPQ et le CCNPPS, notamment, portent une attention particulière aux politiques publiques et à la santé.

Toutefois, en matière de développement des PFS, deux écueils sont à éviter. D'une part, la tentation du « normatif impératif ». Au nom de la santé et du bien-être, on ne peut dicter le comportement quotidien des citoyens ni chercher à contrôler complètement leur environnement. D'autre part, l'élaboration des politiques publiques ne s'inscrit pas dans une logique de parfaite rationalité administrative; plutôt, diverses rationalités sont au rendez-vous. Il faut faire avec. Cela étant dit, il n'en est pas moins raisonnable de chercher à améliorer les politiques publiques. Il faut alors compter sur l'apprentissage entre acteurs et entre organisations, l'apport de connaissances pertinentes, le temps et l'innovation!

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	I
ARTICLE PROMOTIONNEL	II
RÉSUMÉ	III
SOMMAIRE EXÉCUTIF	IV
TABLE DES MATIÈRES	VIII
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	X
LE CONTEXTE DE LA RECHERCHE	1
La problématique globale	2
Le cadre conceptuel de recherche	3
Les objectifs poursuivis	5
1 LES RÉSULTATS DE RECHERCHE	6
1.1 Le processus décisionnel ou les dimensions structurantes de la formulation des politiques publiques (Axe 1)	7
1.1.1 La formulation et l'adoption de politiques publiques à travers huit études de cas	7
1.1.2 Les conditions ou les facteurs qui favorisent la prise en compte des impacts pour la santé et le bien-être.	10
1.2 L'évaluation prospective d'impact sur la santé (Axe 2)	13
1.2.1 Une pratique en développement	13
1.2.2 De l'adoption de l'article 54 à l'implantation de l'ÉIS	15
1.3 Le processus de transfert et d'appropriation de connaissances (Axe 3)	17
1.3.1 Le processus de transfert et d'appropriation de connaissances - un lieu stratégique	17
1.3.2 L'utilisation et le partage des connaissances : où en sommes-nous ?	19
1.4 Les thèmes transversaux à l'étude	21
1.4.1 La gestion horizontale et la gestion corporative	21
1.4.2 La recherche collaborative ou le difficile arrimage entre les cultures	24
1.5 Les pistes d'action	26
1.5.1 Le processus décisionnel	26
1.5.2 L'évaluation prospective d'impact	27
1.5.3 Le processus de transfert et d'appréciation des connaissances	28
1.5.4 Les thèmes transversaux	28
1.6 Les apports conceptuels et méthodologiques	29
1.6.1 Les apports conceptuels et les pistes de développement	29
1.6.2 Les apports méthodologiques et les pistes de développement	31

2 LES RETOMBÉES DU FINANCEMENT DE L'ACTION CONCERTÉE	33
2.1 Le développement d'une infrastructure de recherche	33
2.1.1 Le réseautage au Québec et avec les autres provinces canadiennes	33
2.1.2 Le réseautage à l'international	34
2.2 L'encadrement d'assistants de recherche et formation d'étudiants	35
2.3 L'organisation d'activités d'échanges et de transfert de connaissances	35
2.4 Les retombées scientifiques directes et indirectes	36
CONCLUSION	38
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	40
ANNEXES	43

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 Cadre conceptuel de recherche	4
FIGURE 2 Différents contextes de l'action des acteurs de la santé publique en lien avec les PFS	12

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 Politiques à l'étude, problème visé et déterminants de la santé –projet 3	9
TABLEAU 2 Les conditions de succès recensées dans les cas à l'étude	22

Le contexte de la recherche

Améliorer l'état de santé de la population est un objectif inscrit depuis longtemps déjà à l'ordre du jour des gouvernements de la plupart des pays. Au cours des dernières décennies, cette préoccupation a été centrée le plus souvent sur les problèmes d'organisation des soins et des services, de financement des systèmes publics, d'accessibilité aux soins de qualité ou encore de disponibilité des ressources médicales et infirmières.

Une autre façon de concevoir l'amélioration de la santé est de prévenir en amont les problèmes et de chercher à intervenir plus largement sur les environnements, les conditions de vie de la population ou sur ce qu'on appelle les déterminants de la santé. Au cours de la dernière décennie, plusieurs organismes nationaux et internationaux (Conseil canadien de la santé, 2010; OMS, 2008; Wismar et al., 2007) et gouvernements (Breeze, 2003; UK Department of Health, 2004; République et canton de Genève, 2006; Government of Western Australia, 2007; Gouvernement of British Columbia, 2008) se sont intéressés à cette approche.

En 2001, le gouvernement du Québec innovait en intégrant dans la Loi sur la santé publique un article faisant du ministre de la Santé et des Services sociaux « le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique » et en lui reconnaissant le droit de donner :

[...] 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 et la population (L.R.Q. chapitre S-2.2, article 54).

Au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), les intervenants de la Direction de la planification, de l'évaluation et du développement en santé publique (Direction générale de la santé publique) sont responsables de la stratégie d'application de l'article 54. Cette stratégie, en deux volets, comporte l'implantation d'un mécanisme intragouvernemental d'évaluation d'impact sur la santé ainsi que le développement et le transfert des connaissances sur les politiques publiques favorables à la santé et au bien-être (MSSS, 2007). Le but de l'Action concertée (AC) *Concepts et méthodes pour l'analyse des actions gouvernementales pouvant avoir des impacts sur la santé et le bien-être des populations* (2004-2010) était de soutenir cette stratégie. Le MSSS a agi comme partenaire financier de cette AC, parrainée par le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC) et le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ).

Cette AC avait comme particularité de poursuivre un double objectif, soit d'une part, le développement d'une infrastructure de recherche, en d'autres termes la constitution d'une équipe, et d'autre part, la réalisation de projets de recherche. Dans les faits, cette équipe se devait de répondre aux exigences suivantes : 1) développer une réflexion conceptuelle et des façons de faire afin de répondre aux besoins exprimés par le partenaire suivant les principes d'une AC; 2) produire des résultats de

recherche à travers la réalisation de projets; 3) traduire ces résultats de recherche pour le partenaire financier et les partenaires de recherche et enfin, 4) contribuer à l'avancement des connaissances dans le contexte de la production scientifique (évaluation par les comités de pairs).

Dans le cadre de l'appel d'offres de 2004 (2^e concours), notre équipe s'est vue octroyer une première subvention de recherche de 570 000 \$, pour la programmation intitulée *L'adoption de politiques publiques favorables à la santé pour le Québec* (2004-2007 – phase 1). C'est dans ce contexte que le Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé (GÉPPS) a été créé en 2005. À la suite du dépôt du bilan 2004-2007 et de son évaluation par les partenaires et les pairs, nous avons obtenu le renouvellement de cette subvention, pour le même montant (2007-2010 – phase 2). Sur la composition de l'équipe, voir l'annexe 1.

Suivant les principes d'une AC, la programmation a été menée dans la perspective de la recherche collaborative. Ce choix a impliqué la participation active des partenaires des milieux de la décision et de l'intervention, et ce, pour les étapes allant de la planification au déroulement même de la recherche et incluant les activités de transfert et d'appropriation des connaissances. D'une part, les rencontres du comité de suivi¹ ont donné lieu à l'échange d'informations entre les représentants du MSSS, principal partenaire, les chercheurs principaux de l'équipe², les représentants des fonds de recherche, à des discussions sur la planification ou la réalisation de projets, d'activités ainsi que sur les résultats préliminaires ou finaux, selon le cas. D'autre part, quatre ministères ont agi également comme partenaires de recherche dans le cadre de cette programmation : Agriculture, Pêcheries et Alimentation; Développement durable, Environnement et Parcs; Emploi et Solidarité sociale ainsi que le ministère des Transports.

Le choix de ces partenaires ministériels a été fait au moment du dépôt de la proposition de recherche, en 2004. Nous avons cherché à inclure dans l'échantillonnage des ministères à vocation économique et à vocation sociale. Un certain nombre de ministères au sein desquels un membre ou l'autre

de l'équipe avait déjà des contacts auprès de hauts fonctionnaires ont été contactés. Certains ministères ont refusé, mais les quatre mentionnés ci-haut ont accepté de collaborer à la recherche, ils représentent des secteurs variés pour qui les préoccupations économiques, sociales ou environnementales sont centrales.

Aux fins de réalisation de projets, un comité consultatif composé de deux représentants de chaque ministère a été formé. Les contributions de nos partenaires et les collaborations développées dans les divers projets et activités seront précisées plus loin (Section 1. Les résultats de recherche). Cette façon de travailler bien qu'exigeante en temps et en énergie s'avère incontournable pour les besoins de cette programmation. Compte tenu des implications de la recherche collaborative, une section y est consacrée dans le rapport (sous-section 1.4.2).

La problématique globale³

Ainsi, la mise en œuvre de l'article 54 de la Loi sur la santé publique (LSP) est l'objet central de recherche de la présente programmation. Les constats sur les difficultés que pose la mise en œuvre de toute politique (Hogwood et Gunn, 1984; Edwards et Sharkansky, 1981), les résultats d'études sur la perception des fonctionnaires des administrations publiques québécoise et canadienne vis-à-vis de la santé (Lavis et al., 2003; Observatoire d'administration publique (OAP) de l'ENAP, 2003) ainsi que les bilans sur les expériences en matière d'évaluation

1 Le comité de suivi est un mécanisme prévu dans le programme des AC. Ce comité « se réunit dès l'amorce des travaux de recherche et, par la suite, selon une fréquence établie entre les équipes de recherche et les partenaires de l'Action concertée ». Dans le cas présent, dix rencontres ont été tenues. Site du FQRSC, à l'adresse suivante : http://www.fqrsc.gouv.qc.ca/tr/subventions/programme_actions_concertees.php. Consulté le 6 février 2011.

2 Une autre exigence de cette AC était que l'équipe soit composée de trois chercheurs principaux, dont l'un consacrant 75 % de son temps de recherche à la présente programmation.

3 Les sections *La problématique globale*, *Le cadre conceptuel de recherche* et *Les objectifs poursuivis* reprennent en partie les contenus de la demande déposée en 2004 et du rapport de mi-parcours *L'adoption de politiques publiques favorables à la santé. Bilan des activités 2004-2007 et renouvellement du financement 2007-2010* (1^{er} juin 2007).

prospective d'impact sur la santé (ÉIS)⁴ nous ont amenés à cibler dès le début de la recherche les trois problèmes suivants.

Un premier problème est lié à la perception des ministères et organismes (M/O) des impacts de leurs actions sur la santé et le bien-être. En d'autres termes, un certain nombre de ministères, dont ceux à vocation économique, ne percevraient pas et, par conséquent, ne reconnaîtraient pas les impacts potentiels de leurs actions sur la santé. Un deuxième problème est relatif à l'évaluation a priori des impacts potentiels, positifs et négatifs, sur la santé et le bien-être. Ce problème soulève la question de la réalisation de l'évaluation (disponibilité, qualité et utilisation des données). Un dernier problème est celui de l'intégration d'un processus d'évaluation à l'intérieur d'une organisation gouvernementale dans le contexte de l'élaboration des politiques publiques et des différents acteurs et facteurs qui interviennent lors de la formulation des politiques. Notre intérêt pour la mise en œuvre de l'article 54 nous a ainsi menés à examiner comment se font les politiques publiques, ou suivant le langage consacré, à étudier la formulation et l'adoption de ces politiques.

Afin de mieux comprendre comment la dynamique politico-administrative de l'appareil gouvernemental pourrait faciliter l'élaboration de politiques favorables à la santé (PFS), nous avons structuré notre programmation de recherche autour des trois axes suivants : le processus décisionnel (axe 1); le processus d'évaluation prospective des politiques publiques (axe 2); le processus de transfert et d'appropriation des connaissances (axe 3). Ces processus sont apparus centraux dans l'élaboration de PFS et dans la perspective d'un changement.

Pour mieux cerner les tenants et les aboutissants de l'élaboration des politiques publiques que l'on souhaiterait favorables à la santé et répondre aux objectifs de l'AC, nous avons proposé un cadre conceptuel inspiré des travaux de Sabatier et Jenkins-Smith (1999).

Le cadre conceptuel de recherche

Parmi les modèles d'analyse des politiques publiques, celui de l'*Advocacy Coalition Framework*

(ACF) (Sabatier et Jenkins-Smith, 1999; Sabatier et Weible, 2007) représente une synthèse des approches dites *top-down* et *bottom up*, identifiant tantôt le central ou la base comme le principal initiateur d'une politique.

Selon l'ACF, chaque domaine d'une politique publique, par exemple l'agriculture, les affaires municipales ou les finances, a son propre sous-système d'acteurs : « 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/d'une aire données » (Bergeron, Surel et Valluy, 1998 : 206).

Ces acteurs peuvent provenir autant de l'intérieur que de l'extérieur de l'appareil gouvernemental, ils peuvent être journaliste, expert, représentant élu, citoyen engagé, représentant d'un groupe d'intéressés, fonctionnaire et autres.

Par ce modèle, les auteurs cherchent à comprendre le changement dans les politiques publiques en prenant en compte les dimensions cognitive et normative, en d'autres termes, les connaissances et valeurs des acteurs. Ainsi, au sein de chaque sous-système existeraient des coalitions d'acteurs qui défendent leur cause et se forment à partir d'un système de croyances et de valeurs communes : des coalitions plaidantes (*Advocacy coalition*).

De telles coalitions se caractérisent par leur système de croyances (*belief system*), qui pour Sabatier et Jenkins-Smith (1999) se compose de trois niveaux. Le premier niveau est celui des valeurs ou croyances fondamentales (*deep core*) d'un individu, il correspond à ses convictions profondes, soit à des valeurs telles que la liberté, la justice et l'égalité. Les changements y sont plutôt rares et concernent tous les sous-systèmes. Le deuxième niveau est celui du noyau superficiel (*policy core*), qui traduit « opérationnellement » les valeurs dans les politiques publiques. Il est associé aux stratégies de base,

⁴ Nous utiliserons l'acronyme ÉIS pour désigner l'évaluation prospective d'impact sur la santé. Cette pratique est connue dans les pays anglo-saxons sous le nom de *Health Impact Assessment (HIA)*.

c'est-à-dire à des principes stratégiques par lesquels les acteurs font valoir leurs valeurs ou croyances profondes. Ce niveau est à l'échelle d'un sous-système; les changements y sont difficiles, mais possibles. Le troisième niveau correspond aux aspects secondaires (*secondary aspects*), définis comme des décisions instrumentales qui ne s'appliquent qu'à une partie du sous-système (règles administratives, allocations budgétaires, etc.). Les changements y sont plus fréquents et plus faciles.

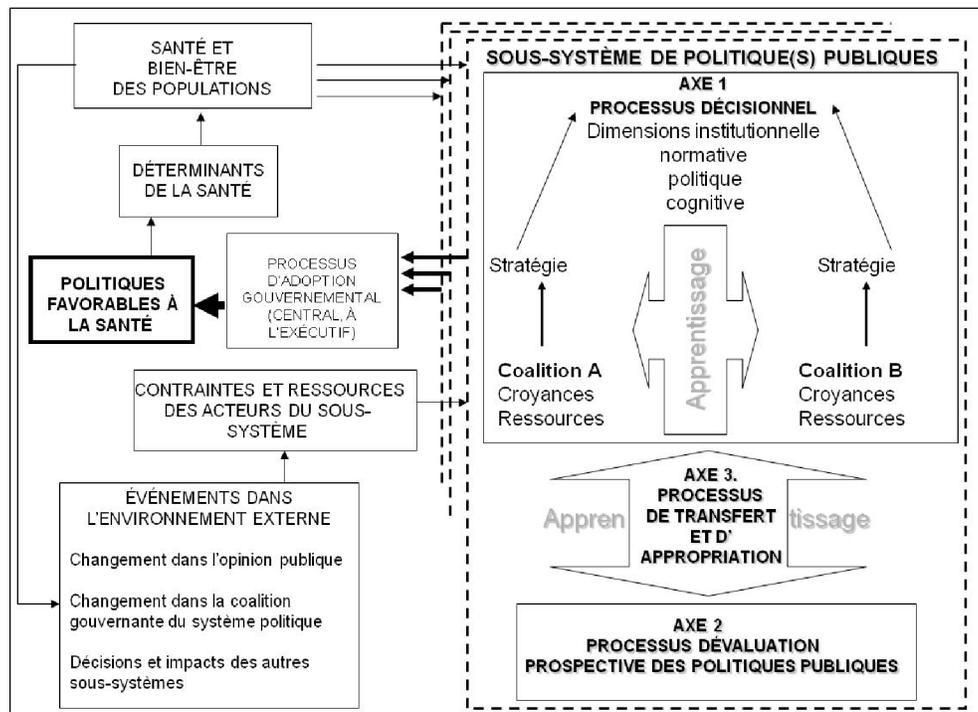
Les auteurs formulent un ensemble d'hypothèses liant le changement à l'apprentissage (*policy-learning*), c.-à-d. à « la transformation progressive du système de croyances (des acteurs) par confrontation aux réalités et aux autres systèmes de croyances » (p. 213). Cet apprentissage pourrait se faire entre acteurs et entre organisations. Ces concepts de sous-système, de coalitions et d'apprentissage nous sont apparus des plus pertinents pour décrire et comprendre la réalité de l'élabora-

tion de politiques publiques que l'on souhaiterait favorables à la santé.

Comme le montre la Figure 1, le cadre conceptuel proposé prend appui sur le concept de sous-système et intègre les processus décisionnel, d'évaluation prospective, de transfert et d'appropriation des connaissances. L'adoption de PFS reposerait sur un processus décisionnel impliquant l'évaluation prospective d'impacts ainsi que le transfert et l'appropriation des connaissances. Une telle dynamique à l'intérieur de sous-systèmes donnerait lieu à l'adoption de PFS prenant en compte les déterminants de la santé qui eux auraient des impacts positifs sur la santé et le bien-être des populations.

Dans la partie gauche de la Figure, les événements dans l'environnement externe sont considérés comme un autre facteur pouvant influencer la logique de production des politiques publiques. Les changements dans l'opinion publique, dans la

FIGURE 1
CADRE CONCEPTUEL DE RECHERCHE



Gagnon, Turgeon et Dallaire (2007), adapté de Sabatier et Jenkins-Smith (1999)

coalition gouvernante (gouvernement) ainsi que les décisions et impacts des autres sous-systèmes sont considérés. Pour une présentation détaillée de ce cadre, voir Gagnon, Turgeon et Dallaire (2007).

En 2007, à partir des résultats préliminaires obtenus et afin de mettre davantage à profit notre cadre conceptuel, nous avons poursuivi nos travaux au regard des volets suivants :

- Volet 1** Dimensions structurantes du processus décisionnel (dimensions institutionnelle, normative, politique et cognitive);
- Volet 2** Dynamique du processus décisionnel (coalitions, soit en termes d'acteurs, de croyances, de ressources et de stratégies);
- Volet 3** Instruments et dispositifs de gouverne;
- Volet 4** Évaluation d'impact sur la santé;
- Volet 5** Intégration des processus d'évaluation prospective d'impact;
- Volet 6** Apprentissage.

Les volets 1, 2 et 3 sont partie intégrante de l'axe 1; les volets 4 et 5 sont liés à l'axe 2 et le volet 6 touche à la fois aux axes 3 et 1. La thématique du volet 6, l'apprentissage, était présente dans le cadre conceptuel initial, mais peu exploitée formellement.

Comme nous le verrons dans les pages suivantes, les liens entre les processus, soit l'ensemble des facteurs et acteurs qui interviennent et interagissent, sont cruciaux. À l'intérieur même d'un sous-système, le passage entre les processus ne se fait ni automatiquement ni spontanément.

En d'autres termes, l'adoption de l'article 54 pour favoriser la prise en compte des impacts sur la santé dans les politiques publiques ne signifie pas qu'il y aura de la part des autres ministères une prise en compte de leurs actions sur la santé (passage entre

les axes 1 et 2); s'il y a évaluation, les résultats ne seront pas nécessairement transférés (passage entre les axes 2 et 3) et s'ils sont transférés (passage entre les axes 3 et 1), ils ne seront pas pour autant considérés par les autorités ministérielles⁵ lors de l'adoption. C'est dire que ces résultats peuvent circuler ou être connus au sein du sous-système, mais d'autres considérations entrent en compétition avec ces données au moment de la prise de décision par les élus. Telle est la réalité qui caractériserait l'élaboration des politiques publiques.

Les objectifs poursuivis

Pour la programmation 2004-2007, les quatre (4) objectifs suivants ont été retenus :

- 1 Développer**, à partir du cadre conceptuel proposé, une compréhension fine de l'élaboration des politiques favorables à la santé à travers le processus décisionnel (axe 1), celui de l'évaluation prospective (axe 2) et le processus de transfert et d'appropriation des connaissances (axe 3), et ce, afin d'améliorer la qualité de la prise de décision et de favoriser l'adoption de politiques favorables à la santé pour le Québec;
- 2 Apporter** un éclairage analytique et éthique sur l'intégration d'un processus d'évaluation prospective des politiques publiques en réalisant en collaboration avec des partenaires ministériels des études de cas rétrospectives et en examinant, par l'approche du *Policy Transfer* (transfert de politiques), les expériences internationales menées sur les effets potentiels des politiques sur la santé et le bien-être des populations (axes 1-2);
- 3 Tester**, en collaboration avec des partenaires ministériels et par des études de cas prospectives, des façons de faire et des outils de transfert et d'appropriation des connaissances visant à sensibiliser ceux qui formulent et ceux qui décident

5 Le terme « décideur » prêtant à confusion, car à différents niveaux les acteurs prennent des décisions ou font des choix, nous utiliserons le terme « autorités ministérielles » pour désigner les ministres qui sont des responsables élus d'un secteur d'interventions.

des politiques aux préoccupations sur la santé et le bien-être des populations et à éclairer leurs choix et leurs décisions pour le développement de politiques favorables à la santé (axe 3);

4 Développer et mettre en œuvre une stratégie de transfert et d'appropriation des connaissances qui favorise l'évaluation prospective des politiques pour les utilisateurs potentiels.

Afin de poursuivre et de mener à bien nos travaux et activités de recherche, les objectifs suivants ont été ciblés pour la programmation 2007-2010 :

1 Approfondir la compréhension de l'élaboration des PFS sur le plan théorique (cf. aux volets 1 à 6 énumérés ci-dessus);

2 Ajouter à l'analyse sur l'intégration d'un processus d'évaluation prospective des politiques publiques, toujours en fonction des besoins de nos partenaires ministériels et autres partenaires institutionnels;

3 Mieux cerner les besoins des utilisateurs en matière d'ÉIS afin de mieux répondre à leurs besoins en matière d'outils de transfert et d'appropriation des connaissances;

4 Poursuivre la mise en œuvre de stratégie de transfert et d'appropriation des connaissances.

Ce rapport rend compte des résultats des projets de recherche et activités menés du 1^{er} décembre 2004 au 31 mars 2011, dans le cadre de la programmation *L'adoption de politiques publiques favorables à la santé pour le Québec*. La première partie présente les résultats de recherche au regard des axes de la programmation, des thèmes transversaux, tels que la gestion horizontale et la recherche collaborative, ainsi que des apports conceptuels et méthodologiques de nos travaux. La seconde partie porte sur les retombées du financement de l'AC en termes de développement d'une infrastructure de recherche, de notre contribution à l'encadrement et à la formation d'étudiants, d'activités de transfert de connaissances ainsi que de retombées directes et indirectes de cette programmation de recherche. Une série d'annexes complète l'information.

1 LES RÉSULTATS DE RECHERCHE

De 2004 à 2010, une douzaine de projets de recherche ont été menés par les chercheurs et co-chercheurs de l'équipe dans le cadre de cette AC. Pour un aperçu des projets développés en lien avec les axes et les volets de recherche, voir l'annexe 2.

La présentation des résultats qui suit est organisée en fonction des axes de recherche de la programmation. Les sections 1.1 à 1.3 traitent du processus décisionnel (axe 1), de l'évaluation prospective d'impact sur la santé (axe 2) et enfin, du transfert et de l'appropriation des connaissances (axe 3). Pour chacun de ces axes, nous décrirons brièvement la problématique ainsi que les projets réalisés. Par la suite, nous présenterons les résultats obtenus essentiellement sous forme de constats, l'accent sera mis en effet sur les résultats les plus significatifs, susceptibles de faire avancer la réflexion, de soutenir les pratiques ou de motiver les changements d'orientation de l'action publique.

Certaines des thématiques traitées ont une portée transversale, la section 1.4 y est réservée. Un examen de divers dispositifs ministériels des gouvernements du Canada et du Québec a été réalisé et des conditions de succès ont été dégagées (projet 7.1). Les résultats de cette étude sont présentés à la section 1.4.1. Par ailleurs, au développement du partenariat nécessaire à la réalisation de la recherche collaborative, nous avons associé une démarche d'observation réflexive visant à documenter cette stratégie de recherche (projet 1). La section 1.4.2 est consacrée à cette autre thématique. La section 1.5 regroupe un ensemble de pistes d'action liées aux axes de recherche ainsi qu'aux thèmes transversaux. Finalement, à la section 1.6, nous dégagerons les apports conceptuels et méthodologiques qui ressortent de la programmation et contribuent à une meilleure compréhension de l'élaboration des PFS.

1.1 Le processus décisionnel ou les dimensions structurantes de la formulation des politiques publiques (Axe 1)

1.1.1 La formulation et l'adoption de politiques publiques à travers huit études de cas

L'examen du processus décisionnel a retenu notre attention à travers huit études de cas dites rétrospectives (projet 3). Nous nous sommes intéressés à la prise en compte, ou non, de la santé et du bien-être des populations lors de la formulation/adoption de politiques publiques⁶.

Le choix de ces cas a été fait de concert avec le comité consultatif formé de huit représentants des quatre ministères partenaires, à raison de deux par ministère. Il nous est en effet apparu essentiel de procéder ainsi afin d'avoir accès à l'information nécessaire. Le principal critère de départ pour le choix des cas a été les liens avec la santé ou le bien-être, la pertinence ou l'évidence du lien étant ainsi fonction de l'expérience et de la vision de nos partenaires. Comme le montre le Tableau 1, les cas à l'étude représentent un éventail diversifié d'instruments de gouverne, soit une politique gouvernementale, une loi, un plan d'action, des règlements (2) et des mesures ciblées pour régler un problème (2). Le cas du cinémomètre photographique n'a pas donné lieu quant à lui à l'adoption d'une politique, sous une forme ou une autre, lors de la période à l'étude⁷.

À l'exception des cas du Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et du règlement sur la qualité de l'eau potable, les problèmes visés par ces politiques sont ciblés. L'environnement physique et l'environnement bâti sont les déterminants les plus fréquemment touchés.

Ces études de cas avaient comme objectifs de cerner la dynamique de différents sous-systèmes afin de dégager les conditions ou facteurs qui favoriseraient la prise en compte des préoccupations pour la santé et le bien-être des populations. Une pre-

mière étape d'analyse a consisté à reconstituer la formulation/adoption de la politique à partir de données documentaires disponibles et accessibles au sein de chaque ministère concerné. Cette collecte de données a permis de dresser un portrait du ministère concerné (mission, structure organisationnelle, principaux dossiers, dossiers en liens avec la santé), de documenter le problème à l'étude (conception du problème, enjeux, solutions mises de l'avant, ressources, dont l'utilisation de l'information, stratégies des acteurs) et enfin, de retracer les événements dans l'environnement externe (contexte socio-économique, opinion publique, actions d'autres secteurs gouvernementaux et autres). Le devis utilisé est à l'annexe 3.1.

Suivant le cadre conceptuel proposé (Figure 1), nous avons cherché à comprendre comment les dimensions institutionnelle, normative, politique et cognitive influencent la formulation et l'adoption de politiques publiques. En bref, la *dimension institutionnelle* est reliée à la structure officielle, incluant les aspects procédural et réglementaire propres à un ministère, sa mission et ses dispositifs ou mécanismes de fonctionnement⁸. *Documenter cette dimension* permet de remettre les préoccupations pour la santé et le bien-être dans le contexte gouvernemental et administratif de fonctionnement de chaque ministère.

La *dimension politique* est associée aux impératifs gouvernementaux, incluant la position du ministre du secteur concerné et les impératifs du ministère liés, par exemple, à ses engagements à l'intérieur comme à l'extérieur de l'appareil gouvernemental (groupe d'intéressés, préoccupations des citoyens). Les relations de pouvoir entre acteurs sont alors en jeu. *Documenter cette dimension* permet de remettre les préoccupations pour la santé et le

6 Pour les besoins de ce rapport, le terme « politique publique » est utilisé dans un sens large et non seulement pour désigner un énoncé formel de politique ministérielle ou gouvernementale.

7 L'étude de cas couvre la période de 1999 à 2006, alors que les projets pilotes ont été proposés en 2009.

8 Pour une présentation plus exhaustive de ces dimensions et leur opérationnalisation, voir l'annexe 3.2.

bien-être dans la perspective des élus et des responsables ainsi que des divers acteurs concernés et interpellés par le problème (journalistes, experts, groupes d'intéressés, représentants élus, fonctionnaires, citoyens et autres).

La dimension normative est centrale dans le modèle de l'ACF, les acteurs se regrouperaient autour de croyances communes qu'ils partagent (coalitions plaidantes). Notre stratégie d'analyse a consisté à retracer les visions du problème à l'étude véhiculées par les acteurs interpellés ou concernés par ce problème. Ainsi, nous avons cherché à discerner les arguments à l'appui de leur position et, selon le cas, leurs choix stratégiques (principes et orientations – choix des instruments). *Documenter cette dimension* permet de situer les préoccupations pour la santé et le bien-être au regard des différentes visions des acteurs dans le contexte propre à chaque sous-système.

Enfin, en ce qui a trait à la *dimension cognitive*, l'information technique portée par les acteurs au sein d'un sous-système joue un rôle majeur dans

le modèle de l'ACF. C'est par l'apprentissage entre acteurs et organisations que peuvent s'opérer des changements. Dans les faits, nous avons porté notre attention sur les connaissances utilisées⁹ par les acteurs pour appuyer leur vision du problème et les solutions proposées. Documenter cette dimension permet de remettre les préoccupations pour la santé et le bien-être dans le contexte de l'apprentissage à l'intérieur de chaque sous-système et entre les divers sous-systèmes.

Huit monographies et résumés ont été produits¹⁰ (Gagnon et Turgeon, 2007). L'examen du tandem formulation/adoption de ces cas a été complété par une série d'entrevues auprès d'acteurs clés pour quatre des huit cas à l'étude (projet 4). Le choix de ces cas a été fait, encore une fois, de concert avec les membres du comité consultatif. Au total, 18 acteurs ont été rencontrés. Le canevas d'entrevue est à l'annexe 3.3. Ainsi, l'analyse descriptive de chacun des sous-systèmes a été complétée par une analyse transversale des cas et par l'analyse des entrevues pour quatre cas. Les résultats qui suivent découlent de cette seconde étape d'analyse.

9 Dans un premier temps, nous avons cherché à faire l'inventaire des connaissances utilisées par les acteurs sans en exclure un type ou l'autre.

10 Les résumés sont publics et disponibles à l'adresse suivante : www.gepps.enap.ca. Suivant une entente avec nos partenaires ministériels, les monographies sont accessibles uniquement aux chercheurs pour les besoins de la recherche.

TABLEAU 1

POLITIQUES À L'ÉTUDE, PROBLÈME VISÉ ET DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ – PROJET 3

POLITIQUE À L'ÉTUDE	PROBLÈME VISÉ ¹ ÉTENDUE ² PI OU Pc	PRINCIPAUX DÉTERMINANTS	PRINCIPES STRATÉGIQUES DES ACTEURS DU SOUS-SYSTÈME 2 ^e niveau du système de croyances	IMPACTS SUR LA SANTÉ ³ Limiter les impacts négatifs - Augmenter les impacts positifs +
1 Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale MESS	Lutte à la pauvreté et l'exclusion sociale PI	Niveau de revenu et statut social	<ul style="list-style-type: none"> • Insertion en emploi • Solidarité sociale 	Limiter les impacts - vs Augmenter les impacts positifs +
2 Politique gouvernementale d'éducation des adultes et de formation continue	Orientation de la formation aux adultes Pc	Éducation	<ul style="list-style-type: none"> • Employabilité • Intégration sociale 	Limiter les impacts - vs Augmenter les impacts positifs +
3 Loi sur l'aquaculture commerciale MAPAQ	Crise dans l'industrie de la pêche Pc	Emploi et environnement physique	<ul style="list-style-type: none"> • Relance économique • Protection de l'environnement • Promotion de la santé 	Limiter les impacts - vs Augmenter les impacts positifs +
4 Règlement sur la traçabilité et l'identification de certains animaux	Insécurité alimentaire Pc	Environnement physique	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleure gestion sanitaire des troupeaux pour la santé humaine • Rentabilité de la production 	Limiter les impacts -
5 Code de gestion des pesticides en milieu urbain MDDEP	Usage des pesticides en milieu urbain Pc	Environnement physique	<ul style="list-style-type: none"> • Protection de la santé humaine • Protection de l'environnement • Promotion d'un environnement sain 	Limiter les impacts -
6 Règlement sur la qualité de l'eau potable	Vétusté des normes sur la qualité de l'eau potable Pc	Environnements bâti et physique	<ul style="list-style-type: none"> • Protection de la santé publique • Partage des coûts d'exploitation du système de traitement 	Limiter les impacts -
7 Autorisation du virage à droite au feu rouge MTQ	Mobilité aux carrefours Pc	Environnement bâti	<ul style="list-style-type: none"> • Fluidité de la circulation • Sécurité des plus vulnérables 	Augmenter les impacts positifs + vs Limiter les impacts-
8 Cinémomètre photographique	Excès de vitesse Pc	Habitudes de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Sécurité routière et efficacité • Respect des droits individuels 	Limiter les impacts -

1 Problème que l'on cherche à régler officiellement ou qui fait l'unanimité chez les acteurs du sous-système.

2 Problème large qui rejoint une grande proportion de la population avec nombreuses ramifications et répercussions (PI) ou problème de nature plus technique qui touche une proportion plus ciblée de la population (Pc).

3 Impacts de la mesure à l'étude sur le problème visé.

1.1.2 Les conditions ou les facteurs qui favorisent la prise en compte des impacts pour la santé et le bien-être

Il y a ceux qui savent et ceux qui décident [...].

[...] on ne peut pas espérer que les gens prennent leurs décisions uniquement sur ce que les données probantes disent, parce que..., les décisions sont aussi des choix de valeurs, il y a d'autres facteurs qui jouent dans la prise de décision. (Entrevue no 16)

Tels sont les commentaires faits par l'un des acteurs clés rencontrés à propos du processus décisionnel. Ils traduisent bien la perception d'acteurs qui sont à l'intérieur de l'appareil gouvernemental quant aux facteurs qui influencent, ou non, la prise de décision. De l'analyse des cas et des entrevues, il ressort que :

- La mission ministérielle agit comme un véritable filtre dans le processus décisionnel pour les acteurs de l'administratif (dimension institutionnelle). C'est dire que dans les cas à l'étude, la vision de la santé ou du bien-être des acteurs ministériels est relative à l'employabilité ou à la formation (2), à l'innocuité (1), à la sécurité alimentaire (1), à la santé physique (2) ou à la sécurité routière (2).
- Les changements de ministre n'affectent pas nécessairement l'orientation de la décision, mais la tenue d'élection comme le changement de parti au pouvoir peuvent accélérer ou ralentir l'avancement d'un dossier. La dynamique entre les acteurs du sous-système a une grande portée sur la prise en compte ou non de la santé (dimension politique).
- La confrontation plus ou moins grande entre différentes visions économiques, environnementales ou sanitaires mises de l'avant par les acteurs d'un sous-système se manifeste notamment lors du choix des solutions. Ces différentes visions des acteurs prennent alors la forme de principes stratégiques qui orientent le choix des instruments de gouverne (dimension normative). Voir au Tableau 1 les principes stratégiques mis de l'avant par les acteurs des divers sous-systèmes à l'étude;

- La prise en compte, ou non, des connaissances au moment de la formulation et de l'adoption des politiques s'inscrit dans un large spectre, allant des croyances personnelles du ministre sur la solution à privilégier face à un problème donné au recours au principe de précaution, par un autre ministre, afin d'adopter la meilleure solution possible, en passant par l'utilisation de données probantes (dimension cognitive).

L'analyse des cas fait ressortir que les politiques à l'étude visent le plus souvent à limiter les impacts négatifs même si dans certains cas des acteurs du sous-système valorisent les impacts positifs sur la santé et vont ainsi plus loin dans leurs revendications (voir *Impacts sur la santé* dans le Tableau 1). Typiquement, les principes stratégiques des acteurs des différents sous-systèmes interpellent des enjeux économiques, sociaux (santé et bien-être) ou environnementaux (voir *Principes stratégiques des acteurs du sous-système* dans le Tableau 1). Bref, on fait face à l'éternel triangle économie, santé et environnement.

Trois situations relatives à la prise en compte ou non de la santé ou du bien-être méritent d'être relevées. Dans le cas de la lutte à la pauvreté, la demande d'intervention est venue à l'origine de l'externe et a été appuyée par une coalition formelle et organisée¹¹. Par contre, l'analyse montre qu'à un certain moment il y a eu un appui politique et que le sous-système d'acteurs comportait des acteurs sensibilisés et sensibles aux effets des déterminants sur la santé. Par ailleurs, en ce qui touche l'adoption du plan et le choix des instruments à privilégier, l'intervention d'un acteur d'un autre sous-système, le ministère des Finances, a eu un effet déterminant sur les mesures retenues dans le plan d'action.

¹¹ Dans ce cas, il y a présence d'un groupe organisé d'acteurs, formé en 1998 et connu sous le nom de Collectif pour une loi sur l'élimination de la pauvreté, devenu par la suite le Collectif pour un Québec sans pauvreté. Il s'agit donc là d'un acteur qui peut être associé à la coalition plaidante telle que nommée par Sabatier. En soi, ce groupe ne peut être associé stricto sensu à une coalition plaidante. Nous reviendrons à ce concept à la section 1.6.1.

Dans le cas de l'usage des pesticides en milieu urbain, la protection de la santé humaine a prévalu et les normes adoptées sont allées au-delà de ce que les acteurs de la santé publique souhaitaient, le principe de précaution ayant même été appliqué pour certaines familles de pesticides. Ainsi, les arguments économiques soutenus par l'industrie n'ont pas été retenus. Enfin, dans le cas du cinémomètre photographique, même si l'effet recherché était de limiter les impacts négatifs, soit encore

d'améliorer le bilan routier qui connaissait au début des années 2000 une détérioration, et même s'il y avait des données probantes disponibles sur l'efficacité de la mesure préconisée, il aura fallu des années avant qu'un gouvernement mette de l'avant des projets-pilotes pour tester cette mesure.

Cette analyse des dimensions structurantes du processus décisionnel nous amène à dégager trois constats.

CONSTAT 1

La formulation et l'adoption des politiques sont conditionnées par les dimensions institutionnelle et politique.

Les propositions de Bezes (2000) sur les effets de position et de disposition apportent un éclairage sur ce sujet. Pour celui-ci, les effets de position correspondent à l'appartenance à une institution, un ministère, un corps d'emploi ou une fonction. En ce sens, on peut évoquer ici ce qu'on appelle la « dépendance au chemin emprunté » (Path dependence). C'est dire qu'un ministère aura tendance à appliquer le même type de solution qu'il a adopté jusqu'à présent, le chemin y est déjà tracé : mécanismes, pratiques et ressources en place suivent déjà cette voie. Comme le rappelle Palier (2004 : 318), cette expression souligne le poids des choix effectués dans le passé et celui des institutions politiques sur les décisions présentes. Quant aux effets de disposition, ils sont définis en termes de savoirs, de convictions et de raisonnements. La combinaison de ces deux effets serait déterminante quant aux intentions d'agir « des réformateurs ».

CONSTAT 2

Compte tenu de la mission diversifiée de certains ministères, il y a à l'intérieur d'un même ministère, présence de différents sous-systèmes. La dynamique de ceux-ci est dépendante du jeu des acteurs, soit de leurs croyances, ressources et stratégies, incluant la présence plus ou moins formelle de coalition.

Dans un sous-système, lors de la formulation, il y aura le plus souvent reconnaissance de l'existence d'un problème par les différents acteurs, mais « affrontement » entre les solutions possibles, soit différentes visions des solutions, tantôt économique, tantôt environnementale ou tantôt sanitaire (Tableau 1). La décision reviendra au politique.

Par ailleurs, dans une étude exploratoire sur les actions des acteurs de la santé publique, nous avons distingué divers contextes d'intervention utilisés par les acteurs de la santé publique et divers types d'utilisation de l'information (Gagnon, Turgeon et Gagné, 2007). Les acteurs de la santé publique interviendraient dans un contexte médiatique, universitaire, politico-administratif ou encore dans un contexte sociocommunautaire pour faire valoir leurs points de vue et positions, et ce, de concert avec d'autres acteurs dans un domaine donné d'interventions ou dans un sous-système (voir la Figure 2). Dans les faits, il existerait différentes configurations de sous-systèmes ayant leur propre dynamique, plus ou moins conflictuelle ou unitaire. Les travaux de Weible (2008), qui s'inscrivent dans la perspective du modèle de l'ACF, nous amènent sur cette piste.

1.2 L'évaluation prospective d'impact sur la santé (Axe 2)

1.2.1 Une pratique en développement

La mise en œuvre de l'article 54 implique qu'au cours du processus décisionnel, l'impact sur la santé des mesures prévues par les lois et règlements élaborées par les ministères du gouvernement du Québec soit évalué de manière à déterminer si cet impact est significatif sur la santé de la population (évaluation prospective d'impact sur la santé).

Les projets réalisés sous cet axe ont permis d'abord de dresser un état de situation sur cette pratique en pleine expansion dans différents pays, puis de constater le peu de place qui lui est accordée dans les faits et l'importance de faire connaître cette pratique.

• État de situation sur la pratique de l'ÉIS

La pratique de l'ÉIS dans le monde. Grâce aux contacts établis par deux chercheuses du GÉPPS en Europe en 2005 (projet 5), un colloque financé par les IRSC/IPPS a eu lieu à Québec à l'hiver 2007 : *Les politiques favorables à la santé – pour une perspective canadienne*. Cet événement a réuni plusieurs experts européens et canadiens. Ces deux événements sont à l'origine de la réalisation d'une publication en partenariat avec l'OAP de l'ENAP, soit un numéro thématique de la revue *Télescope* (vol. 14, no 2, printemps-été 2008) intitulé *Les politiques publiques et l'évaluation d'impact*. La pratique de l'ÉIS dans plusieurs pays européens y est examinée. Un article du GÉPPS (Gagnon et al., 2008) fait état de la situation de l'ÉIS à partir des écrits scientifiques et présente ses tenants et aboutissants dans le contexte politico-administratif.

L'ÉIS : son institutionnalisation au Québec. L'article de Gagnon et al. (2008) retrace la mise en place par le MSSS d'un mécanisme intragouvernemental d'appui à la mise en œuvre de l'article 54 pour les ministères et organismes du gouvernement du Québec suite à l'adoption de la Loi sur la santé publique (2001). Le document présente le contexte institutionnel dans lequel l'article 54 est

mis en œuvre et les moyens utilisés par les responsables de ce dossier au MSSS pour en favoriser l'application. Il appert que, sur le plan institutionnel, les acteurs de la santé publique disposent de divers instruments de gouverne (lois, organismes, dispositifs, comités interministériels, etc.) pour favoriser la mise en œuvre de l'article 54.

Également, une enquête (projet 9) réalisée à l'automne 2008 auprès des professionnels du gouvernement du Québec a mis en relief le fait qu'à cette date, moins de 15 % des répondants connaissaient l'existence de l'article 54. L'évaluation des impacts sur la santé demeure aussi généralement méconnue des ministères auprès des professionnels du gouvernement du Québec. Cette connaissance n'était pas plus élevée chez ceux plus directement impliqués dans le processus de planification et développement de nouvelles politiques. De plus, un nombre élevé indiquait ne pas prendre en compte la santé dans le cadre de leur pratique.

Néanmoins, soulignons que cette prise en compte varie grandement d'un ministère à l'autre : de 6,7 % (MDÉIE) à 68,8 % (MSSS). Il en va de même pour la prise en compte de la clause d'impact sur la pauvreté. Seule la clause d'impact sur le développement durable semble plus considérée au moment de la formulation des politiques publiques (voir les annexes 4-5-6 pour une illustration de ces résultats, sous forme d'affiches présentées lors de trois congrès internationaux). La multiplication des clauses d'impact au Québec, depuis 2004, a amené le GÉPPS à s'intéresser aux évaluations d'impact intégrées qui couvrent, dans une même étude, différentes évaluations d'impact.

L'ÉIS dans les autres types d'évaluation d'impact.

Le projet 5.2 avait pour objectif d'examiner la manière dont la santé est intégrée dans différents types d'évaluation prospective d'impact. Par exemple, le Québec a initié pour la première fois en 2009 une série d'évaluations environnementales stratégiques (ÉES) qui devront prendre en compte les effets environnementaux, sociaux et économiques dans le cadre de l'exploration et de l'exploitation d'hydrocarbures en milieu marin (Québec, 2009). Un document à visée méthodologique

(Turgeon et al., à paraître) présente les différents types d'évaluation d'impact, les concepts clés auxquels ils réfèrent et la manière dont la santé y est prise en compte, incluant le type d'indicateurs retenus à ce chapitre. Ce document fait également ressortir les inconvénients et avantages de recourir aux évaluations d'impact intégrées pour les personnes soucieuses de la place qu'y occupe la santé.

• *L'ÉIS dans le processus décisionnel*

Le projet intitulé *Intégration du processus d'évaluation prospective* (projet 6) voulait tester, en collaboration avec des partenaires ministériels et par des études de cas prospectives, des façons de faire et des outils de transfert et d'appropriation des connaissances visant à sensibiliser ceux qui formulent et ceux qui décident des politiques aux préoccupations sur la santé et le bien-être des populations et à éclairer leurs choix et décisions pour le développement de politiques favorables à la santé. Ce projet devait permettre aux chercheurs de tester le cadre conceptuel sur les politiques favorables à la santé, relativement au processus décisionnel (axe 1), à l'évaluation d'impact sur la santé (axe 2) et au transfert et à l'appropriation des connaissances (axe 3). Il faisait suite aux études de cas rétrospectives réalisées à l'automne 2005 (réf. section 1.1). Ces études de cas étaient prévues dans quatre ministères du gouvernement du Québec.

Dans la perspective d'une recherche collaborative, les contributions attendues des ministères étaient de : 1) participer au choix du cas à l'étude; 2) mettre à la disposition des chercheurs l'information sur le dossier; 3) favoriser la collaboration entre chercheurs et personnels concernés du ministère; et enfin, 4) participer de manière soutenue aux activités de diffusion.

Malgré plusieurs tentatives s'échelonnant sur près de deux ans durant lesquels il y a eu dépôt de devis d'expérimentation dans certains cas et des garanties de la part des chercheurs¹², les ministères ont été réticents à l'idée de les inclure dans le processus décisionnel de mesures à l'étude. Certains ministères ont également indiqué ne pas avoir de ressources à consacrer à l'accompagnement

qu'aurait nécessité, selon eux, un tel projet. En fait, l'agenda ministériel des projets de politiques publiques est rapidement apparu aux chercheurs comme une contrainte. Finalement, une activité de transfert sur l'ÉIS a été réalisée, il en sera question dans la prochaine section.

• *Faire connaître l'ÉIS*

Dans le but de mieux faire connaître l'ÉIS à différents publics, notamment aux personnes responsables de la formulation des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population, trois recherches, donnant lieu à autant de documents, ont été menées. Une activité, développée en partenariat avec le MSSS et le MTQ, le ministère concerné, a également été réalisée. Elle s'est déroulée sur une journée et a permis aux chercheurs et responsables de l'article 54 au MSSS de mieux faire connaître l'ÉIS à une vingtaine de professionnels et gestionnaires du MTQ plus particulièrement impliqués dans l'opérationnalisation de cet article. De cette expérimentation, nous avons tiré des leçons sur les conditions de succès pour ce type d'activité (réf. section 1.3.2).

L'évaluation d'impact sur la santé et la formulation de politiques publiques. Un document de transfert (Gagnon et al., 2008) fait un état de la situation sur l'ÉIS à partir des écrits scientifiques et en présente les tenants et aboutissants dans le contexte politico-administratif. Ses origines, ses principes clés et son développement dans divers pays ont été examinés. Les étapes de sa réalisation sont rappelées. Enfin, les bénéfices de l'ÉIS pour les parties prenantes sont présentés.

12 Les chercheurs du GÉPPS s'engageaient à une confidentialité absolue relativement à toute information de nature sensible qui leur serait transmise dans le cadre de ces études de cas. Les chercheurs s'engageaient à ne pas divulguer, sans y être autorisés par le ministère concerné, quoi que ce soit dont il aurait eu connaissance dans l'exécution de son contrat. Les renseignements, données et informations demeuraient la propriété du ministère concerné. Ils ne pourraient être utilisés à des fins pédagogiques, de publications scientifiques ou professionnelles qu'avec l'aval du ministère concerné. La fin de la réalisation de l'étude de cas dans un ministère n'aurait dégagé aucunement les chercheurs de leurs obligations et engagements relatifs à la protection des renseignements confidentiels.

L'évaluation d'impact sur la santé et le transfert de politiques publiques. À défaut de réaliser une ÉIS sur une mesure qu'il désire mettre en œuvre, un ministère peut examiner si d'autres juridictions en ont déjà réalisé une à propos d'une mesure similaire qu'elles auraient adoptée. Dans le but de soutenir les ministères dans cet exercice, le GÉPPS a réalisé un document sur le transfert de politiques publiques (Turgeon et al., 2008). Ce document examine dans quelles circonstances et comment ce transfert peut mettre à contribution l'ÉIS. Il indique de quelle manière documenter les interventions publiques envisagées, en cours ou qui ont été déjà réalisées dans d'autres systèmes politiques, permettant ainsi l'anticipation dans le contexte québécois des impacts – par exemple sur la santé – d'interventions similaires. Enfin, il considère de quelle manière le transfert de politiques permet de mettre à profit des évaluations prospectives d'impact existantes dont il faudra examiner la rigueur et reconnaître qu'elles ne constitueront qu'un élément de la prise de décision.

L'évaluation d'impact sur la santé et la participation du public. Un troisième document de transfert fait état d'une large recension des écrits sur la participation du public (Gagnon et al. 2010). Les auteurs

s'intéressent à la participation publique au sens large et examinent ensuite son implantation dans les ÉIS et les différentes questions que cela soulève. Ils constatent que la participation des citoyens à l'ÉIS n'est pas tellement différente de la participation à une évaluation et qu'il importe avant tout de bien connaître les contextes qui influencent la participation. Il convient enfin de déterminer dans quelle mesure la population peut être incluse et d'opter pour une méthode de consultation qui répond aux objectifs fixés dans l'intérêt de tous.

1.2.2 De l'adoption de l'article 54 à l'implantation de l'ÉIS

Mais on n'a pas eu, dans le fond, évidemment, une équipe dédiée pour évaluer l'impact sur la santé, un peu comme on a fait au niveau économique. Fait qu'en partant, on savait que c'était bon pour la santé, même si on parlait... Je sais bien qu'il y a des effets indirects, là, mais de là à dire qu'on a évalué les impacts, on savait que, dans le fond, qu'il y avait un impact positif. Sans chiffrer l'impact, on s'est dit : « Bon, on est correct. » (Entrevue no 6)

L'ensemble des travaux réalisés sous cet axe nous amène à poser les constats suivants.

CONSTAT 4

L'ÉIS comme outil d'aide à la décision constitue un autre pas important vers la formulation de politiques favorables à la santé.

Récemment, Harris-Roxas et al. (2010 : 5) regroupaient en quatre catégories les stratégies permettant à l'ÉIS d'occuper une place plus importante : 1) les stratégies de soutien à la décision (*decision support*), celui-ci ayant pour but d'améliorer la prise de décision, de minimiser les impacts négatifs sur la santé et de maximiser les impacts positifs dans un esprit d'équité (*health equity*); 2) les stratégies obligatoires (*mandated*); 3) les stratégies de plaidoyer (*advocacy*); et enfin, 4) les stratégies menées par la communauté (*community led*).

La stratégie initiale en deux volets de la Direction générale de la santé publique du MSSS, soit l'implantation d'un mécanisme intragouvernemental d'analyse d'impact et le développement et le transfert des connaissances sur les politiques publiques favorables à la santé et au bien-être, s'inscrit tout à fait dans la première catégorie de Harris-Roxas et al. Elle rejoint aussi les propos de Wismar et al. (2007) indiquant qu'il y aurait intérêt à se préoccuper davantage du rôle de l'ÉIS comme outil d'aide à la décision, avec les contraintes que cela impose à sa réalisation (voir 1.5). Depuis, le MSSS s'est impliqué, à une échelle plus modeste, dans les trois autres catégories de stratégies : de plaidoyer et celles menées par la communauté par la promotion de l'ÉIS dans un projet au palier local en Montérégie et par sa participation à la prise en compte des impacts sur la santé dans le cadre des évaluations environnementales obligatoires.

CONSTAT 5

La multiplication des clauses d'impact complexifie la prise en compte de la santé dans les politiques publiques.

Nous avons constaté qu'au Québec la multiplication de clauses d'impact joue en défaveur d'une prise en compte réelle de la santé dans les politiques publiques. De même, l'enquête auprès des professionnels du gouvernement du Québec a révélé que la conciliation des différentes clauses d'impact lors de la formulation des politiques publiques représente une situation à laquelle il faut rapidement trouver une solution. Le problème que pose cette multiplication est connu, tant par le MSSS que par le ministère du Conseil exécutif (MCE). Des travaux visant une meilleure intégration des différentes formes d'évaluation d'impact sont en cours, à l'initiative du MCE. Le MSSS y contribue activement, et ce, afin de s'assurer que les impacts sur les multiples déterminants de la santé, comprise globalement (santé physique, mentale et psychosociale), soient bien pris en compte dans un éventuel processus d'évaluation d'impact intégrée.

La littérature récente (Morgan, 2010; Hilding-Rydevick et al., 2006; Wright, Parry et Scully, 2005) penche généralement en faveur d'une intégration de l'ÉIS dans une ÉI « générique ». De plus, il appert que dans la situation où la santé s'inscrit dans des formes plus larges ou « génériques » d'évaluation d'impact (évaluation environnementale stratégique par exemple), cette prise en compte peut comporter des lacunes. En effet, la plupart du temps, ces évaluations d'impact ne se préoccupent que de la santé physique, ne retenant pas la vision plus large telle que présentée par l'OMS. En Europe, des efforts importants ont été déployés afin d'inclure les ÉIS comme partie intégrante des évaluations environnementales stratégiques (SEA), avec des résultats plus (Suède, Finlande, Pays-Bas) ou moins (Irlande) convaincants (Kearns et al., 2010 : 4). Bien qu'il semble qu'une ÉIS produite isolément risque d'être marginalisée lors de la prise de décision, particulièrement si une ÉI a également été réalisée (Morgan, 2010 : 7), le Québec s'en tient encore à des évaluations d'impact distinctes (santé, pauvreté, développement durable).

CONSTAT 6

La réalisation de l'ÉIS aux paliers central et local représente une nécessaire complémentarité.

L'ÉIS représente, ailleurs dans le monde, une pratique développée davantage au palier local, exception faite de la Finlande et des Pays-Bas. Le bilan des actions de santé publique (Gagnon et al., 2007) démontre d'ailleurs le rôle important des directions régionales de santé publique dans la production de recherche, dont les ÉIS. Bien que des expérimentations de l'ÉIS au palier local aient été réalisées dans quelques municipalités, notamment un projet-pilote a été mené en Montérégie impliquant le CCNPPS, l'INSPQ et le MSSS (2007-2008), cette pratique demeure limitée. Les impacts sur la santé y sont examinés le plus souvent en lien avec l'environnement physique (bâti) ou l'émission de polluants atmosphériques. Au palier provincial, jusqu'à maintenant le MSSS a concentré ses efforts sur les ministères du gouvernement du Québec, compte tenu du mandat de l'article 54. L'INSPQ procède de la même logique en documentant par ses avis les impacts positifs ou négatifs de politiques publiques ou de mesures sur des thématiques ciblées. Cependant, l'accroissement des échanges avec le réseau de la santé publique contribue à faire connaître les possibilités d'application de l'ÉIS à d'autres paliers ainsi que les bénéfices qui y sont associés.

CONSTAT 7

La participation de la population à l'ÉIS exige un dosage délicat.

Gagnon et al. (2010) ont relevé dans la littérature qu'inclure la population dans le processus des ÉIS n'est pas un automatisme, et ce, malgré le fait qu'il puisse y avoir des bénéfices de recourir à la participation publique lors d'une ÉIS. Les résultats de la synthèse produite par Abelson et al. (2010) sur l'efficacité réelle des stratégies d'interaction destinées à susciter la participation du public à l'élaboration des politiques publiques et des programmes de santé vont en ce sens. Au Québec, cette participation de la communauté demeure encore marginale dans les ÉIS menées sur les projets au provincial, au contraire de la situation constatée aux paliers régional et local.

Les constats reliés à ce deuxième axe de recherche nous ont conduits à proposer des pistes d'action liées entre autres aux procédures, à la connaissance et reconnaissance de l'ÉIS. Voir les pistes 3 à 8, à la section 1.5.

1.3 Le processus de transfert et d'appropriation de connaissances (Axe 3)

Le troisième axe de la programmation de recherche est centré sur le transfert et l'appropriation de connaissances, un lieu stratégique entre l'ÉIS et le processus décisionnel. Le transfert peut représenter une véritable porte d'entrée pour le changement dans les politiques publiques. Cet axe visait à documenter des solutions possibles, à tester et expérimenter différentes façons de faire et des outils pour favoriser la mise en œuvre de l'article 54. L'axe 3 a comme particularité d'inclure à la fois des projets sur le transfert de connaissances et l'expérimentation d'outils et d'activités de transfert. Dans un premier temps, il était prévu de tester le cadre conceptuel relativement au transfert et à l'appropriation des connaissances à travers les études de cas prospectives (projet 6, voir la section 1.2.1). Dans la seconde phase, en plus de poursuivre les démarches amorcées pour ce projet, trois autres projets ont été intégrés afin d'approfondir certaines problématiques liées au transfert et à l'appropriation des connaissances (P9-P10) et tester différents modes et outils de transfert (P8).

1.3.1 Le processus de transfert et d'appropriation de connaissances : un lieu stratégique

Face aux difficultés rencontrées, il nous est apparu nécessaire de mieux documenter et approfondir certains aspects relatifs à l'utilisation et au transfert de connaissances. Nous avons fait le choix de nous centrer sur l'utilisation par les individus des connaissances, compte tenu du peu de données disponibles sur cet aspect. Aussi, une vaste enquête transversale, non longitudinale (projet 9) a été conduite afin d'analyser le comportement et l'attitude de professionnels de ministères du gouvernement du Québec à l'égard des savoirs scientifiques (volet 1) et de leurs préoccupations relatives en matière de santé et de bien-être (volet 2).

Ce projet avait pour objectifs spécifiques d'évaluer la fréquence avec laquelle les professionnels consultent différentes sources de connaissances scientifiques, d'évaluer leurs capacités/habilités à assimiler ces connaissances, d'évaluer leur niveau de préoccupations relatives à la santé et au bien-être et d'établir leur profil. Un questionnaire à questions fermées a été élaboré en se référant

à des études antérieures (Lavis et al., 2003; Ouhmet et al., 2006). Le questionnaire a été prétesté à deux reprises et un échantillon aléatoire stratifié de 4 514 individus a été généré. Des entretiens téléphoniques ont par la suite été réalisés auprès de 3 081 individus de septembre à novembre 2008, par une firme extérieure. La banque de données finale contient des informations sur 1 614 professionnels répartis à travers 17 ministères. Le taux de réponse obtenu est de 62,48 %. Il s'agit là de la plus grande enquête réalisée jusqu'à présent au Canada auprès de cette population.

Outre l'enquête, il était également prévu de développer, en continu sur les trois ans, des façons de faire et de diffuser des outils adaptés aux utilisateurs potentiels (projet 10). Ce projet avait initialement pour objectifs de poursuivre, à travers la collaboration établie avec les partenaires ministériels, l'appropriation de l'ÉIS et ce qui encourt la réalisation de celle-ci, d'élargir la sensibilisation aux PFS et de mettre en œuvre des activités de formation visant l'ensemble des professionnels et gestionnaires des ministères partenaires. Ce projet devait être alimenté par les résultats des études de cas prospectives (projet 6) et de l'enquête téléphonique. Cependant, les difficultés de réalisation de ces études de cas, combinées à la multiplication des actions des divers partenaires, nous ont amenés à revoir notre stratégie. Il est apparu important de poursuivre nos efforts de transfert de connaissances et d'intensifier nos activités d'échanges avec les principaux utilisateurs concernés. Nous avons donc réorienté nos travaux afin de mieux connaître les besoins et de favoriser l'apprentissage des utilisateurs.

Ces dernières années, nous avons pu observer une prolifération de bulletins de veille électroniques dans divers secteurs de l'administration publique et en lien avec des thématiques variées telles que la santé. Ces bulletins, ainsi que les sites Internet qui leurs sont associés, sont de plus en plus consultés par les professionnels, gestionnaires et citoyens en général pour tenter d'y trouver les connaissances les plus récentes et les plus appropriées à leurs besoins. Or les recherches publiées à ce jour n'ont pas encore répondu à la question de l'efficacité de

ces bulletins comme outils de courtage et de transfert de connaissances utiles à la prise de décision.

Dans cette optique, nous avons ajouté un projet visant à documenter et à expérimenter la veille, un outil largement utilisé par divers organismes et producteurs de connaissances (P10.1). Une enquête à deux volets a été conduite auprès de producteurs de bulletins de veille électronique consacrés à la santé et ses déterminants (volet 1) de même qu'auprès de leurs utilisateurs de la fonction publique québécoise (volet 2). Ce volet est en cours de réalisation¹³. Les objectifs de ce projet étaient d'analyser les processus de production et la portée de la veille électronique en tant que levier de transfert et de courtage de nouvelles connaissances, d'identifier les déterminants du transfert et du courtage, d'expliquer les stratégies et les rationalités des producteurs de veille et de suggérer des balises et des pistes pour améliorer l'efficacité de ces bulletins. La stratégie de recherche a consisté à contacter, d'abord, une population de 40 producteurs de veille électronique par téléphone ou par courriel. Par la suite, un formulaire à questions fermées a été distribué. Le taux de réponse obtenu est de 77,5 %. Une analyse de contenu et des analyses statistiques ont été réalisées.

Un autre aspect important de l'axe 3 était l'expérimentation d'outils et d'activités de transfert. Dans le but de faciliter l'apprentissage des utilisateurs potentiels face aux PFS et de rendre accessible l'information pertinente, divers outils ont été développés. D'abord, un site Internet a été créé en 2005 permettant de donner dès le départ une visibilité à l'équipe et de s'assurer une diffusion des connaissances. Les publications scientifiques du GÉPPS y sont d'ailleurs recensées. Ce site s'adresse aux décideurs, aux professionnels de la fonction publique, aux étudiants et chercheurs qui sont intéressés par les PFS. L'interface du site a été mise à jour en 2010. Puis, des outils visant à soutenir les « producteurs » de politiques publiques y ont

¹³ Suivant les règles du FQRSC, l'équipe bénéficie d'une prolongation de 12 mois à compter du 1er avril 2011. Cette période de prolongation permettra de mener à terme quelques projets et productions.

été ajoutés, tels qu'une foire aux questions, un cahier virtuel de références et un bulletin de veille. À l'aide de questions directes et de réponses simples, la foire aux questions permet au néophyte d'apprendre l'essentiel sur les diverses thématiques liées aux PFS. Le cahier virtuel de références est un méta-outil qui rassemble et présente les principaux sites ainsi que des références incontournables en ce qui a trait aux politiques publiques et à la santé. Il s'adresse aux professionnels et gestionnaires de l'administration publique qui sont appelés à développer des politiques publiques et curieux ou soucieux des impacts sur la santé de ces politiques. Le bulletin de veille est destiné à cette même clientèle. Il est orienté vers des thèmes tels que la gestion horizontale, l'action intersectorielle et l'évaluation d'impact sur la santé. Ce bulletin, produit par l'OAP, a d'abord été expérimenté sur une période de six mois afin de valider sa pertinence et sa valeur ajoutée par rapport aux bulletins déjà existants. À la suite des commentaires positifs et du succès obtenu, nous avons décidé de poursuivre et d'intensifier la diffusion de ce bulletin jusqu'à l'automne 2011. Ces trois outils sont disponibles sur le site Internet du GÉPPS. Pour répondre aux besoins des partenaires, les objectifs du projet 8 ont été revus (voir la section 1.5.2).

Ainsi, les projets réalisés sous l'axe 3 nous ont conduits aux résultats et constats suivants.

1.3.2 L'utilisation et le partage des connaissances¹⁴ : où en sommes-nous?

Tu sais, on est tous débordés, là, puis le nombre de décisions qui peuvent se prendre sans des fois que les gens connaissent les données probantes. On ne peut pas espérer que les gens prennent leurs décisions uniquement sur ce que les données probantes disent, parce que..., les décisions sont aussi des choix de valeurs, il y a d'autres facteurs qui jouent dans la prise de décision. Mais on doit à tout le moins connaître les données probantes. (Entrevue n° 17)

Ce qui est beau là-dedans, c'est de prendre un enjeu puis de le faire avancer. Puis celui-là [l'enjeu x], je trouvais que ça valait la peine de le faire avancer. Fait que j'ai travaillé pour le faire avancer. Fait que tu lis beaucoup sur tout ce qui te tombe..., qui touche x. (Entrevue n° 10)

14 L'expression utilisation des connaissances est utilisée au sens d'« un processus à travers lequel les connaissances tirées de la recherche sont mises en pratique ou transformées en interventions. » (Estabrooks, 1999; Graham et al., 2006). Le partage des connaissances est défini comme un « effort coopératif des chercheurs et des décideurs visant à résoudre des problèmes grâce à des activités de transfert et d'échange. Un bon échange de connaissances implique des interactions entre chercheurs et décideurs et amène chaque partie à développer ses connaissances dans le cadre de la planification, de la production, de la diffusion et de l'application de la recherche (nouvelle ou existante) à la prise de décision » (FCRSS, 2009).

CONSTAT 8

L'information utilisée par les professionnels dans leur pratique provient de sources diverses et les connaissances scientifiques sont régulièrement consultées.

Les résultats de l'enquête démontrent que les documents les plus fréquemment consultés sont la note de service et la revue de presse. Au troisième rang des documents les plus souvent consultés, on retrouve les lois et règlements. Les rapports de recherche et les livres universitaires sont globalement moins souvent consultés par les professionnels que les articles scientifiques. Dans l'ensemble, plus de la moitié des professionnels interrogés ont déclaré avoir consulté régulièrement des articles publiés dans des revues scientifiques. La consultation des produits de recherche aura tendance à être moins fréquente chez les professionnels détenant un diplôme de premier cycle (ou moins) que chez les titulaires d'une maîtrise ou d'un doctorat en recherche. La fréquence de

consultation des produits de recherche varie considérablement selon les secteurs de politiques. Si les livres universitaires sont plus souvent consultés par les professionnels du ministère de la Justice, les articles scientifiques sont généralement plus fréquemment consultés dans les ministères tels que ceux du Développement durable et de l'Environnement ou de la Santé et des Services sociaux.

CONSTAT 9

L'évaluation d'impact sur la santé est très peu connue des professionnels du gouvernement du Québec, mais sa pertinence n'est pas remise en question.

Certains professionnels sont plus susceptibles que d'autres de connaître l'ÉIS. Ainsi, le fait d'avoir des contacts avec des professionnels ou gestionnaires de l'INSPQ (plutôt que de ne pas en avoir) a un effet moyen de 20,7 % sur la probabilité d'avoir consulté au moins une évaluation d'impact sur la santé au cours des 12 derniers mois. Le fait de connaître l'article 54 de la LSP (plutôt que de ne pas le connaître) a un effet moyen de 14,8 % sur la probabilité d'avoir consulté au moins une évaluation d'impact sur la santé au cours des 12 derniers mois. Le fait d'être âgé de 30-39 ans plutôt que de 54 ans et plus a un effet moyen de -13 % sur la probabilité d'avoir consulté au moins une évaluation d'impact sur la santé au cours des 12 derniers mois.

CONSTAT 10

Une multiplicité de facteurs, dont la disponibilité des connaissances et les compétences des professionnels, fait en sorte que les connaissances seront utilisées ou non.

Ce n'est pas parce que les connaissances scientifiques sont disponibles qu'elles seront utilisées. De même, les compétences personnelles des professionnels ne suffisent pas à faire en sorte que les connaissances soient utilisées.

L'utilisation des connaissances n'est pas seulement fonction de variables liées aux utilisateurs eux-mêmes ou encore aux attributs des connaissances qui sont produites, tels leur qualité, leur accessibilité et leur format de présentation. Des éléments propres au contexte social, au contexte politique, aux organisations de services et aux relations entre les chercheurs et les utilisateurs doivent aussi être pris en compte afin de mieux comprendre le processus qui mène à l'utilisation des connaissances (Gervais et Chagnon, 2011, p. 24).

CONSTAT 11

Le partage des connaissances dans le cadre d'une recherche collaborative implique la participation des deux partenaires, voire la réciprocité.

Il importe d'établir un climat de confiance entre chercheurs et utilisateurs en mettant en place des mécanismes formels et informels permettant les échanges entre les partenaires et en établissant un langage commun et une mission partagée (Gervais 2011, 23). En fait, la réciprocité est essentielle afin d'établir un véritable partage.

CONSTAT 12

Un minimum de conditions doit être réuni afin que le partage de connaissances soit le plus efficace possible, comme l'implication de tous les partenaires.

À partir de notre expérience, les conditions suivantes semblent favoriser le succès du partage des connaissances. Ainsi, la demande pour la tenue d'une activité doit être faite par les partenaires du milieu. Ensuite, tous les partenaires doivent être impliqués à toutes les étapes de réalisation de l'activité : de sa préparation logistique au contenu en passant par sa tenue. Les personnes invitées à participer doivent être représentatives et sélectionnées sur la base de leur implication dans le type de dossier et de leur intérêt. La qualité du contenu est également à ne pas négliger : une présentation de qualité, documentée et un porte-parole crédible pour chacun des partenaires. Enfin, la durée de l'activité doit être raisonnable et il faut de la souplesse dans le déroulement prévu de la journée pour laisser place à la participation et aux échanges.

Les constats reliés à l'axe 3 nous ont conduits à proposer des pistes d'action visant à mieux documenter l'utilisation des connaissances par les professionnels et à favoriser un meilleur accès aux connaissances scientifiques. Voir les pistes 9 à 16.

1.4 Les thèmes transversaux à l'étude

Dès la phase 1 de nos travaux, l'examen de thèmes transversaux était au programme. Il apparaît particulièrement important de revenir sur les thèmes de la gestion horizontale, de la gestion corporative (section 1.4.1.) ainsi que sur la recherche collaborative (section 1.4.2).

1.4.1 La gestion horizontale et la gestion corporative

Le développement de PFS conduit aux frontières du politique et de l'administratif et remet en question le fonctionnement vertical des administrations publiques. De plus en plus, les gouvernements reconnaissent le besoin d'une approche horizontale au développement et à la mise en œuvre des politiques (Bourgault, 2007, 2004, 2002a, 2002b). Cette approche heurte de front les façons de faire et les intérêts « verticaux » des acteurs, notamment leur imputabilité. Différents travaux ont donc été entrepris afin d'examiner les principales pratiques de gestion horizontale et de gestion corporative

comme moyen de faire de la santé une priorité connue et partagée par tous les acteurs d'une administration publique. Ainsi, l'ensemble des travaux visait à analyser comment faciliter le travail des personnes qui mettent en œuvre des politiques publiques, de celles qui participent à des dispositifs interministériels et de celles qui sont responsables de leur gestion. Deux rapports de recherche qui se complètent ont été produits à ce chapitre.

Le premier rapport de recherche (projet 7.1) porte sur les dispositifs interministériels, incluant le réseau des répondants ministériels pour l'application de l'article 54 de la LSP (Bourgault et al., 2008). Il fait écho à notre recension des écrits concernant la gestion horizontale. Il dresse également un portrait de différents mécanismes de gestion horizontale au Québec et au Canada. Seize cas ont été retenus, dont un bon nombre relié directement (5 cas) ou indirectement (5 cas) à des problématiques touchant le domaine de la santé publique (voir annexe 8). Le réseau des répondants ministériels pour l'application de l'article 54 y a fait l'objet d'une enquête plus poussée.

Concernant l'ensemble des cas, le rapport a permis de dégager un certain nombre de facteurs de succès lors de l'implantation de dispositifs interministériels (Tableau 2). Il ne faut pas perdre de vue toutefois que les facteurs de succès opèrent très différemment selon le but du dispositif interministériel, les assises légales et réglementaires sur lesquelles celui-ci s'appuie, les ressources financières et humaines dont il dispose, le niveau de priorité que lui accorde le gouvernement concerné et la perception de sa pertinence chez les hauts fonctionnaires. La gestion horizontale apparaît en quelque sorte comme une façon d'opérationnaliser l'intersectorialité.

Le second projet de recherche (projet 7.2) examine le phénomène de la gestion corporative (corporate management) tant d'un point de vue conceptuel qu'opérationnel. Les objectifs de ce projet sont de documenter cette pratique au Québec et ailleurs dans le monde, notamment en Finlande, et de connaître le point de vue d'acteurs clés du gouvernement du Québec sur les possibilités d'implantation d'un tel modèle de gestion en lien avec la santé des populations. Cette recherche est en cours. La gestion corporative se caractérise par la transformation d'une pratique horizontale en un modèle hiérarchique, porteur de finalités holistiques et d'un certain continuum (Bourgault et al. 2002; Pierre

TABLEAU 2
LES CONDITIONS DE SUCCÈS RECENSÉES DANS LES CAS À L'ÉTUDE

CATÉGORIES	FACTEURS DE SUCCÈS RECENSÉS DANS LES ÉTUDES DE CAS
NATURE DU PROJET	<ul style="list-style-type: none"> • Cause très porteuse faisant l'objet d'un consensus social • Niveau de visibilité publique donnée à l'initiative
CADRE DU MANDAT DONNÉ AU PROJET	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion transparente des ressources budgétaires • Allègements des procédures d'allocations budgétaires • Instauration d'un secrétariat ou d'une direction permanente • Annonce régulière aux participants des progrès réalisés • Contact continu avec les clientèles, le cas échéant • Obligation de reddition de comptes • Direction précise et nombre limité d'enjeux • Mandat formel conféré au ministre responsable et autorité suffisante à l'égard des participants
GESTION DES ATTENTES	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats concrets et observables
PARTICIPANTS	<ul style="list-style-type: none"> • Stabilité (pour certains types de dispositifs) • Préservation de la mémoire organisationnelle • Représentation de l'ensemble des M/O concernés • Flexibilité et souplesse quant à la structure du groupe • Encadrement adéquat des nouveaux membres • Consultation régulière des participants • Reconnaissance de la contribution des membres • Ouverture à l'initiative individuelle • Haut niveau hiérarchique (autorité, expertise, expérience et proximité du sous-ministre)
FONCTIONNEMENT	<ul style="list-style-type: none"> • Directives claires quant aux rôles des participants • Approche proactive, interactive et pédagogique • Esprit d'inclusion, d'entraide, de confiance, de recherche du consensus et d'interdépendance • Atmosphère propice à la créativité, à l'innovation et à l'atteinte de résultats • Communication adéquate entre les rencontres et suivi régulier auprès des membres • Appui des hautes instances politiques et des organismes centraux

et Peters, 2005). Elle a une portée beaucoup plus large que la gestion horizontale en proposant une meilleure intégration et en accordant une importance première aux intérêts de l'organisation plutôt qu'à ceux des composantes où elle est appliquée. Dans le cas d'un gouvernement, cette intégration se manifesterait dans une perspective globale, où les intérêts du gouvernement primeraient d'abord sur ceux d'un ministère, qui à leur tour prévalent sur ceux d'une composante de ce ministère.

Dans le cadre de ce projet, une série d'entrevues a été menée en Finlande par Bourgault à l'automne 2010 auprès des représentants de différents organismes et ministères – National Institute for Health and Welfare, Tampere School of Public Health, Advisory

Board on Public Health (municipalité d'Helsinki), ministère de l'Agriculture et des Forêts, ministère des Affaires publiques et de la Santé publique, ministère de l'Éducation. Considérée comme un pays avant-gardiste lorsqu'il s'agit d'organiser et de gérer la collaboration entre les différents ministères dans le domaine des politiques publiques et la santé, la Finlande bénéficie d'une réputation internationale, en particulier pour ce qui concerne son Comité de santé publique nationale – soutenu par le secrétariat permanent et par un programme pour les politiques intersectorielles. Cette collecte de données a permis de relever les facteurs de succès et les défis de l'approche de gestion corporative retenue. Ces résultats pourront être mis à profit pour alimenter l'expérience du Québec.

De l'analyse des thèmes transversaux, nous avons dégagé les constats suivants.

Et puis, si on veut avoir un impact plus qu'un impact sectoriel dans un ministère, bien, il faut qu'on se donne des démarches interministérielles et partenariales très, très fortes, là. Mais il faut absolument cibler au niveau stratégique, puis qu'on ait des leaders qui portent cette préoccupation-là. Sinon, on n'avancera pas. Ça va être dans la loi, puis on va faire des beaux papiers, des belles grilles, mais on n'ira pas très, très, loin là, tu sais. Il faut vraiment qu'il y ait une volonté politique et administrative, là, très forte avec des bons joueurs. (Entrevue n° 12)

CONSTAT 13

Le réseau des répondants ministériels pour l'application de l'article 54 de la LSP est un dispositif pertinent.

Le bien-fondé du réseau des répondants ministériels pour l'application de l'article 54 de la LSP a été unanimement souligné par les personnes qui en font partie. De même, ceux-ci témoignent de l'importance de compter sur des membres fortement convaincus par, et effectivement engagés dans les objectifs du dispositif. Cependant, pour un petit nombre d'entre eux, ce dispositif constitue une solution de rechange à défaut d'obtenir le support suffisant du MCE, ce qui les fait douter de la volonté du gouvernement de prioriser une réelle prise en compte des déterminants de la santé. Enfin, certains répondants ont indiqué que les ministères sont à priori sensibles aux déterminants de la santé, mais certains facteurs, telles les exigences de leur mission respective, peuvent prendre le dessus.

CONSTAT 14

La gestion corporative de la santé représente une pratique difficile à vendre et qui demeure peu exploitée.

La gestion corporative n'est pas répandue dans les administrations publiques. En effet, les travaux ont permis de constater que très peu de pays – notamment la Finlande et l'Australie – ont utilisé cette approche en vue de favoriser l'adoption et la mise en œuvre de politiques favorables à la santé. Des activités de recherche supplémentaires seraient à entreprendre dans la mesure où ces rares expériences n'ont pas été évaluées. Il appert également que la gestion corporative requiert de grands efforts de sensibilisation de la part des directions de la santé publique qui doivent pouvoir tenir auprès des autres ministères un discours soit corporatif pangouvernemental, soit au sujet des avantages qu'ils en retireraient. Il ne semble pas aisé pour les acteurs de la santé publique de réussir à persuader les autres ministères du gouvernement que leurs efforts ne visent pas à faire la promotion de l'agenda du ministère de la Santé, mais bien à contribuer au succès de toute l'organisation gouvernementale.

1.4.2 La recherche collaborative ou le difficile arrimage entre les cultures

Pour la réalisation de cette programmation de recherche, nous avons opté dès le dépôt de notre proposition de recherche en 2004 pour la recherche collaborative comme stratégie. Nous avons alors retenu la définition de Denis et Lomas (p.S2:1) selon laquelle la recherche collaborative est « un ensemble délibéré d'interactions et de processus spécifiquement conçus pour amener à agir ensemble, d'une part, ceux chargés d'étudier les problèmes et les enjeux – les chercheurs – et d'autre part, les personnes qui sont touchées par ces enjeux, ont à prendre les décisions ou à mettre en œuvre les solutions retenues relativement à ces problèmes et enjeux – les *decision-makers*, *policy-makers* et *citoyens* ».

Un tel choix allait de pair avec les objectifs d'une AC. À cette démarche, nous avons associé la réalisation du projet 1, au sens du développement du partenariat et afin de poser un regard réflexif sur le déroulement de la recherche. Nous ferons dans les pages qui suivent le point sur les tenants et les aboutissants de cette stratégie.

• Le contexte de la collaboration et les projets et activités menés conjointement

Déjà au début des années 2000, Lomas (2000 : 140-1) faisait ressortir, dans un article sur la diffusion et l'utilisation de la recherche, les difficultés que présentent les échanges entre les responsables de l'élaboration des politiques gouvernementales et les chercheurs. D'un côté, il rappelait que « [la] prise de décision n'est pas un événement ponctuel » et de l'autre, que « [la] recherche n'est pas un grand magasin ». Il est maintenant admis que les horizons temporels de l'un et l'autre sont différents, qu'il est important de s'entendre dès le départ sur les objectifs poursuivis, la question de recherche et, selon le partenariat souhaité, de convenir d'une entente formelle (Bourassa, Bélair et Chevalier, 2007; Denis et al. 2003; Miles et Huberman, 2003).

Dans le cas présent, une première caractéristique à souligner est le caractère convenu de la « collaboration » entre les chercheurs et le partenaire financier de l'AC. La collaboration est une prémisse, le protocole représente l'entente et le comité de suivi est le mécanisme prévu. Par ailleurs, les

chercheurs avaient aussi à faire avec les partenaires ministériels du terrain. Dès le démarrage de la recherche, des rencontres ont été tenues avec ces différents partenaires afin de leur présenter la programmation. Comme mentionné précédemment, ces partenaires ont été contactés dès le dépôt de la demande, un comité consultatif formé de huit représentants ministériels a été créé pour faciliter le travail avec eux, ils ont été consultés sur le choix des cas, le devis de recherche, les acteurs à rencontrer et le canevas d'entrevue. Le résumé de l'étude de cas produit aux fins de diffusion a également été approuvé par eux. En cours de route, pour le suivi des cas à l'étude, nous avons développé une approche personnalisée. C'est-à-dire que deux chercheurs ont assuré le suivi, chacun auprès de deux partenaires ministériels afin de développer une meilleure collaboration.

Ainsi, nous avons mené à bien les études de cas rétrospectives, mais beaucoup de temps et d'efforts ont été investis dans certains cas afin de rendre à terme le projet, et l'on peut penser sans difficulté que les partenaires concernés feront leur ce constat. Dans les faits, il semble bien que nous ayons suivi les règles du jeu. Pourtant, d'autres considérations ont fait en sorte que nous n'ayons pas pu réaliser les études de cas prospectives. Nous avons évoqué précédemment les raisons qui ont freiné la réalisation de cet autre projet. Au-delà des contraintes institutionnelles et politiques, des zones grises ou points névralgiques de la collaboration valent d'être soulevés.

La définition des attentes est un premier point sur lequel nous souhaitons revenir, car l'on tend encore à considérer la recherche collaborative comme une « pratique spontanée ». Cette remarque semble valoir particulièrement dans le cadre d'une AC, en ce sens que chercheurs comme partenaire avons considéré implicitement que la proposition de recherche tenait lieu d'entente. Outre le mécanisme formel, nous ne sommes pas revenus sur les enjeux de la recherche collaborative. L'expérience nous apprend qu'il vaudrait mieux poser explicitement sur la table les attentes de chacun et les enjeux, au-delà de la proposition de recherche.

Le positionnement sur le terrain est un autre point névralgique. Dans notre cas, il y avait un partenaire financier directement lié à l'AC, les partenaires ministériels avec qui nous avons mené les études de cas et qui étaient par ailleurs en contact avec le partenaire financier et l'INSPQ qui représente aussi un joueur clé dans le secteur de la santé. Pour chacun de ces acteurs, les PFS, la réalisation des ÉIS ainsi que le transfert de connaissances représentent des enjeux stratégiques pour lesquels ils souhaitent se positionner. À travers cela, les chercheurs souhaitent chercher tout en répondant aux besoins des partenaires. Nous avons collaboré avec tous ces partenaires, participé conjointement à des projets, réalisé des activités en collaboration, mais le positionnement sur le terrain est une réalité de la recherche collaborative dont tous les acteurs doivent prendre conscience. Enfin, autre point à considérer, le contexte politico-administratif est différent du contexte clinique ou du contexte sociocommunitaire dans lesquels la recherche collaborative est aussi mise à profit.

L'acceptation et la transmission des résultats. Peu importe le contexte, il faut rendre explicites les enjeux de la recherche et l'acceptation nécessaire des résultats pour améliorer les pratiques. Sans l'acceptation de cette règle du jeu, pas d'avancement des connaissances ni changements possibles à l'horizon. Cela requiert une adaptation de la part de toutes les parties impliquées.

Les changements attendus. Le temps a été évoqué d'entrée de jeu comme facteur, car il ne suffit pas de dire que les partenaires fonctionnent à des rythmes différents. Par définition, dans le cadre des AC, il y a des attentes quant au changement des pratiques, qui renvoient ici au changement de culture organisationnelle des ministères, mais dans le cas des PFS, il s'agit aussi de choix de société. En outre, le changement ne se commande pas. Les attentes doivent être réalistes à cet effet, ce qui nous ramène à notre premier point névralgique, la définition claire des attentes respectives.

Ainsi, la recherche collaborative peut représenter un atout intéressant pour l'une et l'autre des parties, chacune doit être consciente de ses implications et des enjeux qui y sont reliés.

1.5 Les pistes d'action

Il n'y a pas de réponse simple aux situations complexes

Avant de s'engager dans une voie ou une autre, une question doit être soulevée : quels seraient les critères d'une bonne PFS? Une politique qui n'aurait pas d'impacts négatifs sur la santé? Déjà, le défi est grand compte tenu des différents facteurs qui interviennent. Une politique qui a des impacts positifs sur la santé? Le défi est tout aussi grand. Sans compter qu'une bonne politique n'est pas simplement celle qui est adoptée, mais celle dont la mise en œuvre donne les résultats attendus. Il s'agit là du véritable test. Plus concrètement, à court terme, pour favoriser la prise en compte des impacts sur la santé, nous proposons, en lien avec chacun des axes de recherche, des pistes d'action à explorer.

1.5.1 Le processus décisionnel

1 Une première piste à suivre est celle de l'*apprentissage*, qui est double, c'est-à-dire qu'il y a l'*apprentissage individuel* des acteurs et l'*apprentissage collectif* entre acteurs ou encore entre organisations. L'apprentissage qu'il soit individuel ou collectif devrait être ciblé ou *ancré dans les pratiques des acteurs*.

L'examen de divers sous-systèmes fait ressortir l'importance de l'apprentissage collectif¹⁶, c'est-à-dire celui entre acteurs ministériels, car tous ne partagent pas nécessairement la même vision, entre acteurs ministériels et acteurs de la santé publique et également entre les organisations, et ce, dans le contexte des sous-systèmes concernés. Il est en effet essentiel de considérer le contexte de chacun des sous-systèmes qui se caractérise par une dynamique d'acteurs s'appuyant sur une logique institutionnelle et professionnelle d'interventions faisant appel à un corpus de connaissances particulier. C'est dire que l'on peut distinguer des tendances dans les croyances relatives à la santé et au bien-être au sein d'un ministère, mais c'est sur la base de la problématique d'un sous-système donné que l'on peut mieux cerner les fondements à la base des orientations stratégiques et des actions publiques adoptées au sein de ce sous-système.

L'apprentissage collectif implique un véritable partage des ressources, la disponibilité de connaissances pour appuyer les choix à faire et la reconnaissance réciproque des priorités. Il y a certes des actions qui existent en ce sens, mais à quelques exceptions près, les territoires respectifs des acteurs et des organisations sont encore bien délimités.

2 Une seconde piste à explorer est celle des *instruments de gouverne*, qui peuvent être : législatif et réglementaire; économique et fiscal; conventionnel et incitatif; informatif et communicationnel ou enfin concerner les normes et standards (Lascoumes et Le Galès, 2004). Quels instruments doit-on privilégier dans les différents contextes et avec quels résultats? Comme nous le verrons, une approche par transfert de politiques peut être utile à cet effet.

L'analyse du processus décisionnel à travers les cas à l'étude montre bien les difficultés de la prise en compte des connaissances existantes sur la santé lors de l'adoption des politiques publiques, d'où l'importance d'examiner en quoi et comment l'ÉIS peut représenter un outil d'aide à la décision.

¹⁶ L'apprentissage individuel rejoint de plus près la problématique du transfert et de l'appropriation des connaissances. Cet autre aspect est abordé sous l'axe 3.

1.5.2 L'évaluation prospective d'impact

« [...] [P]our être appropriée, l'évaluation doit être présentée aux gestionnaires publics comme une solution à des problèmes concrets qu'ils rencontrent et leur apporter une plus-value par rapport à d'autres instruments de pilotage de l'action publique » (Jacob, 2005 : 255).

- 3 Dans une perspective d'aide à la décision soulevée comme une nécessité par plusieurs auteurs, les personnes qui réalisent une ÉIS devraient favoriser le recours à différents types de connaissances : instrumentales (scientifiques), interactives (données anecdotiques et/ou alternatives/critiques); considérer les avis des experts en appui; favoriser la cueillette d'informations sur le contexte et les expertises locales; et enfin, augmenter la qualité des communications entre les parties prenantes à l'ÉIS (pour une typologie des différents types de connaissances, voir l'annexe 7).
- 4 Dans un même ordre d'idée, concernant l'institutionnalisation de l'évaluation prospective d'impact vue comme un processus par lequel des dispositifs institutionnels sont créés, modifiés, voire supprimés (Jacob, 2005 : 118), une augmentation du nombre de participants aux ÉIS constituerait un changement à envisager.
- 5 L'ÉIS apparaissant aux ministères comme une contrainte supplémentaire à surmonter lors de la formulation des politiques publiques sous leur responsabilité, le MSSS doit intensifier son action en vue de faire connaître et reconnaître l'ÉIS comme une plus-value.
- 6 En lien avec le constat précédent, tout comme nous, Savard (2010 : 311) relève que la complexité de l'environnement sociopolitique rend très difficile la coordination des interventions gouvernementales et favorise plutôt l'élaboration « en cloison ». Kingdon (1995) souligne pour sa part que dans un gouvernement, la main droite ignore souvent ce que fait la main gauche, évoquant ainsi cette difficile coordination. La recherche de cohérence des politiques publiques par un gouvernement amène donc à devoir prendre en compte le degré de conflits entre les groupes et l'ambiguïté de la cible de la politique (lien avec le type de coalition et la vision des solutions) si l'on veut résoudre cette difficile équation. Afin d'augmenter cette cohérence des politiques, il est proposé de développer un mécanisme d'intégration et de coordination pour l'ensemble des clauses auxquelles sont soumis les M/O. Pour l'heure, aucun dispositif interministériel ne permet de relever ce défi. Cependant, une réflexion globale a été amorcée par le MCE. À cet effet, il serait intéressant, dans une logique de recherche collaborative, d'y associer des chercheurs universitaires.
- 7 Puisque la réalisation d'une ÉIS se heurte souvent aux contraintes de la prise de décision « en temps réel », Wismar et al. (2007) et Morgan (1998) soulignent l'importance pour ceux qui réalisent les ÉIS d'ajuster leurs méthodologies aux impératifs de la prise de décision en situation d'incertitude et de complexité :
IA is about decision-making in the face of complexity and uncertainty; HIA practitioners need to be part of this if they are to influence decisions. As many environmental scientists have found, decisions informed by impact assessments do not wait for methodologically rigorous studies to be carried out to the satisfaction of the scientist (Morgan, 1998).
- 8 En référence à la typologie développée par Harris-Roxas et al. (2010), il y aurait lieu pour le MSSS de soutenir l'inclusion des parties prenantes au moment de la réalisation des ÉIS, particulièrement la participation publique si l'évaluation du contexte va en ce sens. Les trois autres formes d'ÉIS – obligatoire (mandated), de plaidoyer (advocacy) et menée par la communauté (community led) – pourraient être documentées pour en valider la pertinence.

1.5.3 Le processus de transfert et d'appropriation des connaissances

À partir des résultats de l'enquête auprès des professionnels, les pistes suivantes méritent d'être explorées en ce qui a trait à l'utilisation des connaissances (Ouimet et al., 2010).

- 9** Réaliser des recherches expérimentales au sein de l'administration publique.
- 10** Documenter l'état de l'infrastructure informationnelle dans les ministères et son effet sur l'attitude et le comportement des analystes envers les savoirs scientifiques.
- 11** Étudier et analyser le contenu des études mobilisées par les analystes.
- 12** Étudier de plus près les interactions chercheurs-analystes.
- 13** Investir dans le « savoir-qui ».

Pour ce faire, il est important de faciliter et d'encourager, par divers moyens, les professionnels à contacter directement des chercheurs universitaires pour obtenir de l'information.

- 15** Faciliter l'accès physique et améliorer l'accès cognitif aux données de la recherche chez les professionnels.

Divers moyens peuvent être mis de l'avant, tels que fournir aux professionnels l'accès à un volume suffisant de périodiques spécialisés, les informer de l'existence des ressources bibliographiques internes et externes et développer leurs compétences et habiletés en recherche documentaire.

- 16** Améliorer l'accès cognitif aux données de la recherche chez les professionnels à l'aide de formations.

Les professionnels doivent pouvoir développer les compétences et habiletés nécessaires à l'interprétation des résultats et à l'évaluation des biais méthodologiques d'études scientifiques.

1.5.4 Thèmes transversaux

- 17** Lors de l'enquête auprès des professionnels du gouvernement du Québec, près de 75 % des répondants ont indiqué que de nouveaux mécanismes interministériels sont nécessaires pour mieux considérer l'impact sur la santé des politiques formulées dans leur domaine d'activités. L'analyse de différents dispositifs interministériels ne peut prétendre à la présentation d'un véritable guide de pratiques à suivre en toutes circonstances. Malgré cela, le contenu du Tableau 2 sur les conditions de succès peut alimenter la réflexion et sensibiliser les responsables de regroupements interministériels à des réalités semblables à la leur.
- 18** Par ailleurs, les membres du réseau des répondants ministériels pour l'application de l'article 54 de la LSP ont identifié les pistes d'action suivantes : assurer la permanence des membres, obtenir un solide appui de la part du ministère du Conseil exécutif, des rencontres fréquentes et régulières et un suivi adéquat.
- 19** Une dernière piste à suggérer serait de donner suite au rapport par des rencontres entre les partenaires concernés et les chercheurs afin que les partenaires s'approprient véritablement ces pistes d'action.

1.6 Les apports conceptuels et méthodologiques

Cette AC avait comme objectif de contribuer à la conceptualisation de la problématique des PFS par la proposition d'un cadre « intégrant les connaissances sur les liens entre les actions gouvernementales (politiques, lois, règlements), les déterminants de la santé et leurs effets sur la santé et le bien-être¹⁷ ». La section 1.6.1 reprend les apports conceptuels que l'on peut dégager des projets de recherche menés.

De même, cette AC avait des visées méthodologiques en ce qui touche « le développement des méthodes permettant d'évaluer les impacts des actions gouvernementales sur la santé et le bien-être¹⁷ ». L'impossibilité de réaliser les études de cas dites prospectives (réf. section 1.2) nous a amenés à réorienter nos travaux de façon à intensifier le transfert afin de mieux faire connaître l'ÉIS. Aussi les possibilités de développer comme prévu des outils méthodologiques tirées des expérimentations ont été limitées. La section 1.6.2 présente un ensemble de productions et d'outils liés à l'ÉIS, au transfert ou à l'utilisation des connaissances ayant une portée méthodologique et qui pourront être mis à profit par nos partenaires ou d'autres chercheurs.

1.6.1 Les apports conceptuels et les pistes de développement

L'un des points forts de cette programmation est de s'appuyer sur un **cadre conceptuel robuste et novateur** centré sur la production de politiques publiques (voir la Figure 1, section Le contexte de la recherche). La réalisation des projets a démontré le **bien-fondé des axes** de recherche sur lesquels s'appuie ce cadre, mais plus encore, elle a attiré notre attention sur le terrain, sur le passage difficile d'un axe à l'autre. À titre d'exemple, rappelons les difficultés que présente l'intégration de l'évaluation prospective dans le processus décisionnel (axes 1-2) ou encore l'utilisation de données à l'appui d'une décision qui serait plus favorable à la santé (axes 3-1), et ce, même dans le cas où des données probantes sont effectivement disponibles.

Par ailleurs, l'analyse plus fine des cas à l'étude a permis de faire ressortir l'à-propos du **concept de sous-système** pour une meilleure compréhension de la formulation/adoption des politiques publiques et surtout dans la perspective d'un changement souhaité dans la façon dont se font et se décident les politiques publiques. « Penser » en termes de sous-système permet en effet de considérer le groupe d'acteurs qui interviennent dans un domaine donné pour influencer la formulation/adoption de politiques et de porter une attention aux stratégies et ressources de ces acteurs, dont les connaissances qu'ils utilisent. La réalité des sous-systèmes déborde celle du ministère. Les travaux plus récents de Weible (2008) et de Weible et Sabatier (2009) sur les différentes configurations de sous-systèmes et les connaissances utilisées pourraient apporter un éclairage intéressant sur les stratégies à développer pour les acteurs de la santé publique, selon le contexte d'intervention (Gagnon et Bergeron, en cours).

L'intégration à l'analyse de ce que nous appelons les **dimensions structurantes du processus décisionnel – institutionnelle, politique, normative et cognitive** – représente un autre apport. Les critiques adressées au modèle de Sabatier et Jenkins-Smith faisaient ressortir, d'un côté, la trop grande attention portée au normatif, soit aux valeurs et, de l'autre, son caractère positiviste par l'attention accordée aux connaissances dans le changement (Gagnon, Turgeon et Dallaire, 2007). Le fait d'intégrer d'autres dimensions à l'analyse du processus décisionnel permet comme nous l'avons vu de tenir compte des facteurs institutionnels et politiques qui influencent la prise de décision.

Par ailleurs, nous avons peu insisté jusqu'à présent sur un autre concept de ce modèle, soit celui de **coalition plaidante**. Une analyse en ces termes fait appel à un autre type de méthodologie qu'il n'a pas été possible de tester dans les limites de cette programmation. L'étude plus approfondie du

17 FQRSC, FQRS et MSSS (mars 2004). Concepts et méthodes pour l'analyse des actions gouvernementales pouvant avoir des impacts sur la santé et le bien-être des populations. Appel d'offres, deuxième concours pour la constitution d'une équipe de recherche, p. 3.

règlement de l'eau potable de Talbot et Turgeon (2011) montre l'intérêt de pousser plus loin l'analyse en ce sens. Toutefois, l'interprétation de ce concept requiert de la prudence, car utilisé hors de son contexte, il peut être associé à la présence d'une coalition formelle, alors qu'il fait appel à la reconstitution d'un regroupement d'acteurs autour de valeurs communes et dans certaines conditions. Pour une illustration du cas de l'eau potable, voir l'affiche à l'annexe 9.

La difficulté que présente le concept de coalition plaidante est précisément liée à sa reconstitution à partir des actions coordonnées posées par un ensemble d'acteurs dans un domaine sur une longue période. Sabatier et Weible (2007) et Weible, Sabatier et Mc Queen (2009) soulèvent eux-mêmes un ensemble de questions d'ordre théorique et pratique, dont une relative à la formation des coalitions, aux critères d'inclusion ou d'exclusion des acteurs et au maintien de la coalition dans le temps. Nous avons certes pu observer la présence de coalitions formelles dans quelques cas à l'étude, mais une analyse plus fine centrée sur le jeu des acteurs devrait être faite pour mieux cerner l'effet de la présence ou de l'absence de coalitions. Tel que nous l'avons mentionné, aux fins d'une meilleure compréhension de l'élaboration des PFS, il semble intéressant à moyen terme d'examiner de

plus près les propositions de Weible (2008) quant aux différentes configurations des sous-systèmes dits unitaire, collaboratif et adversatif.

Au regard de l'évolution du modèle de Sabatier, deux autres points méritent d'être soulignés. Dans une version revue du modèle en 1998, le **degré de consensus** nécessaire à un changement majeur apparaît comme un facteur influençant les contraintes et ressources des acteurs du sous-système. En 2004, nous n'avions pas retenu ce facteur, mais les études de cas réalisées viennent confirmer l'importance du consensus dans un système social pour favoriser, ou non, un changement.

Une version de l'ACF de 2005 comporte deux autres ajouts relatifs aux effets du **long terme** et du **court terme** sur le sous-système (Sabatier et Weible 2007). Ces facteurs jouent en quelque sorte comme variables intermédiaires. Brièvement, dans le premier cas, la présence à long terme d'une coalition est liée au degré de consensus nécessaire pour un changement majeur ainsi qu'à l'ouverture du système politique, alors que l'effet du court terme est lié aux contraintes et aux ressources des acteurs du sous-système. Ces ajouts relatifs au degré de consensus, aux effets du court et du long terme apparaissent comme des pistes intéressantes à explorer.

CONSTAT 15

Les études de cas réalisées confirment la pertinence du cadre conceptuel proposé et de ses trois axes que sont : le processus décisionnel, l'ÉIS et le transfert et l'appropriation des connaissances. De même, le concept de sous-système est particulièrement approprié pour nous éclairer sur la réalité de l'élaboration des PFS.

- Sur le plan conceptuel, **une première piste** de développement a été évoquée précédemment quant aux travaux de Weible sur les **différentes configurations de sous-système** en lien avec les divers types d'utilisation des connaissances. Cette piste apparaît d'autant plus intéressante que nos travaux sur les actions des acteurs de la santé publique (Section 1.1, Figure 2) nous avaient amenés à dégager différents contextes d'utilisation des connaissances et à distinguer deux types d'actions : cognitive et politique. Une analyse plus poussée en termes de sous-système est prometteuse dans la mesure où l'on pourrait, par exemple, associer telle ou telle autre stratégie dans tel ou tel autre contexte d'intervention.

- Par ailleurs, bien que l'analyse de la formulation/adoption nous éclaire sur la façon dont se font et se décident les politiques publiques, *l'analyse de la mise en œuvre* de politiques que l'on considère, ou non, favorables à la santé et au bien-être s'avère une **deuxième piste** intéressante à explorer. Car une politique, une loi, un plan d'action ou un règlement peuvent être adoptés, mais demeurer lettre morte. La mise en œuvre interpelle les acteurs sur le terrain et donne souvent lieu à une part d'interprétation ou de réappropriation des objectifs de la politique. Bref, il importe de comparer les intentions du législateur à la réalité du terrain.
- Enfin, une **troisième piste** de développement concerne l'**apprentissage**. Nous y avons déjà fait référence comme piste d'action (section 1.1), sous l'angle conceptuel, l'idée est de clarifier et d'enrichir ce concept. Le plus souvent, les auteurs optent pour l'apprentissage individuel ou l'apprentissage collectif, comme s'il s'agissait de deux réalités inconciliables. Il s'agit bien de deux réalités, mais complémentaires plutôt que contraires, un peu comme à l'image des deux faces d'une même médaille. En quelques années, la question du transfert de connaissances a énormément évolué, d'ailleurs on parle maintenant d'échanges et de partage des connaissances. Toutefois, on sous-estime encore beaucoup les efforts et le temps requis pour en arriver à un changement de culture dans les organisations afin de faciliter l'apprentissage individuel ou collectif.

1.6.2 Les apports méthodologiques et les pistes de développement

Des documents de transfert comme support à la réalisation de l'ÉIS. Comme mentionné à la section 1.2, trois documents de transfert en lien direct avec l'ÉIS ont été produits entre 2008-2010. *L'évaluation d'impact sur la santé et la formulation de politiques publiques* (2008) vise à initier à la pratique de l'ÉIS et présente le processus standard de l'ÉIS. *Le transfert de politiques publiques et l'évaluation d'impact sur la santé* (2008) a mis l'accent sur le transfert de politiques comme outil à la réalisation d'ÉIS et contient un aide mémoire qui vise à soutenir les utilisateurs dans la pratique du transfert de politiques (voir l'annexe 10). *La participation du public dans l'évaluation d'impact sur la santé : pourquoi et comment?* fait ressortir les tenants et les aboutissants de la participation du public dans les ÉIS. Ces documents mettent en contexte l'ÉIS et présente sous un angle ou l'autre les façons de faire pour réaliser de telles évaluations.

Un **guide méthodologique** sur l'évaluation prospective et intégrée d'impact est en rédaction (projet 5.2). Compte tenu de la place limitée qu'occupe la santé dans certains types d'évaluation et

des divers concepts en jeu, ce guide vise d'abord à faire le point sur un ensemble de concepts clés, tels que la santé, le bien-être et la qualité de vie; la pauvreté, le développement humain et la justice environnementale; l'environnement et le développement durable. Il a également comme objectif de faire ressortir les apports ainsi que les limites des évaluations d'impact et d'examiner la question de la complémentarité entre celles-ci. Enfin, les avantages et limites des méthodes quantitatives et qualitatives y seront traités. Ce guide permettra à d'éventuels utilisateurs de se familiariser avec l'évaluation intégrée d'impact, alors que les documents de transfert réalisés jusqu'à présent étaient centrés sur divers aspects de l'ÉIS.

Par ailleurs, le projet visant la **constitution d'une base empirique de PFS** est toujours en cours (P8). Intégré dans la phase II de la programmation, ce projet vise à faciliter l'apprentissage des utilisateurs potentiels face aux PFS et à leur rendre accessible l'information pertinente. La recension des politiques a été centrée sur des thématiques directement en lien avec la santé telles que le transport et la pauvreté et sur quatre provinces canadiennes (Colombie-Britannique, Ontario, Alberta et Québec). Pour les besoins de la collecte d'informations, une

grille d'analyse a également été développée (voir l'annexe 11). Une quinzaine de politiques ont ainsi été recensées.

La réalisation de l'outil *Méthode de synthèse de connaissances sur les politiques publiques* par le CCNPPS (version préliminaire, septembre 2010) et des échanges avec les partenaires ont recentré le projet vers un outil à portée méthodologique. C'est-à-dire que l'outil donnera une façon de faire aux éventuels utilisateurs afin de collecter l'information pertinente au sujet des politiques d'un secteur donné sur les divers sites potentiels. Cet outil mettra également à profit le cahier virtuel de référence qui est déjà disponible sur le site du GÉPPS.

Par ailleurs, d'autres outils et instruments produits dans le cadre de divers projets pourront être mis à profit dans de futurs travaux de recherche. Ainsi le **questionnaire**, à questions fermées, développé par Ouimet et al. (2008) aux fins de l'enquête transversale non longitudinale auprès des professionnels de l'administration publique (projet 9), de même que celui de Lamari (projet 10.1) peuvent être réutilisés dans le cadre de futures études (voir les annexes 12-13). Le **devis** pour l'analyse de la formulation/adoption des divers cas de politiques à l'étude (projet 3) peut également être utilisé dans le cadre de nouvelles recherches (voir l'annexe 3.1). Enfin, pour documenter les axes de recherche, des recensions des écrits ont été réalisées par les assistants de recherche sur une dizaine de thèmes tels que la gestion horizontale; l'intersectorialité; l'évaluation prospective et l'évaluation intégrée d'impacts; le transfert des connaissances (modèles et applications); le modèle théorique de l'ACF; le transfert de politiques; la démocratie participative; l'éthique; les instruments et les dispositifs de gouverne (projet 2). Ces recensions ont été effectuées à partir d'une **grille synthèse** guidant le travail des assistants et ont servi de base pour la rédaction de documents de transfert ou d'articles. Près de 200 grilles ont été complétées et mises à la disposition des chercheurs, co-chercheurs et pour certains thèmes, à la disposition de notre partenaire (pour un exemple de grille, voir l'annexe 14).

Ainsi, compte tenu de la réalité du terrain, nous avons investi dans le transfert de connaissances sur l'ÉIS et avons cherché à mieux cerner les besoins des utilisateurs. D'ailleurs, de concert avec notre partenaire, une enquête a été menée auprès des répondants de l'article 54 afin de connaître leurs besoins et leurs préférences quant au mode de transfert (formation en présence, en ligne, par cédérom, etc.). Les résultats de l'enquête de Ouimet et al. ainsi que les résultats préliminaires de l'enquête de Lamari sur les producteurs de veille montrent l'importance de bien connaître les facteurs associés à la consultation d'articles scientifiques, de rapports de recherche et d'ouvrages universitaires. L'accès physique et l'accès cognitif aux sources sont notamment à considérer.

Les pistes de développement suivantes méritent d'être soulignées :

- La tenue d'une séance d'échanges organisée de concert avec nos partenaires et auprès d'un groupe ciblé d'acteurs a démontré la pertinence de tenir ce type de « formation » dans des conditions déterminées. Un contenu de formation a été préparé à l'intention des répondants. Des efforts devront être poursuivis en ce sens afin que de la formation soit offerte sur demande aux ministères qui le souhaitent.
- L'adaptation du contenu de la formation au contexte ministériel est un incontournable. Selon la sensibilisation du ministère, le niveau de connaissance des participants sur les déterminants de la santé et les pratiques existantes en matière d'évaluation, les thèmes suivants pourront être abordés ou non : l'évaluation intégrée, la participation de la population, les connaissances disponibles.
- Lors de la formation, la présence de chercheurs représente un atout pour les acteurs de la santé publique. Le message n'est ainsi plus porté uniquement par ces derniers, mais aussi par d'autres ressources extérieures.

Conclusion

Au cours des six dernières années, le GÉPPS a donc relevé les défis de cette AC en fonction des objectifs de la programmation poursuivis (section *Le contexte de la recherche*) et en cherchant à répondre le mieux possible aux besoins des partenaires. Les constats et les pistes d'actions proposées dans le présent rapport sont autant d'enseignement à tirer pour les chercheurs comme pour les partenaires.

Bien sûr, certains des objectifs ont été mieux relevés que d'autres. Ainsi, le développement du cadre conceptuel peut être considéré comme une avancée sur la thématique des PFS. Ce cadre mis de l'avant par le GÉPPS a permis de donner une base théorique à une problématique jusqu'ici a-théorique. Aborder en effet les PFS par le biais d'un modèle d'analyse de politiques publiques et dans le contexte politico-administratif a permis d'examiner des thématiques qui, jusqu'à présent, avaient été considérées séparément. Ainsi, nous avons porté notre attention sur le processus décisionnel (axe 1), l'ÉIS (axe 2) et le transfert et l'appropriation des connaissances (axe 3) (Objectif 1, 2004-2007; 2007-2010).

La réalisation de huit études de cas, dont l'examen du processus décisionnel à travers les dimensions institutionnelle, politique, normative et cognitive, a permis de mettre en lumière la prédominance des dimensions institutionnelle et politique ainsi que l'importance des valeurs dans le processus décisionnel et par le fait même, les réserves d'acteurs sur le terrain à l'idée que la santé devienne la norme (axe 1) (Objectif 2, 2004-2007). La réalité du terrain a fait ressortir les difficultés d'accéder aux agendas ministériels et d'intervenir en amont lors de la formulation des politiques publiques (axe 2). La multiplication des clauses d'impact relatives à la santé, à la pauvreté et au développement durable, l'absence de procédures formelles encadrant la réalisation d'évaluation prospective d'impact sur la santé et d'un appui constant des hautes instances sont d'autres défis qui font partie de la réalité du terrain. Il a été impossible d'aller aussi loin que souhaité dans l'expérimentation du développement de l'ÉIS (Objectif 3, 2004-2007). Nous avons alors cherché à pousser plus loin l'analyse et à mieux cerner les besoins des utilisateurs (Objectifs 2 et 3, 2007-2010).

Par ailleurs, les leçons sur les stratégies de transfert et d'appropriation des connaissances sont riches en enseignement. Si l'apprentissage collectif est une voie à privilégier, les résultats de l'enquête auprès des professionnels de l'administration publique québécoise sur l'utilisation des connaissances et les préoccupations en matière de santé font ressortir aussi l'importance de miser sur l'apprentissage individuel des acteurs. Bref, afin de favoriser l'appropriation, l'utilisation et les échanges de connaissances, il faudrait miser sur l'apprentissage individuel des acteurs et sur l'apprentissage collectif entre acteurs et entre organisations (axes 3). D'ailleurs, la majorité des acteurs souhaite voir se multiplier les mécanismes intersectoriels facilitant les échanges entre ministères, entre directions d'un même ministère et avec la santé publique (Objectifs 4, 2004-2007 et 2007-2010). De même, pour tous les partenaires concernés, il y a des leçons à tirer de l'expérience de la recherche collaborative, tel que nous l'avons évoqué plus haut.

Encore aujourd'hui, les défis à relever pour parvenir à mettre plus de santé dans les politiques publiques sont grands. Mais au cours des dernières années, nous avons pu constater l'intérêt de plus en plus marqué pour cette problématique au Québec comme au Canada, et aussi en Europe. Au Québec et au Canada, l'INSPQ et le CCNPPS, notamment, portent une attention particulière aux politiques publiques et à la santé.

Toutefois, en matière de développement des PFS, deux écueils sont à éviter. D'une part, la tentation du « normatif impératif ». Au nom de la santé et du bien-être, on ne peut dicter le comportement quotidien des citoyens ni chercher à contrôler complètement leur environnement. D'autre part, l'élaboration des politiques publiques ne s'inscrit pas dans une logique de parfaite rationalité, plutôt, diverses rationalités sont au rendez-vous. Il faut faire avec. Cela étant dit, il n'en est pas moins raisonnable de chercher à améliorer les politiques publiques. Il faut alors compter sur l'apprentissage entre acteurs et entre organisations, l'apport de connaissances pertinentes, le temps et l'innovation!

Références bibliographiques

- Abelson, J. et al. (2010). *Stratégies de participation publique interactive efficace à l'élaboration des politiques et des programmes de santé*. Ottawa, FCRSS, 50 p.
- Bakvis, H. et Juillet, L. (2004). *Le défi de l'horizontalité : ministères responsables, organismes centraux et leadership*. Ottawa : École de la fonction publique du Canada, 93 p.
- Banken, R. (2001). *Strategies for institutionalizing HIA*. WHO, Regional Office for Europe, European Centre for Health Policy (ECHP). Discussion papers, no 1, 37p.
- Bergeron, H., Surel, Y. et Valluy, J. (1998). « L'Advocacy coalition framework ». *Politix*, 11(41), 195-223.
- Bezes, P. (2000). « Les hauts fonctionnaires croient-ils à leurs mythes? *Revue française de science politique*, 50(2), 307-332.
- Bourassa, M., Bélair, L. et Chevalier, J. (2007). « Liminaires : les outils de la recherche participative ». *Éducation et francophonie*, 35(2), 1-12.
- Bourgault, J., Dupuis, S et Turgeon, J. (2008). *Les conditions de succès des dispositifs interministériels*, Québec: GÉPPS, 34 p.
- Bourgault, J. (2007). « La gestion corporative au sommet : pratique canadienne », *Revue internationale des sciences administratives*, 73(2), 257-274.
- Bourgault, J. et R. Lapierre. (2002a). *Horizontalité et gestion publique : rapport final*. Montréal : Centre canadien de gestion, 46 p.
- Bourgault, J. (sous la direction) (2002b). *Horizontalité et gestion publique*. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 355p.
- Breeze, C., et al. (2003). *Health impact assessment and government policy making in European countries. A position report*. Cardiff : Welsh Assembly Government.
- Conseil canadien de la santé (2010). *Changement de vitesse : cibler, non plus les soins de santé au Canada, mais un Canada en santé*. Toronto, Conseil canadien de la santé, 31p.
- Denis, J.-L. et Lomas, J. (2003). « Convergent evolution: the academic and policy roots of collaborative research ». *Journal of Health Services Research and Policy*, 8(S2), 1-6.
- Department of Health (2004) *Choosing health: Making healthy choices easier*. Londres.
- Edwards, G. C., et Sharkansky, I. (1981). « La mise en œuvre ». Dans *Les politiques publiques: élaboration et mise en œuvre*. Paris: Les éditions d'organisation: 227 251.
- Estabrooks, C. (1999). « Modeling the individual determinants of research utilization. » *Western Journal of Nursing Research*, (21)6, 758-72.
- European Communities (1997). *Treaty of Amsterdam amending the treaty on European Union, the treaties establishing the European Communities and certain related acts*. Luxembourg : Office for Official Publications of the European Communities.
- Fondation canadienne sur les services de santé. (2009). [en ligne] http://www.chsrf.ca/ecus/glossary_f.php, consulté le 16 mars 2011.
- Gagnon, F., Turgeon, J., Michaud, M., et Talbot, D. (2010). *Health, poverty and sustainable development: increase or integrate prospective impact evaluation?* Affiche présentée dans le cadre du colloque de l'Union internationale en promotion et éducation de la santé (UIPES). Genève (Suisse), le mercredi 14 juillet.
- Gagnon, F., Michaud, M. (2008). *L'évaluation d'impact sur la santé et la formulation de politiques publiques*, Série Transfert de connaissances, Québec : GÉPPS, 25 p.

- Gagnon, F., Turgeon, J., et Dallaire, C. (2007). «Healthy public policy. A conceptual cognitive framework. » *Health Policy*, 81(1), 42-55.
- Gagnon, F. et Turgeon, J. (2007). *Santé, bien-être et formulation de politiques publiques au Québec. Huit études de cas. Résumés*. Sous la direction de F. Gagnon et J. Turgeon. Québec : GÉPPS, 104 p.
- Gagnon, F. Turgeon, J. et Gagné, D. (2007). *Les actions de la santé publique en matière de politiques favorables à la santé au Québec, de 1995 à 2005 – Perspectives centrales et régionales*. Rapport final, Québec, GÉPPS: 191 p.
- Gagnon, F., St-Pierre, M.-N., et Daignault-Simard, X. (2010). *La participation du public dans l'évaluation d'impact sur la santé : pourquoi et comment?* Série Transfert de connaissances, Québec : GÉPPS, 15 p.
- Gervais, M-J. et Chagnon, F. (2011). *Modélisation des déterminants et des retombées de l'application des connaissances issues de la recherche psychosociale*. Chaire d'étude CJM-IU-UQÀM sur l'application des connaissances dans le domaine des jeunes et des familles en difficulté, 99 p.
- Gouvernement of British Columbia. (2008). Public Health Act [SBC 2008]. [en ligne] http://www.bclaws.ca/EPLibraries/bclaws_new/document/ID/freeside/00_08028_01 consulté le 8 février 2011.
- Government of Western Australia. (2007). *Health impact assessment in Western Australia*. Discussion paper. Departement of health.
- Graham, I., Logan, D., Harrison, J., Straus, M.B., Tetroe, S.E., Caswell, J. et al. (2006). « Lost in knowledge translation: time for a map? » *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26, 13–24.
- Harris-Roxas B., et Harris, E. (2010). « Differing forms, differing purposes: A typology of health impact assesment ». *Environmental impact assessment review* (sous presse).
- Harris, P.-J., Harris, E., Thompson, S., Harris-Roxas, B., Kemp L. (2009). « Human health and wellbeing in environmental impact assessment in New South Wales, Australia: Auditing health impacts within environmental assessments of major projects». *Environmental impact assessment review*, 29, 310-318.
- Hilding-Rydevik, T., Vohra, S., Ruotsalainen, A., Pettersson, A., Pearce, N., Breeze, C. et al. (2006). «Health Aspects in EIA». Dans *Improving the implementation of environmental impact assessment*. European Commission, 121 p.
- Hogwood, B.W., et Gunn, L.A. (1984). *Policy analysis for the real world*. Oxford: Oxford University Press: 196-218.
- Kearns, N., et Pursell, L. (2011). « Time for a paradigm change? Tracing the institutionalization of health impact assessment in the Republic of Ireland across health and environmental sectors ». *Health Policy*, 99(2), 91–96.
- Jacob, S. (2005). *Institutionnaliser l'évaluation des politiques publiques. Étude comparée des dispositifs en Belgique, en Suisse et aux Pays-Bas*. Bruxelles, P.I.E. Peter Lang. 271 p.
- Lascoumes, P. et Le Galès, P. (2004). « De l'innovation instrumentale à la recomposition de l'État. » Dans P. Lascoumes et Le Gales (dir.) *Gouverner par les instruments*. Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, p.357-369 (369 p).
- Lavis, J.N., et al. (2003). « Do Canadian civil servants care about the health of populations? » *American Journal of Public Health*, 93(4), 658-663.
- Lomas, J. (2000). « La diffusion et l'utilisation de la recherche ». *Isuma*, Printemps, 140-144.
- Miles, M.B., et Huberman, A.M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Bruxelles, 2^e édition, Université De Boeck, 626 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, 66 p.

- Morgan, R.K. (2010). « Health and impact assessment: Are we seeing closer integration? » *Environmental Impact Assessment Review* (sous presse)
- Morgan, R.K. (1998) *Environmental impact assessment: a methodological perspective*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Observatoire de l'Administration publique (OAP) (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*. École nationale d'administration publique, 163p.
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2008). *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la Santé. Genève.
- Organisation mondiale de la santé (1999). *Health impact assessment main concepts and suggested approach*. Gothenburg consensus Paper. Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Ouimet et al. (2010). Utilisation des résultats de recherche par les professionnels des ministères québécois: une étude transversale. Communication présentée dans le cadre d'un midi-conférence au Ministère de la Santé et des Services sociaux, le jeudi 20 mai.
- Palier, B. (2004). *Path Dependence*. Dans L. Boussaguet, S. Jacquot et P. Ravinet (dir.) *Dictionnaire des politiques publiques*. Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, p.318-326 (518 p.).
- Pierre, J., et Peters, B.G. (2005). *Governing Complex Societies: Trajectories and Scenarios*. New York: Palgrave Macmillan.
- Québec (2009). *Le St-Laurent, source de richesses. Programme d'ÉES sur la mise en valeur des hydrocarbures en milieu marin*. Québec, Ressources naturelles et Faune, 12 p.
- République et Canton de Genève. (2006). Loi sur la santé. [en ligne] <http://www.ge.ch/grandconseil/data/loisvotee/L09328.pdf>, consulté le 8 février 2011.
- Sabatier, P.A et Weible, C.M. (2007). « The advocacy coalition framework. Innovations and clarifications » In P.A. Sabatier (ed). *Theories of the policy process*. Boulder (Co.), Westview Press: 189-220 (344p.).
- Sabatier, P. A et Jenkins-Smith, H.C. (1999). The advocacy coalition framework. An assessment. In P. A. Sabatier (ed). *Theories of the policy process*. Boulder (Co.), Westview Press: 117-66 (290p.).
- Savard, J.-F. (2010). « La cohérence des politiques publiques. » Dans Paquin, S., Bernier, L. et G. Lachapelle *Analyse des politiques publiques*, Montréal, PUM : 309-336 (426p.).
- Shadish, W.R., Cook, T.D. and L.C. Leviton. (1992). *Foundations of program evaluation: theories of practice*. Newbury Park (Ca): Sage Publication.
- Turgeon, J., Gagnon, F., Michaud, M. et Tremblay, S. (2008). *Le transfert de politiques publiques et l'évaluation d'impact sur la santé*, Série Transfert de connaissances, Québec, GÉPPS, 15 p.
- Weible, C. M. et Sabatier, P.A. (2009). « Coalition, sciences, and belief change: comparing adversarial and collaborative policy subsystems. » *The Policy Studies Journal*, 37(2), 195-212.
- Weible, C. M., Sabatier, P.A. et McQueen, K. (2009). « Themes and variations : taking stock of the advocacy coalition framework. » *The Policy Studies Journal*, 37(1), 121-40.
- Weible, C. M. (2008). « Expert-based information and policy subsystems: a review and synthesis. » *The Policy Studies Journal*, 36(4), 615-635.
- Wismar, M. et al. (2007). *The effectiveness of health impact assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. European observatory on Health Systems and Policies.
- Wright, J., Parry, J., et Scully, E. (2005). « Institutionalizing policy-level health impact assessment in Europe: is coupling health impact assessment with strategic environmental assessment the next step forward? » *Bulletin of The World Health Organization*, 83(6), 472-477.



ANNEXES

ANNEXE 1

COMPOSITION DE L'ÉQUIPE 2004 À 2011

NOM	ANNÉE	STATUT	UNIVERSITÉ D'APPARTENANCE	INTÉRÊTS DE RECHERCHE	PART %
Jean Turgeon	2004-2011	Chercheur principal Responsable	ENAP	Administration publique, politiques publiques	25%
France Gagnon	2004-2011	Chercheur principal	TÉLUQ-UQAM	Politiques publiques, santé publique	75%
Clémence Dallaire	2004-2011	Chercheur principal	Université Laval	Promotion de la santé	25%
Danielle Blondeau	2004-2011	Co-chercheur	Université Laval	Éthique	5%
Jacques Bourgault	2004-2011	Co-chercheur	ENAP, UQAM	Haute fonction publique et gestion horizontale	10%
Louis Côté	2004-2011	Co-chercheur	ENAP	Rôle de l'État	5%
Louis Demers	2004-2011	Co-chercheur	ENAP	Théories organisationnelles et communautés de praticiens	5%
Mathieu Ouimet	2007-2011	Co-chercheur	Université Laval	Capacité d'absorption des savoirs scientifiques dans l'administration publique	5%
Moktar Lamari	2009-2011	Co-chercheur	ENAP	Transfert et utilisation des connaissances	5%
Lucie Richard	2004-2011	Collaborateur	U. de Montréal	Promotion de la santé et stratégies d'interventions en santé publique	--
Jacques Auger	2004-2007	Collaborateur	ENAP	Administration publique	--
Nassera Touati	2009-2011	Collaborateur	ENAP	Gestion des organisations publiques	--
Élena Laroche	2010-2011	Collaborateur	TÉLUQ-UQAM	Transfert de connaissances	--
Jean-Louis Denis	2010-2011	Collaborateur	ENAP	Valorisation des connaissances	--

ANNEXE 2
SYNTHÈSE DE LA DÉMARCHE 2007-2010
ET
RAPPEL DES PROJETS DE LA PROGRAMMATION 2004-2007

AXE	PROJET	2007-2010		
		VOLET	STRATÉGIE/COLLECTE DE MATÉRIAUX	OBJECTIF
1-2-3	P1 (2004-2010) Développement du partenariat	1-6	Maintien du comité consultatif/réunions de travail, des échanges privilégiés chercheurs /partenaires; forum de discussion, etc.	4
1-2-3	P2 (2004-2007) Documentation des axes P2.2 (2007-2010) Documentation des thématiques	3, 5 et 6	Recension des écrits en fonction de la fiche synthèse développée -Banque de données et sites pertinents	1
1-2	P3 et P4 (2004-2008) Analyse de sous-systèmes de politiques publiques; Valeurs et croyances des <i>policy-makers</i> et des <i>decision-makers</i>	1 et 2	Phase de terminaison – Production d’articles et diffusion Aut. 07 et H08. Études de cas rétrospectives (4). Analyse transversale.	1-2
2	P5 (2004-2007) Analyse des expériences <i>HIA</i> et <i>Policy transfer</i> P5.2 (2007-2010) Évaluation prospective et intégrée d’impacts (ÉI)	4 5	Analyse critique des méthodes quantitatives et qualitatives d’ÉI/démocratie participative Proposition d’un cadre préliminaire visant la conduite d’évaluation prospective intégrée d’impacts	2
2-3	P6. (2004-2008) Intégration du processus d’évaluation prospective d’impact sur la santé (ÉIS) dans 4 ministères	4	Phase d’expérimentation à travers les études de cas prospectives (4) été/automne 2007 Veille OAP; observation; ateliers de formation; <i>policy transfer</i> ; travail collaboratif; courtier de connaissance	3-4
1	P7.1 (2007-2010) Étude des dispositifs transversaux P7.2 (2007-2010) Gestion corporative	3	Phase de réalisation –février à juin 2007. Recherche documentaire; enquête de terrain et conditions de succès. Recherche documentaire; enquête de terrain et expérimentation.	3
2-3	P8 (2007-2010) Constitution d’une base empirique de PFS	4 et 5	Recherche documentaire, enquête auprès d’organismes européens et de santé publique et d’acteurs clés Collaborateurs : OAP; MSSS; INSPQ; CCN-PPS	2
3	P9 (2007-2010) Utilisation des connaissances et préoccupations en matière de santé et de bien-être des populations	6	Enquête transversale auprès des directions de planification et de formulation des politiques	3-4
3	P10 (2007-2010) Transfert et appropriation des connaissances par les utilisateurs des ministères et organismes du Gvt du Québec	6	Implantation, diffusion et évaluation d’implantation : • de la base empirique de données sur les PFS; • de différents outils et méthodes identifiés en P9.	4

Source : *L’adoption de politiques publiques favorables à la santé. Bilan des activités 2004-2007 et renouvellement du financement 2007-2010.* Rapport déposée le 1^{er} juin 2007.

ANNEXE 3.1

DEVIS DES ÉTUDES DE CAS RÉTROSPECTIVES

Études de cas rétrospectives

Devis de départ

A) Portrait du ministère

1. Quelle est la mission actuelle du ministère?
2. Quels ont été les principaux changements qui se sont produits au niveau de la mission du ministère au cours des quinze dernières années (1990-2005)?
3. Quels ont été les principaux changements organisationnels qui se sont produits au plan du ministère (1990-2005)?
4. Quels ont été les principaux dossiers du ministère (1990-2005)?
5. Quels ont été, officiellement, du point de vue du ministère, les dossiers en lien avec la santé (1990-2005)?
6. Quelles actions le ministère a-t-il entreprises afin de mettre en œuvre l'article 54 de la Loi sur la santé publique (2002)?
 - Y a-t-il un répondant officiel en lien avec le MSSS?
 - Quel est son rôle face au MSSS? À l'interne?
 - Y a-t-il des directions ou des acteurs particulièrement intéressés ou actifs dans le dossier de l'article 54?

Sources à consulter : site du ministère, rapport annuel, plan stratégique.

B) Problématique à l'étude (reconstruction du processus décisionnel)

Formulation

1. Présentation succincte du cas :
 - Sur quoi porte le cas à l'étude?
 - Quelle est la raison d'être de cette loi, règlement, énoncé de politique, programme?
 - Quelle est la nature de l'enjeu tel que défini officiellement ou la conception du problème adoptée par les décideurs?
2. Quelles étaient les autres conceptions du problème ou de l'enjeu et comment celles-ci ont-elles évoluées au cours du processus de formulation?
3. Quels acteurs (groupes ou individus) appuyaient quelles conceptions?
4. Comment les solutions au problème ont-elles été formulées? (Forum de discussion, commission parlementaire, groupe de travail, comité d'experts, etc.)

5. Quelles sont les options envisagées pour solutionner le problème?
 - Quels sont les principaux arguments avancés par les acteurs pour justifier la pertinence de leurs options?
 - Quels sont les principaux contre-arguments invoqués pour contester cette pertinence?
 - Quelle est la nature des arguments et des contre-arguments? (Économique, sociale, managériale, environnementale, sanitaire)
 - De quelles sources d'information ces arguments proviennent-ils? (Sondage, littérature grise, littérature scientifique)
 - Y a-t-il eu une démarche d'évaluation prospective?

6. De quelles ressources les acteurs disposent-ils pour faire valoir leur point de vue :
 - Ressources humaines?
 - Ressources matérielles? (moyens matériels, y compris des moyens financiers)
 - Ressources statutaires? (positions officielles ou effectives occupées par les acteurs)
 - Ressources relationnelles? (relations positives établies avec d'autres acteurs)

7. Quelles sont les stratégies des acteurs ou des groupes d'acteurs afin d'influencer les *policy-makers* et les preneurs de décision en faveur de leur solution?
 - Les acteurs ont-ils recours à des institutions de l'État pour faire valoir leur solution? (Tribunaux, protecteur du citoyen, commissaire aux plaintes, etc.)
 - Comment l'accès aux preneurs de décisions est-il maintenu? (Lobby, médias, sondages, etc.)
 - Comment les acteurs utilisent-ils les arguments en faveur de leur solution pour persuader les *policy-makers* et les preneurs de décision d'opter pour leur solution?
 - Des regroupements d'acteurs se sont-ils formés? (coalition, front commun, alliance)

8. Quels éléments de l'environnement externe ont influencé le processus de formulation?
 - Est-ce qu'il y a des facteurs ou des événements dans le contexte socio-économique qui ont influencé le processus de formulation?
 - L'opinion publique s'est-elle intéressée au dossier? Comment cela s'est-il manifesté?
 - Des actions entreprises par d'autres secteurs d'intervention gouvernementale ont-elles influencé le processus?
 - Des actions entreprises par le gouvernement fédéral ont-elles influencé le processus?
 - Des facteurs ou des événements dans le contexte international ont-ils influencé le processus de formulation? (Par exemple, la signature d'un nouveau traité)
 - Des éléments déclencheurs liés à d'autres phénomènes ont-ils influencé le processus de formulation? (Par exemple, un désastre environnemental ou une perturbation écologique)

Adoption

1. Quel a été le processus d'adoption, s'il y a lieu, de la loi, du règlement, de l'énoncé, du programme au ministère du Conseil exécutif?
2. Quelle a été la position des acteurs ou regroupements d'acteurs intervenus dans le dossier face à la solution adoptée (ralliement, dénonciation, etc.)

Sources : littérature grise, documents de travail, presse écrite, informations auprès d'acteurs clés.

Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé / Version du 24 août 2005

ANNEXE 3.2

GRILLE D'ANALYSE DES DIMENSIONS STRUCTURANTES DU PROCESSUS DÉCISIONNEL

Cas à l'étude	
Période couverte	
CARACTÉRISTIQUES DES DIMENSIONS D'ANALYSE	
DIMENSION INSTITUTIONNELLE	<ul style="list-style-type: none"> Mission du ministère Changements dans la mission Changements organisationnels Dossier à compétence fédérale/provinciale/municipale? Y-a-t-il un répondant de l'article 54? Rôle à l'interne, activités du répondant (MSSS) Autres dossiers en lien avec la santé et le bien-être?
DIMENSION NORMATIVE	<ul style="list-style-type: none"> Différentes visions du problème et acteurs? Existence, explicite ou non, d'un lien entre le problème à l'étude et la santé et le bien-être? Conception(s) de la santé véhiculées par les différents acteurs?
DIMENSION POLITIQUE	<ul style="list-style-type: none"> Changements gouvernementaux Changements ministériels Rôle d'un acteur en particulier : le ministre, autre acteur ministériel, MSSS, INSPQ, autre? Cheminement du dossier Regroupements d'acteurs?
DIMENSION COGNITIVE	<ul style="list-style-type: none"> Type de connaissances utilisées par le ministère, les autres acteurs ÉIS?
ÉVÉNEMENTS DANS L'ENVIRONNEMENT EXTERNE	<ul style="list-style-type: none"> Éléments dans le contexte socio-économique ayant influencé le processus? Position et rôle des médias? Rôle de l'opinion publique (sondage)? Actions entreprises par d'autres secteurs d'intervention? Événements dans le contexte international?

ANNEXE 3.3

CANEVAS D'ENTREVUE

Projet 4 – Entrevues avec des acteurs-clés de sous-systèmes de politiques publiques **Croyances et valeurs des *policy* et *decision makers***

GUIDE D'ENTREVUE

OBJECTIFS

- ✓ Mieux cerner la compréhension qu'ont ceux qui formulent et décident des politiques de l'évaluation d'impacts sur la santé (ÉIS), des politiques favorables à la santé, ainsi que leur représentation de la santé et de ses déterminants et des liens qu'ils établissent entre ces notions.
- ✓ Retracer le processus décisionnel relatif au cas à l'étude.

1- PRÉSENTATION

Quel était votre rôle au sein du ministère au moment de (cas à l'étude)?

2- LE CAS À L'ÉTUDE

Que vous rappelez-vous de l'origine de ce dossier? (Un problème? Une opportunité? Une préoccupation politique? Une promesse électorale?)

2.1 Valeurs et croyances

1. Au moment de ce cas, croyiez-vous qu'il y avait un lien entre (cas à l'étude) et la santé?
 - Si oui, pouvez-vous m'expliquer quel est ce lien?
 - Si non, pour quelles raisons?
2. Est-ce que la santé a été une préoccupation évoquée par des acteurs DE votre ministère?
 - Si oui, est-ce que la conception de la santé de ces acteurs était la même?
 - Quelle a été l'implication de ces acteurs?
 - Quelles ont été vos contacts avec ces acteurs?
3. Est-ce que la santé a été une préoccupation évoquée par des acteurs HORS DE votre ministère?
 - Si oui, quelles étaient les conceptions de la santé de ces acteurs dans ce dossier?
 - Quelles ont été leurs implications respectives?
 - Quelles ont été vos relations avec ces acteurs?

2.2 Contexte politique et institutionnel

1. Dans le dossier _____, comment vous y êtes vous pris pour faire passer vos propositions?
 - Au ministère
 - Avec les autres ministères
 - Avec le SCE et le SCT
 - Avec des personnes (par exemple des chercheurs) ou groupes d'intérêt à l'extérieur de l'administration publique
2. Qu'est-ce que cela a donné?
3. Par quel processus décisionnel est passé ce/cette _____ (règlement, politique, action)?
 - La démarche habituelle a-t-elle été suivie?
4. Selon vous, quels rôles ont joué :
 - le secrétariat du conseil exécutif?
 - le secrétariat du conseil du trésor?
 - le ministère des Finances?
 - le secrétariat à l'allégement réglementaire?
5. Y-a-t-il eu des compromis, des changements de la part de votre ministère? Sur quelle base? Avec qui?
6. Les interventions politiques ont-elles influencé l'évolution du dossier? Si oui, comment?

2.3 Les connaissances utilisées

1. Sur quels types d'information s'appuyait la position du ministère à l'époque?
 - Documents produits à l'interne – importance dans la prise de décision
 - Documentation scientifique – existence et utilisation
 - Données de comparaison internationale
 - Autres
2. Vous-mêmes, vous souvenez-vous sur quels types d'information s'appuyait votre position?
3. Au tout début de la formulation, y a-t-il eu, par votre ministère, une évaluation des impacts possibles sur la santé de cette action?
 - Si oui :
 - Quelle forme cela a-t-il pris?
 - Comment cela a été ou non pris en compte dans le processus décisionnel?

4. Sur quels types d'information s'appuyait la position des acteurs HORS DE votre ministère (autres ministères, groupes d'intérêt, acteurs individuels, etc.)
 - Documents produits par eux-mêmes?
 - Documentation scientifique – existence et utilisation?
 - Évaluation d'impact sur la santé?
 - Données de comparaison internationale?
 - Autres?
5. Y a-t-il eu de l'information que vous considérez comme biaisée ou non fiable? Laquelle?
 - Cette information a-t-elle été prise en compte? De quelle manière?

3- LES (ACTIONS) POLITIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ (HORS CAS)

1. Qu'est-ce que vous connaissez de l'article 54 de la Loi sur la santé publique?
2. Est-ce que vous savez si le MSSS a élaboré des outils (grilles) pour faciliter aux M/O la prise en compte des impacts sur la santé de leurs différentes actions?
 - Les avez-vous déjà personnellement vus ou utilisés?
 - Savez-vous si quelqu'un de votre ministère a déjà utilisé cette grille?
3. Pensez-vous qu'à l'heure actuelle certaines actions de votre ministère peuvent avoir un impact significatif sur la santé? Si oui, lesquelles?
4. Selon vous, comment votre ministère pourrait-il vérifier de façon systématique si les mesures (lois, règlements, politiques, programmes) qu'il songe à adopter peuvent avoir un impact potentiel sur la santé?
5. Selon vous, votre ministère devrait-il documenter les impacts potentiels sur la santé (réaliser une ÉIS) **lors de la formulation** des lois, règlements, politiques ou programmes sous sa responsabilité?
 - Comment devrait-il procéder?
6. Quelles conséquences la prise en compte de la santé a-t-elle sur la formulation et l'adoption des lois, règlements, politiques ou programmes?
7. Afin de s'assurer qu'une fois formulée, ces politiques soient adoptées, quel(s) autre(s) mécanisme(s) pourrait-on mettre en place :
 - dans votre ministère?
 - dans l'administration publique, au gouvernement?
8. Autres commentaires?

Sustainable Development as a Corporate Management Strategy: A Canadian Experience

David Talbot (1), Jean Turgeon (2), France Gagnon (3), Mathieu Ouimet (1)

1 Université Laval, Québec, Canada
2 École nationale d'administration publique, Québec, Canada
3 Télé-Université/UQAM, Québec, Canada



Summary

In April 2006, the Government of Quebec (Canada) adopted the Sustainable Development Act, thus creating a new management strategy surrounding the powers and responsibilities of ministries and public agencies. As a result, when devising and implementing actions, these bodies are required to take into consideration 16 principles of sustainable development (SD). We examine factors that may explain the kinds and extent of consideration accorded to the impacts of future public policies on SD. The study population consisted of a (random) sub-sample of 702 civil servants at 17 Quebec ministries. A binary logistic regression equation was estimated. The explanatory factors related to the use of SD principles by government employees for policymaking purposes included their base ministry and the presence of interactions with academics. It appears that an awareness campaign should be conducted to promote the use of these principles in the policymaking process.

Introduction

One of the principles of sustainable development (SD) consists in recognizing the importance of incorporating environmental objectives into all public policies across a range of sectors of government action (Lafferty and Howden, 2003). The idea of integrating environmental concerns into the policymaking process emerged in the 1970s and has been promoted by a number of national and international bodies since the late 1980s (Lehtonen, 2007). In Quebec, this idea was translated into concrete measures with the adoption in April 2006 of the Sustainable Development Act, which set out 16 principles that must be taken into account by all ministries and agencies when devising and implementing actions. In particular, these definitions refer to the preservation of biodiversity and the precautionary principle. This legislation thus recognizes the complexity of modern environmental challenges along with the importance of adopting a cross-departmental approach to government action.

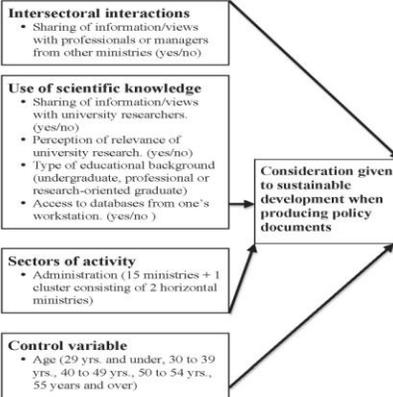
Objectives

Over last decade, most research dealing with environmental policy integration (EPI) has sought to identify the possible institutional and political reasons underlying the success or failure of integration attempts (Watson et al. 2008). Ross and Dovers (2008) have, in addition, highlighted a number of success factors, barriers and gaps surrounding the implementation of EPI, noting in particular the influence of the sector of activity, intersectoral collaboration, and linkage between the use of scientific knowledge and the policymaking process. According to these authors, it is more difficult to embed environmental concerns in economic sectors. However, intersectoral collaboration and the propensity to integrate scientific knowledge into the decision-making process would appear to have positive impacts on the implementation of EPI. The objective of this study is to test the influence of these three factors in the consideration given to SD by Quebec government civil servants in the policymaking process.

Conceptual Framework

The conceptual framework used in this study was developed from a list of factors affecting the integration of environmental concerns into the policymaking process (Ross and Dovers, 2008). Three categories of determining factors were used: intersectoral interactions, the use of scientific knowledge, and sector of activity.

Figure 1: Conceptual framework



Methodology

- Design: cross-sectional telephone survey conducted between October and December 2008.
- Population: civil servants (14 professional groups) working in 17 ministries in Quebec.
- Sampling: simple random.
- Survey instrument: questionnaire containing mainly closed-ended questions.
- Analysis: descriptive statistics, association test (χ^2) and binary logistic regression.

Results

Descriptive statistics

- 1 617 civil servants replied to this questionnaire, producing a response rate of 62.48%
- Within the framework of this study, we retained only those individuals who stated that they were familiar with how public policies are processed Quebec's machinery of government (n=702). The respondents had to give a positive response to the following question: "When producing documents to be forwarded to the General Secretariat of the Quebec Conseil exécutif (Executive Council), ministries are required to fill out a form in which they indicate a number of things – for example, whether their project has territorial implications, namely, for the regions of Quebec, the "Métropole" (Montreal metropolitan area) or the "Capitale" (greater Québec City area). Were you aware of this?"

- The majority – i.e., 51.4% (n=361) – stated they had taken SD into consideration when producing policy documents.
- Of this number, 418 were men (69.5%) and 284 were women (40.5%).
- The median number of years of experience was "more than 20 years".
- 319 (45.4%) were undergraduate, 114 (16.2%) had a professional master's and/or doctorate degree, and 269 (38.3%) had a research-oriented master's and/or doctorate degree (Ph.D.)

Association test

There is a relationship between the sector of activity (ministry) and the consideration accorded to SD when producing policy documents (Value 77.525, DF 15, p. 0.000). The following table presents the rates of frequency noted between sectors of activity and the taking into consideration of SD.

Table 1: Association between sector of activity and sustainable development

Sector of activity	Consideration given to sustainable development		Total
	No	Yes	
Health and social services	45 (78%)	13 (22%)	58
Municipal Affairs, Regions and Land Use	16 (53%)	14 (47%)	30
Agriculture, Fisheries and Foods	32 (42%)	44 (58%)	76
Culture, Communications and Women's Conditions	10 (38%)	16 (62%)	26
Sustainable Development, Environment and Parks	14 (18%)	62 (82%)	76
Economic Development, Innovation and Exportation	15 (38%)	25 (62%)	40
Education, Leisure and Sport	23 (56%)	18 (44%)	41
Employment and Social Solidarity	28 (58%)	20 (42%)	48
Family and Seniors	16 (70%)	7 (30%)	23
Finance	20 (51%)	19 (49%)	39
Immigration and Cultural Communities	7 (35%)	13 (65%)	20
Justice	30 (70%)	13 (30%)	43
Natural Resources and Wildlife	15 (34%)	29 (66%)	44
Public Security	22 (58%)	16 (42%)	38
Transportation	12 (32%)	26 (68%)	38
Horizontal ministries	28 (52%)	26 (48%)	54
Total	333	361	694

- The Ministry of health and social services shows the lowest proportion of civil servants (22%) that integrate SD into policy document. This result is not surprising, considering that health policies are less likely than economic policies to negatively impact the environment.
- The great majority (82%) of civil servants at the Ministry of sustainable development, environment and parks take SD into consideration when producing policy documents.

Logistic regression

Independent variables	β coeff.	S.E.	P-Value
Sharing of information with professionals or managers	.146	.350	.677
Sharing of information with university researchers	.383	.178	.031**
Perception of relevance of university research	.261	.173	.131
Access to databases	.279	.173	.106
Professional graduate ^a	.248	.246	.315
Research-oriented graduate ^b	-.068	.187	.715
Age 30 to 39 yrs. ^b	-.353	.528	.502
Age 40 to 49 yrs. ^b	-.498	.520	.337
Age 50 to 54 yrs. ^b	-.252	.521	.628
55 yrs. and over ^b	-.164	.514	.750

** $p \leq 0.05$, *** $p \leq 0.01$ (two-tailed).
^a Undergraduate is the reference category.
^b Under 29 years of age is the category of reference.
 The sector of activity was controlled using the Ministry of finance as category of reference.
 Nagelkerke Pseudo R²: .197

- All in all, the model offers good predictive ability, producing correct predictions at a rate of 66.2%.
- Having contacts with researchers or academics has a positive, significant impact on the probability of taking SD into consideration when producing policy documents.
- Having contacts with professionals and managers from other ministries does not provide a basis for predicting the taking into consideration of SD when producing policy documents.

Conclusion

According to one of the findings of this study, a narrow majority of professionals (51.4%) stated that they take SD into consideration when making public policies. It would thus appear that the adoption of a bill prescribing such consideration is a measure that is necessary but not sufficient to ensuring that SD is effectively integrated into public policies. In this context, it would appear worthwhile to examine how, beyond enforcing the legislation currently in effect, to further promote the use of sustainable development principles in policymaking.

References

- Lafferty, W. M. & Howden, E. 2003. Environmental policy integration: towards an analytical framework. *Environmental Politics*, 12(3): 1 - 22.
- Lehtonen, M. 2007. Environmental policy integration through OECD peer reviews: Integrating the Economy with the environment or the environment with the Economy? *Environmental Politics*, 16(1): 15 - 35.
- Ross, A. & Dovers, S. 2008. Making the Harder Yards: Environmental Policy Integration in Australia. *Australian Journal of Public Administration*, 67(3): 245-260.
- Watson, M., Bulkeley, H. & Hudson, R. 2008. Unpacking environmental policy integration with tales from waste management. *Environment and Planning C: Government and Policy*, 25(3): 481-498.

This research was made possible thanks to the financial support of the Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC) and its partners: the Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) and the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Dossier 2005-SP-95622. It falls within the framework of one of three components of the MSSS's strategy to enforce section 54 of Public Health Act – namely, the component concerning the planning and/or funding of activities relating to the development and transfer of knowledge concerning public health policies.

ANNEXE 5

Civil Servants, HIA and Policymaking in Quebec

Jean Turgeon (1), David Talbot (2), France Gagnon (3), Mathieu Ouimet (2) and Pierre-Olivier Bedard (2)

1 École nationale d'administration publique, Québec, Canada
2 Université Laval, Québec, Canada
3 Télé-Université/UQAM, Québec, Canada



Summary

In December 2001, the Government of Quebec adopted the Public Health Act, provisions of which stipulated that various provincial ministries were required to take into consideration impacts on health (via assessments known as HIAs) as part of their policymaking process. The objective of the present study is to examine the extent to which civil servants are familiar with and comply with this requirement. The population consisted of a random sample of 1,614 civil servants at 17 Quebec ministries. Descriptive, bivariate statistics were used for data analysis purposes. No fewer than 85% of survey-takers agreed that a HIA should be performed whenever the government undertook any major policymaking initiative. Overall, 54.2% (n = 869) said they were involved in planning or developing new policies, programs or measures. Of that number, 21% claimed they had consulted documents from the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 32.3% stated they had received little or no information about the main health determinants, whereas 34.9% indicated they had dealt with potential impacts on health when producing documents during the previous 12 months. These findings suggest that better communication campaigns should be conducted among civil servants if population health is to be considered a greater priority in policy agendas.

Introduction

In Quebec, the first, indirect reference to the performance of a health impact assessment (HIA) appears in section 54 of the Public Health Act, which came into force in June 2002 (Turgeon et al. 2005). This section specifies that "the [Health] Minister shall be consulted in relation to the development of the measures provided for in an Act or regulation that could have significant impact on the health of the population." (R.S.Q. chapter S-2.2). In order to prompt ministries and agencies to assess the impacts of their actions and indeed carry out a HIA, the Ministère de la Santé et des Services sociaux developed a practical guide to HIA (MSSS, 2006) as well as a tool for building awareness about health determinants (MSSS, 2007).

Objectives

This study proposes to verify the extent to which Quebec civil servants who state they are involved in policymaking are aware of this legal obligation and consult the guides developed by the MSSS. Since the coming into force of this section of the statute, none of the other studies surveyed has empirically examined the practices of Quebec civil servants respecting HIA.

Methods

Design: cross-sectional telephone survey conducted between October and December 2008. Population: civil servants (14 professional groups) working in 17 ministries in Quebec, including the MSSS.

Sampling: simple random. Survey instrument: Questionnaire containing mainly closed-ended questions.

Measures: awareness of HIAs and interdepartmental mechanisms of interest, utilization of MSSS Guidelines.

Analysis: Descriptive and bivariate statistics, through different sub-samples.

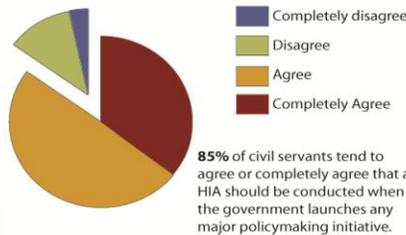
This research was made possible thanks to the financial support of the Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FORSC) and its partners: the Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) and the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Dossier 2005-SP-95622. It falls within the framework of one of two components of the MSSS's strategy to enforce section 54 of Public Health Act – namely, the component concerning the planning and/or funding of activities relating to the development and transfer of knowledge concerning public health policies.

Results

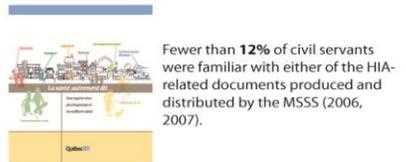
The database consisted of 1,614 civil servants. The response rate was 62.48%.

The importance of HIAs during the policymaking process

Figure 1: Importance of HIAs in the policymaking process
Please indicate to what extent you agree or disagree with the following statement. Whenever the government undertakes any major policymaking initiative, an assessment of the impacts on the health of populations should be required.



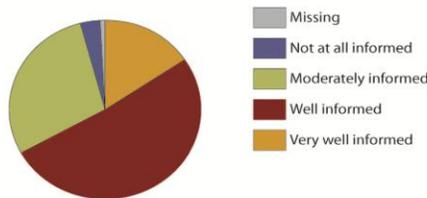
Consultation of MSSS documents



21% of civil servants who contributed to the planning or development of policies, programs or measures over the last 12 months (n = 869) stated they had consulted the documents developed by the MSSS.

Awareness of health determinants

Figure 2: Degrees of awareness concerning the main determinants of the health of populations
To what extent are you informed about the main determinants of the health of populations?

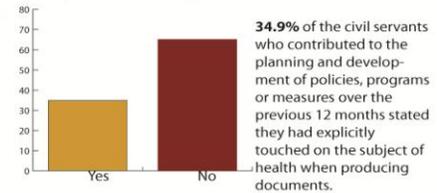


67.3% of the civil servants who contributed to the planning and development of policies, programs or measures over the previous 12 months stated they were well informed or very well informed about health determinants.

Factoring for health in the production of government documents

Figure 3: Integration of health concerns in government documents.

During the last 12 months, when producing documents, have you explicitly touched on the subject of health?



Conclusion

This study has served to bring out two main findings. To begin with, despite the great interest in HIA shown by civil servants, only a small portion of the latter seem to have integrated HIA into their policymaking process. Secondly, notwithstanding the MSSS's communication strategy, this study shows, on the one hand, the awareness deficit characterizing a high proportion of survey-takers concerning health determinants and, on the other hand, the low degree to which MSSS documents have been consulted. These findings suggest that better communication campaigns should be conducted among civil servants if population health is to be considered a greater priority in policy agendas.

Three avenues could serve to frame future research into the use of HIA by civil servants:

1. Verify whether major differences in HIA use by civil servants occur in relation to the mission of ministries. Lavis et al. (2003) have previously shown that in Canada, civil servants in the finance and labour departments were less inclined to take into consideration the health of populations than was the case with health and social service departments and agencies. Another study has confirmed this situation to hold for Quebec too (OAP, 2003). However, none of the studies inventoried has studied this influence on the integration of HIA in the practices of employees.
2. Better identify the individual and organizational obstacles and facilitating factors relating to the use of HIA.
3. Study the factors shaping the use of scientific knowledge by civil servants.

Pursuing research along these lines could help promote greater integration of HIA and the adoption of healthy public policies among government entities.

References

Government of Quebec (2001). Public Health Act, R.S.Q. chapter S-2.2, Québec: Éditeur officiel du Québec.

Lavis, J., S. Ross, G. Stoddart, J. Hohenadel, C. McLeod and R. Evans (2003). "Do Canadian civil servants care about the health of populations?", *Am J Public Health*, 93, 658-663.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). Évaluation d'impact sur la santé lors de l'élaboration de projets de loi et de règlement au Québec - Guide pratique. Government of Québec (ed.), 28 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007). La santé, autrement dit... Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé. Government of Québec (ed.), 21 p.

Observatoire de l'Administration publique de l'ENAP (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, ENAP, Québec, 163 p.

Turgeon, J., F. Gagnon, J. Bourgault and S. Garant (2005). "Politiques publiques et santé: les dilemmes de l'évaluation prospective", *Canadian Public Administration*, 48, 328-347.

Health, Poverty and Sustainable Development : Increase or Integrate Prospective Impact Evaluation?

France Gagnon, Ph.D.^a, Jean Turgeon, Ph.D.^b Mélanie Michaud, M.Sc.^c and David Talbot, M.Sc.^d

- a) Full professor, Télé-Université, Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé (GÉPPS), Québec (Canada)
b) Full professor, École nationale d'administration publique, GÉPPS, Québec (Canada)
c) Research Officer, GÉPPS, Québec (Canada)
d) Ph.D. student, Faculté des Sciences de l'Administration, Université Laval, Québec (Canada)



CONTEXT

In under ten years' time, the government of Quebec (Canada) has adopted a number of legislative measures designed to promote the adoption of public policies that take into account impacts on health (section 54, Public Health Act¹, 2001), poverty (sections 19 and 20, Act to Combat Poverty and Social Exclusion², 2002) and sustainable development (section 15, Sustainable Development Act³, 2006). As such, these three different impact clauses correspond to three different ministries and to three different strategies. In this context, would it be worthwhile integrating prospective assessments into government action in order to achieve greater consistency and improved coordination? On this question there is no consensus among the experts. It is also worth examining the realities experienced in the field.

OBJECTIVES

- Provide an overview of three impact clauses currently in force in Quebec
- Analyze the nuts and bolts of the implementation of impact clauses
- Highlight the challenges associated with the proliferation of impact clauses, on the one hand, and the possible integration of these clauses, on the other hand.

METHODOLOGY

- Gathering of primary and secondary data
- Cross-sectional telephone survey conducted between October and December 2008
- Population: civil servants (14 groups of professionals) in the employ of 17 Quebec ministries
- Analysis: descriptive statistics
- Comparative documentary analysis and content analysis

RESULTS. COMPARATIVE ANALYSIS

★ Highlights

- A health impact clause has been in force for close to ten years.
- Objectives for poverty and SD relate more directly to the central government and the public administration.
- Requirements pertaining to ministerial consultation are dual concerning health and poverty. Where SD is concerned, there is a dual requirement of, on the one hand, referring to 16 principles for integration purposes and, on the other hand, a requirement of preparing a ministerial action plan for the other ministries and producing an annual report.

Table 1. Legal context of impact clauses

	Health 2001	Poverty 2002	Sustainable Development (SD) 2006
Objectives	To protect the health of the population and to establish conditions favourable to the maintenance and enhancement of the health and well-being of the general population. ¹	To guide the Government and Quebec society as a whole towards a process of planning and implementing actions to combat poverty, prevent its causes, reduce its effects on individuals and families, counter social exclusion and strive towards a poverty-free Québec. ²	To establish a new management framework within the Administration to ensure that powers and responsibilities are exercised in the pursuit of sustainable development. ³
Vision	Holistic approach to healthcare drawing on the VINC definition Vision based on health determinants	Inclusive and economic approach focused on persons and families Vision focused on prevention and protection	Long-term vision Approach founded on the environmental, social and economic dimensions of SD
Legal requirements	Obligation of each minister to consult the Minister of Health and Social Services when drafting laws and regulations that could have significant impact on the health of the population	Obligation of each minister to consult the Minister responsible when drafting laws and regulations that could have direct and significant impacts on the incomes of persons or families who are living in poverty	Obligation of each minister to prepare a SD action plan responsible when drafting laws and regulations that could have direct and significant impacts on the incomes of persons or families who are living in poverty
Administrative monitoring	Since 2007, notification via briefs presented to the Minister of the Council of Ministers (MCE, or Executive Council Office) to the effect that HA has been completed and forwarded to the MSSS (Ministry of Health and Social Services)	Compulsory action on poverty to be filed out in briefs forwarded to MCE (Executive Council Office, or Cabinet)	No obligation to report on monitoring activities in the form of briefs

1) Section 54 of the Public Health Act comes into force on June 2002

★ Highlights

- A central strategy pertaining to poverty and SD.
- Ministerial implementation based on: collaboration with stakeholders in the case of health; actions prescribed under law in the case of poverty; and measures framed by law in the case of SD.
- Varied usage of indicators. In some cases, actors have had difficulty agreeing on the indicators to be used and monitoring has proved to be difficult.

Table 2. The nuts and bolts of impact clauses

	Health	Poverty	Sustainable Development (SD)
Strategic level	Ministerial strategy	National (Quebec-wide) strategy	Government strategy 2006-2013
Actor responsible for the file	Ministry of Health and Social Services (specifically, Public Health authority)	Ministry of Employment and Social Solidarity	Ministry of Sustainable Development, the Environment and Parks
Implementation of the impact clause	Initiated by the MSSS Implementation of an intragovernmental impact analysis mechanism, including the creation of a network of respondents Development and transfer of knowledge concerning public policies conducive to health and well-being.	Prescribed by law Production of action plans for 2004-2005 and 2010-2015 Creation of an Advisory Committee, an Observatory on poverty and the Fonds québécois d'Initiatives sociales	Framed by legislative provisions Production of a guide on drafting a sustainable development action plan Production of a guide concerning how to integrate the 16 principles Production of a guide on funding Creation of the position of SD Commissioner
Indicators	Related to health determinants but not explicitly defined as such	- Income - Consumption basket measure - Low income measure	20 monitoring indicators ⁵ categories: - human capital, e.g., life expectancy - social capital, e.g., income distribution - produced capital, e.g., real estate value - financial capital, e.g., net assets of households - natural capital, e.g., water quality

This research was made possible thanks to the financial support of the Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC) and its partners: the Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) and the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Dossier 2005-SP-95622.

RESULTS. SURVEYS DATA

- 1,617 civil servants replied to this questionnaire⁴, producing a response rate of 62.48%
- Within the framework of this study, we worked only with the responses provided by people involved in the policy-making process (n=462). These respondents had to have taken part during the previous 12 months in planning or developing new policies, programs, measures, strategies or action plans.
- Then, respondents had to answer the following questions: "In this context, during the last 12 months, when producing [policy] documents, have you explicitly dealt with the following aspects": "health," "poverty and social exclusion" and "SD."

Table 3. Themes relating to impact clauses explicitly dealt with by policy-makers in the ministries of the Government of Quebec

Ministries	Impact clause / theme		
	Health	Poverty	Sustainable Development
	Yes	Yes	Yes
Health and Social Services (n=32)	68.8%	31.3%	25%
Municipal Affairs, Regions and Land Use (n=26)	38.5%	36%	51.8%
Sustainable Development, Environment and Parks (n=8)	50%	27.3%	87.3%
Agriculture, Fisheries and Foods (n=48)	50%	20.8%	60.4%
Employment and Social Solidarity (n=32)	18.8%	71.9%	45.2%
Culture, Communications and Women's Condition (n=16)	18.8%	31.3%	68.8%
Economic Development, Innovation and Exportation (n=30)	6.7%	20%	56.7%
Education, Leisure and Sport (n=31)	51.6%	58.1%	53.3%
Family and Seniors (n=15)	26.7%	40%	26.7%
Finance (n=28)	17.9%	57.1%	60.3%
Immigration and Cultural Communities (n=17)	18.8%	76.5%	76.5%
Justice (n=14)	42.9%	35.7%	35.7%
Natural Resources and Wildlife (n=30)	30%	10%	66.7%
Public Security (n=27)	37%	22.2%	55.6%
Transportation (n=28)	17.9%	17.9%	71.4%
Horizontal Ministries (n=29)	24.1%	37.9%	58.6%
Total	160	161	268

★ Highlights

- Overall, SD is the theme that respondents said they had dealt with the most often when producing documents during the last 12 months.
- Each of the three ministries responsible for implementing an impact clause has dealt with its signature theme as a matter of priority. The MDDEP (Ministry of Sustainable Development, the Environment and Parks) achieved the highest score, at 87%.
- Among the ministries directly concerned, the MDDEP achieves the highest average, at 55% -- that is, the respondents at this ministry were those who had dealt with each of the themes covered under the three impact clauses over the last 12 months. In addition, the MELS (Ministry of Education, Leisure and Sport) also posted a good performance, with an average of 54%.
- Health was explicitly dealt with by only 19% of respondents at the MESS (Ministry of Health and Social Services) during the last 12 months. Furthermore, SD is the theme receiving the least consideration by respondents at the MESS, with a score of 25%, while poverty was the theme receiving the least attention by respondents at the MDDEP, with a score of 27%.
- Ministries devoted to economic issues are the ones that post the lowest score for health, at 6.7% (Ministry of Economic Development, Innovation and Exportation) and poverty, at 10% (Ministry of Natural Resources and Wildlife).
- Nevertheless, respondents at the Ministry of Finance stated they had explicitly taken up the themes of poverty and SD, in proportions of 57% and 61%. On these same themes, the respondents at the Ministry of Immigration and Cultural Communities obtained a score of 76.5%.

CONCLUSION

Would the integration of prospective assessments into government action be an avenue worth pursuing in order to achieve greater consistency and improved coordination? In light of the results just presented, the response that comes spontaneously to mind is that integration indeed is a route worth pursuing; at the same time, we must admit that the field results available to us at this time do not provide us enough of a basis for giving a final verdict on this question. More fundamentally, it is also necessary to reflect on what is meant by government action having greater consistency and coordination. By definition, government action involves external collective issues that do not make for easy reconciliation with partisan and indeed political issues.

REFERENCES

- 1) Public Health Act, R.S.Q., chapter S-2.2, sec. 1.
- 2) An Act to combat poverty and social exclusion, R.S.Q., chapter L-7, sec. 1.
- 3) Sustainable Development Act, R.S.Q., chapter D-8.1.1, sec. 1.
- 4) This survey was conducted among groups of professionals in the employ of the Government of Quebec by Mathieu Guimel, Ph.D., regular professor at the Department of Political Science of Université Laval and Jean Turgeon, within the framework of research by the GÉPPS. The first component dealt with the repercussions of government action on health and other themes, and the second component on the acquisition of knowledge by professionals in the employ of Quebec's public service.

ANNEXE 7

ADOPTER DES POLITIQUES SAINES : LES RÉSULTATS PROBANTS?



Groupe d'étude sur
les politiques publiques
et la santé

Clémence Dallaire¹, Karine Aubin¹, Jean Turgeon², France Gagnon³

¹Université Laval, ²École nationale d'administration publique, ³Télé-Université/UQAM

CONTEXTE ET OBJECTIF

Les décisions politiques inspirées des données probantes sont à l'ordre du jour un peu partout. Toutefois, on observe que les décisions politiques font place dans une large part à d'autres types de considérations. Au Québec, la santé publique est appelée à jouer un rôle conseil dans l'adoption de politiques. Dans le cadre d'une programmation de recherche sur l'adoption de politiques saines, et en raison d'un cadre théorique faisant appel à la dimension cognitive dans le processus politique, nous avons examiné les notions de données probantes et de connaissance utile à ce processus (Gagnon, Turgeon, & Dallaire, 2007; Sabatier & Jenkins-Smith, 1999).

DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Une recension de la littérature a été réalisée dans différentes banques de données reliées aux domaines de la santé, à l'administration et de la politique de même que des sites Web à partir de différents mots-clés : « *knowledge transfer* », « *knowledge utilization* », « *dissemination of information* », « *knowledge broker* », « *knowledge dissemination* », « *tacit knowledge* », « *research utilization* », « *use of research* », « *research knowledge transfer* », « *knowledge production* » et « *research transfer* ». De nouvelles références provenant du dépouillement de la littérature consultée ont par la suite été ajoutées. Les références excluent : n'offraient pas assez de notions théoriques, de cadre de référence ou de modèle; étaient trop pratique ou ne décrivaient que des expériences de transfert de connaissances; traitaient du transfert de connaissances dans une optique d'innovation; réalisaient le transfert de connaissances dans un contexte d'entreprise; traitaient du transfert de connaissance des sciences fondamentales à la pratique clinique; n'apportaient pas d'éléments nouveaux. En tout, 30 articles ont été retenus. Cette littérature a été examinée afin de déterminer les différents types de connaissances disponibles et de résultats de recherche.

RÉSULTATS

Les résultats montrent que la littérature récente se concentre davantage sur les mécanismes facilitant l'utilisation des données probantes que sur une analyse critique des différentes connaissances requises dans le processus d'élaboration de politiques saines. Plusieurs types de connaissances sont disponibles et sur le plan de leur utilisation éventuelle, elles ne sont pas toutes équivalentes ou convaincantes de la même manière. Pour aider, nous avons élaboré un tableau qui les présente, les distingue et permet de manière transparente de faire un choix entre les connaissances

disponibles et celles utiles à la prise de décision politique.

CONCLUSION

Il est important de dépasser le simple constat du manque d'utilisation des données probantes sur la santé dans l'adoption de politiques saines et celui d'une utilisation accrue en cas d'une meilleure disponibilité de ces dernières. Puisqu'un ensemble de connaissances sont requises en vue d'apporter des solutions aux problèmes qui se posent pour mieux promouvoir la santé, il est indis-

pensable de se doter de moyens permettant d'évaluer les connaissances utilisées et de mieux cibler celles ayant le potentiel de les compléter.

Cette recherche a été financée par le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC) et ses partenaires: Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) et le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS).

TYPLOGIE DES CONNAISSANCES

Types de connaissances	Définitions	Types de connaissances	Définitions
Connaissance « <i>Knowledge</i> »	Renvoie aux informations personnelles et intangibles qui influencent comment les preuves de recherche peuvent être utilisées et appliquées à un environnement spécifique (Kim, 1999; Scott-Findlay & Pollock, 2004; Tarlier, 2005).	Données probantes <i>Définition formelle</i>	Informations produites par un ensemble de processus et de procédures reconnus comme étant scientifiques (Lomas, Culyer, McCutcheon, McAuley, & Law, 2005).
Connaissances dures « <i>Hard knowledge</i> »	Fondée sur la recherche, habituellement quantitative et s'appuie sur un langage scientifique (Pelz, 1978).	Données qualitatives et générales	Perspective de gestion ou organisationnelle à propos d'un problème et identification des influences culturelles, sociales, politiques et des genres, les soins de santé à travers ses manifestations organisationnelles (Boutillier, Rajkumar, Poland, Tobin, & Badgley, 2001; Hills, 2000; Jack, 2006; Swanson, 2001; Upshur, 2001).
Connaissances explicites	Transmissibles dans un langage formel, systématique et elles sont de nature discrète et numérique (Nonaka, 1994; Nutley, Walter, & Davies, 2003).	Données qualitatives et personnelles	Perceptions individuelles, croyances et attitudes face à un phénomène et signification attribuée à un contexte spécifique (Boutillier, Rajkumar, Poland, Tobin, & Badgley, 2001; Hills, 2000; Jack, 2006; Swanson, 2001; Upshur, 2001).
Connaissances molles « <i>Soft knowledge</i> »	Inclut des principes et concepts généraux, souvent exprimés dans un langage non-technique, de courtes phrases ou des images. A un rôle plus important lors de la prise de décision de niveau supérieur que les connaissances dures (Pelz, 1978).	Données quantitatives et générales	Utilisation d'études épidémiologiques pour développer des données scientifiques traditionnelles (Boutillier, Rajkumar, Poland, Tobin, & Badgley, 2001; Hills, 2000; Jack, 2006; Swanson, 2001; Upshur, 2001).
Connaissances sur la mise en pratique (<i>Know how to put into practice</i>), l'implantation des parties prenantes (<i>Know who to involve</i>), à propos des raisons qui justifient l'action (<i>Know why</i>), des problèmes (<i>Know about problems</i>)	Données souvent basées sur une compréhension tacite (Nutley et al., 2003).	Données quantitatives et personnelles	Croyances et attributs individuels quantifiés (Boutillier, Rajkumar, Poland, Tobin, & Badgley, 2001; Hills, 2000; Jack, 2006; Swanson, 2001; Upshur, 2001).
Connaissances sur qu'est-ce qui fonctionne (<i>Know what works</i>)	Connaissances en lien avec ce que les politiques, les stratégies ou les interventions peuvent apporter par rapport à un objectif ciblé (Nutley et al., 2003).	Données scientifiques absolues	Proviennent de la recherche axée sur la médecine (Lomas, Culyer, McCutcheon, McAuley, & Law, 2005).
Connaissances tacites	Possèdent un caractère personnel, difficile à formaliser et à communiquer qui sont enracinées dans l'action, l'engagement et elles sont associées à un contexte spécifique. Elle nécessite des éléments techniques et cognitifs (Nonaka, 1994; Nutley et al., 2003).	Données scientifiques contextuelles	Proviennent de la recherche axée sur les sciences sociales (Lomas, Culyer, McCutcheon, McAuley, & Law, 2005).
Données probantes <i>Définition informelle</i>	Tout élément qui permet d'établir un fait ou une bonne raison de croire en quelque chose (Lomas, Culyer, McCutcheon, McAuley, & Law, 2005).	Données scientifiques informelles	Proviennent d'expertise, de points de vue, des réalités de différents acteurs (experts, professionnels) (Lomas, Culyer, McCutcheon, McAuley, & Law, 2005).
		Preuve « <i>Evidence</i> »	Réfère exclusivement aux résultats de recherche qui sont tangibles et qui peuvent être échangés entre les individus (Kim, 1993, 1999; Scott-Findlay & Pollock, 2004).

ANNEXE 8

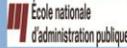
DISPOSITIFS INTERMINISTÉRIELS EN PLACE AU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

MINISTÈRE RESPONSABLE	NOM DU DISPOSITIF	FONCTION
Santé et Services sociaux	Réseau de répondants interministériels	Sensibilisation à l'article 54 de la Loi sur la santé publique
	Comité de coordination interministérielle	Suivi du plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011
Emploi et Solidarité sociale	Comité interministériel de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale	Suivi et mise à jour du plan d'action
Transports	Comité interministériel sur les véhicules hors route (VHR) et comité interministériel sur la vitesse	Production d'une expertise multisectorielle en vue d'une consultation publique; Formulation de recommandations pour l'élaboration d'un plan d'action
Justice	Comité interministériel de coordination en matière de violence conjugale, familiale et sexuelle	Assurer le suivi de la mise en œuvre de la Politique d'intervention en matière de violence conjugale (1995) et des orientations gouvernementales.
Conseil Exécutif	Réseau de répondants ministériels	Évaluer les impacts des mesures gouvernementales sur la jeunesse pour soutenir la Politique de 2001.
	Réseau de répondants gouvernementaux	Faciliter la mise en œuvre de la politique relative à l'allègement réglementaire et administratif
Développement durable, Environnement et Parcs (MDDEP)	Comité interministériel du développement durable (CIDD)	Le CIDD réunit, sous l'égide du MDDEP, des représentants de tous les ministères et de certains organismes gouvernementaux. Il est d'abord un lieu d'échanges, d'information et de promotion du développement durable. Il soutient, accompagne le MDDEP dans la réalisation des mandats que lui confie la Loi sur le développement durable.
Famille, Aînés et Condition féminine	Comité interministériel d'évaluation	Assurer le suivi de la mise en œuvre de la Politique gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes, réaliser l'évaluation transversale rétroactive des impacts de la politique
Immigration et Communautés culturelles	Comité interministériel de planification	Production d'une expertise
Sécurité publique	Organisation de sécurité civile du Québec	Suivi et mise à jour du Plan national de sécurité civile

Conseil du trésor	Réseau interministériel d'intervenants	Favoriser le partage de connaissances et d'expériences en matière de reconnaissance au travail
	Comités de pilotage	Production d'une expertise et suivi de la mise en place du Plan d'action
	Centres interministériels de services partagés	Intervention intégrée via une structure commune
	Rencontres interministérielles	Suivi de l'application de la Loi sur l'administration publique (LAP) au sein des ministères.
	Répondants ministériels en accès à l'égalité	Suivi de l'application de la LAP

Des coalitions plaidantes à l'œuvre : une analyse des relations d'acteurs dans le secteur de l'eau potable

David Talbot, École nationale d'administration publique, Québec



RÉSUMÉ

Tant au Québec qu'ailleurs au Canada, les commissions parlementaires et les consultations publiques représentent des espaces démocratiques où s'expriment des acteurs de la société civile qui partagent plus ou moins les mêmes visions. Notre étude propose une compréhension originale du jeu des acteurs impliqués dans cette étape du processus décisionnel, plus particulièrement lors de l'élaboration du Règlement sur la qualité de l'eau potable (RQEP) par le gouvernement québécois en 2001. Pour ce faire, le cadre des coalitions plaidantes « Advocacy Coalition Framework » (ACF) de Sabatier et Jenkins-Smith (1993, 1999) a été mis à contribution. L'hypothèse centrale de l'ACF est que les acteurs qui coordonnent leur action sont ceux qui partagent un même noyau de croyances liées aux politiques publiques. Nous avons été à même, pour la première fois dans un système parlementaire de type britannique, de vérifier cette hypothèse. Pour mener à bien cette étude de cas, un questionnaire a été envoyé à différentes organisations (n=24) ayant participé à la consultation publique (2000) pour commenter le projet de règlement. Pour analyser les données recueillies, nous avons eu recours, dans un premier temps, à l'analyse bivariable et par la suite à l'analyse classificatoire. Les résultats de cette recherche ont confirmé l'utilité du concept de coalitions plaidantes en permettant l'identification d'au moins deux regroupements d'acteurs dans le secteur de l'eau potable au Québec. L'ACF apparaît comme un outil dynamique permettant de mieux saisir le contexte entourant l'élaboration d'une politique et le jeu des acteurs impliqués dans le processus décisionnel.

ABSTRACT

In Quebec, as elsewhere in Canada, parliamentary committees and public consultations offer a democratic forum for civil society actors sharing more or less the same viewpoints to express themselves. Our study proposes a unique understanding of the actions of actors involved at this stage of the decision-making process. In particular, during the development of the Règlement sur la qualité de l'eau potable (RQEP), Quebec's drinking water quality regulations, by the Government of Quebec in 2001. To do this, Sabatier and Jenkins-Smith's (1993, 1999) "Advocacy Coalition Framework" (ACF) was used. The central hypothesis of the ACF is that the actors who coordinate their actions are those that share the same policy core beliefs. We were able to test this hypothesis for the first time in a British parliamentary system. To complete this case study successfully, a questionnaire concerning the proposed regulations was sent to various organizations (n=24) having taken part in the public consultation (2000). To analyze the gathered data, first, bivariate analysis was used, then cluster analysis. The results of this research confirmed the usefulness of the concept of advocacy coalitions by permitting the identification of at least two groups of actors in the drinking water sector in Quebec. The ACF appears to be a dynamic tool permitting a better understanding of the context surrounding the development of a policy and of the actions of actors involved in the decision-making process.

INTRODUCTION

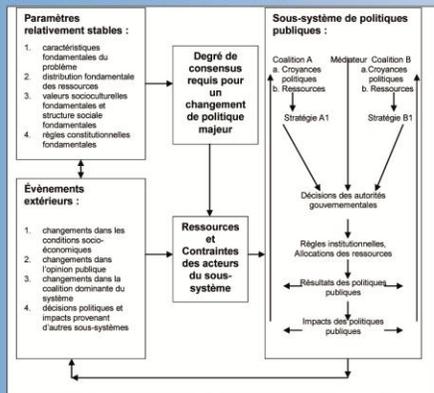
Depuis le 19^e siècle, de nombreuses ressources ont été investies à travers le monde dans le développement des procédés de traitement et d'analyse de l'eau destinée à la consommation humaine. Malgré ces efforts, les épidémies d'origine hydrique demeurent une préoccupation importante de santé publique. Afin d'assurer à la population une eau sécuritaire, le gouvernement du Québec a adopté, en mai 2001, le Règlement sur la qualité de l'eau potable. Le Québec est alors passé d'un règlement désuet depuis plus de 15 ans à une réglementation intégrant des normes et des contrôles des plus exigeants en Amérique du Nord. L'objectif de notre étude est de permettre une meilleure compréhension du jeu des acteurs impliqués dans le processus décisionnel qui a mené à l'adoption de cette réglementation. Pour ce faire, nous avons eu recours au cadre d'analyse des coalitions plaidantes (ACF).

CONTEXTE THÉORIQUE

Pour Sabatier et Jenkins-Smith (1993, 1999), l'unité d'analyse la plus appropriée pour comprendre le processus de changement dans les politiques publiques est le sous-système. Ce concept désigne l'ensemble des acteurs (membres de groupes de pression, personnalités politiques, fonctionnaires, chercheurs, journalistes) impliqués dans le processus de production des politiques dans un secteur particulier d'intervention publique.

Même si ils proviennent d'horizons différents, les acteurs qui forment un sous-système ont tendance à se regrouper en coalitions plaidantes dont les membres, selon les concepteurs de l'ACF, partagent sensiblement les mêmes croyances liées aux politiques publiques et tendent à coordonner leur action. Ces regroupements d'acteurs développent, à partir de leurs ressources et de leurs croyances, un ensemble de stratégies pour influencer les autorités gouvernementales. L'orientation d'une politique est fortement influencée par le système de croyances de la coalition dominante. La figure ci-dessous présente une représentation schématique de l'ACF.

Figure 1 : Le cadre d'analyse des coalitions plaidantes

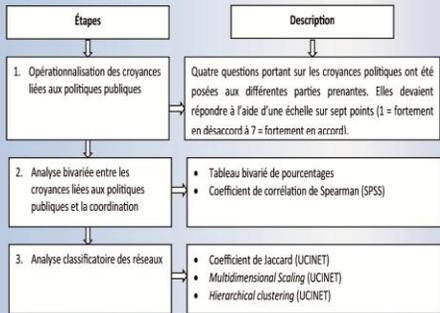


Source : Sabatier, P.A. (2004 : p. 41)

MÉTHODOLOGIE

Les données utilisées dans cette analyse ont été recueillies au cours de l'été 2007 à l'aide d'un questionnaire administré par courrier postal. Le taux de réponse s'établit à un peu plus de 83 % soit, 20 répondants sur une possibilité de 24. L'analyse des données a été effectuée en trois grandes étapes. La figure ci-dessous les présente sommairement.

Figure 2 : Le processus d'analyse



RÉSULTATS

Opérationnalisation des croyances liées aux politiques publiques

Pour analyser les réponses des protagonistes aux quatre questions portant sur les croyances liées aux politiques publiques, la moyenne pour chacune des catégories d'acteurs a été calculée. Un résultat inférieur ou égal à 4 indique un désaccord avec cette réglementation, tandis qu'un résultat supérieur à 4 permet d'affirmer le contraire.

Le tableau 1 indique que les exploitants privés et industriels sont les seuls acteurs à être anti-RQEP avec une moyenne de 2,7, tandis que toutes les autres catégories d'acteurs sont pro-RQEP avec des moyennes se situant entre 4,5 et 6,13. Ces résultats sont potentiellement une bonne base pour identifier les coalitions plaidantes. Il faut maintenant examiner si les acteurs entretiennent principalement des relations avec les parties prenantes qui partagent sensiblement les mêmes croyances.

Tableau 1 : Affiliations des répondants en fonction des catégories d'acteurs

	Affiliation ANTI-RQEP				Affiliation PRO-RQEP			
	Exploitants privés et industriels (EPI)	Chercheurs (C)	Ingenieurs (I)	Santé publique (SP)	Exploitants publics (EP)	Spécialistes en environnement (SEE)	Laboratoires d'essai et microbiologistes (LEM)	Autre
n =	2	3	1	2	3	3	2	
Moyenne	2,7	4,5	5	5,38	5,75	6	6,13	

Analyse bivariable entre les croyances et la coordination

Afin de vérifier l'existence de coalitions plaidantes à l'intérieur du sous-système de l'eau potable, nous avons demandé aux différentes organisations d'identifier les acteurs avec qui elles avaient tenté de coordonner leurs actions pour influencer les décideurs. Le tableau ci-dessous présente les différentes catégories d'acteurs en fonction des relations qu'elles entretiennent à l'intérieur et à l'extérieur de leur coalition de valeurs.

Tableau 2 : La coordination des acteurs

Catégories d'acteurs des répondants	Pourcentage des acteurs identifiés comme collaborant par les répondants en fonction de l'affiliation									
	Affiliation ANTI-RQEP					Affiliation PRO-RQEP				
	EPI	Total partiel	EP	C	I	SP	LEM	SEE	Total partiel	Autre
Exploitants privés et industriels (n=2, identifié 0)	70%	70%	-	11%	-	-	-	-	11%	22%
Exploitants publics (n=2, identifié 0)	-	-	30%	-	-	30%	-	-	20%	100%
Chercheurs (n=3, identifié 0)	-	-	-	22%	-	44%	11%	22%	100%	-
Ingenieurs (n=1, identifié 0)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santé publique (n=2, identifié 0)	-	-	-	25%	-	50%	-	25%	100%	-
Laboratoires d'essai et microbiologistes (n=2, identifié 2)	-	-	-	-	-	-	50%	50%	100%	-
Spécialistes en environnement (n=3, identifié 7)	14%	14%	22%	43%	-	-	-	-	14%	86%
Autre (n=1, identifié 0)	-	-	33%	17%	17%	17%	17%	100%	-	-

Ce tableau tend à confirmer l'existence de coalitions plaidantes pour la bonne raison que pratiquement toutes les catégories d'acteurs ont tenté de coordonner leurs actions majoritairement avec les groupes qui partagent les mêmes croyances liées aux politiques publiques. En analysant ce tableau bivariable de pourcentages, il est possible d'identifier au moins deux grandes coalitions plaidantes. La première coalition comprend les exploitants privés et industriels (anti-RQEP) et la deuxième est composée des exploitants publics, des chercheurs, des acteurs de santé publique, des laboratoires d'essais, des microbiologistes et des spécialistes en environnement (pro-RQEP).

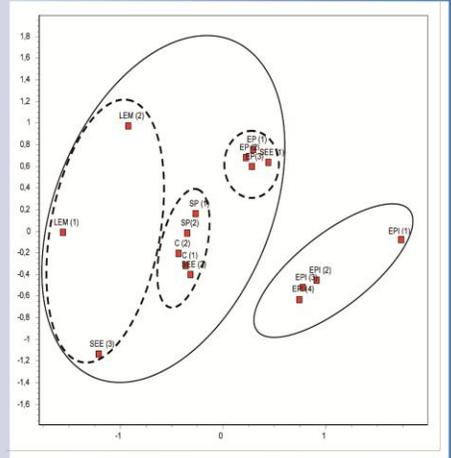
La relation entre les croyances politiques et la mesure de la coordination a également été testée à l'aide du coefficient des rangs de Spearman. Ce coefficient a été calculé à partir de la moyenne obtenue par chaque acteur selon les croyances politiques (échelle sur 7) et le résultat de la mesure de la coordination (échelle sur 3). Nous avons observé une corrélation de moyenne à forte entre les deux variables (rho = .74, p < .01).

Cette analyse bivariable confirme l'hypothèse centrale de l'ACF à savoir que les acteurs qui coordonnent leur action sont ceux qui partagent un même noyau de croyances liées aux politiques publiques.

Analyse classificatoire des réseaux

Le coefficient de Jaccard a été utilisé pour calculer un indice de ressemblance entre les individus pour ensuite procéder à une analyse classificatoire à l'aide de l'herarchical clustering. Cette stratégie a permis de distinguer des sous-ensembles dans le réseau. Les similitudes et les équivalences entre les différentes parties prenantes ont été illustrées sur un graphique développé à l'aide du multi-dimensional scaling (MDS). Le graphique ci-dessous présente les différentes coalitions d'acteurs ayant coordonné leurs actions lors de la formulation du RQEP.

Graphique 1 : Hierarchical clustering et similarités illustrés à l'aide du MDS



Le graphique MDS présente des résultats similaires à ceux observés dans l'analyse bivariable. L'herarchical clustering permet dans un premier temps d'identifier deux coalitions (encadrées par les lignes complètes) l'une anti-RQEP et l'autre pro-RQEP. Ces regroupements sont composés des mêmes organisations que celles identifiées précédemment. Cependant, l'utilisation de cet outil développé pour analyser les réseaux sociaux permet l'identification de trois sous-coalitions pro-RQEP (encadrées par les lignes pointillées). Les études antérieures utilisant l'ACF avaient tendance à sous-estimer la présence de tels sous-ensembles (Weible, C.W. 2005; Weible, C.W. et Sabatier, P.A. 2005).

CONCLUSION

C'est la première fois au Canada et même dans un système politique de type britannique que la relation entre la notion de croyances liées aux politiques publiques et la coordination effective était vérifiée. Cette étude de cas confirme l'utilité de l'ACF pour analyser le secteur de l'eau potable au Québec. C'est un outil dynamique qui permet une compréhension dynamique du jeu des acteurs impliqués dans le processus décisionnel.

En conclusion, trois suggestions pourraient orienter des recherches ultérieures pour les chercheurs travaillant avec l'ACF.

1. Comme la recherche sur les réseaux de politiques nous l'enseigne, il faudrait distinguer plusieurs types de sous-système de politiques publiques.
2. Pour évaluer l'évolution du contexte entourant la prise de décision (compétitif, collaboratif, etc.) et son impact sur l'apprentissage des acteurs composant le sous-système, il serait intéressant d'inclure plusieurs mesures dans le temps des croyances liées aux politiques publiques et du réseau de coordination.
3. Dans le but d'analyser les relations entre les différentes parties prenantes, les chercheurs travaillant avec l'ACF auraient tout intérêt à exploiter davantage les possibilités qu'offre l'analyse structurale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Sabatier, P.A. et Jenkins-Smith, H.C. (dir.). (1993). Policy change and learning. An advocacy coalition approach. San Francisco, Westview Press, 290 p.

Sabatier, P.A. (dir.). (1999). Theories of the Policy Process. San Francisco, Westview Press, 289 p.

Sabatier, P.A. (2004). « L'Advocacy Coalition Framework », dans Boussaguet, L., Jacquot, S., Ravinet, P. (dir.), Dictionnaire des politiques publiques, Paris, Presses de Sciences Po, p. 40-49.

Weible, C.W. (2005). « Beliefs and Perceived Influence in a Natural Resource Conflict: An Advocacy Coalition Approach to Policy Networks », Political Research Quarterly, vol. 56, no. 3, p. 461-475.

Weible, C.W., et Sabatier, P.A. (2005). « Comparing Policy Networks: Marine Protected Areas in California », Policy Studies Journal, vol. 33, no. 2, p. 181-201.

Je tiens à remercier le professeur Jean Turgeon, de l'École nationale d'administration publique, pour ses judicieux conseils. De plus, la réalisation de cette affiche n'aurait pas été possible sans l'aide financière de l'École nationale d'administration publique et du Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé (GEPPS).

ANNEXE 10

AIDE-MÉMOIRE POUR ASSURER UN TRANSFERT DE POLITIQUE PUBLIQUE EFFICACE

Cet aide-mémoire propose un processus de réalisation d'une activité de transfert de politique publique. Il s'inspire initialement de Mossberger et Wolman (2003) qui suggèrent des pistes d'action permettant au *policy-maker* d'examiner de façon systématique une politique à transférer et son potentiel d'application dans un nouveau contexte. Toutefois d'autres auteurs présentés dans les pages précédentes sont également mis à contribution et certaines caractéristiques de l'administration publique québécoise sont prises en compte.

I. Prérequis généraux	En vue de transférer des politiques publiques en harmonie avec celle de l'Administration	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Inscrire les travaux dans une perspective de gestion horizontale (Bourgault 2007, 2002):<ul style="list-style-type: none">○ mettre à contribution (comité interministériel, équipe informelle) dès l'étape 2 les différents M/O qui pourraient être affectés ou intéressés par la politique éventuellement transférée;○ examiner dans quelle mesure la politique publique que l'on songe à transférer répond aux différentes clauses d'impact en vigueur (santé, pauvreté et exclusion sociale, développement durable, etc.) à défaut de quoi il faut prévoir les ajustements nécessaires.<input type="checkbox"/> S'engager à agir en s'appuyant prioritairement sur les données probantes les plus rigoureuses (FCRSS, 2006)<input type="checkbox"/> Plus particulièrement en lien avec le transfert de politiques publiques favorables à la santé :<ul style="list-style-type: none">○ S'assurer de la compréhension du concept de santé de la part de tous les acteurs en fonction des déterminants○ Avoir soi-même une bonne connaissance des déterminants de la santé<input type="checkbox"/> Connaître les motivations et les valeurs des différents acteurs publics comme non-étatiques à s'engager dans un processus de transfert de politiques<input type="checkbox"/> Faire partie personnellement de réseaux d'analystes/chercheurs nationaux et internationaux (réseautage) reliés à notre secteur d'activités professionnelles<input type="checkbox"/> Promouvoir pour notre direction ou ministère l'adhésion à des réseaux internationaux dans notre secteur d'activités
II. Dépistage/ Prise de conscience	Dans l'optique de la rationalité limitée , il est impossible de tout recenser et analyser	<p>Etzioni (1967) propose donc dans un premier temps :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> de ratisser large (OCDE, OMS, autres groupes de pays selon intérêt) puis de sélectionner seulement quelques cas. <p>Stone (2004) pour sa part, suggère :</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> de retenir en priorité des expériences en provenance de pays similaires au nôtre du point de vue idéologique, culturel et géographique.

III. Connaissances préalables sur la politique à transférer	Étendue de <i>l'information</i>	<input type="checkbox"/> Quelle est l'étendue de l'information dont on dispose au sujet de la politique à transférer? <ul style="list-style-type: none"> ○ Pour cette politique, il faut : <ul style="list-style-type: none"> ▪ obtenir le maximum d'information; ▪ de sources diversifiées. ○ Il faut indiquer si cette politique : <ul style="list-style-type: none"> ▪ a été mise en œuvre ou non; ▪ et dans quel type de pays (degré de similarité avec le nôtre).
	Adéquation et pertinence de <i>l'information</i>	<input type="checkbox"/> Les informations doivent être précises et fiables à propos des buts, de la structure opérationnelle et du design de la politique à importer. <ul style="list-style-type: none"> ○ Est-ce une source fiable? ○ Est-ce que l'auteur était biaisé à priori? ○ Il est préférable de se fier à des informations provenant d'évaluations de programme formelles plutôt qu'à des données anecdotiques.
	Similarité des <i>problèmes</i> et des <i>buts</i>	<input type="checkbox"/> Examiner les similarités entre les problèmes de la zone d'accueil et celle du transfert. <input type="checkbox"/> Quel est le problème à solutionner sur notre territoire l? Est-ce le même qui est visé par la politique que je veux importer? <input type="checkbox"/> Dans le cas d'un transfert transnational de politique, se rendre sur place ou échanger avec des personnes en provenance de la zone d'origine de la politique
IV. Évaluation de la politique		<input type="checkbox"/> Y a-t-il consensus autour de cette??question? <input type="checkbox"/> Vérifier si les objectifs de la politique à transférer sont pertinents pour la zone d'accueil. Une plus grande similarité sera synonyme d'une plus grande transférabilité. <input type="checkbox"/> Porter attention à l'évaluation de la performance d'une politique ou d'un programme dans son environnement d'origine. <ul style="list-style-type: none"> ○ Retracer les objectifs et le cadre conceptuel même s'ils n'ont pas été toujours clairement établis au départ. ○ La présence de données probantes pour soutenir l'évaluation s'avère également déterminante

Degré de **performance**

Évaluer si la politique publique à transférer a été mise en œuvre dans le pays de l'emprunt, en quoi elle a résolu les problèmes pour lesquels elle a été créée. Idéalement, une telle évaluation devrait comprendre des données probantes sur les effets de la politique.

Les effets de cette politique :

- **si elle n'est pas encore mise en œuvre** dans le pays de l'emprunt, ont-ils été estimés *a priori* (types d'évaluation réalisés, qualité de l'information, degré de fiabilité) et quels sont-ils alors?
 - Le cas échéant, comment les effets sur la santé et ses déterminants ont-ils été pris en compte (Évaluation prospective d'impact sur la santé)?
 - Type d'évaluation réalisée (basée sur des données, des perceptions?)
 - Par qui (gouvernement, universitaires, groupes d'intérêt)?
- **si elle a déjà été mise en œuvre** dans le pays de l'emprunt, ont-ils été évalués *a posteriori* (types d'évaluation réalisés, qualité de l'information, degré de fiabilité) et quels sont-ils alors?
 - Le cas échéant, comment les effets sur la santé et ses déterminants ont-ils été pris en compte (Évaluation rétrospective d'impact sur la santé)?
 - Type d'évaluation réalisée (basée sur des données, des perceptions?)
 - Par qui (gouvernement, universitaires, groupes d'intérêt)?

Qu'il y ait eu évaluations *a priori* et/ou *a posteriori*, ces travaux sont moins pertinents dès lors que :

- Le problème n'est pas défini de la même manière chez nous et chez eux;
- Nos objectifs ne sont pas les mêmes.

Si la politique que l'on pense emprunter a déjà été implantée et qu'une visite de site est prévue : attention à ne se faire montrer qu'un côté de la médaille...

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">IV. Évaluation de la politique (suite)</p>	<p>Similarités / Différences des contextes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Réaliser une analyse sur les différences de contexte¹ qui existent entre l'environnement d'origine et l'environnement d'accueil de la politique de même que sur les implications que cela pourrait avoir sur la mise en œuvre de la politique dans la zone d'accueil. Examiner le degré de similitude entre les structures et institutions du pays / territoire d'où provient la politique transférée et celles du pays/territoire hôte <input type="checkbox"/> Évaluer jusqu'à quel point la politique à transférer est en accord avec l'idéologie dominante dans l'environnement d'accueil <input type="checkbox"/> Considérer les différences d'attitudes, de croyances et de culture politique (plus difficile) <ul style="list-style-type: none"> ○ Pour cela, mettre en place un processus de délibération², outil utilisé pour en arriver à un pilotage fondé sur des données probantes hétérogènes. <input type="checkbox"/> Considérer les différences de problématiques, d'objectifs et de structures (plus facile).
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">V. Mise en œuvre de la politique publique transférée</p>		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> L'énoncé de politique publique transféré est-il effectivement mis en œuvre? <ul style="list-style-type: none"> ○ La politique peut être adoptée dans son ensemble, en partie ou pas du tout, mais la mise en œuvre de celle-ci doit se faire selon les recommandations établies. <input type="checkbox"/> Les ressources disponibles sont-elles suffisantes pour assurer le succès de la mise en œuvre des politiques transférées (Stone, 2004)? <input type="checkbox"/> Optez pour une approche incrémentale : une expérience pilote est-elle envisageable?

¹ Les variables contextuelles à considérer sont les suivantes : Environnement politique, social, économique, institutionnel, culture politique dominante, opinion publique, ressources disponibles et politiques existantes.

² « Il s'agit d'un processus participatif comportant la représentation de spécialistes et d'intervenants, une interaction en personne, des critères pour les sources des données scientifiques et leur valeur, et un mécanisme pour obtenir des données informelles tout en les considérant comme accessoires aux données scientifiques. (...) Le rôle des données informelles, dans une certaine forme de processus de délibération, est d'éclairer les données scientifiques — de guider la sélection et l'interprétation des données scientifiques, de combler les lacunes le cas échéant, tout en conservant un rôle auxiliaire par rapport aux données scientifiques (FCRSS, 2006, p.6-7). »

ANNEXE 11

GRILLE D'ANALYSE, BASE EMPIRIQUE PFS - P8

Titre (année)	
Source	Provenance de la politique : gouvernement; ministère, organisme ou agence
Type de politique	Stratégie, loi, plan d'action, règlement
Thème	Par exemple Transport – sécurité routière
Déterminant(s) de la santé	Catégorisation de l'Agence canadienne de santé publique - excluant le système et les services de santé
Impact(s) recherché(s)	Limiter des impacts négatifs Promouvoir des impacts positifs
Description	Présentation générale de la politique
Public cible prioritaire	-----
Objectifs	-----
Mesures proposées	-----
Catégorisation des mesures	5 grandes catégories d'instruments retenues : 1) législatif et réglementaire; 2) économique et fiscal; 3) conventionnel et incitatif; 4) informatif communicationnel; 5) normes et standards. (cf. Lascoumes et Le Galès, 2004 : 61)
Mesures reconnues comme plus efficaces	
Référence	



Groupe d'étude sur
les politiques publiques
et la santé

Questionnaire pour l'enquête téléphonique auprès de professionnels de la fonction publique québécoise

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

1:

INTRO

Tél:<TEL1><TEL2><TEL3>

Pourrais-je parler à <PREN1><NOM1> SVP?

(37)

2:

INTR1

Bonjour [monsieur ou madame] <NOM1>. Je m'appelle [...] et je travaille pour la société Infras inc. Nous avons été mandatés par le Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé afin de réaliser une étude auprès de certains groupes professionnels de la fonction publique québécoise. Nous vous assurons de la totale confidentialité des réponses que vous nous donnerez. Sachez également que l'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'École nationale d'administration publique (l'ENAP). La durée de l'entretien ne devrait pas dépasser 15 minutes.

(38)

3:

INT2

Bien que votre participation à ce sondage soit volontaire, vos opinions et vos commentaires sont très importants et aideront le groupe de recherche à s'acquitter de son mandat.

(39)

4:

INT3

Conformément aux règles éthiques, je dois solliciter votre consentement avant d'amorcer le questionnaire. [Monsieur ou madame] <NOM1>, acceptez-vous de participer à cette étude?

(40)

Oui 1 => INT4
Non 2

5:

INT3B

Y a-t-il une raison particulière qui explique votre choix de ne pas participer à l'étude?

(41)

Manque de temps, (LIRE : Y a-t-il un autre moment cette semaine ou encore dans les prochaines semaines où vous seriez disponible pour répondre

aux questions? 1 => INT
Autre (inscrire la réponse) : 2 O => INT

6:

INT4

Avant d'aller plus loin, je dois vérifier votre éligibilité à participer à la présente étude : Occupez-vous un poste de professionnel (permanent, occasionnel, contractuel, peu importe)?

(42)

Oui 1 => IN44
Non 2

7:

INT4B

Vous n'êtes donc pas éligible à participer à l'étude. Merci [monsieur ou madame] <nom1> et passer une bonne fin de journée.

(43)

Merci 1 => INT

8:			IN44	
	Pour quel ministère travaillez-vous?			(44)
	Ministère de la Santé et des Services sociaux.....	01	=> INT5	
	Ministère des Affaires municipales et des Régions.....	02	=> INT5	
	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation.....	03	=> INT5	
	Ministère du Conseil exécutif.....	04	=> INT5	
	Ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine.....	05	=> INT5	
	Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs.....	06	=> INT5	
	Ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation.....	07	=> INT5	
	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport.....	08	=> INT5	
	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale.....	09	=> INT5	
	Ministère de la Famille et des Aînés.....	10	=> INT5	
	Ministère des Finances.....	11	=> INT5	
	Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles.....	12	=> INT5	
	Ministère de la Justice.....	13	=> INT5	
	Ministère des Relations internationales.....	14	=> INT5	
	Ministère des Ressources naturelles et de la Faune.....	15	=> INT5	
	Ministère du Revenu du Québec.....	16	=> INT5	
	Secrétariat du Conseil du trésor.....	17	=> INT5	
	Ministère de la Sécurité publique.....	18	=> INT5	
	Ministère des Services gouvernementaux.....	19	=> INT5	
	Ministère du Tourisme.....	20	=> INT5	
	Ministère des Transports.....	21	=> INT5	
	Autre.....	22	=> INT5	

9:			IN44B	
	Vous n'êtes donc pas éligible à participer à l'étude. Merci [monsieur ou madame] <nom1> et passer une bonne fin de journée.			(46)
	Merci.....	1	=> INT	

10:			INT5	
	Occupez-vous ce poste de professionnel depuis au moins 12 mois?			(47)
	Moins de 12 mois.....	1	=> INT6	
	12 mois et plus.....	2	=> INT6	

11:			INT5B	
	Comme cela fait moins de 12 mois que vous occupez un poste de professionnel au ministère nom du ministère, vous n'êtes donc pas éligible à participer à l'étude. Merci [monsieur ou madame] <nom1> et passer une bonne fin de journée.			(48)
	Merci.....	1	=> INT	

12:			INT6	
	Avez-vous interrompu votre travail plus de trois mois au cours de la dernière année?			(49)
	Oui.....	1	=> IN11	
	Non, Vous êtes donc éligible à participer à l'étude.....	2	=> IN11	

13:			INT6B	
	Comme vous avez interrompu votre travail plus de trois mois au cours de la dernière année, vous n'êtes donc pas éligible à participer à l'étude. Merci [monsieur ou madame] <nom1> et passer une bonne fin de journée			(50)
	Merci.....	1	=> INT	

14:

IN11

Nous pouvons entreprendre le premier volet de l'étude portant sur les répercussions de l'action gouvernementale sur la santé des populations. Les déterminants de la santé des populations sont multiples. En plus des facteurs biologiques ou de l'accès aux soins médicaux traditionnels, l'état de santé des populations est étroitement lié, par exemple, à des facteurs environnementaux, au revenu ou aux habitudes de vie. Nous désirons maintenant connaître ce que vous savez de ces déterminants.

(51)

15:

Q11

1.1. À quel point êtes-vous informé sur les principaux déterminants de la santé des populations?

(52)

Pas du tout informé	1
Peu informé.....	2
Bien informé.....	3
Très bien informé	4
Ne sait pas.....	5
Ne répond pas	6

16:

Q12A

1.2 Maintenant veuillez indiquer à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes au sujet des principaux déterminants de la santé.

A. Les déterminants de la santé des populations, tels l'environnement ou le revenu, sont soumis aux forces économiques mondiales, ce qui limite grandement l'action du gouvernement du Québec sur ces déterminants.

(53)

En total désaccord	1
Plutôt en désaccord	2
Plutôt en accord.....	3
En accord total	4
Ne sait pas.....	5
Ne répond pas	6

17:

Q12B

1.2 Maintenant veuillez indiquer à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes au sujet des principaux déterminants de la santé.

B. Les connaissances sur les déterminants de la santé des populations ont influencé grandement l'élaboration de politiques et de programmes dans votre domaine d'activités.

(54)

En total désaccord	1
Plutôt en désaccord	2
Plutôt en accord.....	3
En accord total	4
Ne sait pas.....	5
Ne répond pas	6

18:

Q12C

1.2 Maintenant veuillez indiquer à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes au sujet des principaux déterminants de la santé.

C. Dans votre domaine d'activités, des considérations plus importantes que celles reliées aux répercussions des politiques publiques sur la santé des populations dominent l'élaboration de politiques.

(55)

En total désaccord	1
Plutôt en désaccord	2
Plutôt en accord.....	3
En accord total	4
Ne sait pas.....	5
Ne répond pas	6

19:

Q12D

1.2 Maintenant veuillez indiquer à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes au sujet des principaux déterminants de la santé.

D. Les déterminants de la santé des populations réfèrent à une série de concepts vagues, et pour cette raison, ils sont difficilement utilisables dans votre domaine d'activités.

(56)

En total désaccord	1
Plutôt en désaccord	2
Plutôt en accord	3
En accord total	4
Ne sait pas	5
Ne répond pas	6

20:

Q12E

1.2 Maintenant veuillez indiquer à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes au sujet des principaux déterminants de la santé.

E. De nouveaux mécanismes interministériels sont nécessaires afin de considérer l'impact sur la santé des populations des politiques formulées dans votre domaine d'activités.

(57)

En total désaccord	1
Plutôt en désaccord	2
Plutôt en accord	3
En accord total	4
Ne sait pas	5
Ne répond pas	6

21:

Q12F

1.2 Maintenant veuillez indiquer à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes au sujet des principaux déterminants de la santé.

F. La responsabilité en matière de mesures gouvernementales pour améliorer la santé des Québécois devrait demeurer entre les mains du ministère de la Santé et des Services sociaux.

(58)

En total désaccord	1
Plutôt en désaccord	2
Plutôt en accord	3
En accord total	4
Ne sait pas	5
Ne répond pas	6

22:

Q12G

1.2 Maintenant veuillez indiquer à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes au sujet des principaux déterminants de la santé.

G. Il est plus prioritaire que le gouvernement s'emploie à améliorer la prospérité économique globale qu'à réduire les inégalités dans la répartition des richesses.

(59)

En total désaccord	1
Plutôt en désaccord	2
Plutôt en accord	3
En accord total	4
Ne sait pas	5
Ne répond pas	6

23:

Q12H

1.2 Maintenant veuillez indiquer à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes au sujet des principaux déterminants de la santé.

H. Lors de la formulation de toute initiative d'importance du gouvernement, une évaluation d'impact sur la santé des populations devrait être exigée.

(60)

En total désaccord	1
Plutôt en désaccord	2
Plutôt en accord	3
En accord total	4
Ne sait pas	5
Ne répond pas	6

24: **Q13A**
 1.3 A. Avez-vous déjà consulté le Rapport Lalonde s'intitulant «Nouvelle perspective de la santé des canadiens» publié en 1974? (61)

Oui 1
 Non 2
 Ne sait pas 3
 Ne répond pas 4

25: **Q13B**
 B. Avez-vous déjà consulté la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé publiée en 1986? (62)

Oui 1
 Non 2
 Ne sait pas 3
 Ne répond pas 4

26: **Q13C**
 C. Avez-vous déjà consulté le guide pratique intitulé " Évaluation d'impact sur la santé lors de l'élaboration de projets de loi et de règlement au Québec" produit en 2006 par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec? (63)

Oui 1
 Non 2
 Ne sait pas 3
 Ne répond pas 4

27: **Q13D**
 D. Avez-vous déjà consulté le document intitulé " La santé, autrement dit ... Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé " produit en 2007 par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (64)

Oui 1
 Non 2
 Ne sait pas 3
 Ne répond pas 4

28: **Q14**
 1.4 Au moment de la rédaction des documents à transmettre au Secrétariat général du Conseil exécutif, les ministères doivent compléter un formulaire et y mentionner un certain nombre de choses, par exemple, si leur projet comporte des implications territoriales, soit sur les régions, la Métropole (Montréal) ou la Capitale (Québec). Étiez-vous au courant de cela? (65)

Oui 1
 Non 2 => Q16
 Ne sait pas 3 => Q16
 Ne répond pas 4 => Q16

29: **Q15A**
 1.5 Dans ce contexte, au cours des 12 derniers mois, avez-vous lors de la rédaction de documents, abordé explicitement les aspects suivants?
 A. Incidences particulières sur les jeunes (66)

Oui 1
 Non 2
 Ne sait pas 3
 Ne répond pas 4

30: **Q15B**
1.5 Dans ce contexte, au cours des 12 derniers mois, avez-vous lors de la rédaction de documents, abordé explicitement les aspects suivants?
B. Incidences particulières sur la condition féminine (67)

Oui 1
Non 2
Ne sait pas 3
Ne répond pas 4

31: **Q15C**
1.5 Dans ce contexte, au cours des 12 derniers mois, avez-vous lors de la rédaction de documents, abordé explicitement les aspects suivants?
C. Incidences particulières sur l'accès à l'information (68)

Oui 1
Non 2
Ne sait pas 3
Ne répond pas 4

32: **Q15D**
1.5 Dans ce contexte, au cours des 12 derniers mois, avez-vous lors de la rédaction de documents, abordé explicitement les aspects suivants?
D. La santé (69)

Oui 1
Non 2
Ne sait pas 3
Ne répond pas 4

33: **Q15E**
1.5 Dans ce contexte, au cours des 12 derniers mois, avez-vous lors de la rédaction de documents, abordé explicitement les aspects suivants?
E. La pauvreté et l'exclusion sociale (70)

Oui 1
Non 2
Ne sait pas 3
Ne répond pas 4

34: **Q15F**
1.5 Dans ce contexte, au cours des 12 derniers mois, avez-vous lors de la rédaction de documents, abordé explicitement les aspects suivants?
F. Le développement durable (71)

Oui 1
Non 2
Ne sait pas 3
Ne répond pas 4

35: **Q15G**
1.5 Dans ce contexte, au cours des 12 derniers mois, avez-vous lors de la rédaction de documents, abordé explicitement les aspects suivants?
G. Implications territoriales (72)

Oui 1
Non 2
Ne sait pas 3
Ne répond pas 4

36:

Q16

1.6 L'article 54 de la Loi sur la santé publique 2001 stipule que le ministre de la Santé et des Services sociaux est "le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique" et qu' "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 des populations". Étiez-vous au courant de cela?

(73)

- Oui 1
- Non 2
- Ne sait pas 3
- Ne répond pas 4

37:

IN21

Nous pouvons maintenant entreprendre le deuxième volet de l'étude. Les questions qui suivent portent sur la nature des informations que vous utilisez dans le cadre de votre travail. Je vous rappelle qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses et que vos réponses aux questions demeureront strictement confidentielles.

(74)

38:

Q21

2.1. Au cours des 12 derniers mois, dans le cadre de vos activités professionnelles au gouvernement du Québec : A. Avez-vous, oui ou non, consulté un énoncé de politique ou un programme gouvernemental fédéral, provincial ou local?

(75)

- Oui 1
- Non 2 => Q21B
- Ne sait pas 3 => Q21B
- Ne répond pas 4 => Q21B

39:

Q21A1

A1. À quelle fréquence avez-vous consulté ce type de document au cours des 12 derniers mois?

(76)

- Plusieurs fois par semaine, la plupart des semaines 1
- Une fois de temps à autre, la plupart des mois 2
- Seulement quelquefois durant l'année 3
- Ne sait pas 4
- Ne répond pas 5

40:

Q21B

B. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, oui ou non, consulté un plan d'action ou une stratégie gouvernementale fédérale, provinciale ou locale?

(77)

- Oui 1
- Non 2 => Q21C
- Ne sait pas 3 => Q21C
- Ne répond pas 4 => Q21C

41:

Q21B1

B1. À quelle fréquence avez-vous consulté ce type de document au cours des 12 derniers mois?

(78)

- Plusieurs fois par semaine, la plupart des semaines 1
- Une fois de temps à autre, la plupart des mois 2
- Seulement quelquefois durant l'année 3
- Ne sait pas 4
- Ne répond pas 5

42:

Q21C

C. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, oui ou non, consulté une loi ou un règlement fédéral, provincial ou municipal?

(79)

- Oui 1
- Non 2 => IN21D
- Ne sait pas 3 => IN21D
- Ne répond pas 4 => IN21D

43: **Q21C1**
 C1. À quelle fréquence avez-vous consulté ce type de document au cours des 12 derniers mois? (80)

Plusieurs fois par semaine, la plupart des semaines	1	
Une fois de temps à autre, la plupart des mois	2	
Seulement quelquefois durant l'année.....	3	
Ne sait pas.....	4	
Ne répond pas	5	

44: **IN21D**
 Toujours dans le cadre de vos activités professionnelles au gouvernement du Québec : (81)

45: **Q21D**
 D. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, oui ou non, consulté un rapport d'étalonnage de benchmarking ou un tableau de bord incluant des indicateurs de performance? (82)

Oui.....	1	
Non.....	2	=> Q21E
Ne sait pas.....	3	=> Q21E
Ne répond pas	4	=> Q21E

46: **Q21D1**
 D1. À quelle fréquence avez-vous consulté ce type de document au cours des 12 derniers mois? (83)

Plusieurs fois par semaine, la plupart des semaines	1
Une fois de temps à autre, la plupart des mois	2
Seulement quelquefois durant l'année.....	3
Ne sait pas.....	4
Ne répond pas	5

47: **Q21E**
 E. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, oui ou non, consulté une note de service produite par un professionnel de la fonction publique fédérale, provinciale ou locale? (84)

Oui.....	1	
Non.....	2	=> Q21F
Ne sait pas.....	3	=> Q21F
Ne répond pas	4	=> Q21F

48: **Q21E1**
 E1. À quelle fréquence avez-vous consulté ce type de document au cours des 12 derniers mois? (85)

Plusieurs fois par semaine, la plupart des semaines	1
Une fois de temps à autre, la plupart des mois	2
Seulement quelquefois durant l'année.....	3
Ne sait pas.....	4
Ne répond pas	5

49: **Q21F**
 F. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, oui ou non, consulté le rapport d'évaluation d'une politique ou d'un programme? (86)

Oui.....	1	
Non.....	2	=> Q21G
Ne sait pas.....	3	=> Q21G
Ne répond pas	4	=> Q21G

50: **Q21F1**
 F1. À quelle fréquence avez-vous consulté ce type de document au cours des 12 derniers mois? (87)

Plusieurs fois par semaine, la plupart des semaines	1	
Une fois de temps à autre, la plupart des mois	2	
Seulement quelquefois durant l'année.....	3	
Ne sait pas.....	4	
Ne répond pas	5	

51: **Q21G**
 G Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, oui ou non, consulté un mémoire produit par une association ou un groupe externe? (88)

Oui.....	1	
Non.....	2	=> IN21H
Ne sait pas.....	3	=> IN21H
Ne répond pas	4	=> IN21H

52: **Q21G1**
 G1. À quelle fréquence avez-vous consulté ce type de document au cours des 12 derniers mois? (89)

Plusieurs fois par semaine, la plupart des semaines	1	
Une fois de temps à autre, la plupart des mois	2	
Seulement quelquefois durant l'année.....	3	
Ne sait pas.....	4	
Ne répond pas	5	

53: **IN21H**
 Toujours dans le cadre de vos activités professionnelles au gouvernement du Québec : (90)

54: **Q21H**
 H. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, oui ou non, consulté un rapport de recherche produit par des chercheurs du milieu universitaire? (91)

Oui.....	1	
Non.....	2	=> Q21I
Ne sait pas.....	3	=> Q21I
Ne répond pas	4	=> Q21I

55: **Q21H1**
 H1. À quelle fréquence avez-vous consulté ce type de document au cours des 12 derniers mois? (92)

Plusieurs fois par semaine, la plupart des semaines	1	
Une fois de temps à autre, la plupart des mois	2	
Seulement quelquefois durant l'année.....	3	
Ne sait pas.....	4	
Ne répond pas	5	

56: **Q21I**
 I. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, oui ou non, consulté une thèse de doctorat ou un mémoire de maîtrise dont vous n'êtes pas l'auteur? (93)

Oui.....	1	
Non.....	2	=> Q21J
Ne sait pas.....	3	=> Q21J
Ne répond pas	4	=> Q21J

57: **Q21I1**
 I1. À quelle fréquence avez-vous consulté ce type de document au cours des 12 derniers mois? (94)

Plusieurs fois par semaine, la plupart des semaines	1	
Une fois de temps à autre, la plupart des mois	2	
Seulement quelquefois durant l'année.....	3	
Ne sait pas.....	4	
Ne répond pas	5	

58: **Q21J**
 J. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, oui ou non, consulté une revue de presse? (95)

Oui.....	1	
Non	2	=> Q21K
Ne sait pas.....	3	=> Q21K
Ne répond pas	4	=> Q21K

59: **Q21J1**
 J1. À quelle fréquence avez-vous consulté ce type de document au cours des 12 derniers mois? (96)

Plusieurs fois par semaine, la plupart des semaines	1	
Une fois de temps à autre, la plupart des mois	2	
Seulement quelquefois durant l'année.....	3	
Ne sait pas.....	4	
Ne répond pas	5	

60: **Q21K**
 K. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, oui ou non, consulté un article publié dans une revue scientifique? (97)

Oui.....	1	
Non	2	=> IN21L
Ne sait pas.....	3	=> IN21L
Ne répond pas	4	=> IN21L

61: **Q21K1**
 K1. À quelle fréquence avez-vous consulté ce type de document au cours des 12 derniers mois? (98)

Plusieurs fois par semaine, la plupart des semaines	1	
Une fois de temps à autre, la plupart des mois	2	
Seulement quelquefois durant l'année.....	3	
Ne sait pas.....	4	
Ne répond pas	5	

62: **IN21L**
 Toujours dans le cadre de vos activités professionnelles au gouvernement du Québec : (99)

63: **Q21L**
 L. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, oui ou non, consulté un livre ou le chapitre d'un livre rédigé par des chercheurs du milieu universitaire? (100)

Oui.....	1	
Non	2	=> Q21M
Ne sait pas.....	3	=> Q21M
Ne répond pas	4	=> Q21M

64: **Q21L1**
 L1. À quelle fréquence avez-vous consulté ce type de document au cours des 12 derniers mois? (101)

Plusieurs fois par semaine, la plupart des semaines 1
 Une fois de temps à autre, la plupart des mois 2
 Seulement quelquefois durant l'année 3
 Ne sait pas 4
 Ne répond pas 5

65: **Q21M**
 M. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, oui ou non, consulté un bulletin de veille informationnel? (102)

Oui 1
 Non 2 => Q21N
 Ne sait pas 3 => Q21N
 Ne répond pas 4 => Q21N

66: **21M1**
 M1. À quelle fréquence avez-vous consulté ce type de document au cours des 12 derniers mois? (103)

Plusieurs fois par semaine, la plupart des semaines 1
 Une fois de temps à autre, la plupart des mois 2
 Seulement quelquefois durant l'année 3
 Ne sait pas 4
 Ne répond pas 5

67: **Q21N**
 N. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, oui ou non, consulté le rapport d'une étude sur l'opinion publique présentant les résultats d'un sondage ou d'un groupe de discussion (focus group)? (104)

Oui 1
 Non 2 => IN22
 Ne sait pas 3 => IN22
 Ne répond pas 4 => IN22

68: **Q21N1**
 N1. À quelle fréquence avez-vous consulté ce type de document au cours des 12 derniers mois? (105)

Plusieurs fois par semaine, la plupart des semaines 1
 Une fois de temps à autre, la plupart des mois 2
 Seulement quelquefois durant l'année 3
 Ne sait pas 4
 Ne répond pas 5

69: **IN22**
 2.2. L'univers de la recherche scientifique se complexifie continuellement avec l'apparition de nouveaux types d'études. J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre niveau de familiarisation avec certains types d'études scientifiques. Pour chaque type d'étude, je vous demanderai si vous avez déjà entendu parler de ce type d'étude, puis, le cas échéant, si vous vous rappelez avoir lu une étude de ce type dans le cadre de vos activités professionnelles au gouvernement du Québec au cours des 12 derniers mois. (106)

70: **Q22A**
 A. Avez-vous déjà entendu parler de revue systématique de littérature, en anglais on dit systematic review. Il s'agit d'un protocole de recherche sophistiqué qui diffère de la revue de littérature traditionnelle? (107)

Oui 1
 Non 2 => Q22B
 Ne sait pas 3 => Q22B
 Ne répond pas 4 => Q22B

71: **Q22A1**
 A1. En avez-vous lu une, en totalité ou en partie, au cours des 12 derniers mois? (108)

Oui 1
 Non 2
 Ne sait pas 3
 Ne répond pas 4

72: **Q22B**
 B. Avez-vous déjà entendu parler de méta-analyse, en anglais on dit meta-analysis? (109)

Oui 1
 Non 2 => Q22C
 Ne sait pas 3 => Q22C
 Ne répond pas 4 => Q22C

73: **Q22B1**
 B1. En avez-vous lu une, en totalité ou en partie, au cours des 12 derniers mois? (110)

Oui 1
 Non 2
 Ne sait pas 3
 Ne répond pas 4

74: **Q22C**
 C. Avez-vous déjà entendu parler d'expérience contrôlée randomisée, en anglais on dit randomized controlled trial? (111)

Oui 1
 Non 2 => Q22D
 Ne sait pas 3 => Q22D
 Ne répond pas 4 => Q22D

75: **Q22C1**
 C1. En avez-vous lu une, en totalité ou en partie, au cours des 12 derniers mois? (112)

Oui 1
 Non 2 => Q22E
 Ne sait pas 3 => Q22E
 Ne répond pas 4 => Q22E

76: **Q22D**
 D. Avez-vous déjà entendu parler d'étude avant-après, en anglais on dit before and after study? (113)

Oui 1
 Non 2 => Q22E
 Ne sait pas 3 => Q22E
 Ne répond pas 4 => Q22E

77: **Q22D1**
 D1. En avez-vous lu une, en totalité ou en partie, au cours des 12 derniers mois? (114)

Oui 1
 Non 2
 Ne sait pas 3
 Ne répond pas 4

78: **Q22E**
 E. Avez-vous déjà entendu parler d'étude à séries temporelles interrompues, en anglais on dit interrupted time series? (115)

Oui	1	
Non	2	=> Q22F
Ne sait pas	3	=> Q22F
Ne répond pas	4	=> Q22F

79: **Q22E1**
 E1. En avez-vous lu une, en totalité ou en partie, au cours des 12 derniers mois? (116)

Oui	1
Non	2
Ne sait pas	3
Ne répond pas	4

80: **Q22F**
 F. Avez-vous déjà entendu parler d'évaluation d'impact sur la santé, en anglais on dit health impact assessment? (117)

Oui	1	
Non	2	=> Q23
Ne sait pas	3	=> Q23
Ne répond pas	4	=> Q23

81: **Q22F1**
 F1. En avez-vous lu une, en totalité ou en partie, au cours des 12 derniers mois? (118)

Oui	1
Non	2
Ne sait pas	3
Ne répond pas	4

82: **Q22F2**
 F.2 Avez-vous déjà participé ou contribué à une évaluation d'impact sur la santé? (119)

Oui	1
Non	2
Ne sait pas	3
Ne répond pas	4

83: **Q23**
 2.3. En vous basant sur votre expérience professionnelle des 12 derniers mois, lequel de ces groupes produit généralement l'information la plus utile à la réalisation de vos activités professionnelles au gouvernement du Québec? S.V.P., choisissez une seule réponse parmi les suivantes : (120)

A. Professionnels ou gestionnaires du secteur public	1
B. Journalistes	2
C. Professeurs ou chercheurs du milieu universitaire	3
D. Consultants du secteur privé	4
E. Analystes ou chercheurs de think tanks ou d'instituts de recherche de faisant pas partie du milieu universitaire	5
Ne sait pas	6
Ne répond pas	7

84:	Q231	
2.3.1. Quel serait votre deuxième choix?		(121)
élimination -> 5.....		
selon Q23		
A. Professionnels ou gestionnaires du secteur public.....	1	
B. Journalistes	2	
C. Professeurs ou chercheurs du milieu universitaire	3	
D. Consultants du secteur privé	4	
E. Analystes ou chercheurs de think tanks ou d'instituts de recherche de faisant pas partie du milieu universitaire	5	
Ne sait pas.....	6	
Ne répond pas	7	

85:	Q232	
2.3.2. Quel serait votre dernier choix?		(122)
élimination -> 5.....		
selon Q23 ET Q231		
A. Professionnels ou gestionnaires du secteur public.....	1	
B. Journalistes	2	
C. Professeurs ou chercheurs du milieu universitaire	3	
D. Consultants du secteur privé	4	
E. Analystes ou chercheurs de think tanks ou d'instituts de recherche de faisant pas partie du milieu universitaire	5	
Ne sait pas.....	6	
Ne répond pas	7	

86:	Q24	
2.4. Dans le cadre de vos activités professionnelles au gouvernement du Québec, de façon générale, si vous aviez le choix, laquelle des options suivantes choisiriez-vous?		(123)
Lire une étude présentant des analyses quantitatives, telles que des corrélations, des tests de différence de moyennes ou encore des régressions.....	1	
Lire une étude présentant des analyses qualitatives, telles que des analyses de contenu d'entrevues ou encore des analyses documentaires.....	2	
Lire une étude présentant des réflexions conceptuelles ou théoriques.....	3	
Ne sait pas.....	4	
Ne répond pas	5	

87:	IN25	
Les questions suivantes portent sur les moyens mis à votre disposition pour collecter l'information nécessaire à la réalisation de vos activités professionnelles au gouvernement du Québec.		(124)

88:	Q25	
2.5 Votre ministère dispose-t-il d'un centre de documentation répertoriant des périodiques, livres et rapports?		(125)
Oui.....	1	
Non	2	=> Q252
Ne sait pas.....	3	=> Q252
Ne répond pas	4	=> Q252

89:	Q251	
2.5.1 Ce centre de documentation est-il situé dans le même bâtiment que celui où se trouve votre bureau?		(126)
Oui.....	1	
Non	2	
Ne sait pas.....	3	
Ne répond pas	4	

90: **Q252**
 2.52 Avez-vous accès aux services d'un centre de documentation répertoriant des périodiques, livres et rapports d'un autre ministère ou organisme à partir de votre ministère? (127)

Oui	1	
Non	2	=> Q27
Ne sait pas	3	=> Q27
Ne répond pas	4	=> Q27

99: **Q27**
 2.7. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous bénéficié d'un programme de formation continue? (138)

Oui	1	
Non	2	=> IN28
Ne sait pas	3	=> IN28
Ne répond pas	4	=> IN28

100: **Q271**
 2.7.1. Dans le cadre de cette formation, avez-vous lu un ou plusieurs articles scientifiques rédigés par des chercheurs du milieu universitaire? (139)

Oui	1	
Non	2	
Ne sait pas	3	
Ne répond pas	4	

101: **IN28**
 2.8. Les questions suivantes portent sur les moyens que vous avez employés dans le cadre de votre travail pour obtenir diverses informations. Au cours des 12 derniers mois, dans le cadre de vos activités professionnelles au gouvernement du Québec : (140)

102: **Q28A**
 A. Avez-vous, oui ou non, utilisé les outils de recherche de Google? (141)

Oui	1	
Non	2	=> Q28B
Ne sait pas	3	=> Q28B
Ne répond pas	4	=> Q28B

103: **Q28A1**
 A1. À quelle fréquence avez-vous utilisé les outils de recherche de Google au cours des 12 derniers mois? (142)

Plusieurs fois par semaine, la plupart des semaines	1	
Une fois de temps à autre, la plupart des mois	2	
Seulement quelquefois durant l'année	3	
Ne sait pas	4	
Ne répond pas	5	

104: **Q28B**
 B. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, oui ou non, utilisé l'intranet de votre organisation? (143)

Oui	1	
Non	2	=> Q28C
Ne sait pas	3	=> Q28C
Ne répond pas	4	=> Q28C

105: **Q28B1**
 B1. À quelle fréquence avez-vous utilisé l'intranet de votre organisation au cours des 12 derniers mois? (144)

Plusieurs fois par semaine, la plupart des semaines 1
 Une fois de temps à autre, la plupart des mois 2
 Seulement quelquefois durant l'année..... 3
 Ne sait pas..... 4
 Ne répond pas 5

106: **Q28C**
 C. De votre poste de travail, avez-vous accès à des bases de données bibliographiques à partir desquelles il est possible de télécharger ou d'imprimer des articles publiés dans des revues scientifiques? (145)

Oui..... 1
 Non 2
 Ne sait pas..... 3
 Ne répond pas 4

110: **Q28D**
 D. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, oui ou non, utilisé des bases de données statistiques de votre organisation ou encore celles d'autres organisations? (149)

Oui..... 1
 Non 2 => IN28E
 Ne sait pas..... 3 => IN28E
 Ne répond pas 4 => IN28E

111: **Q28D1**
 D1. À quelle fréquence avez-vous utilisé des bases de données statistiques au cours des 12 derniers mois? (150)

Plusieurs fois par semaine, la plupart des semaines 1
 Une fois de temps à autre, la plupart des mois 2
 Seulement quelquefois durant l'année..... 3
 Ne sait pas..... 4
 Ne répond pas 5

112: **IN28E**
 Toujours dans le cadre de vos activités professionnelles au gouvernement du Québec : (151)

113: **Q28E**
 E. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous participé à des colloques, congrès ou conférences? (152)

Oui..... 1
 Non 2 => Q28F
 Ne sait pas..... 3 => Q28F
 Ne répond pas 4 => Q28F

114: **Q28E1**
 E1. Approximativement, à combien de colloques, congrès ou conférences avez-vous participé au cours des 12 derniers mois? _____
 \$E 0 900 (153)

Ne sait pas..... 888
 Ne répond pas 999

115: **Q28E2**
 E2. Lors de ces événements, avez-vous discuté ou échangé avec un ou plusieurs chercheurs du milieu universitaire? (156)

Oui 1
 Non 2
 Ne sait pas 3
 Ne répond pas 4

116: **Q28F**
 F. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, oui ou non, contacté un professionnel ou un gestionnaire d'un autre ministère ou organisme québécois? (157)

Oui 1
 Non 2 => Q28G
 Ne sait pas 3 => Q28G
 Ne répond pas 4 => Q28G

117: **Q28F1**
 F1. Approximativement, combien en avez-vous contacté au cours des 12 derniers mois?
 \$E 0 900 (158)

Ne sait pas 888
 Ne répond pas 999

118: **Q28G**
 G. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, oui ou non, contacté un professionnel ou un gestionnaire d'un ministère ou organisme fédéral? (161)

Oui 1
 Non 2 => Q28H
 Ne sait pas 3 => Q28H
 Ne répond pas 4 => Q28H

119: **Q28G1**
 G1. Approximativement, combien en avez-vous contacté au cours des 12 derniers mois?
 \$E 0 900 (162)

Ne sait pas 888
 Ne répond pas 999

120: **Q28H**
 H. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, oui ou non, contacté un professionnel ou un gestionnaire d'un ministère ou d'un organisme d'une autre province incluant les territoires? (165)

Oui 1
 Non 2 => Q28I
 Ne sait pas 3 => Q28I
 Ne répond pas 4 => Q28I

121: **Q28H1**
 H1. Approximativement, combien en avez-vous contacté au cours des 12 derniers mois?
 \$E 0 900 (166)

Ne sait pas 888
 Ne répond pas 999

122: **Q28I**
 I. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, oui ou non, contacté un professionnel ou un gestionnaire d'un ministère ou organisme gouvernemental d'un autre pays? (169)

Oui	1	
Non	2	=> IN28J
Ne sait pas	3	=> IN28J
Ne répond pas	4	=> IN28J

123: **Q28I1**
 I1. Approximativement, combien en avez-vous contacté au cours des 12 derniers mois?
 \$E 0 900 (170)

Ne sait pas	888
Ne répond pas	999

124: **IN28J**
 Toujours dans le cadre de vos activités professionnelles au gouvernement du Québec : (173)

125: **Q28J**
 J. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, oui ou non, contacté un professionnel ou un gestionnaire de l'Institut national de santé publique du Québec, l'INSPQ? (174)

Oui	1	
Non	2	=> Q28K
Ne sait pas	3	=> Q28K
Ne répond pas	4	=> Q28K

126: **Q28J1**
 J1. Approximativement, combien en avez-vous contacté au cours des 12 derniers mois?
 \$E 0 900 (175)

Ne sait pas	888
Ne répond pas	999

127: **Q28K**
 K. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, oui ou non, contacté un professionnel ou un gestionnaire du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec?

=> Q28L
 si IN44=01

Oui	1	
Non	2	=> Q28L
Ne sait pas	3	=> Q28L
Ne répond pas	4	=> Q28L

(178)

128: **Q28K1**
 K1. Approximativement, combien en avez-vous contacté au cours des 12 derniers mois?
 \$E 0 900 (179)

Ne sait pas	888
Ne répond pas	999

129: **Q28L**
 L. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, oui ou non, contacté un professeur ou un chercheur du milieu universitaire? (182)

Oui	1	
Non	2	=> IN31
Ne sait pas	3	=> IN31
Ne répond pas	4	=> IN31

130:**Q28L1**

L1. Approximativement, combien en avez-vous contacté au cours des 12 derniers mois?
 \$E 0 900

(183)

Ne sait pas 888
 Ne répond pas 999

131:**Q28L2***Plusieurs réponses possibles*

L2. Parmi les catégories disciplinaires suivantes, laquelle ou lesquelles correspondent au profil du ou des professeurs ou chercheurs universitaires que vous avez contactés au cours des 12 derniers mois?

(186 - 187 - 188 - 189)

A. Sciences humaines et sociales 1
 B. Sciences de l'administration 2
 C. Sciences de la santé 3
 D. Sciences naturelles et génie 4
 Ne sait pas 5 X
 Ne répond pas 6 X

132:**IN31**

Nous pouvons maintenant entreprendre la dernière partie du questionnaire portant sur votre profil socio-professionnel.

(190)

133:**Q31**

3.1. (Collecter l'information sur le sexe sans poser la question)

(191)

Homme 1
 Femme 2

134:**Q32**

3.2. Quel est votre groupe d'âge?

(192)

29 ans et moins 1
 30 à 39 ans 2
 40 à 49 ans 3
 50 à 54 ans 4
 55 ans et plus 5
 Ne répond pas 6

135:**Q33**

3.3. Au total, combien d'années d'expérience avez-vous accumulées dans le secteur public au niveau provincial, fédéral ou municipal?

(193)

Moins de 3 ans 1 => Q36
 3 à 10 ans 2
 11 à 20 ans 3
 Plus de 20 ans 4
 Ne répond pas 5

136:**Q34**

3.4. Au total, depuis combien d'années travaillez-vous pour la fonction publique québécoise?

(194)

Moins de 3 ans 1 => Q36
 3 à 10 ans 2
 11 à 20 ans 3
 Plus de 20 ans 4
 Ne répond pas 5

137: **Q35**
 3.5. Au total, depuis combien de temps travaillez-vous au <IN44>? (195)

Moins de 3 ans	1
3 à 10 ans	2
11 à 20 ans	3
Plus de 20 ans	4
Ne répond pas	5

138: **Q36**
 3.6. Quel est votre statut d'emploi actuel? (196)

Employé permanent	1
Employé occasionnel	2
Autre. S.V.P., spécifiez :	3 <input type="radio"/>
Ne répond pas	4

139: **Q37**
 3.7. Occupez-vous un poste où vous devez fournir des services directement au public dans le cadre de vos fonctions habituelles? (197)

Oui	1
Non	2
Ne sait pas	3
Ne répond pas	4

140: **Q38**
 3.8. Avez-vous déjà travaillé au ministère de la Santé et des Services sociaux ou toute autre organisation du secteur de la santé et des services sociaux?

=> +1
 si IN44=01

Oui	1
Non	2
Ne sait pas	3
Ne répond pas	4

(198)

141: **Q39**
Plusieurs réponses sont permises
 3.9. Parmi les diplômes suivants, lesquels détenez-vous? (199 - 201 - 203 - 205 - 207 - 209 - 211)

Diplôme d'études collégiales techniques	01
Diplôme d'études collégiales générales	02
Certificat d'études universitaires	03
Baccalauréat	04
Maîtrise professionnelle avec stage et/ou essai	05
Maîtrise en recherche avec mémoire	06
Doctorat médical (M.D.)	07
Autre type de doctorat professionnel (ex. de psychologie)	08
Doctorat en recherche (Ph.D.)	09
Autre(s) diplôme(s) professionnels : S.V.P., spécifiez :	10 <input type="radio"/>
Ne répond pas	11 <input checked="" type="checkbox"/>

142: **Q310**
 3.10. Quelle est l'année d'obtention de votre diplôme le plus récent (collégial ou universitaire)?
 \$E 1900 2008 (213)

Ne répond pas	9999
---------------------	------

143:

Q311

Plusieurs réponses sont permises

3.11. Parmi les regroupements de disciplines académiques suivants, lequel ou lesquels correspondent à votre formation académique?

(217 - 218 - 219 - 220)

- Sciences humaines et sociales 1
- Sciences de l'administration 2
- Sciences de la santé 3
- Sciences naturelles et génie..... 4
- Ne sait pas 5 X
- Ne répond pas 6 X

144:

Q312

3.12. Avez-vous une accréditation professionnelle par exemple, CMA, CGA, MD etc.?

(221)

- Oui 1
- Non 2
- Ne sait pas 3
- Ne répond pas 4

145:

Q313A

3.13. Maintenant, pensez à ce que représente pour vous une semaine typique de travail en vous référant aux 12 derniers mois. A. Au cours de cette semaine typique de travail, combien d'heures travaillez-vous?

\$R

(222)

- Ne sait pas 888888
- Ne répond pas 999999

146:

Q313B

Écran [modèle 1] -> Q313F

S'assurer d'avoir lu les 5 activités avant que l'individu ne réponde:

De ces <q313a> heures, combien en consacrez-vous à la réalisation des activités suivantes?

B. Recherche documentaire

\$R

(228)

- Ne sait pas 888888
- Ne répond pas 999999

147:

Q313C

De ces <q313a> heures, combien en consacrez-vous à la réalisation des activités suivantes?

C. Lecture de documents

\$R

(234)

- Ne sait pas 888888
- Ne répond pas 999999

148:

Q313D

De ces <q313a> heures, combien en consacrez-vous à la réalisation des activités suivantes?

D. Rédaction de documents

\$R

(240)

- Ne sait pas 888888
- Ne répond pas 999999

149:

Q313E

De ces <q313a> heures, combien en consacrez-vous à la réalisation des activités suivantes?

E. Participation à des réunions

\$R

(246)

- Ne sait pas 888888
- Ne répond pas 999999

150:

Q313F

De ces <q313a> heures, combien en consacrez-vous à la réalisation des activités suivantes?

F. D'autres activités

\$R

(252)

Ne sait pas 888888

Ne répond pas 999999

151:

Q314

3.14. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous rédigé un ou plusieurs documents dans lesquels figurent des recommandations concernant la modification ou l'adoption de politiques, programmes, mesures, stratégies ou plans d'action (par exemple, sous forme de notes de service)?

(258)

Oui 1

Non 2

=> Q316A

Ne sait pas 3

=> Q316A

Ne répond pas 4

=> Q316A

152:

Q315

3.15. Approximativement combien en avez-vous rédigé au cours des 12 derniers mois?

\$E 0 900

(259)

Ne sait pas 888

Ne répond pas 999

153:

Q316A

3.16. Pour chacune des activités suivantes, dites si oui ou non cette activité s'applique à votre situation professionnelle des 12 derniers mois

A. Planification ou élaboration de nouvelles politiques, de nouveaux programmes, de nouvelles mesures, de nouvelles stratégies ou de nouveaux plans d'action

(262)

Oui 1

Non 2

Ne sait pas 3

Ne répond pas 4

154:

Q316B

3.16. Pour chacune des activités suivantes, dites si oui ou non cette activité s'applique à votre situation professionnelle des 12 derniers mois

B. Programmation ou élaboration de plans d'implantation de politiques, de programmes, de mesures, de stratégies ou de plans d'action

(263)

Oui 1

Non 2

Ne sait pas 3

Ne répond pas 4

155:

Q316C

3.16. Pour chacune des activités suivantes, dites si oui ou non cette activité s'applique à votre situation professionnelle des 12 derniers mois

C. Application, mise en œuvre ou suivi de politiques, de programmes, de mesures, de stratégies ou de plans d'action

(264)

Oui 1

Non 2

Ne sait pas 3

Ne répond pas 4

156:

Q316D

3.16. Pour chacune des activités suivantes, dites si oui ou non cette activité s'applique à votre situation professionnelle des 12 derniers mois

D. Évaluation de politiques, de programmes, de mesures, de stratégies ou de plans d'action

(265)

- Oui 1
- Non 2
- Ne sait pas 3
- Ne répond pas 4

157:

Q316E

3.16. Pour chacune des activités suivantes, dites si oui ou non cette activité s'applique à votre situation professionnelle des 12 derniers mois

E. Production et analyse de données statistiques

(266)

- Oui 1
- Non 2
- Ne sait pas 3
- Ne répond pas 4

158:

Q316F

3.16. Pour chacune des activités suivantes, dites si oui ou non cette activité s'applique à votre situation professionnelle des 12 derniers mois

F. Production de revues de littérature

(267)

- Oui 1
- Non 2
- Ne sait pas 3
- Ne répond pas 4

159:

Q316G

3.16. Pour chacune des activités suivantes, dites si oui ou non cette activité s'applique à votre situation professionnelle des 12 derniers mois

Autres, spécifiez

(268)

- Oui 1 O
- Non 2
- Ne sait pas 3
- Ne répond pas 4

160:

Q3162

3.16.2 Parmi les activités précédentes qui s'appliquent à votre situation professionnelle, laquelle a été votre activité principale des 12 derniers mois?

(269)

- A. Planification ou élaboration de nouvelles politiques, de nouveaux programmes, de nouvelles mesures, de nouvelles stratégies ou de nouveaux plans d'action 1
- B. Programmation ou élaboration de plans d'implantation de politiques, de programmes, de mesures, de stratégies ou de plans d'action 2
- C. Application, mise en œuvre ou suivi de politiques, de programmes, de mesures, de stratégies ou de plans d'action 3
- D. Évaluation de politiques, de programmes, de mesures, de stratégies ou de plans d'action 4
- E. Production et analyse de données statistiques 5
- F. Production de revues de littérature 6
- G. Autres : S.V.P., spécifiez 7 O
- Ne sait pas 8
- Ne répond pas 9

161:

Q317A

3.17. Avez-vous à lire des textes en anglais dans le cadre de vos activités professionnelles?

(270)

- Oui 1
- Non 2
- Ne sait pas 3
- Ne répond pas 4

162:

Q317

3.17. De façon général à quel point êtes-vous à l'aise de lire des textes en anglais

(271)

- Très à l'aise..... 1
- À l'aise 2
- Peu à l'aise 3
- Pas du tout à l'aise..... 4
- Ne sait pas..... 5
- Ne répond pas 6

163:

Q318

3.18. Y a-t-il d'autres aspects liés aux thèmes abordés dans l'étude qui vous apparaissent importants et qui n'auraient pas été couverts?

(272)

- Oui, lesquels? 1
- Non 2
- Ne sait pas..... 3
- Ne répond pas 4

164:

Q319

3.19. Accepteriez-vous que les chercheurs du groupe de recherche vous recontactent afin d'approfondir certains aspects que nous venons d'aborder?

(273)

- Oui..... 1
- Non 2
- Ne sait pas..... 3
- Ne répond pas 4

165:

INFI

Vous pouvez également réagir directement auprès du chercheur principal en communiquant avec lui par écrit à Mathieu.Ouimet@pol.ulaval.ca ou par téléphone au 418-656-2131 poste 7899. Les membres du Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé apprécient le temps et l'effort que vous avez consacrés pour répondre à leurs questions. Au nom du groupe, je vous remercie et vous souhaite une agréable fin de journée.

ANNEXE 13

QUESTIONNAIRE POUR L'ENQUÊTE AUPRÈS DES PRODUCTEURS DE VEILLE ÉLECTRONIQUE PRODUITE AU QUÉBEC, EN LIEN AVEC LA SANTÉ ET SES DÉTERMINANTS



GÉPPS

Groupe d'étude sur
les politiques publiques
et la santé

Questionnaire pour l'enquête
auprès des producteurs
de veille électronique
produite au Québec,
en lien avec la santé
et ses déterminants

Le questionnaire ci-joint fait référence à une enquête sur l'utilisation et la production de la veille électronique produite au Québec, en lien avec la santé et ses déterminants. Cette enquête est menée dans le cadre des travaux du Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé (GÉPPS).¹

Conformément à ce qui vous a été présenté par Jeanne Lamy-Belzil, assistante de recherche pour le professeur Moktar Lamari, le questionnaire s'adresse aux producteurs de veille électronique traitant, entre autres, de la santé et de ses déterminants.

▶ Cette enquête poursuit trois objectifs :

- 1** Analyser les processus de production et la portée de la veille électronique (sources, technologies, portée, etc.), en tant que levier de transfert et de courtage des nouvelles connaissances;
- 2** Identifier les déterminants du transfert et du courtage des nouvelles connaissances initiés par ces veilles et apprécier l'efficacité de celles-ci;
- 3** Expliquer les stratégies et les rationalités des producteurs de veille et utilisateurs du contenu de ces veilles pour pouvoir ainsi renforcer la valorisation des nouvelles connaissances.

Le questionnaire a été soumis et approuvé par le comité d'éthique de l'ENAP. De plus, toutes les données récoltées seront traitées de façon confidentielle. La participation au questionnaire se fait sur une base totalement volontaire.

La réalisation de ce projet devrait permettre la publication d'un rapport de recherche et d'au moins un article scientifique proposé pour publication dans une revue scientifique de premier ordre, en plus d'être présenté lors de séminaires.

Les huit sections du questionnaire ont été construites sur le modèle de Todorova et Durisin : *Absorptive Capacity: Valuing a Reconceptualization* (Voir Annexe).²

Pour toutes questions, veuillez écrire à :

Jeanne Lamy-Belzil
Assistante de recherche, GÉPPS, ENAP
Jeanne.lamy-belzil@enap.ca

Ou

Moktar Lamari
Directeur du CREXE (Centre de recherche et d'expertise en évaluation), ENAP
Moktar.lamari@enap.ca

¹ Recherche réalisée avec le soutien financier du Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC) et ses partenaires : le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) et le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Dossier # 2005-SP-95622.

² Gergana TODORAVA et Boris DURISIN, «Absorptive Capacity: Valuing a Reconceptualization », *Academy of Management Review*, 2007, Vol. 32, No. 3, 774-786.

Questionnaire auprès des producteurs de veille électronique produite au Québec, en lien avec la santé et ses déterminants

1. Outils et sources

1.1 Outils de veille

Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	Toujours	Ne s'applique pas	Ne sais pas
1	2	3	4	5	6	7

Dans le cadre de vos activités de veille des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous utilisé ces outils dans le but de repérer les nouvelles connaissances ?

1.	Flux RSS	1	2	3	4	5	6	7
2.	Logiciels de suivi de pages Web	1	2	3	4	5	6	7
3.	Listes de diffusion	1	2	3	4	5	6	7
4.	Forums de discussion	1	2	3	4	5	6	7
5.	Bulletins d'information	1	2	3	4	5	6	7
6.	Agents de recherche	1	2	3	4	5	6	7
7.	Autres, spécifiez :							

1.2 Sources documentaires externes consultées

Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	Toujours	Ne s'applique pas	Ne sais pas
1	2	3	4	5	6	7

Dans le cadre de vos activités de veille des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous **consulté** les sources documentaires suivantes :

1.	Articles de revues scientifiques	1	2	3	4	5	6	7
2.	Articles de revues professionnelles ou d'intervention	1	2	3	4	5	6	7
3.	Livres ou chapitres de livre	1	2	3	4	5	6	7
4.	Quotidiens (Presse écrite ou électronique)	1	2	3	4	5	6	7
5.	Sites Internet	1	2	3	4	5	6	7
6.	Contenus des séminaires ou colloques	1	2	3	4	5	6	7
7.	Autres veilles électroniques	1	2	3	4	5	6	7
8.	Communiqués de presse	1	2	3	4	5	6	7
9.	Revue de presse	1	2	3	4	5	6	7
10.	Bases de données électroniques (Proquest, Medline...)	1	2	3	4	5	6	7
11.	Rapports produits par les gouvernements	1	2	3	4	5	6	7
12.	Rapports des organisations internationales (OMS, OCDE...)	1	2	3	4	5	6	7
13.	Autres, spécifiez :							

1.3 Sources documentaires intra-organisationnelles consultées

Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	Toujours	Ne s'applique pas	Ne sais pas
1	2	3	4	5	6	7

Dans le cadre de vos activités de veille des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous **consulté** les sources documentaires suivantes :

1.	Rapports ou articles publiés par votre organisation	1	2	3	4	5	6	7
2.	Intranet de votre organisation	1	2	3	4	5	6	7
3.	Bibliothèque interne ou centre de documentation	1	2	3	4	5	6	7
4.	Revue de presse produites à l'interne	1	2	3	4	5	6	7
5.	Réseaux sociaux internes (Facebook, Twitter, blogue...)	1	2	3	4	5	6	7
6.	Autres veilles produites par votre organisation	1	2	3	4	5	6	7
7.	Autres, spécifiez :							

1.4 Ressources humaines externes consultées

Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	Toujours	Ne s'applique pas	Ne sais pas
1	2	3	4	5	6	7

Dans le cadre de vos activités de veille des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous **consulté** les sources suivantes :

1.	Le personnel des autres directions	1	2	3	4	5	6	7
2.	Le personnel des organismes communautaires	1	2	3	4	5	6	7
3.	Le personnel du réseau de prestation de services de santé et de services sociaux du Québec	1	2	3	4	5	6	7
4.	Le personnel des ministères fédéraux	1	2	3	4	5	6	7
5.	Le personnel du ministère de la Santé et des Services sociaux du Qc	1	2	3	4	5	6	7
6.	Le personnel d'autres ministères québécois	1	2	3	4	5	6	7
7.	Le personnel de firmes privées	1	2	3	4	5	6	7
8.	Les groupes d'intérêt (lobbies)	1	2	3	4	5	6	7
9.	Les professeurs ou professionnels de recherche issus du milieu universitaire	1	2	3	4	5	6	7
10.	Les citoyens	1	2	3	4	5	6	7
11.	Autres, spécifiez :							

1.5 Ressources humaines intra-organisationnelles consultées

Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	Toujours	Ne s'applique pas	Ne sais pas
1	2	3	4	5	6	7

Dans le cadre de vos activités de veille des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous **consulté** les sources suivantes :

1.	Le personnel de recherche au sein de votre organisation	1	2	3	4	5	6	7
2.	Le personnel de première ligne au sein de votre organisation	1	2	3	4	5	6	7
3.	Les gestionnaires	1	2	3	4	5	6	7
4.	Les comptes-rendus de réunions	1	2	3	4	5	6	7
5.	Les documents de formation	1	2	3	4	5	6	7
6.	Les bibliothécaires ou documentalistes	1	2	3	4	5	6	7
7.	Autres, spécifiez :							

2. Processus de reconnaissance et de validation des nouvelles connaissances

Complètement en désaccord	Plutôt en désaccord	Neutre	Plutôt en accord	Complètement en accord	Ne s'applique pas	Ne sais pas
1	2	3	4	5	6	7

Pourriez-vous indiquer dans quelle mesure vous êtes en accord ou en désaccord avec les énoncés suivants : la qualité des nouvelles connaissances repose sur...

1.	Le caractère consensuel des données probantes véhiculées	1	2	3	4	5	6	7
2.	Le caractère quantitatif des analyses menées	1	2	3	4	5	6	7
3.	Le caractère qualitatif des analyses menées	1	2	3	4	5	6	7
4.	Le caractère théorique des analyses menées	1	2	3	4	5	6	7
5.	Le caractère applicable des données probantes	1	2	3	4	5	6	7
6.	La crédibilité et le prestige de la source	1	2	3	4	5	6	7
7.	Le caractère pertinent et réaliste , par rapport au contexte du Québec	1	2	3	4	5	6	7
8.	Le caractère centré sur l'avancement des connaissances	1	2	3	4	5	6	7
9.	La compétence et l' expérience du veilleur	1	2	3	4	5	6	7

3. Acquisition des nouvelles connaissances pour la production de la veille

3.1 Disponibilité et processus d'acquisition des nouvelles connaissances

Lors de mes activités de veille, j'ai accès librement et en tout temps à :

Énoncés	Oui	Non	Ne sais pas
1. une ou plusieurs bases de données bibliographiques électroniques			
2. une ou plusieurs bases de données statistiques électroniques (Stat Can, OCDE...)			
3. une ou plusieurs revues scientifiques			
4. une ou plusieurs revues professionnelles			
5. une bibliothèque à l'intérieur de mon organisation offrant de la documentation utile à mes activités de veille			
6. Autres, spécifiez :			

3.2 Limites organisationnelles

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup	Énormément	Ne s'applique pas	Ne sais pas
1	2	3	4	5	6	7

Veuillez indiquer dans quelle mesure les limites organisationnelles suivantes semblent affecter l'acquisition des nouvelles connaissances **dans le cadre de vos activités de veille** :

1. Limites liées aux ressources financières	1	2	3	4	5	6	7
2. Limites liées aux ressources matérielles	1	2	3	4	5	6	7
3. Limites liées aux ressources humaines	1	2	3	4	5	6	7
4. Limites liées à la lourdeur des processus administratifs	1	2	3	4	5	6	7
5. Limites liées à l'accès à certaines informations jugées confidentielles	1	2	3	4	5	6	7
6. Limites liées au temps	1	2	3	4	5	6	7
7. Autres, spécifiez :							

3.3 Répartition du temps de vos activités de veille

Dans le cadre de vos activités de veille des 12 derniers mois, comment répartissez-vous votre temps, en pourcentage, entre les 3 activités suivantes :

S.V.P., vous assurez d'inscrire un pourcentage dans chaque case.

La répartition des activités	Pourcentage %
Le repérage des nouvelles connaissances	
L'assimilation des nouvelles connaissances (lecture et choix des textes retenus)	
La transformation du contenu des nouvelles connaissances (production de résumés et vulgarisation)	
Autres	
TOTAL	100 %

3.4 Type de nouvelles connaissances acquises

Parmi les 3 types de sources suivantes, dans quelle proportion votre veille diffuse-t-elle des nouvelles connaissances provenant :

La répartition des sources	Pourcentage %
De sources québécoises	
De sources canadiennes, hors Québec	
De sources internationales	
TOTAL	100 %

Parmi les 3 types de sources suivantes, dans quelle proportion votre veille diffuse-t-elle des nouvelles connaissances provenant :

La répartition des sources	Pourcentage %
De sources francophones	
De sources anglophones	
De sources allophones	
TOTAL	100 %

4. Assimilation des nouvelles connaissances

Jamais	Rarement	À l'occasion	Souvent	Toujours	Ne s'applique pas	Ne sais pas
1	2	3	4	5	6	7

Lors de la préparation de la veille, vous...

1.	Lisez en totalité des articles scientifiques, des études et des rapports de recherche	1	2	3	4	5	6	7
2.	Comprenez des résultats de recherches empiriques	1	2	3	4	5	6	7
3.	Discutez de la pertinence des nouvelles connaissances issues des études et des rapports de recherche avec vos collègues	1	2	3	4	5	6	7

5. Transformation et communication des nouvelles connaissances

5.1 Transformation des nouvelles connaissances

Jamais	Rarement	À l'occasion	Souvent	Toujours	Ne s'applique pas	Ne sais pas
1	2	3	4	5	6	7

Lors de la **production** et la **diffusion** de votre veille, vous portez une attention particulière à ce que le contenu de la veille produite soit :

1.	Adapté aux utilisateurs québécois	1	2	3	4	5	6	7
2.	Résumé ou vulgarisé	1	2	3	4	5	6	7
3.	Transféré dans un langage compréhensible pour les utilisateurs visés	1	2	3	4	5	6	7
4.	Validé par un comité de lecture avant diffusion	1	2	3	4	5	6	7
5.	Accompagné du texte de référence au complet ou accompagné du lien permettant l'accès à celui-ci	1	2	3	4	5	6	7

5.2 Édition et communication des nouvelles connaissances

Jamais	Rarement	À l'occasion	Souvent	Toujours	Ne s'applique pas	Ne sais pas
1	2	3	4	5	6	7

Lors de l'édition de votre veille, vous portez une attention particulière à ce que la veille produite soit :

1.	Lisible et facile de compréhension	1	2	3	4	5	6	7
2.	Attrayante visuellement (graphisme, couleurs, humour)	1	2	3	4	5	6	7
3.	Disponible pour tous les organismes intéressés	1	2	3	4	5	6	7
4.	Disponible pour tous les citoyens intéressés	1	2	3	4	5	6	7

6. Exploitation des nouvelles connaissances

6.1 Utilisateurs

A votre connaissance, d'où proviennent vos utilisateurs, en pourcentage ?

Répartition des utilisateurs	%	Ne sais pas
Du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec		
Des autres ministères québécois		
Des ministères fédéraux		
Des organismes liés au réseau public de santé et services sociaux du Québec		
Des autres organismes communautaires		
Des firmes privées		
Des universités, chaires et unités de recherche		
Des citoyens		
TOTAL	100 %	

6.2 Impacts et perceptions

Complètement en désaccord	Plutôt en désaccord	Neutre	Plutôt en accord	Complètement en accord	Ne s'applique pas	Ne sais pas
1	2	3	4	5	6	7

Concernant les impacts de vos activités de veille, veuillez indiquer à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes :

1.	La veille produite par vos services concorde avec les besoins et les attentes des utilisateurs	1	2	3	4	5	6	7
2.	La veille produite par vos services influence les politiques publiques	1	2	3	4	5	6	7
3.	La veille produite par vos services permet d'obtenir un plus large éventail d'options pour les décideurs publics	1	2	3	4	5	6	7
4.	La veille produite par vos services permet une plus grande ouverture sur l'innovation	1	2	3	4	5	6	7
5.	La veille produite par vos services permet une meilleure efficacité	1	2	3	4	5	6	7
6.	Les utilisateurs accordent de la crédibilité à la veille produite par vos services	1	2	3	4	5	6	7
7.	En général, l'offre de veille en lien avec la santé et ses déterminants au Québec est variée et utile	1	2	3	4	5	6	7
8.	En général, la veille produite permet l'économie de ressources financières	1	2	3	4	5	6	7
9.	En général, la veille produite permet une meilleure efficience (i.e. minimiser les coûts tout en maximisant les retombées)	1	2	3	4	5	6	7
10.	En général, il existe un public cible d'utilisateurs offrant un terrain favorable à la dissémination et l'utilisation des résultats de recherche	1	2	3	4	5	6	7

6.3 Perceptions des valeurs organisationnelles

Complètement en désaccord	Plutôt en désaccord	Neutre	Plutôt en accord	Complètement en accord	Ne s'applique pas	Ne sais pas
1	2	3	4	5	6	7

Veillez indiquer à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes :
Mon organisation a de fortes valeurs favorisant...

1.	L'acquisition, l'adaptation et la diffusion des nouvelles connaissances	1	2	3	4	5	6	7
2.	Les liens entre les chercheurs et les décideurs	1	2	3	4	5	6	7
3.	L'utilisation d'évidences scientifiques	1	2	3	4	5	6	7
4.	La formation et l'apprentissage continu du personnel chargé de la veille	1	2	3	4	5	6	7

6.4 Influence du politique

Complètement en désaccord	Plutôt en désaccord	Neutre	Plutôt en accord	Complètement en accord	Ne s'applique pas	Ne sais pas
1	2	3	4	5	6	7

Veillez indiquer à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec les affirmations suivantes ?
Votre veille...

1.	Influence l'agenda politique des décideurs politiques	1	2	3	4	5	6	7
2.	Est influencée par l'agenda politique québécois	1	2	3	4	5	6	7
3.	Influence les groupes d'intérêt	1	2	3	4	5	6	7
4.	Est influencée par les positions de différents groupes d'intérêt	1	2	3	4	5	6	7

7. Interactions et réseautage

7.1 Interactions

Dans le cadre de vos activités de veille des 12 derniers mois, avez-vous entretenu des liens avec les personnes suivantes :

Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	Très souvent	Ne s'applique pas	Ne sais pas
1	2	3	4	5	6	7

1.	Le personnel du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec	1	2	3	4	5	6	7
2.	Le personnel des autres ministères québécois	1	2	3	4	5	6	7
3.	Le personnel des ministères fédéraux	1	2	3	4	5	6	7
4.	Le personnel du réseau de prestation de services en santé et services sociaux du Québec	1	2	3	4	5	6	7
5.	Le personnel des organismes communautaires	1	2	3	4	5	6	7
6.	Le personnel des firmes privées	1	2	3	4	5	6	7
7.	Les chercheurs, professeurs universitaires ou professionnels de recherche rattachés au milieu universitaire	1	2	3	4	5	6	7
8.	Les groupes d'intérêt	1	2	3	4	5	6	7
9.	Les citoyens	1	2	3	4	5	6	7

7.2 Initiation de réseautage

Dans le cadre de vos activités de veille des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous :

Jamais	Rarement	Quelques fois	Souvent	Très souvent	Ne s'applique pas	Ne sais pas
1	2	3	4	5	6	7

1.	Facilité le contact entre votre unité administrative et les chercheurs universitaires	1	2	3	4	5	6	7
2.	Facilité le contact entre votre unité administrative et les utilisateurs concernés	1	2	3	4	5	6	7
3.	Participé à des séminaires, des réunions, des conférences ou d'autres événements sur la veille et sur le transfert de connaissances	1	2	3	4	5	6	7
4.	Été actif sur des réseaux sociaux consacrés à la santé et ses déterminants (facebook, twitter...)	1	2	3	4	5	6	7
5.	Créé des occasions d'échange et de partage de connaissances pour l'appropriation de celles-ci par les praticiens	1	2	3	4	5	6	7

7.3 Liens avec la communauté scientifique

Commentez ces affirmations :

Liens	Oui	Non
Je connais personnellement des chercheurs universitaires		
Je fais partie d'un groupe ou d'une équipe de recherche impliquant des universitaires		

8. Caractérisation de la veille et du veilleur

Quels sont les créneaux de votre veille ?

Combien d'années d'expérience avez-vous dans votre poste actuel de veilleur ?

Parmi les statuts suivants, veuillez préciser lequel correspond le mieux à votre position ?

A	Gestionnaire, cadre	
B	Professionnel	
C	Chercheur universitaire, professeur	
D	Technicien	
E	Documentaliste, bibliothécaire	
F	Autres, spécifiez :	

Combien y a-t-il de personnes affectées à l'activité de votre veille dans votre unité administrative ?

Combien d'heures consacrez-vous par semaine à votre fonction de veilleur ?

Sous quelle forme se présente votre veille ?

A	Bulletin	
B	Sites Web	
C	Newsletter, Cyberlettre, Infolettre	
D	Actualités, Nouvelles, Revue de presse	
E	Blogue	
F	Autres, spécifiez :	

À quelle fréquence votre veille est-elle diffusée ? De manière...

A	Quotidienne	
B	Hebdomadaire	
C	Mensuelle	
D	Trimestrielle	
E	Annuelle	
F	Autres, spécifiez :	

Combien y a-t-il de personnes qui reçoivent automatiquement votre veille à chaque nouvelle parution ?

Y a-t-il un moteur de recherche interne sur le site de la veille ?

A	Oui	
B	Non	

Avez-vous déjà effectué un suivi auprès des utilisateurs, par exemple à l'aide de sondages ou de statistiques

A	Oui	
B	Non	

Depuis combien d'années votre veille existe-t-elle ?

Vous êtes ?

A	Femme	
B	Homme	

Quelle est votre année de naissance ?

Quel est le plus haut diplôme que vous avez obtenu ?

A	Études secondaires	
B	Études collégiales	
C	Certificat	
D	Baccalauréat	
E	Maîtrise	
F	Doctorat	
G	Autres, spécifiez :	

Dans quelle discipline détenez-vous le diplôme le plus élevé ?

Dans quel type d'organisation travaillez-vous présentement ?

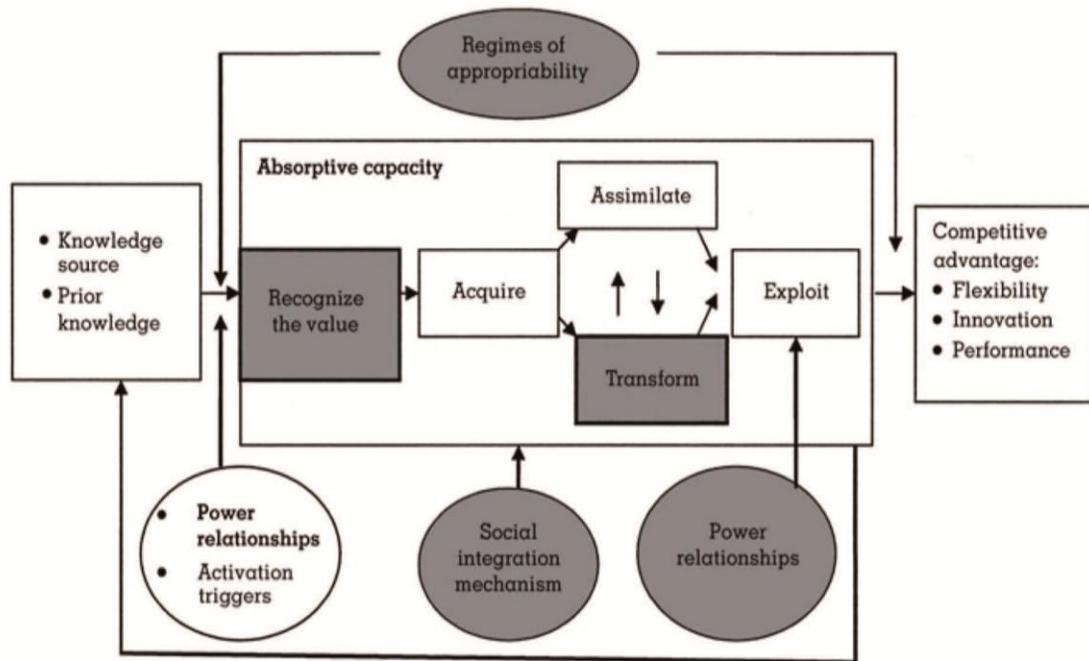
A	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec	
B	Autres ministères provinciaux québécois	
C	Établissement public de santé et services sociaux	
D	Établissement privé de santé et services sociaux	
E	Organisme communautaire	
F	Université	
G	Autres, spécifiez :	

Combien y-a-t-il d'employés dans votre unité administrative approximativement ?

Dans quelle unité administrative travaillez-vous ?

Merci de votre collaboration !

Annexe 1: Modèle conceptuel *Absorptive Capacity* par Todorova et Durisin³



³ Gergana TODORAVA et Boris DURISIN, « Absorptive Capacity : Valuing a Reconceptualization », Academy of Management Review, 2007, Vol. 32, No. 3, p.776.

ANNEXE 14
GRILLE SYNTHÈSE

1. Référence	2. Mots clefs Volet(s)	3. Type d'article	4. Objectif (s)	5. Approches	6. Question(s)/ hypothèse(s)	7. Méthodes et outils	8. Résultats	9. Conclusion(s) et ouverture

- 1) Référence complète de l'article ou de l'ouvrage : Auteur, (année). Titre. Lieu, édition : nombre de pages
- 2) Mots clefs et volet(s) concerné(s)
- 3) Théorique –modèle et/ou approche; empirique – cas à l'étude : site et/ou période couverts
- 4) Démontrer, décrire, analyser, tester, etc.
- 5) Approche théorique, cadre conceptuel ou auteurs de référence
- 6) -----
- 7) Étude quantitative/qualitative – échantillonnage, entrevues, questionnaires ouverts/fermés, etc.
- 8) -----
- 9) Suites attendues/pistes à suivre, etc.
- 10) Toutes autres informations pertinentes.
- 11) F.Gagnon/MAJ/29mai04

ANNEXE 15

BILAN DES CONTRIBUTIONS

1. PUBLICATIONS

1.1 Publications avec comité de lecture (RAC)

Ouimet, M., Bédard, P.-O., Turgeon, J., Lavis, J.N., Gélinau, F., Gagnon, F. et Dallaire, C. (2010). « Correlates of consulting research evidence among policy analysts in government ministries: a cross-sectional survey. » *Evidence & Policy*, 6(4) : 433-60.

Gagnon, F., Turgeon, J., et Dallaire, C. (2008). L'évaluation d'impact sur la santé au Québec : lorsque la loi devient levier d'action. *Télescope*, 14(2), 79-94. [\[En ligne\]](#).

Gagnon, F., Turgeon, J., et Dallaire, C. (2008). *HIA in Quebec: when the law becomes a lever for action*. Publication électronique du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. [\[En ligne\]](#).

Gagnon, F., Turgeon, J., et Dallaire, C. (2007). Healthy public policy. A conceptual cognitive framework. *Health Policy*, 81(1), 42-55.

Turgeon, J., Gagnon, F., Bourgault, J., et Garant, S. (2005). Politiques publiques et santé : les dilemmes de l'évaluation prospective. *Administration publique du Canada*, 48(3), 328-347.

À paraître

Talbot, D., et Turgeon, J. (2011). Réglementer la qualité de l'eau potable au Québec : une analyse politico-administrative. *Politiques et Management Public*, vol. 27, automne.

Accepté pour publication, en révision

Blondeau, D., Gagnon, F., et Brisson, G., Aubin, K., et Gagné, D. *Mettre plus de santé dans les politiques publiques : enjeux éthiques*. *Aporia*.

En préparation

Gagnon, F., et Michaud, M. Ways to healthy public policy : a case study of beliefs and values of decision makers in the government of Quebec (Canada). À soumettre à *Health Promotion International*.

Gagnon, F., Michaud, M., Talbot, D., et Turgeon, J. Health, Poverty and Sustainable Development: Increase or Integrate Prospective Impact Evaluation? À soumettre à *Environmental Impact Assessment Review*.

Ouimet, M., Bédard, P.-O., Lamari, M., et Turgeon, J. Preference for quantitative studies among policy analysts: a cross-sectional survey. *Journal of Policy Analysis and Management*.

Bédard, P.-O., Ouimet, M., et Turgeon, J. Perceived relevance of academic research among policy analysts: a cross-sectional study. *Research Policy*.

1.2 Rapports de recherche

Parus

Ouimet, M., Bédard, P-O., Turgeon, J., Lavis, J.N., Gélinau, F., Gagnon, F., et Dallaire, C. (2011). *Étude transversale sur les corrélats de la consultation de certains produits de recherche par les professionnels travaillant dans des ministères québécois*. Rapport final. GÉPPS, 34 p, non-publié.

Bourgault, J., Turgeon, J., et Tremblay, M. (2011). *La gestion corporative et la prise en compte des impacts sur la santé des interventions gouvernementales au Québec : état des lieux et éléments prospectifs*. Rapport final. GÉPPS, 29 p.

Brisson, G., Gagnon, F., et Turgeon, J. (2009). *Enquête préliminaire sur les risques sanitaires reliés à l'environnement faisant l'objet de débats publics en France et au Québec* [Rapport final]. Québec : INSPQ, Direction de la santé environnementale et de la toxicologie.

Gagnon, F., Turgeon, J., et Saint-Pierre, M.-N. (2009). *Enquête auprès du réseau de répondants de l'article 54 sur leurs besoins d'information et de formation*. Québec : GÉPPS, 9 p.

Bourgault, J., Dupuis, S., et Turgeon, J. (2008). *Les conditions de succès des dispositifs interministériels*. Québec : GÉPPS, 34p. et annexes. [\[En ligne\]](#).

Gagnon, F., et Turgeon, J. (2007). *Santé, bien-être et formulation de politiques publiques au Québec. Huit études de cas. Résumés*. Sous la direction de F. Gagnon et J. Turgeon. Québec : GÉPPS, 104 p. [\[En ligne\]](#).

Gagnon, F., D. Gagné et J. Turgeon (2007). *Les actions de la santé publique en matière de politiques favorables à la santé au Québec, de 1995 à 2005 : perspectives centrales et régionales : rapport final*. Québec, Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé, 191 p.

Michaud, M. (2006). *La Loi sur l'aquaculture commerciale*, [Étude de cas]. Québec : GÉPPS, 65 p. Version longue, non publiée.

Talbot, D. (2006). *Le Code de gestion des pesticides*, [Étude de cas]. Québec : GÉPPS, 45 p. Version longue, non publiée.

Turcotte, V. (2006). *L'autorisation du virage à droite au feu rouge*, [Étude de cas]. Québec : GÉPPS, 92 p. Version longue, non publiée.

Turcotte, V. (2006). *Le cinémomètre photographique*, [Étude de cas]. Québec : GÉPPS, 72 p. Version longue, non publiée.

Turcotte, V. (2006). *Le Règlement sur l'identification et la traçabilité de certains animaux*, [Étude de cas]. Québec : GÉPPS, 66 p. Version longue, non publiée.

Garant, S. (2005). *La Politique gouvernementale de l'éducation des adultes et de formation continue*, [Étude de cas]. Québec : GÉPPS, 89 p. Version longue, non publiée.

Gauthier, J. (2005). *Le Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, [Étude de cas]. Québec : GÉPPS, 85 p. Version longue, non publiée.

Talbot, D. (2005). *Le Règlement sur la qualité de l'eau potable*, [Étude de cas]. Québec : GÉPPS, 77 p. Version longue, non publiée.

À paraître

Turgeon, J., Michaud, M., Talbot, D., Gagnon, F., Ouimet, M., et Bédard, P-O. *Les préoccupations en matière de santé et de bien-être chez les professionnels de ministères québécois*. Rapport final. GÉPPS.

Turgeon, J., Michaud, M., Gagnon, F., et Larochelle, C. *La santé et le bien-être dans les évaluations d'impact : des définitions aux indicateurs. Rapport méthodologique*. GÉPPS.

2.1 Contributions à des ouvrages collectifs

Gagnon, F., Michaud, M., et Turgeon, J. (2008). La santé dans les décisions de nos élus, *L'annuaire du Québec 2009*. Sous la direction de Michel Venne et Miriam Fahmy. Montréal : Éditions Fides, Institut du Nouveau Monde, 266-270.

Gagnon, F., Turgeon J., et Gagné, D. (2006). Les engagements électoraux aux élections de 2003 du Parti libéral du Québec et les politiques en matière de santé et de services sociaux du gouvernement Charest (2003-2006). Dans Pétry, F., Bélanger, É., et Imbeau, L.-M., *Le Parti libéral - Enquête sur les réalisations du gouvernement Charest*, Québec : Presses de l'Université Laval, p. 223-242.

2.2 Documents de transfert et autres publications

Gagnon, F., St-Pierre, M.-N., et Daignault-Simard, X. (2010). *La participation du public dans l'évaluation d'impact sur la santé: pourquoi et comment?* Québec : GÉPPS, 20 p. [\[En ligne\]](#).

Gagnon, F., St-Pierre, M.-N. et X. Daignault-Simard. (2010). *Public Participation in Health Impact Assessment: The How and Whys of the Matter*. GÉPPS, 20 p. [\[En ligne\]](#)

Turgeon, J., Talbot, D., & Gagnon, F. (2010). *Urban Pesticide Management in Quebec*. IAIA10 Conference Proceedings. 30th Annual Meeting of the International Association for Impact Assessment, 6 p. [\[En ligne\]](#).

Turgeon, J., et Jabot, F. (2010). Évaluer l'impact potentiel des politiques publiques sur la santé : les astres sont bien alignés ! *Santé publique*, vol. 22, p.3-5.

Gagnon, F., Michaud, M., Tremblay, S., et Turcotte, V. (2008). *L'évaluation d'impact sur la santé et la formulation de politiques publiques*. Québec : GÉPPS, 22 p. [\[En ligne\]](#).

Gagnon, F., Michaud, M., Tremblay, S., et Turcotte, V. (2008). *Health Impact Assessment and Public Policy Formulation*. Quebec : GÉPPS, 23 p. [\[En ligne\]](#).

Turgeon, J., Gagnon, F., Michaud, M., et Tremblay, S. (2008). *Le transfert de politiques publiques et l'évaluation d'impact sur la santé*. Québec : GÉPPS, 15 p. [\[En ligne\]](#).

Turgeon, J., Gagnon, F., Michaud, M., et Tremblay, S. (2008). *Policy Transfer and Health Impact Assessment (HIA)*. Quebec : GÉPPS, 14 p. [\[En ligne\]](#).

Gagnon, F., Michaud, M., et Garant, S. (2007). *La Politique gouvernementale d'éducation des adultes et de formation continue*. [Résumé]. Québec : GÉPPS, 13 p. [\[En ligne\]](#).

Gagnon, F., Michaud, M., et Turcotte, V. (2007). *Le cinémomètre photographique*. [Résumé]. Québec : GÉPPS, 10 p. [\[En ligne\]](#).

Michaud, M., Gagnon, F., et Turcotte, V. (2007). *L'autorisation du virage à droite au feu rouge*. [Résumé]. Québec : GÉPPS, 14 p. [\[En ligne\]](#).

Talbot, D., et Turgeon, J. (2007). *Le Règlement sur la qualité de l'eau potable*. [Résumé]. Québec : GÉPPS, 11 p. [\[En ligne\]](#).

Turgeon, J., et Talbot, D. (2007). *The Quebec Pesticides Management Code in an Urban Environment*. [Abstract]. Québec : GÉPPS, 10 p. [\[En ligne\]](#).

Rigaud, B., avec Gagnon, F., et Turgeon, J. (2006). *Le rôle de l'État dans la dispensation des services de santé*. Dans l'Observatoire de l'administration publique. *L'État québécois en perspective*. ÉNAP : Québec, 37 p. [\[En ligne\]](#).

Michaud, M., et Turgeon, J. (2006). *La Loi sur l'aquaculture commerciale*. [Résumé]. Québec : GÉPPS, 11 p. [\[En ligne\]](#).

Michaud, M., Turcotte, V., et Turgeon, J. (2006). *Le Règlement sur l'identification et la traçabilité de certains animaux*. [Étude de cas]. Québec : GÉPPS, 10 p. [\[En ligne\]](#).

Michaud, M., Gagnon, F., et Gauthier, J. (2006). *Le Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. [Résumé]. Québec : GÉPPS, 13 p. [\[En ligne\]](#).

Turgeon, J. et Talbot, D. (2006). *Le Code de gestion des pesticides*. [Résumé]. Québec : GÉPPS, 10 p. [\[En ligne\]](#).

Turgeon, J., Gagnon, F., et Michaud, M. (2006). L'adoption de politiques favorables à la santé pour le Québec : *Vigie*, 9(1).

Bulletins de veille

Vol.1, nos1-6 / 2009-2010

Vol.2, nos.1-6/2010-2011

2. COMMUNICATIONS

2.1 Communications avec arbitrage

Gagnon, F., Turgeon, J., Michaud, M., et Talbot, D. (2010). *Health, Poverty and Sustainable Development: Increase or Integrate Prospective Impact Evaluation?* Affiche présentée dans le cadre du colloque de l'Union internationale en promotion et éducation de la santé (UIPES). Genève (Suisse), le mercredi 14 juillet. [\[En ligne\]](#).

Jacob, J., M. Lamari, M. Ouimet et Turgeon, J. (2010). *Consultées ou tablettées : Les évaluations de programme et le changement des politiques publiques.* Communication présentée dans le cadre de la Société québécoise d'évaluation de programme (SQEP), Montréal (Québec), le vendredi 29 octobre.

Talbot, D., Turgeon, J., et Gagnon, F. (2010). *Urban pesticide management in Quebec.* Communication présentée dans le cadre du 30th Annual Meeting of the International Association for Impact Assessment. Genève (Suisse), le samedi 10 avril. [\[En ligne\]](#).

Talbot, D., Turgeon, J., Gagnon, F., et Ouimet, M. (2010). *Sustainable development as a corporate management strategy: a Canadian experience.* Affiche présentée dans le cadre du 30th Annual Meeting of the International Association for Impact Assessment. Genève (Suisse), le mercredi 7 avril. [\[En ligne\]](#).

Lamari, M., J. Jacob, M. Ouimet et Turgeon, J. (2010). *Consultées ou occultées : Les évaluations de programme et le changement des politiques publiques.* Communication présentée dans le cadre de l'Université d'été internationale de la recherche en évaluation des politiques publiques, Lille (France), le lundi 30 août.

Jacob, J., M. Lamari, M. Ouimet et Turgeon, J. *New Approaches for the Study of Program Evaluation Results Utilisation: New evidences, Proposed Hypotheses, Methodologies and Challenges.* Communication présentée dans le cadre de l'Australasian Evaluation Society, Wellington (Australie), mercredi le 1^{er} Septembre 2010.

Dallaire, C., Aubin, K., Gagnon, F., et Turgeon, J. (2010). *Adopter des politiques saines : les résultats probants?* Affiche présentée dans le cadre des Journées annuelles de la santé publique. Montréal (Canada), le jeudi 11 mars. [\[En ligne\]](#)

Turgeon, J., Talbot, D., Gagnon, F., Ouimet, M., et Bédard, P.-O. (2009) *Civil Servants, HIA and Policymaking in Quebec.* Affiche présentée à la Conférence internationale *Health Impact Assessment – HIA 2009*. Rotterdam (Pays-Bas), le jeudi 15 octobre.

Gagnon, F. et Turgeon, J. (2009). *What can be learned from an analysis of public health actions in Quebec?* Communication présentée dans le cadre du colloque de l'Association canadienne de santé publique (ACSP). Winnipeg (Canada), le lundi 8 juin. [\[En ligne\]](#).

Ouimet, M., Bédard, P.-O., Turgeon, J., Lavis, J.N., et Gagnon, F. (2009). *Use of systematic reviews by civil servants working in health and non-health ministries in Quebec: a cross-sectional survey.* Communication présentée dans le cadre du 7th Annual Canadian Cochrane Symposium. Halifax (Canada), le jeudi 12 mars.

Ouimet, M., Bédard, P-O., Turgeon, J., Gagnon, F., et Dallaire, C. (2009). *Use of scientific research evidence by civil servants working in health and non-health ministries in Quebec*. Communication présentée dans le cadre du colloque annuel de l'Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de la santé (ACRSPS). Calgary (Canada), le jeudi 14 mai.

Ouimet, M., et coll. (2009). *Use of academic research by policy analysts in Quebec (Canada): a cross-sectional survey*. Communication présentée dans le cadre de l'European Science Fondation research Conference. Bielefeld (Allemagne), le jeudi 28 mai.

Bédard, P.-O., Ouimet M., Turgeon J., et Gagnon, F. (2009). *Evidence on the use of research evidence in policymaking: Insights from a cross-sectional survey*. Communication présentée dans le cadre du Research Transfer Network of Alberta (RTNA) Conference. Banff (Canada), le vendredi 2 octobre.

Gagnon, F. (2008). *L'échange de connaissances dans le contexte politico-administratif: une histoire de science-fiction?* Communication présentée dans le cadre de l'ACFAS. Québec (Canada), le mardi 8 mai. [\[En ligne\]](#).

Bourgault, J., Turgeon, J., Gagnon, F., et Dupuis, S. (2007). *Les conditions de succès des dispositifs interministériels : analyse de la gestion horizontale*. Communication présentée au Congrès de l'Institut d'administration publique du Canada (IAPC), Winnipeg (Canada), le mardi 28 août. [\[En ligne\]](#).

Michaud, M., Gagnon, F., et Turgeon, J. (2007). *Santé et processus décisionnel au Québec. Les défis pour les experts de santé publique*. Communication présentée au Congrès 2007 de la Société française de santé publique (SFSP). Montpellier (France), le vendredi 23 novembre. [\[En ligne\]](#).

Turgeon, J., Gagnon, F., et Michaud, M. (2007). *Entre production de connaissances et interventions politiques : où se situent les actions de la santé publique au Québec?* Communication présentée au Congrès 2007 de la Société française de santé publique (SFSP). Montpellier (France), le vendredi 23 novembre. [\[En ligne\]](#).

Turgeon, J. (2007). *Comment mettre plus de santé dans les politiques publiques? Le cas du Québec*. Communication présentée dans le cadre du III^{ème} Forum International de l'École nationale de santé publique (ENSP). Rennes (France), le mercredi 14 mars. [\[En ligne\]](#).

St-Pierre, L., Gagnon, F., et Turgeon, J. (2007). *The Health Impact Assessment and the Practices of Public Health Actors in Support of Healthy Public Policies*. Communication présentée dans le cadre de la 8th International HIA Conference. Dublin (Irlande), mardi 16 et mercredi 17 octobre.

Dallaire, C., Hamel, G., et Lapointe, G. (2006). *Healthy public policy*. Communication présentée dans le cadre de la 7th UK and Ireland Health Impact Assessment Conference. Cardiff (Royaume-Uni), le jeudi 6 avril. [\[En ligne\]](#).

Turgeon, J., et Gagnon, F. (2006). *Une synthèse comparative et des leçons à tirer*. Communication présentée dans le cadre de l'ACFAS. Montréal (Canada), le mercredi 17 mai. [\[En ligne\]](#).

Michaud, M. (2006). *La loi sur l'aquaculture commerciale*. Communication présentée dans le cadre de l'ACFAS. Montréal (Canada), le mercredi 17 mai. [\[En ligne\]](#).

Turcotte, V. (2006). *L'autorisation du virage à droite au feu rouge*. Communication présentée dans le cadre de l'ACFAS. Montréal (Canada), le mercredi 17 mai. [\[En ligne\]](#).

Talbot, D. (2006). *Le règlement sur la qualité de l'eau potable*. Communication présentée dans le cadre de l'ACFAS. Montréal (Canada), le mercredi 17 mai. [\[En ligne\]](#).

Gauthier, J. (2006). *Le plan d'action gouvernemental en matière de lutte à la pauvreté*. Communication présentée dans le cadre de l'ACFAS. Montréal (Canada), le mercredi 17 mai. [\[En ligne\]](#).

Gagnon, F., Masse Jolicoeur, M., Bourgault, J., et Turgeon, J. (2005). *La gestion horizontale : un moyen de favoriser l'élaboration de politiques favorables à la santé?* Communication présentée dans le cadre de l'ACFAS. Chicoutimi, Québec (Canada), le mardi 10 mai. [\[En ligne\]](#).

Turgeon, J., Gagnon, F., Bourgault, J., et Garant, S. (2005). *Politiques publiques et santé : les dilemmes de l'évaluation prospective*. Communication présentée dans le cadre du Colloque de l'Institut d'administration publique du Canada (IAPC), Régina (Canada), le lundi 29 août. [\[En ligne\]](#).

2.2 Communications sur invitation

Ouimet, M., Turgeon, J., et al. (2010). *Les préoccupations en matière de santé et de bien-être et l'utilisation des savoirs issus de la recherche universitaire chez les professionnels des ministères québécois*. Communication présentée dans le cadre du Réseau des répondants de l'article 54 de la Loi sur la santé publique. Québec (Qc), le mercredi 17 novembre.

Ouimet, M., Bédard, P-O., Turgeon, J., Lavis, J.N., Gélinau, F., Gagnon, F., et Dallaire, C. (2010). *Utilisation des résultats de recherche par les professionnels des ministères québécois : une étude transversale*. Communication présentée au Midi-Conférence du Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, (Qc), le jeudi 20 mai.

Brisson, G., et Gagnon, F. (2010). *Leurs controverses ne sont pas les nôtres : pourquoi? Comparaison France-Québec sur les risques environnementaux*. Communication présentée dans le cadre du 8^e Atelier de santé environnementale. Montréal (Canada), le mercredi 2 juin. [\[En ligne\]](#)

Gagnon, F. (2010). *Les politiques favorables à une saine alimentation. Le secret est-il dans la sauce?* Communication présentée dans le cadre des Journées annuelles de santé publique. Montréal (Canada), le jeudi 11 mars. [\[En ligne\]](#)

Gagnon, F. et St-Pierre, M. N. (2009). *L'évaluation d'impact sur la santé. Son application au domaine des transports*. Présentation dans le cadre de l'activité d'échanges et de réflexion en partenariat avec le MSSS et le MTQ. ENAP : Québec (Canada), le mercredi 23 septembre.

Bourgault, J., (2009). *La collaboration en santé publique*. Conférence présentée dans le cadre des Ateliers d'été du Centre de collaboration nationale sur les politiques publique de santé (CCN PPS), Mont-Ste-Anne, Québec (Canada), le mardi 7 juillet. [\[En ligne\]](#)

Ouimet, M., (2009). *Capacité d'absorption de la recherche scientifique chez les professionnels non cliniciens*. Conférence présentée dans le cadre des Ateliers d'été du Centre de collaboration nationale sur les politiques publique de santé (CCN PPS), Mont-Ste-Anne, Québec (Canada), le jeudi 9 juillet.

Gagnon, F. (2008). *Les politiques favorables à la santé. Enjeux et défis pour les acteurs de l'administration publique*. Communication présentée dans le cadre du Forum Information et échanges sur l'application de l'article 54 de la Loi sur la santé publique. Québec (Canada), le mercredi 30 avril. [\[En ligne\]](#)

Turgeon, J. (2008). *Pratiques et stratégies pour favoriser le développement des politiques favorables à la santé*. Communication présentée dans le cadre de l'activité d'échanges et de transfert des connaissances Les politiques favorables à la santé : comment y arriver? Perspectives canadienne et internationale. Château Laurier, Québec (Canada), le jeudi 21 février.

Gagnon, F. (2008). *Synthèse. L'EIS et le processus de développement de politiques publiques*. Atelier Agir sur les politiques publiques au niveau local pour réduire les inégalités, une mission possible, Rencontre francophone internationale sur les inégalités sociales, 12^e Journées annuelles de santé publique, Québec, le mardi 18 novembre.

Turgeon, J. (2008). *Des politiques basées sur des données probantes pour des décisions plus éclairées : réaction et analyse des cas*. Communication faite dans le cadre des Journées annuelles de la santé publique (JASP). Québec (Canada), le mercredi 19 novembre. [\[En ligne\]](#)

Gagnon, F. et J. Turgeon (2008). *L'adoption de politiques favorables à la santé pour le Québec. Bilan des activités 2004-2007 et programmation 2007-2010*. Présentation au Groupe sur les politiques publiques (INSPQ), Québec, le lundi 20 octobre.

Turgeon, J. (2007). *Les actions de la santé publique en matière de politiques favorables à la santé publique au Québec*. Communication présenté dans le cadre de l'AnÉis. Québec (Canada), 7 novembre.

Gagnon, F., Turgeon, J., et Gagné, D. (2007). *Les actions de la santé publique en matière de politiques favorables à la santé au Québec, de 1995 à 2005 – Perspectives centrales et régionales*. Communication présentée au Groupe de travail sur les politiques publiques de l'Institut national de la santé publique du Québec. Québec (Canada), mercredi le 30 mai.

Gagnon, F. (2007). L'article 54 de la Loi sur la santé publique (L.R.Q. Chapitre S-2.2). Déclaration présentée au *Sous-comité de la santé des populations du Sénat du Canada dans le cadre de L'étude sur les divers facteurs et situations qui contribuent à la santé de la population canadienne*. Ottawa, (Canada), mercredi le 5 décembre.

Turgeon, J. (2007). *Comment mettre plus de santé dans les politiques publiques? Le cas du Québec*. Communication présentée dans le cadre du III^e Forum International de l'École nationale de santé publique (ENSP). Rennes (France), mercredi le 14 mars 2007.

Gagnon, F. (2006). *Les politiques favorables à la santé. Peut-on faire mieux?* Communication présentée dans le cadre des Journées annuelles de santé publique. Montréal (Canada), le jeudi 26 octobre 2006. [\[En ligne\]](#).

Gagnon, F. (2006). *L'élaboration des politiques publiques : acteurs, processus et changement - Atelier 2 – Les interventions des acteurs de santé publique en matière de tabagisme: un modèle à suivre?* Atelier organisé dans le cadre des Journées annuelles de santé publique. Montréal (Canada), le jeudi 26 octobre 2006.

Turgeon, J. (2006). *Productions de la santé publique, politiques favorables à la santé et défis de l'évaluation d'impact*. Communication présentée dans le cadre des Journées annuelles de santé publique. Montréal (Canada), le jeudi 26 octobre 2006. [\[En ligne\]](#).

Turgeon, J., Gagnon, F., et D. Gagné (2005). Les engagements électoraux du Parti libéral du Québec en 2003 et les politiques en matière de santé et de services sociaux du gouvernement Charest. *Colloque sur les réalisations du gouvernement Charest*, Québec, les vendredi et samedi 9 et 10 décembre.

Turgeon, J. (2005). *Les défis à l'implantation d'un processus d'évaluation d'impact sur la santé dans les administrations publiques*. Communication prononcée au Centre d'analyse des politiques publiques (CAPP) de l'Université Laval. Québec (Canada), le jeudi 8 septembre 2005. [\[En ligne\]](#).

Turgeon, J. (2005). *L'adoption de politiques favorables à la santé pour le Québec*. Communication prononcée à l'École nationale de santé publique (ENSP). Rennes (France), le jeudi 17 mars. [\[En ligne\]](#).

ANNEXE 16

DEMANDES DE SUBVENTIONS ET COMMANDITES DE RECHERCHE

	Nom du projet	Organisme	Programme	Chercheur principal	Co-chercheurs	Collaborateurs	Période	Montant
Subventions obtenues	L'adoption de politiques publiques favorables à la santé pour le Québec	FQRSC	Action Concertée Concepts et méthodes pour l'analyse des actions gouvernementales pouvant avoir un impact sur la santé de la population	J. Turgeon F. Gagnon C. Dallaire	D. Blondeau J. Bourgault L. Demers L. Côté	J. Auger L. Richard	2004-2007	570 000\$
	L'adoption de politiques publiques favorables à la santé pour le Québec - Renouveau	FQRSC	Action Concertée Concepts et méthodes pour l'analyse des actions gouvernementales pouvant avoir un impact sur la santé de la population	J. Turgeon F. Gagnon C. Dallaire	D. Blondeau J. Bourgault L. Demers L. Côté M. Ouimet M. Lamari	J.-L. Denis É. Laroche L. Richard N. Touati	2007-2011	570 000\$
	Les politiques favorables à la santé : pour une perspective canadienne	Institut de la santé publique et des populations des IRSC	Échange de connaissances en santé publique est des populations	F. Gagnon	J. Turgeon, C. Dallaire	--	2007	19 700\$
Lettres d'intention retenues	Études des facteurs déterminants de l'adoption des politiques publiques favorables à la réduction des blessures intentionnelles et non intentionnelles.	Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)	Subvention d'équipe. Équipe stratégique en recherche appliquée sur les blessures (ESRAB)	J. Turgeon P. Maurice F. Gagnon	13	--	2008	10 000\$
	De la formulation à la mise en œuvre des politiques publiques: peut-on y mettre plus de santé?	FQRSC	Soutien aux équipes de recherche en partenariat avec l'INSPQ	F. Gagnon P. Bergeron	J. Turgeon C. Dallaire P. Maurice G. Brisson	L. Côté JL. Denis M. Lamari M. Ouimet N. Touati	2011-2015	617 279\$
	La politique sur le vélo et la planification des infrastructures cyclables: le rôle de la concertation	FQRSC	Action concertée programme de recherche en sécurité routière – FQRSC, SAAQ, FRSQ	J. Turgeon	F. Gagnon C. Dallaire S. Belley	M. Panneton M. Lavoie	2011-2014	148 305\$

Demandes en attente	De la formulation à la mise en œuvre des politiques publiques: peut-on y mettre plus de santé?	FQRSC	Soutien aux équipes de recherche en partenariat avec l'INSPQ	F. Gagnon P. Bergeron	J. Turgeon C. Dallaire P. Maurice G. Brisson	L. Côté JL. Denis M. Lamari M. Ouimet N. Touati	2011-2015	617 279\$
	La politique sur le vélo et la planification des infrastructures cyclables: le rôle de la concertation	FQRSC	Action concertée programme de recherche en sécurité routière – FQRSC, SAAQ, FRSQ	J. Turgeon	F. Gagnon S. Belley	M. Panneton M. Lavoie	2011-2014	148 305\$
Commandites de recherche	Les actions de la santé publique en matière de politiques favorables à la santé au Québec, de 1995 à 2005 – Perspectives centrales et régionales	Institut national de santé publique du Québec	N/S	F. Gagnon J. Turgeon	--	--	juin 2006 – janvier 2007	34 395\$
	Phase d'enquête préliminaire sur les risques sanitaires reliés à l'environnement faisant l'objet de débats publics en France et au Québec.	Agence française de sécurité sanitaire, de l'environnement et du travail (AFSSET)	N/S	G. Brisson	F. Gagnon J. Turgeon	--	2008-2009	177 000\$
Participation à d'autres demandes de subvention obtenues	Formation en recherche sur les interventions en santé publique : promotion, prévention et politiques publiques (4P) Institut de recherche en santé du Canada	IRSC	Subvention de fonctionnement	Gilles Paradis J. Turgeon et 9 autres	23, dont F. Gagnon	--	2009-2013	975 000\$
	La gestion publique au Canada mise en comparaison. 2008-2011	CRSH	Subvention ordinaire de recherche	L. Côté	8, dont J. Turgeon F. Gagnon	--	2008-2011	134 000\$
	Soutien à l'édition de la revue Télescope, Observatoire de l'administration publique de l'ENAP	FQRSC	Soutien aux revues de recherche et de transfert de connaissances	L. Côté	8 dont J. Turgeon	--	2005-2008	143 620\$

Lettres d'intention non-retenues	Utilisation des connaissances issues de la recherche scientifique : déterminants, trajectoires et leviers de synergie avec l'innovation sociale et les politiques publiques	FQRNT	Programme de recherche en partenariat contribuant à la réduction et à la séquestration des gaz à effet de serre	M. Lamari	J. Turgeon F. Gagnon É. Laroche	--	2009-2010	55 000\$
	Évaluations des impacts environnementaux, économiques sur la santé et le bien-être de la population de la présence de cyanobactéries au Québec	FQRSC	Évaluation des impacts des politiques publiques sur la santé et le bien-être des populations	J. Turgeon	F. Gagnon, R. Marceau	C. Beauregard	2008-2010	142 500\$
Subventions non-obtenues	Centre de recherche sur les politiques publiques	FQRSC	Regroupement stratégique	F. Pétry	18, dont J. Turgeon F. Gagnon	--	2008-2011	315 000\$
	Les impacts des politiques publiques sur la santé	CRSH	Initiative de développement de la recherche	F. Gagnon	J. Turgeon C. Dallaire	--	2005-2007	39 700\$
	Le développement de nouvelles approches en vue de coordonner les évaluations prospectives d'impact lors de la formulation des politiques publiques	CRSH	Initiative de développement de la recherche	F. Gagnon	J. Turgeon	--	2007-2009	25 105\$
	L'adaptation aux répercussions du changement climatique sur la santé : étude du rôle des acteurs de santé publique dans le processus décisionnel	Santé Canada	Programme de recherche sur les politiques en matière de santé *programme aboli avant l'annonce des résultats	J. Turgeon	F. Gagnon, C. Dallaire	Pierre Gosselin	2006-2008	159 408\$
	Constitution d'une équipe multidisciplinaire et intersectorielle de chercheurs-évaluateurs sur la problématique de l'obésité	Institut de la nutrition, du métabolisme et du diabète des IRSC	Subvention de planification et de développement	J. Laguë	Y. G. Jalbert, J. Turgeon, F. Gagnon, C. Dallaire	--	2006	100 000\$
	Le développement de politiques favorables à l'acquisition et au maintien de saines habitudes de vie : recherche évaluative des effets du programme de réadaptation des maladies chroniques « Traité Santé » sur les comportements et la santé	FQRSC	Le développement de politiques favorables à l'acquisition et au maintien de saines habitudes de vie	R. Marceau, F. Gagnon, C. Dallaire, G. Godin	--	--	2006-2008	130 000\$
	Études des facteurs déterminants de l'adoption des politiques publiques favorables à la réduction des blessures intentionnelles et non intentionnelles.	IRSC		J. Turgeon	P. Maurice F. Gagnon	13	2009	2 345 000\$ Subventionnable, non subventionnée

ANNEXE 17

ENCADREMENT D'ASSISTANTS DE RECHERCHE

Nom	Cycle	Domaine d'étude	Université d'enseignement	Mandat(s) réalisés(s)	Projet (P)	Année	Encadré par
David Talbot	2 ^e	Analyse et développement des organisations	ENAP	Recension des écrits sur le modèle théorique ; Préparation du devis de recherche des études de cas rétrospectives ; Réalisation de deux études de cas au MDDEP ; Présentation à l'Acfas des résultats préliminaires d'une étude de cas ;	P2 P3	2005 2005	J. Turgeon
	3 ^e	Management	Université Laval	Présentation à l' <i>International Association for Impact Assessment (IAIA)</i> de l'étude de cas sur la gestion des pesticides (Suisse) ; Réalisation de l'affiche sur le développement durable présenté à l'IAIA (Suisse) ; Collaboration à l'affiche portant sur les clauses d'impact présentée à l'Union Internationale pour la Promotion et l'Éducation en Santé (UIPES) ; Réalisation d'analyses statistiques et collaboration au rapport.	P3 P3 P3 P5.2 P9	2005 2006 2010 2010 2010-11	F. Gagnon J. Turgeon
Mathieu Masse-Jolicoeur	2 ^e	Science politique	UQAM	Recension des écrits sur la gestion horizontale; Présentation à l'Acfas des résultats de la recension des écrits.	P2 P2	2005 2005	J. Bourgault
Sophie Garant	2 ^e	Santé communautaire	Université Laval	Recension des écrits sur le transfert de politiques et l'évaluation prospective des politiques publiques ;	P2	2005	J. Turgeon
				Réalisation d'une étude de cas rétrospective au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale ;	P3	2005	F. Gagnon
				Collaboration à la rédaction de l'article <i>Politiques publiques et santé : les dilemmes de l'évaluation prospective</i> publié dans <i>Administration publique du Canada</i> ;	P2	2005	J. Turgeon et F. Gagnon
				Collaboration à la préparation de la communication <i>Les dilemmes politiques et organisationnels de l'évaluation prospective en santé</i> .	P2	2005	J. Turgeon et F. Gagnon
Véronique Turcotte	2 ^e	Santé communautaire	Université Laval	Recension des écrits sur l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) ;	P2 P3	2005 2005	F. Gagnon
				Réalisation de deux études de cas rétrospectives au MTQ ;	P3	2006	
				Rédaction de documents de diffusion tirés des recensions des écrits ;			
				Présentation à l'Acfas des résultats préliminaires d'une étude de cas ;	P3 P3	2006 2006	
				Rédaction de résumés tirés des études de cas.			

Émilie Dionne	2 ^e	Santé communautaire	Université Laval	Recension des écrits (P2) sur le transfert de connaissances ; Rédaction de documents de diffusion tirés de la recension des écrits ; Participation à la rédaction d'un article sur le transfert des connaissances.	P2 P2 P2	2006 2006 2007	C. Dallaire
Stéphane Tremblay	2 ^e	Analyse des politiques	Université Laval	Rédaction d'un document de diffusion sur l'ÉIS ; Rédaction d'un document de diffusion sur le transfert de politique ; Réalisation de la veille sur les publications et événements en matière d'ÉIS.	P2 P2 P2	2007 2007 2007	F. Gagnon J. Turgeon F. Gagnon
Simon Dupuis	2 ^e	Science politique	UQAM	Cueillette de données, réalisation d'entrevues et rédaction préliminaire du rapport pour le projet sur les conditions de succès des dispositifs interministériels.	P6	2007	J. Bourgault
Éric Sévigny	2 ^e	Administration publique	ENAP	Collaboration à l'analyse transversale intra-ministère ; Réalisation de la veille sur les publications et événements en matière d'ÉIS ; Réalisation d'une recension des écrits sur les instruments et dispositifs de gouverne.	P3 P2 P2	2007-08 2008 2008	J. Turgeon F. Gagnon F. Gagnon
Xavier Daignault-Simard	2 ^e	Relations internationales	Université Laval	Réalisation d'une recension des écrits sur la participation citoyenne ; Rédaction d'un document de diffusion sur l'ÉIS et la participation citoyenne.	P2.2 P2.2	2008	F. Gagnon
Marie-Laure Tremblay	2 ^e	Anthropologie	Université Laval	Recension des écrits sur le thème de la recherche collaborative ; Collaboration au développement du cahier virtuel de références.	P1 P8	2009 2009	F. Gagnon
Claudia Larochelle	2 ^e	Aménagement du territoire	Université Laval	Réalisation d'une recension des écrits et d'un rapport de recherche sur l'évaluation prospective d'impact.	P5.2	2009	J. Turgeon
Émilie Savard	2 ^e	Management	Université Laval	Réalisation d'une revue de littérature sur les mécanismes de transfert de connaissances en matière de PFS ; Collaboration à l'identification de la population cible et à la conception d'un questionnaire.	P10.2 P10.2	2010 2010	É. Laroche F. Gagnon
Julien Sirois	2 ^e	Science politique	Université Laval	Collaboration au développement d'une base empirique de PFS ; Collaboration à des recensions des écrits sur les thèmes de la mise en œuvre des politiques publiques et des politiques locales dans le cadre de la demande de subvention au FQRSC ; Recension des écrits pour le projet Adaptation des stratégies de partage et d'utilisation des connaissances selon les contextes et les retombées attendues.	P8 -- --	2010-11 2010 2010	F. Gagnon

Jeanne Lamy-Belzil	2 ^e	Affaires publiques	Université Laval	Réalisation du questionnaire et cueillette de données pour le projet sur l'efficacité des bulletins de veille électronique.	P10.2	2010	M. Lamari
Florence Deshayes	2 ^e	Administration publique	ENAP	Analyse des données et rédaction d'un rapport préliminaire.	P10.2	2011	M. Lamari
Joël Gauthier	3 ^e	Analyse et management des politiques publiques	ENAP	Réalisation d'une étude de cas rétrospective au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale ; Présentation à l'Acfas des résultats préliminaires d'une étude de cas.	P3 P3	2005 2006	J. Turgeon
Karine Aubin	3 ^e	Santé communautaire	Université Laval	Recension des écrits sur les enjeux éthiques ; Collaboration à la rédaction d'un article scientifique sur le transfert de connaissances. Présentation aux JASP de l'affiche Adopter des politiques saines : les résultats probants? ; Collaboration à la rédaction de l'article Mettre plus de santé dans les politiques publiques : enjeux éthiques.	P2 P2 ? P?	2007 2009 2009 2010	D. Blondeau C. Dallaire C. Dallaire D. Blondeau et F. Gagnon
Marie Paumier	3 ^e	Anthropologie	Université Laval	Traitement et analyse préliminaire des données d'entrevues ; Collaboration à l'organisation du colloque-atelier de l'Acfas.	P4	2007-08 2008	F. Gagnon
Pierre-Olivier Bédard	2 ^e 3 ^e	Science politique Science politique	Université Laval Université Laval	Collaboration à l'élaboration du questionnaire ; Coordination du processus de collecte des données ; Réalisation et analyse des données du pré-test ; Rédaction d'un rapport présentant les résultats du pré-test ; Participation à l'analyse des résultats.	P9 P9 P9 P9 P9	2008 2008 2008 2008 2009	M. Ouimet
Ousmane Fall	3 ^e	??	ENAP	Réalisation d'une revue de littérature sur l'intégration des évaluations d'impact intégrées et mise à jour des banques de données.	P5.2	2008- 2009	J. Turgeon
Thomas Gulian	3 ^e	Science politique	Université de Montréal	Recension des écrits sur la gestion corporative.	P7.2	2009	J. Bourgault
Maryse Tremblay	3 ^e	Sciences sociales et politiques	Université de Lausanne	Finalisation d'une revue de littérature sur la gestion corporative; Collaboration à la rédaction du rapport sur la gestion corporative; Collaboration à la réalisation d'entrevues en Finlande ; Analyse des entrevues et collaboration à la rédaction du rapport.	P7.2	2010 2010 2010 2011	J. Bourgault et J. Turgeon

ANNEXE 18

DIRECTION ET ENCADREMENT D'ÉTUDIANTS ET DE STAGIAIRES

Nom de l'étudiant	Titre	Programme	Diplôme obtenu	Université d'enseignement	Année d'obtention	Directeur
Direction						
Annie Goupil	<i>Évaluation de l'Antre-Classes dans 4 écoles secondaires de la région de Québec???</i>	Évaluation de programme	M.Sc.	ENAP	2011	J. Turgeon
Caroline Voisin	<i>Données probantes et démocratie dans les évaluations d'impact sur la santé: du national au local. Activité de synthèse (6 crédits).</i>	Santé communautaire	M.Sc.	Université Laval	2009	F. Gagnon
Sonia Dugal	<i>La mobilisation régionale et locale sur les saines habitudes de vie, le poids et la santé de la région de la Capitale-nationale : analyse critique. Activité de synthèse (6 crédits).</i>	Santé communautaire	M.Sc.	Université Laval	2008	F. Gagnon
David Talbot	<i>Le règlement sur la qualité de l'eau potable comme enjeu de santé publique : le point de vue d'acteurs</i>	Analyse et développement des organisations	M.Sc.	ENAP	2008	J. Turgeon
Simon Dupuis	<i>Analyse du rôle des médias au sein du processus décisionnel</i>	Science politique	M.Sc.	UQAM	2007	J. Bourgault
Joël Gauthier	<i>La dynamique d'évolution des politiques d'aide sociale au Québec : confrontation des systèmes de croyances et apprentissages collectifs</i>	Analyse et management des politiques publiques	Ph.D.	ENAP	2006	J. Turgeon
Françoise Jabot	<i>La fonction de l'évaluation dans le secteur de la santé en France</i>	Médecine et biologie	Ph.D.	Université Henri Poincaré-Nancy 1	Obtention prévue : 2014	J. Turgeon F. Alla (Université Henri Poincaré-Nancy 1)
Pierre-Olivier Bédard	<i>Utilisation de la recherche scientifique au sein de l'administration publique (titre provisoire)</i>	Science politique	Ph.D.	Université Laval	Août 2012	M. Ouimet

Co-direction

David Talbot		Management	Ph.D.	Université Laval		J. Turgeon
Éric Breton	<i>Conditions et dynamiques de transformation de politiques publiques en matière de santé: une analyse du rôle des organisations du réseau gouvernemental de santé publique dans l'adoption de la loi sur le tabac au Québec.</i>	Santé publique	Ph.D.	Université de Montréal	2005	F. Gagnon

Examineurs externes

Michael Eshiemokhai	<i>Understanding the Implementation of antiretroviral policy in Sub-Sahara Africa (SSA) : A case study of Nigeria.</i>	Santé publique	Ph.D	Université de Montréal	2011	F. Gagnon
Hugues Juillerat	<i>Évaluation d'impact sur la santé (EIS) de l'usage des produits phytosanitaires dans l'agriculture genevoise</i>	Santé communautaire	M.Sc.	Université Laval	2010	F. Gagnon
Olivier Gbénamblo Sossa	<i>La programmation régionale des services ambulatoires : une avenue dans la responsabilisation populationnelle des soins de santé</i>	Santé publique	Ph.D.	Université de Montréal	2009	J. Turgeon
Mauricio Robert Campelo De Macedo	<i>Décentralisation et allocation des ressources : les détours de la municipalisation du système de santé au Brésil</i>	Santé publique	Ph.D.	Université de Montréal	2006	J. Turgeon

Supervision

Sophie Garant	<i>Cours de lectures dirigées sur les politiques favorables à la santé</i>	Santé communautaire		Université Laval	2005	F. Gagon
---------------	--	---------------------	--	------------------	------	----------

Stagiaires

Alain-Évariste Somé,	<i>Réalisation de deux études de cas rétrospectives au sein d'un ministère du Québec</i>	Évaluation de programmes	M.A	ENAP	2005	J. Turgeon
Rémi Fauquembergue,	<i>Le système de santé québécois, face aux défis d'un financement en tension.</i>	Élève-Directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social	DSSS	École des hautes études en santé publique, France	2010	J. Turgeon
Laurent Slupik	<i>Une analyse des causes des accidents impliquant un véhicule lourd au Québec et des actions adoptées ailleurs en vue de leur diminution</i>	Évaluation de programmes	M.A	ENAP	2011	J. Turgeon

ANNEXE 19
BOURSIERS

Nom de l'étudiant	Titre de la thèse	Programme	Université d'enseignement	Diplôme
Marie-Joëlle Gervais	<i>Utilisation des connaissances issues de la recherche dans le domaine des sciences humaine et sociales.</i>	Doctorat recherche/intervention en psychologie	UQAM	Ph.D
Jason Berhman	<i>Utilisation de principes d'éthique dans le développement de politiques en santé publique reliées au traitement des allergies</i>	Bioéthique	Université de Montréal	Ph.D
Jessica Amyot	<i>Les actions intersectorielles locales dans le domaine du développement social : études de cas d'actions dans l'arrondissement de Lachine de la ville de Montréal et dans le quartier Chomedey de Laval</i>	Administration publique en théorie des organisations et management public	ENAP	Ph.D
Jose Carlos S. Herrera	<i>Dynamiques transnationales et gouvernance participative de réseaux innovateurs de santé et de services sociaux</i>	Santé publique	Université de Montréal	Post-doctorat




GĒPPS

Groupe d'étude sur
les politiques publiques
et la santé

www.gepps.enap.ca