

# ENQUÊTE SUR LES PRÉOCCUPATIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE CHEZ LES PROFESSIONNELLS DU GOUVERNEMENT DU QUÉBEC

## *Rapport de recherche*

Jean Turgeon, Ph. D.<sup>1,2</sup>

Mélanie Michaud, M. Sc.<sup>1,2</sup>

David Talbot, M. Sc.<sup>3</sup>, Ph. D. (cand.)

France Gagnon, Ph. D.<sup>4,2</sup>

Mathieu Ouimet, Ph. D.<sup>5,2</sup>

Pierre-Olivier Bédard, M.A., Ph. D. (cand.)<sup>5</sup>

*Février 2012*

1. École nationale d'administration publique 2. Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé 3. Faculté des sciences de l'administration, Université Laval 4. Télé-Université, Université du Québec à Montréal 5. Département de science politique, Université Laval



**GÉPPS**

Groupe d'étude sur  
les politiques publiques  
et la santé

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 n° 2005-SP-95622.

Dépôt légal  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012  
Bibliothèque et Archives Canada, 2012  
ISBN 978-2-923856-53-7 (version imprimée)  
ISBN 978-2-923856-54-4 (PDF)

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

---

## TABLE DES MATIERES

Listes des tableaux et figures .....	iii
Liste des acronymes .....	v
Sommaire .....	1
Introduction .....	3
1. La prise en compte de la santé au sein de l'administration publique.....	5
2. Méthodologie .....	7
3. Résultats .....	11
3.1 Les déterminants de la santé et leur rôle dans l'élaboration des politiques publiques .....	11
3.1.1 Niveau d'information sur les déterminants de la santé.....	11
3.1.2 Rôle des déterminants de la santé dans l'élaboration de politiques publiques .....	14
3.1.3 Responsabilités en matière de santé publique .....	19
3.2 Connaissance et consultation des EIS .....	21
3.2.1 Connaissance et utilité des EIS.....	21
3.2.2 Consultation des EIS .....	22
Conclusion.....	29
Références bibliographiques .....	31
Annexe : Définition des concepts .....	33



---

## LISTES DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1	: Catégorie et titre d'emploi des professionnels considérés par l'étude.....	7
Tableau 2	: Ministères inclus et exclus .....	8
Tableau 3	: Information sur les déterminants de la santé par ministère.....	12
Tableau 4	: Information sur les principaux déterminants de la santé des populations selon le niveau de scolarité et le domaine de formation .....	12
Tableau 5	: Consultation de rapports de santé publique par ministère .....	13
Tableau 6	: Consultation des rapports de santé publique selon le niveau de scolarité et le domaine de formation .....	14
Tableau 7	: Prise en considération de la santé et de ses déterminants dans le processus d'élaboration des politiques selon les ministères.....	15
Tableau 8	: Conception des déterminants de la santé selon le niveau de scolarité et le domaine de formation .....	16
Tableau 9	: Prospérité économique comme priorité gouvernementale selon le domaine de formation.....	17
Tableau 10	: Prise en considération de la santé dans la rédaction des documents gouvernementaux selon les ministères.....	17
Tableau 11	: Prise en considération de la santé dans la rédaction des documents gouvernementaux selon le niveau de scolarité et le domaine de formation .....	18
Tableau 12	: Rôles et responsabilités en matière de santé publique selon les ministères.....	19
Tableau 13	: Le MSSS comme responsable des mesures gouvernementales en matière de santé selon le niveau de scolarité et le domaine de formation.....	20
Tableau 14	: Mise en place de nouveaux mécanismes interministériels selon le domaine de formation.....	20
Tableau 15	: Connaissance de l'article 54 et utilisation de l'EIS selon les ministères.....	22
Tableau 16	: Modèle de régression logistique (logit) .....	25
Tableau 17	: Effet sur les probabilités prédites ( $y=1$ ) des variables statistiquement significatives lorsque celles-ci varient du minimum au maximum (0-1). .....	28
Figure 1	: Information sur les principaux déterminants de la santé .....	11
Figure 2	: Consultation de rapports de santé publique (en %) .....	13



---

## LISTE DES ACRONYMES<sup>1</sup>

MAMROT:	Ministère des Affaires municipales des Régions et de l'occupation du territoire
MAPAQ	: Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation
MCE	: Ministère du Conseil exécutif
MDDEP	: Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs
MDEIE	: Ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation
MELS	: Ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport
MESS	: Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
MFA	: Ministère de la Famille et des Aînés
MF	: Ministère des Finances
MICC	: Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles
MJ	: Ministère de Justice
M/O	: Ministères et organismes du gouvernement du Québec
MRNF	: Ministère des Ressources naturelles et de la Faune
MSSS	: Ministère de la Santé et des Services sociaux
SCE	: Secrétariat du Conseil du Trésor
MSP	: Ministère de la Sécurité publique
MTQ	: Ministère des Transports

---

<sup>1</sup> Appellation des ministères en date de la réalisation de l'enquête téléphonique.





---

## SOMMAIRE

La santé de la population est influencée par divers facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux qui sont extérieurs au système de soins (Rapport Lalonde, 1974, Charte d'Ottawa, 1986, WHO, 2010). Diverses initiatives ont été entreprises au cours des trente dernières années afin de développer des politiques publiques favorables à la santé comme stratégie pour promouvoir la santé des populations. De plus en plus de gouvernements se préoccupent de l'impact de leurs actions sur les politiques publiques qui contribuent à modifier l'environnement socio-économique qui influence les habitudes de vie des populations. C'est dans la perspective d'intégrer les préoccupations relatives à la santé des populations que les évaluations d'impact sur la santé (EIS) sont de plus en plus considérées par les décideurs comme un outil d'aide à la décision (Kemmerling, 2008). Elles traduisent la volonté des administrations publiques d'évaluer les effets de leurs politiques et ainsi d'améliorer la santé des populations. Au Québec, l'article 54 de la Loi sur la santé publique entré en vigueur en juin 2002, oblige les ministères à tenir compte des impacts potentiels de leurs actions sur la santé de la population. L'un des enjeux de la mise en œuvre de cet article concerne la sensibilisation des décideurs aux déterminants de la santé.

Ce rapport présente les résultats du deuxième volet d'une vaste enquête téléphonique sur les préoccupations en matière de santé et de bien-être et l'utilisation des savoirs issus de la recherche chez les professionnels de ministères québécois. Elle a été réalisée entre les mois de septembre et novembre 2008 auprès de professionnels œuvrant dans 17 ministères québécois sur le thème de l'utilisation des savoirs issus de la recherche universitaire ( $n = 1614$ ; taux de réponse = 62,48 %). Les objectifs spécifiques du présent rapport sont : 1) d'apprécier le degré de connaissances qu'ont les professionnels des déterminants de la santé et leur influence dans le processus décisionnel; 2) d'examiner le degré de familiarité des professionnels avec l'évaluation d'impact des politiques sur la santé des populations; 3) d'identifier les facteurs explicatifs de la consultation des EIS chez les professionnels interrogés.

Les résultats concernant la sensibilisation des professionnels aux déterminants de la santé dans le processus d'élaboration des politiques publiques sont semblables en plusieurs points à des études réalisés précédemment sur le même sujet, comme par exemple la connaissance assez répandue des déterminants de la santé chez les professionnels interrogés. Les résultats de l'enquête permettent de dire aussi que les déterminants de la santé pourraient être davantage pris en compte dans l'élaboration des politiques publiques et ce dans différents ministères. De plus, la majorité des répondants considèrent que la responsabilité en matière de mesures gouvernementales pour améliorer la santé des Québécois devrait demeurer entre les mains du MSSS et que de nouveaux mécanismes interministériels sont nécessaires afin de considérer l'impact sur la santé des populations des politiques formulées dans leur domaine d'activités. Les résultats, tout comme ceux de plusieurs études réalisées antérieurement, tendent également à confirmer que la perception des responsabilités en matière de santé publique est reliée à la vocation des ministères.

Un modèle de régression logistique a permis de découvrir que les raisons qui influencent les professionnels à consulter des EIS sont le niveau d'information sur les déterminants de la santé, leur influence sur l'élaboration de politiques publiques dans un domaine d'activités, la connaissance de l'article 54, considérer que les responsabilités en matière de mesures gouvernementales pour améliorer la santé devraient transcender le MSSS, l'utilité de la recherche universitaire et l'interaction avec l'INSPQ.



---

## Introduction

Il est maintenant reconnu que la santé de la population est influencée par divers facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux qui sont extérieurs au système de soins. Le rapport Lalonde, publié en 1974, a contribué à mettre au jour l'existence des déterminants de la santé. Depuis, l'intérêt pour la promotion de la santé et les politiques publiques saines n'a cessé de croître. Il suffit de penser à la Charte d'Ottawa (1986) et plus récemment à la déclaration d'Adélaïde sur la santé dans toutes les politiques (WHO, 2010) qui envisagent le développement de politiques publiques favorables à la santé comme une stratégie pour promouvoir la santé des populations. Ainsi, diverses initiatives ont été entreprises dans différents pays afin de prendre en compte les incidences des actions des gouvernements sur la santé des populations. C'est notamment dans la perspective d'intégrer les préoccupations relatives à la santé des populations que les évaluations d'impact sur la santé (EIS) sont de plus en plus considérées par les décideurs comme un outil d'aide à la décision (Kemmer, 2008). Les EIS traduisent la volonté des administrations publiques d'évaluer les effets de leurs politiques et ainsi d'améliorer la santé des populations.

Au Québec, l'article 54 de la Loi sur la santé publique<sup>2</sup> entré en vigueur en juin 2002, oblige les ministères à tenir compte des impacts potentiels de leurs actions sur la santé de la population. L'un des enjeux de la mise en œuvre de cet article concerne la sensibilisation des décideurs aux déterminants de la santé.

Ce rapport présente les résultats du deuxième volet<sup>3</sup> d'une vaste enquête téléphonique sur les préoccupations en matière de santé et de bien-être et l'utilisation des savoirs issus de la recherche chez les professionnels de ministères québécois. Elle a été réalisée entre les mois de septembre et novembre 2008 auprès de professionnels œuvrant dans 17 ministères québécois sur le thème de l'utilisation des savoirs issus de la recherche universitaire ( $n = 1614$ ; taux de réponse = 62,48 %).

Les objectifs spécifiques du présent rapport sont : 1) apprécier le degré de connaissances qu'ont les professionnels des déterminants de la santé et leur influence dans le processus décisionnel; 2) examiner le degré de familiarité des professionnels avec l'évaluation d'impact des politiques sur la santé des populations; 3) identifier les facteurs explicatifs de la consultation des EIS chez les professionnels interrogés.

Dans un premier temps, nous exposerons la problématique et la méthodologie. Ensuite, la synthèse des résultats sera présentée puis discutée. Les définitions des principaux concepts utilisés dans ce rapport, soit les déterminants de la santé, les politiques favorables à la santé et l'évaluation d'impact sur la santé, sont présentées en annexe.

---

<sup>2</sup> Cet article prévoit que « le ministre est le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population. À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population. »

<sup>3</sup> Le premier volet traite de l'utilisation de la recherche par les professionnels : Ouimet, M., Bédard, P.-O., Turgeon, J., Lavis, J.N., Gélinau, F., Gagnon, F. and Dallaire, C. (2010). « Correlates of consulting research evidence among policy analysts in government ministries: a cross-sectional survey ». *Evidence & Policy* 6(4) : 433-60.



---

## 1. La prise en compte de la santé au sein de l'administration publique

Il est reconnu que les conditions socio-économiques et environnementales ont un impact aussi, sinon, plus important sur la santé et le bien-être des populations que les soins et services de santé. De même, les politiques publiques des secteurs autres que celui de la santé, tels que le transport, le logement ou l'éducation, par exemple, influencent les habitudes de vie ou l'environnement, deux déterminants de la santé. Malgré cela, il semble que « plusieurs responsables impliqués dans l'élaboration de politiques gouvernementales (...) ne prêtent pas suffisamment attention aux incidences de leurs décisions sur la santé (...) » (Mindell et *al.* 2010, p.108).

Des études traitant de la sensibilité aux déterminants sociaux de fonctionnaires et gestionnaires ont déjà été réalisées. En 2000, Lavis et ses collègues ont réalisé un sondage auprès des fonctionnaires canadiens des ministères du travail, des finances, des services sociaux et de la santé. Leurs résultats ont démontré que 65% des fonctionnaires interrogés ont déclaré que les déterminants de la santé avaient déjà influencé la mise en œuvre de politiques au sein de leur secteur d'activité et la plupart (83%) ont exprimé le besoin d'avoir davantage d'information sur les conséquences des actions de leur ministère sur la santé (Lavis et *al.* 2003). Il est également ressorti de cette étude que les fonctionnaires des ministères des finances et du travail sont moins portés que leurs homologues des secteurs de la santé et des services sociaux à tenter d'agir dans le but d'améliorer la santé de la population. Les fonctionnaires du ministère des finances sont les moins convaincus de la nécessité de considérer les déterminants de la santé lors des interventions gouvernementales (Lavis et *al.* 2003).

Cette étude a été reprise en 2003 par des chercheurs de la Nouvelle-Zélande. Certains résultats sont similaires à ceux de l'étude canadienne (Gault et *al.* 2006). En effet, il appert que plus de la moitié, soit 59% de tous les répondants étaient familiers avec les déterminants de la santé, comparativement à 58% pour les fonctionnaires canadiens. De plus, 80% des fonctionnaires néo-zélandais et 85% des fonctionnaires canadiens croient que les déterminants de la santé devraient être pris en compte dans l'élaboration des politiques publiques.

Les résultats d'une autre étude, menée cette fois au Québec en 2003 par l'Observatoire de l'administration publique (OAP) sur l'application de l'article 54 dans 25 ministères et organismes (M/O), corroborent ceux de Lavis et *al.* (2003). L'OAP en est arrivé au constat que la perception et la compréhension de l'article 54 peuvent être reliées à la vocation des ministères et organismes (vocation économique, culturelle et sociale) (OAP, 2003, p.6). La préoccupation pour la santé de la population est omniprésente chez les M/O à vocation sociale, tels le ministère de l'Éducation ou celui de la Famille et de l'Enfance. Par contre, la réaction première des ministères à vocation économique est différente, la réponse de ceux-ci étant qu'en général leurs activités n'ont aucune incidence sur la santé et le bien-être de la population (OAP, 2003, pp. 14-15).

En ce qui concerne l'utilisation des EIS comme moyen d'intégrer la santé dans le processus décisionnel, Davenport et *al.* (2006) mettent l'accent sur l'importance de prendre en considération l'environnement politico-administratif dans lequel s'insère l'EIS afin de comprendre les limites de son utilisation. Selon ces auteurs, trois facteurs influencent positivement l'utilisation de l'EIS lors du processus décisionnel : les décideurs doivent être impliqués dans la réalisation de l'EIS; il doit y avoir un engagement organisationnel; et la présence de cadres légaux vient fournir une légitimité à l'EIS (Davenport et *al.* 2006).

---

Une étude menée par Ahmad et son équipe auprès de décideurs du nord-est de l'Angleterre a permis d'identifier et de comprendre les facteurs organisationnels qui encouragent ou limitent l'utilisation de l'EIS dans le processus décisionnel (Ahmad et *al.* 2008). Les chercheurs en sont effectivement arrivés à trois constats principaux. Le premier concerne la création d'un poste à un niveau stratégique qui permettrait d'accroître le leadership pour guider et encourager la pratique de l'EIS dans les organisations. Deuxièmement, la plupart des répondants ont souligné l'importance de l'appropriation de l'EIS par les structures existantes. Troisièmement, afin de rendre l'EIS réalisable et efficace, il importe que les organisations collaborent entre elles en partageant l'information et en coordonnant leurs actions. L'étude d'Ahmad et *al.* a aussi démontré que la santé est parfois définie en terme biomédical et que sa responsabilité est perçue comme relevant du seul ministère de la Santé (Ahmad et *al.* 2008). Le manque de compréhension des secteurs entre eux représente également un frein à la collaboration intersectorielle, essentielle à l'intégration de l'EIS dans la pratique gouvernementale (*idem*).

Au Québec, l'EIS est l'outil privilégié pour mettre en œuvre l'article 54 (MSSS, 2006). Trois moyens ont été retenus afin de mettre en place le mécanisme intragouvernemental d'EIS permettant aux M/O de tenir compte de la santé et du bien-être lors de l'élaboration des lois et règlements. Il s'agit de la création d'un réseau de répondants ministériels, de la production et diffusion d'outils et de l'insertion de l'EIS dans le processus décisionnel et le traitement des demandes par le MSSS. Après cinq années d'application, le bilan conclut que la stratégie initiale est toujours pertinente (MSSS, 2006).

Afin d'avoir une meilleure compréhension de la réalité de l'administration publique québécoise, nous avons cherché à mieux documenter la connaissance qu'ont les professionnels du gouvernement du Québec de l'EIS et leur perception sur la prise en compte de la santé dans le processus de politiques publiques. Cela permet ainsi d'avoir un portrait réaliste de la situation actuelle au Québec et aucune des études antérieures n'a été menée sur un aussi grand échantillon de professionnels.

---

## 2. Méthodologie<sup>4</sup>

### Population cible

La population ciblée est composée de fonctionnaires appartenant à 12 groupes professionnels travaillant dans des ministères québécois. Les catégories et titres d'emploi des professionnels considérés par l'étude sont présentés au Tableau 1.

**Tableau 1 : Catégorie et titre d'emploi des professionnels considérés par l'étude**

Catégorie d'emploi	Titre d'emploi	N (%)
102	Agente ou agent de développement industriel	80 (4,96)
105	Agente ou agent de recherche et de planification socioéconomique	1008 (62,45)
106	Agronome	79 (4,89)
109	Architecte	10 (0,62)
113	Biologiste	78 (4,83)
115	Avocate ou avocat ou notaire	85 (5,27)
119	Ingénieure ou ingénieur forestier	50 (3,10)
120	Médecin	3 (0,19)
121	Médecin vétérinaire	14 (0,87)
123	Spécialiste en sciences de l'éducation	64 (3,97)
124	Spécialiste en sciences physiques	137 (8,49)
129	Actuaire	6 (0,37)

La population initialement visée était répartie dans 18 des 22 ministères du gouvernement du Québec, tel que présenté au Tableau 2. Quelques ministères ont été exclus parce qu'apparaissant moins pertinents eu égard aux objectifs de la présente étude : ministère du Tourisme, ministère des Relations internationales, ministère du Revenu et ministère des Services gouvernementaux.

---

<sup>4</sup> Cette étude a été approuvée le 10 juin 2008 par le Comité d'éthique de la recherche de l'École nationale d'administration publique (CÉR- ENAP-2008-12).

**Tableau 2 : Ministères inclus et exclus**

<b>Inclus dans l'étude (17)</b>	<b>N (%)</b>
Affaires municipales, Régions et Occupation du territoire (MAMROT)	61 (3,78)
Agriculture, Pêcheries et Alimentation (MAPAQ)	227 (14,06)
Conseil exécutif (MCE)	42 (2,60)
Culture, Communications et Condition féminine (CCCF)	53 (3,28)
Développement durable, Environnement et Parcs (MDDEP)	175 (10,84)
Développement économique, Innovation et Exportation (MDEIE)	105 (6,51)
Éducation, Loisir et Sport (MELS)	109 (6,75)
Emploi et Solidarité sociale (MESS)	111 (6,88)
Famille et Aînés (MFA)	64 (3,97)
Finances (MF)	84 (5,20)
Immigration et Communautés culturelles (MICC)	50 (3,10)
Justice (MJ)	82 (5,08)
Ressources naturelles et Faune (MRNF)	146 (9,05)
Santé et Services sociaux (MSSS)	100 (6,20)
Secrétariat du Conseil du Trésor (SCE)	31 (1,92)
Sécurité publique (MSP)	113 (7,00)
Transports (MTQ)	61 (3,78)
<b>Total</b>	<b>1614 (100)</b>
<b>Inclus dans l'étude, exclus des analyses (1) : Travail</b>	<b>3</b>
<b>Exclus de l'étude (4) : Relations internationales, Revenu Québec, Services gouvernementaux et Tourisme</b>	

### Collecte de données

Une banque de données contenant des informations nominatives a été constituée en collaboration avec le Secrétariat du Conseil du Trésor et le ministère des Services gouvernementaux. Cette banque de données contenait les informations suivantes pour 5247 individus : nom, prénom, code professionnel, ministère d'affiliation et numéro de téléphone au bureau. S'agissant d'une enquête téléphonique, une recherche manuelle a été effectuée pour identifier les numéros manquants ou inexacts en recourant au répertoire téléphonique du personnel de la fonction publique ou en contactant les directions des ressources humaines lorsque nécessaire.

### Questionnaire

Un questionnaire a été élaboré par l'équipe de recherche en se référant à des études antérieures, notamment celles de Landry et *al.* (2003) et Lavis et *al.* (2003). Le questionnaire focalise sur les déterminants de la santé et l'impact de l'action gouvernementale sur la santé de la population et ses déterminants. Ce sont ces résultats qui sont rapportés dans ce document. Un autre volet de ce questionnaire porte sur l'utilisation de différentes sources d'information, le niveau de familiarisation avec certains types de d'études (ex. essais randomisés, revues systématiques, etc.) et les méthodes d'acquisition de l'information. Les résultats de ce volet sont présentés dans le rapport



---

de Ouimet et *al.*, (2011). Finalement, la troisième partie du questionnaire avait pour objet de dresser le profil socioprofessionnel du répondant. Une formule de consentement explicite a été incluse d'entrée de jeu dans le questionnaire de même que certaines questions d'éligibilité (détenir un poste de professionnel, travailler pour un des ministères retenus, et ce, pour une période d'au moins 12 mois sans interruption de plus de trois mois).

L'approche adoptée dans cette étude était de poser des questions aussi factuelles que possible. Les questions devaient être claires et facilement compréhensibles à la première audition. Il a été également décidé d'employer un temps de référence couvrant une période qui ne soit pas trop grande. La période de référence a donc été fixée aux 12 mois précédents l'appel téléphonique.

### **Méthode d'échantillonnage et taux de participation**

Un échantillon aléatoire stratifié de 4514 individus, ventilé par ministère, a été généré en utilisant le logiciel SPSS. La banque de données, le questionnaire ainsi que des instructions écrites ont été transmis à la firme de sondage sous-traitante (Infras International Inc.). Avant le lancement de l'enquête téléphonique, le questionnaire a été testé sur un échantillon choisi à dessein de dix fonctionnaires répondant aux critères d'admissibilité. Des modifications mineures quant à la longueur et la clarté de certaines questions ont été adoptées à la suite de ce pré-test. D'autres modifications ont été apportées dans une phase préliminaire où les opérateurs téléphoniques de la firme ont testé le questionnaire sur un second échantillon, aléatoire celui-là, de 21 individus.

La collecte des données s'est échelonnée du 26 septembre au 25 novembre 2008 en utilisant la technologie CATI (*computer-assisted telephone interview*), permettant la saisie et le codage simultanés des données. À la fin de cette phase, la firme a contacté de façon aléatoire (utilisant une procédure aléatoire de génération de numéros) 3081 individus. De ces 3081 individus, 1617 (52,48 %) ont répondu au questionnaire. Toutefois, 493 des 3081 individus n'ont pas répondu au questionnaire, n'étant pas admissibles selon les critères préétablis (ex. travaillant comme gestionnaire, dans un ministère autre que ceux retenus, dans un ministère inclus, mais depuis moins de 12 mois, etc.). Le taux de réponse net est donc de 62,48 % (le calcul est le suivant :  $1617 / (3081 - 493) * 100$ ). De plus, les trois répondants travaillant pour le ministère du Travail ont été exclus des analyses, rappelons-le. En conséquence, la banque de données finale contient 1614 professionnels, répartis dans 17 des 22 ministères québécois. Enfin, pour l'analyse des résultats du présent volet de l'étude, le ministère du Conseil exécutif et le Secrétariat du Conseil du Trésor ont été regroupés sous l'appellation Ministères horizontaux, ce qui nous donne un échantillon final de 16 ministères.

### **Analyse des données**

Des analyses statistiques de nature bivariée et multivariée (régression logistique) ont été réalisées sur les données recueillies lors de cette enquête.



---

### 3. Résultats

La présentation des résultats est divisée en deux sections. La section 3.1 traite de la sensibilisation des professionnels aux déterminants de la santé dans le processus d'élaboration des politiques publiques, alors que la section 3.2 est consacrée à la connaissance et l'utilisation de l'évaluation d'impact sur la santé.

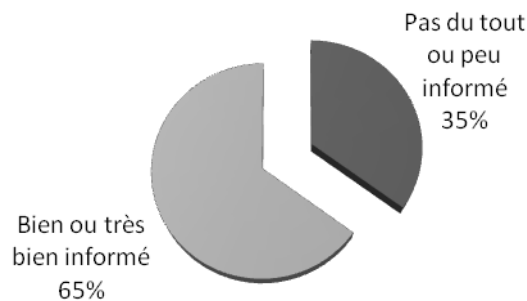
La première section présente le niveau d'information des professionnels de la fonction publique québécoise interrogés dans le cadre de l'enquête sur les principaux déterminants de la santé et le rôle joué par ces derniers dans l'élaboration de politiques publiques. Les résultats mettent l'accent sur le niveau d'information sur les déterminants de la santé, le rôle de la connaissance sur les déterminants de la santé dans l'élaboration de politiques publiques, les responsabilités en matière de santé publique. Ils sont présentés en fonction des ministères d'appartenance, du niveau de scolarité et du domaine de formation des professionnels interrogés.

#### 3.1 Les déterminants de la santé et leur rôle dans l'élaboration des politiques publiques

##### 3.1.1 Niveau d'information sur les déterminants de la santé

L'enquête téléphonique demandait aux professionnels à quel point ils étaient informés sur les principaux déterminants de la santé. La compilation des réponses à cette question (Figure 1) révèle que plus de la moitié des répondants (65%) disent être bien ou très bien informés sur les principaux déterminants de la santé.

**Figure 1 : Information sur les principaux déterminants de la santé**



Les résultats de l'analyse démontrent qu'il y a une différence significative entre les répondants des différents ministères concernant le niveau d'information sur les déterminants de la santé (Tableau 3). Ainsi, les professionnels travaillant au MSSS (87%), au MELS (71%), au MAPAQ (68,9%) et au MAMROT (68,9%) sont les répondants les mieux informés, tandis que ceux travaillant au MCCCCF (47,2%), à la Justice (45,7%), aux Finances (44,6%) et au MTQ (41%) déclarent, dans une plus grande proportion, être peu ou pas du tout informés sur les déterminants de la santé.

**Tableau 3 : Information sur les déterminants de la santé par ministère**

Ministères N=1614	À quel point êtes vous informé sur les principaux déterminants de la santé des populations ?	
	Bien informé ou très bien informé (%)	Pas du tout ou peu informé (%)
MSSS	87.0	13.0
MAMROT	68.9	31.1
MAPAQ	68.9	31.1
MCCCF	52.8	47.2
MDDEP	66.9	33.1
MDEIE	60.6	39.4
MELS	71.0	29.0
MESS	63.6	36.4
MFA	64.1	35.9
MICC	62.0	38.0
MRNF	62.9	37.1
MSP	59.3	40.7
MTQ	59.0	41.0
MF	55.4	44.6
MJ	54.3	45.7
Horizontaux	67.1	32.9
<b>Total</b>	<b>65.0</b>	<b>35.0</b>

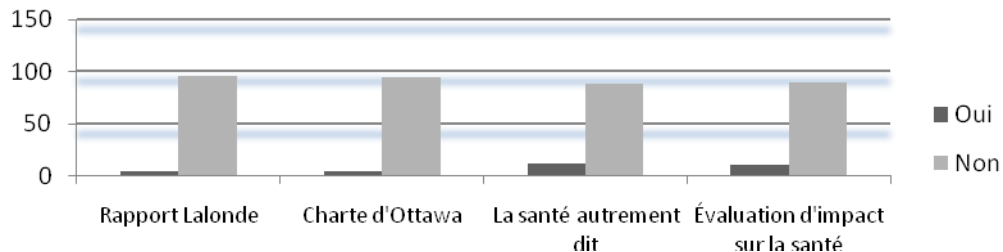
Le croisement de données permet de constater que le niveau d'information sur les déterminants de la santé est influencé par le niveau de scolarité (Tableau 4). Ce sont en effet les professionnels détenant une maîtrise et ou un doctorat en recherche qui sont les mieux informés dans une proportion de 69,5%, ce qui est supérieur à la proportion de 65% que l'on retrouve dans l'ensemble de la population à l'étude. Par ailleurs, les répondants ayant une formation en sciences de la santé sont bien ou très bien informés dans une proportion de 79,2%, comparativement à ceux des sciences de l'administration qui le sont dans la plus faible proportion (55,6%) (Tableau 4).

**Tableau 4 : Information sur les principaux déterminants de la santé des populations selon le niveau de scolarité et le domaine de formation**

	Bien informé ou très bien informé (%)	Pas du tout ou peu informé (%)
<b>Niveau de scolarité</b>		
Baccalauréat et moins	61.3	38.7
Maîtrise et/ou doctorat professionnel	67.9	32.1
Maîtrise et/ou doctorat en recherche	69.5	30.5
<b>Domaine de formation</b>		
Sciences humaine et sociales	68.0	32.0
Sciences de l'administration	55.6	44.4
Sciences de la santé	79.2	20.8
Sciences naturelles et génie	64.0	36.0
Plusieurs regroupements disciplinaires	68.1	31.9

Nous avons également demandé aux répondants dans quelle mesure ils consultent des rapports de santé publique. Comme le démontre la Figure 2, bien que la plupart des professionnels mentionnent être informés sur les principaux déterminants de la santé, peu d'entre eux disent avoir consulté des documents traitant des déterminants ou de promotion de la santé, comme par exemple, le Rapport Lalonde (1974), la Charte d'Ottawa (1986) ou plus récemment *La santé autrement dit* et le guide *L'évaluation d'impact sur la santé* élaborés par le MSSS (2006, 2007). En effet, moins de 20% des répondants ont consulté l'un des documents. Cependant, ce sont ceux du MSSS qui ont été les plus consultés, soit deux fois plus souvent que les deux autres.

**Figure 2 : Consultation de rapports de santé publique (en %)**



Dans les quatre cas, il y a un écart significatif entre les professionnels des différents ministères au niveau de la consultation des rapports de santé publique. Le Tableau 5 montre que les professionnels du MSSS ont consulté les rapports à plus de 25%, tandis que dans les autres ministères, le niveau de consultation est au moins deux fois moins important. La proportion de consultation chute à moins de 12% pour chaque document quand on considère l'ensemble des professionnels. L'on peut penser que la parution récente des documents publiés et diffusés par le MSSS ou la facilité d'accès trouvent davantage écho chez les professionnels.

**Tableau 5 : Consultation de rapports de santé publique par ministère**

Ministères N=1614	Avez-vous déjà consulté le rapport Lalonde s'intitulant « Nouvelle perspective de la santé des Canadiens » publié en 1974 ?		Avez-vous déjà consulté la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé publiée en 1986 ?		Avez-vous déjà consulté le document intitulé « La santé autrement dit... Pour espérer vivre plus longtemps et en santé » produit en 2007 par le MSSS ?		Avez-vous déjà consulté le guide pratique intitulé « Évaluation d'impact sur la santé lors de l'élaboration de projets de loi et de règlements au Québec » produit en 2006 par le MSSS ?	
	Oui (%)	Non (%)	Oui (%)	Non (%)	Oui (%)	Non (%)	Oui (%)	Non (%)
<b>MSSS</b>	25.3	74.7	25.3	74.7	38.0	62.0	36.0	62.0
<b>MAMROT</b>	4.9	95.1	1.6	98.4	11.7	88.3	8.3	91.7
<b>MAPAQ</b>	2.6	97.4	4.8	95.2	11.2	88.8	14.1	85.9
<b>MCCCF</b>	5.7	94.3	3.8	96.2	7.8	92.2	9.4	90.6
<b>MDDEP</b>	1.7	98.3	2.3	97.7	10.4	89.6	14.5	85.5
<b>MDEIE</b>	5.7	64.3	4.8	95.2	6.8	93.2	3.8	96.2
<b>MELS</b>	3.7	96.3	6.4	93.6	6.5	93.5	12.8	87.2
<b>MESS</b>	2.8	97.2	3.6	96.4	11.2	88.8	4.5	95.5
<b>MFA</b>	1.6	98.4	6.3	93.8	19.0	81.0	7.9	92.1
<b>MICC</b>	2.0	98.0	2.0	98.0	10.0	90.0	6.0	94.0
<b>MRNF</b>	1.4	98.6	2.1	97.9	6.3	93.7	4.8	95.2
<b>MSP</b>	2.7	97.3	3.5	96.5	12.6	87.4	5.3	94.7
<b>MTQ</b>	1.6	98.4	1.7	98.3	5.1	94.9	10.0	90.0
<b>MF</b>	1.2	98.8	1.2	98.8	9.9	90.1	3.6	96.4
<b>MJ</b>	4.9	95.1	4.9	95.1	7.4	92.6	15.9	84.1
<b>Horizontaux</b>	8.3	91.7	4.2	95.8	15.5	84.5	14.1	85.9
<b>Total</b>	<b>4.5%</b>	<b>95.5%</b>	<b>5.0%</b>	<b>95.0%</b>	<b>11.7%</b>	<b>88.3%</b>	<b>10.8%</b>	<b>89.2%</b>

La consultation de rapports de santé publique est également influencée par le niveau de scolarité ou le domaine de formation, tel que le démontre le Tableau 6. Les professionnels détenant une formation en sciences de la santé ont consulté en moyenne deux fois plus souvent ces documents que les professionnels des autres disciplines et ceux détenant une maîtrise et/ou un doctorat en recherche les ont également consultés davantage.

**Tableau 6 : Consultation des rapports de santé publique selon le niveau de scolarité et le domaine de formation**

	Rapport Lalonde		Charte d'Ottawa		<i>La santé autrement dit... Pour espérer vivre plus longtemps et en santé</i>		<i>Évaluation d'impact sur la santé lors de l'élaboration de projets de loi et de règlements au Québec</i>	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
<b>Niveau de scolarité</b>								
Baccalauréat et moins	2.4	97.6	3.6	96.4	11.4	88.6	8.5	91.5
Maîtrise et/ou doctorat professionnel	4.0	96.0	6.0	94.0	8.2	91.8	13.4	86.6
Maîtrise et/ou doctorat en recherche	8.0	92.0	6.6	93.4	14.0	86.0	13.3	86.7
<b>Domaine de formation</b>								
Sciences humaine et sociales	5.1	94.9	6.1	93.9	12.7	87.3	14.2	85.8
Sciences de l'administration	3.5	96.5	3.8	96.2	12.2	87.8	6.2	93.8
Sciences de la santé	18.9	81.1	20.8	79.2	23.1	76.9	23.1	76.9
Sciences naturelles et génie	1.3	98.7	1.8	98.2	8.5	91.5	7.8	92.2
Plusieurs regroupements disciplinaires	4.6	95.4	7.2	92.8	12.7	87.3	10.2	89.8

**Discussion.** À la lecture des résultats présentés dans cette section, on se rend compte que les déterminants de la santé sont assez bien connus par les professionnels interrogés, 65% d'entre eux se disant bien ou très bien informé à ce sujet. À l'instar des travaux de Gault et *al.* (2006), Lavis et *al.* (2003) et de l'OAP (2003), les professionnels qui disent être peu informés proviennent de ministères à vocation plus économique, tels que le MTQ, le MDEIE et les ministères des Finances et de la Justice. De plus, le faible taux de connaissance des documents récents du MSSS (2006, 2007) permet de croire que des campagnes de sensibilisation seraient nécessaires auprès des fonctionnaires de manière à ce que la santé des populations soit considérée comme une priorité à l'agenda gouvernemental.

### **3.1.2 Rôle des déterminants de la santé dans l'élaboration de politiques publiques**

Alors que les premières questions de l'enquête cherchaient à savoir si les professionnels de la fonction publique étaient informés sur les déterminants de la santé, nous avons également voulu voir si les déterminants de la santé étaient pris en compte lors du processus d'élaboration des politiques publiques au sein de leur ministère. Le Tableau 7 présente les résultats de quatre questions relatives à la prise en considération de la santé et de ses déterminants dans ce processus.

**Tableau 7 : Prise en considération de la santé et de ses déterminants dans le processus d'élaboration des politiques selon les ministères**

Ministères N=1614	Les connaissances sur les déterminants de la santé ont influencé grandement l'élaboration de politiques et de programmes dans votre domaine d'activité ?		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'activité ?		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.		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 ?	
	Plutôt en accord ou en accord total	En total désaccord ou plutôt en désaccord	Plutôt en accord ou en accord total	En total désaccord ou plutôt en désaccord	Plutôt en accord ou en accord total	En total désaccord ou plutôt en désaccord	Plutôt en accord ou en accord total	En total désaccord ou plutôt en désaccord
MSSS	81.4	18.6	18.8	81.3	50.0	50.0	30.1	69.9
MAMROT	48.3	51.7	45.8	54.2	64.4	35.6	30.0	70.0
MAPAQ	63.5	36.5	43.7	56.3	56.0	44.0	34.5	65.5
MCCCF	38.0	62.0	54.9	45.1	51.0	49.0	25.5	74.5
MDDEP	62.7	37.3	44.0	56.0	51.5	48.5	34.2	65.8
MDEIE	49.5	50.5	58.0	42.0	54.4	45.6	53.5	46.5
MELS	70.0	30.0	31.7	68.3	51.9	48.1	31.3	68.7
MESS	63.8	36.2	46.1	53.9	47.7	52.3	30.9	69.1
MFA	76.3	23.7	30.5	69.5	44.3	55.7	17.2	82.8
MICC	40.8	59.2	45.7	54.3	44.0	56.0	22.9	77.1
MRNF	36.2	63.8	62.6	37.4	57.7	42.3	38.1	61.9
MSP	42.9	57.1	55.7	44.3	54.5	45.5	40.2	59.8
MTQ	42.9	45.5	59.6	40.4	52.5	47.5	40.4	59.6
MF	50.0	50.0	49.3	50.7	61.5	38.5	59.3	40.7
MJ	33.8	66.2	70.1	29.9	60.0	40.0	41.1	58.9
Horizontaux	42.0	58.0	48.4	51.6	47.2	52.8	36.2	63.8
<b>Total</b>	<b>55.1%</b>	<b>44.9%</b>	<b>47.4%</b>	<b>52.6%</b>	<b>53.5%</b>	<b>46.5%</b>	<b>36.2%</b>	<b>63.8%</b>

Pour un peu plus de la moitié des professionnels interrogés (55,1%), les connaissances sur les déterminants de la santé ont influencé le processus d'élaboration des politiques publiques au sein de leur ministère, tel qu'illustré au Tableau 7. Le MSSS figure en tête de liste (81,4%), suivi du MFA (76,3%) et du MELS (70%). Il est également possible de constater que la majorité des professionnels des ministères de la Justice et des Finances, du MDEIE et du MRNF considèrent que les déterminants de la santé n'ont pas influencé grandement l'élaboration de politiques et de programmes dans leur domaine d'activités. Par ailleurs, le niveau de scolarité et le domaine de formation n'agissent pas de manière significative quant à la prise en compte des déterminants de la santé dans l'élaboration de politiques publiques.

Même si les déterminants de la santé sont connus par plus de la moitié des professionnels, pour 52,6% des répondants interrogés, ils réfèrent à une série de concepts vagues et difficilement utilisables dans leur domaine d'activités. Ce sont respectivement les professionnels du ministère de la Justice (70,1%), du MRNF (62,6%) et du MTQ (59,6%) qui ont répondu en ce sens (Tableau 7). Lorsqu'on demande aux répondants si 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, la moitié des professionnels, soit 53,5%, ont répondu qu'ils étaient plutôt en accord ou en accord total, alors que l'autre moitié, soit 46,5% ont répondu qu'ils étaient en total désaccord ou plutôt en désaccord. Les ministères à vocation plus économique ont répondu en majorité par l'affirmative, comme c'est le cas pour le

MAMROT (64,4%), les Finances (61,5%), la Justice (60%) et le MDEIE (54,4%). Cependant, il est important de mentionner que les répondants des ministères à vocation plus économique n'ont pas répondu différemment de ceux des ministères à vocation plus sociale.

Par ailleurs, comme le démontre le Tableau 8, le niveau de scolarité influence significativement la conception que se font les professionnels des déterminants de la santé. En effet, ce sont les professionnels détenant un baccalauréat et moins qui sont plutôt en accord ou en accord total, dans une proportion de 52,4%, avec le fait que les déterminants de la santé réfèrent à une série de concepts vagues, comparativement à ceux détenant un maîtrise et/ou doctorat en recherche dans une proportion de 42,2%. Enfin, il y a une différence significative entre les professionnels détenant une formation en sciences de la santé et ceux des sciences de l'administration qui sont en désaccord dans la plus grande proportion quant à la conception et à l'applicabilité des déterminants de la santé à leur domaine d'activité.

**Tableau 8 : Conception des déterminants de la santé selon le niveau de scolarité et le domaine de formation**

<i>Les déterminants de la santé réfèrent à une série de concepts vagues et sont difficilement applicables à mon domaine d'activité</i>	<i>En total désaccord ou plutôt en désaccord (%)</i>	<i>Plutôt en accord ou en accord total (%)</i>
<b>Niveau de scolarité</b>		
Baccalauréat et moins	47.6	52.4
Maîtrise et/ou doctorat professionnel	57.7	42.3
Maîtrise et/ou doctorat en recherche	57.8	42.2
<b>Domaine de formation</b>		
Sciences humaine et sociales	53.0	47.0
Sciences de l'administration	45.9	54.1
Sciences de la santé	68.0	32.0
Sciences naturelles et génie	51.3	48.7
Plusieurs regroupements disciplinaires	61.8	38.2

Plus de la moitié des répondants, soit 63,8%, sont totalement ou plutôt en désaccord avec l'idée qu'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. Ce sont deux ministères à vocation économique qui sont plutôt ou en accord total, soit le ministère des Finances (59,3%) et le MDEIE (53,5%) ce qui est supérieur à la proportion de 36,2% que l'on retrouve pour l'ensemble des répondants. On remarque que le domaine de formation influence significativement la réponse sur cet énoncé (Tableau 9). Ce sont effectivement les professionnels détenant une formation en sciences de l'administration qui sont plutôt en accord ou en accord total dans une proportion de 50,2%, comparativement à ceux provenant du milieu des sciences de la santé dans une proportion de 29,2%. Le niveau de scolarité n'agit pas significativement sur la réponse à cette question.



**Tableau 9 : Prospérité économique comme priorité gouvernementale selon le domaine de formation**

*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*

*En total désaccord ou plutôt en désaccord (%)*

*Plutôt en accord ou en accord total (%)*

<b>Domaine de formation</b>		
Sciences humaine et sociales	67.2	32.8
Sciences de l'administration	49.8	50.2
Sciences de la santé	70.8	29.2
Sciences naturelles et génie	51.3	48.7
Plusieurs regroupements disciplinaires	61.8	38.0

Parmi l'ensemble des répondants, 702 professionnels (43%) ont dit connaître le processus décisionnel. En analysant ce sous-échantillon, il est possible de constater, tel qu'illustré au Tableau 10, que 67,1 % des fonctionnaires ont déclaré ne pas avoir explicitement abordé la santé lors de la rédaction des documents. Force est de constater que moins de la moitié des professionnels sont informés du processus menant à l'adoption de nouvelles politiques et qu'en plus, une faible proportion d'entre eux y intègre la santé.

**Tableau 10 : Prise en considération de la santé dans la rédaction des documents gouvernementaux selon les ministères**

<b>Ministères N=702</b>	<i>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous lors de la rédaction de document abordé explicitement la santé?</i>	
	<i>Oui (%)</i>	<i>Non (%)</i>
<b>MSSS</b>	65.5	34.5
<b>MAMROT</b>	33.3	66.7
<b>MAPAQ</b>	44.7	56.3
<b>MCCCF</b>	15.4	84.6
<b>MDDEP</b>	45.5	54.5
<b>MDEIE</b>	10.0	90.0
<b>MELS</b>	47.6	52.4
<b>MESS</b>	22.4	77.6
<b>MFA</b>	30.4	69.6
<b>MICC</b>	21.1	78.9
<b>MRNF</b>	27.3	72.7
<b>MSP</b>	28.9	71.1
<b>MTQ</b>	21.1	78.9
<b>MF</b>	12.8	87.2
<b>MJ</b>	25.6	74.4
<b>Horizontaux</b>	27.8	72.2
<b>Total</b>	<b>32.9</b>	<b>67.1</b>

Comme le démontre le Tableau 11, le niveau de scolarité influence peu la prise en considération de la santé dans la rédaction des documents. On remarque sans grande surprise que ce sont les professionnels ayant une formation en sciences de la santé qui ont abordé dans la plus grande proportion le thème de la santé dans la rédaction de documents gouvernementaux. Toutefois, une sensibilisation accrue semble nécessaire auprès des professionnels ayant une formation en sciences humaines et sociales ou en administration.

**Tableau 11 : Prise en considération de la santé dans la rédaction des documents gouvernementaux selon le niveau de scolarité et le domaine de formation**

	<i>Oui (%)</i>	<i>Non (%)</i>
<b>Niveau de scolarité</b>		
Baccalauréat et moins	30.3	69.7
Maîtrise et/ou doctorat professionnel	29.8	70.2
Maîtrise et/ou doctorat en recherche	37.3	62.7
<b>Domaine de formation</b>		
Sciences humaine et sociales	29.3	70.7
Sciences de l'administration	24.0	76.0
Sciences de la santé	68.8	31.3
Sciences naturelles et génie	41.6	58.4
Plusieurs regroupements disciplinaires	42.6	57.4

**Discussion.** Ces résultats permettent de dire que les déterminants de la santé pourraient être davantage pris en compte dans l'élaboration des politiques publiques et ce dans différents ministères. Alors que dans l'étude de Lavis et *al.* (2003), 65% des fonctionnaires ont déclaré que les déterminants de la santé avaient déjà influencé la mise en œuvre de politiques dans leur domaine d'activités, ce sont 55% des professionnels québécois qui affirment que les connaissances sur les déterminants de la santé ont grandement influencé l'élaboration de politiques ou de programmes. Certains résultats de l'étude viennent donc corroborer encore une fois ceux de Lavis et *al.* (2003) et de l'OAP (2003) à l'effet que les actions de leur ministère pouvaient avoir un impact sur la santé. Par exemple, ce sont des ministères à vocation plus économique – MAMROT (64,4%), Finances (61,5%) et Justice (60%) – qui ont les résultats les plus élevés lorsqu'on demande si les déterminants de la santé sont soumis à des forces économiques qui limitent l'action du gouvernement.

Si les résultats corroborent généralement les études réalisées précédemment, nous devons souligner la question de la vocation transversale des ministères. En effet, si certains résultats sont davantage tranchés pour des ministères tels que ceux des Finances, le MDEIE et les ministères horizontaux, d'autres doivent composer à la fois avec des impératifs économiques, sociaux, voir environnementaux ou culturels et c'est pourquoi on peut penser que les résultats soient plus nuancés dans leurs cas.

### 3.1.3 Responsabilités en matière de santé publique

Nous avons demandé également aux professionnels si la responsabilité en matière de mesures gouvernementales pour améliorer la santé des Québécois devrait demeurer entre les mains du MSSS et si de nouveaux mécanismes interministériels étaient nécessaires afin de considérer l'impact sur la santé des politiques formulées dans leur domaine d'activités. Les résultats sont présentés au Tableau 12.

Une forte majorité de répondants (66,6%) sont plutôt en accord ou en accord total avec le fait que la responsabilité en matière de mesures gouvernementales pour améliorer la santé des Québécois demeure entre les mains du MSSS (Tableau 12). Ce sont les professionnels qui travaillent au MRNF (76,9%), au MSP (72%) et au MSSS (70,1%) qui sont proportionnellement les plus nombreux à être de cet avis. Des professionnels d'autres ministères, comme le MELS, reconnaissent cependant que cette responsabilité ne devrait pas être seulement du ressort du MSSS.

Les résultats indiquent aussi qu'une très forte majorité des professionnels interrogés, soit 75,9%, sont plutôt en accord ou en accord total avec la proposition que de nouveaux mécanismes interministériels sont nécessaires afin de considérer l'impact sur la santé des populations des politiques formulées dans leur domaine d'activités (Tableau 12). Le MFA (86,4%), le MAPAQ (83,6%) et le MDDEP (82,75%) obtiennent les plus fortes proportions. Le ministère des Finances obtient la plus faible proportion (54,9%).

**Tableau 12 : Rôles et responsabilités en matière de santé publique selon les ministères**

Ministères N=1614	<i>La responsabilité en matière de mesures gouvernementales pour améliorer la santé des Québécois devrait demeurer entre les mains du MSSS</i>		<i>De nouveaux mécanismes interministériels sont nécessaires afin de considérer l'impact sur la santé des populations des politiques formulées dans leur domaine d'activités</i>	
	<i>En total désaccord ou Plutôt en désaccord</i>	<i>Plutôt en accord ou en accord total</i>	<i>En total désaccord ou Plutôt en désaccord</i>	<i>Plutôt en accord ou en accord total</i>
MSSS	29.9	70.1	24.2	75.8
MAMROT	42.4	57.6	23.0	77.0
MAPAQ	37.3	62.7	16.4	83.6
MCCCF	26.0	74.0	27.7	72.3
MDDEP	32.0	68.0	17.3	82.7
MDEIE	31.4	68.6	26.1	73.9
MELS	51.0	49.0	22.7	77.3
MESS	39.6	60.4	23.2	76.8
MFA	46.0	54.0	13.6	86.4
MICC	27.1	72.9	25.5	74.5
MRNF	23.1	76.9	26.3	73.7
MSP	28.0	72.0	23.2	76.8
MTQ	28.1	71.9	25.0	75.0
MF	29.3	70.7	45.1	54.9
MJ	26.3	73.7	29.2	70.8
Horizontaux	32.9	67.1	40.9	59.1
<b>Total</b>	<b>33.4%</b>	<b>66.6%</b>	<b>24.0%</b>	<b>75.9%</b>

Le Tableau 13 montre une différence significative entre les professionnels détenant une maîtrise et/ou doctorat professionnel (59,5%) et leurs collègues ayant un baccalauréat (68,1%) qui sont en faveur dans une plus grande proportion, que le MSSS soit responsable des mesures gouvernementales en matière de santé. Tel qu'illustré dans ce tableau, les professionnels ayant une

formation en sciences de l'administration (71,7%) sont davantage enclins que ceux des sciences de la santé (58%) et que ceux ayant d'autres types de formation (cf. plusieurs regroupements disciplinaires) (59,2%) à considérer que la responsabilité en matière de santé demeure centralisée au MSSS. De plus, nous avons noté un écart significatif entre les professionnels possédant une formation en sciences de la santé (85,1%) qui appuient davantage la mise en place de nouveaux mécanismes interministériels comparativement à ceux détenant une formation en sciences de l'administration (70,7%) (Tableau 14). Il n'y a cependant pas de différence significative quant au niveau de scolarité.

**Tableau 13 : Le MSSS comme responsable des mesures gouvernementales en matière de santé selon le niveau de scolarité et le domaine de formation**

	<i>En total désaccord ou plutôt en désaccord (%)</i>	<i>Plutôt en accord ou en accord total (%)</i>
<b>Niveau de scolarité</b>		
Baccalauréat et moins	31.9	68.1
Maîtrise et/ou doctorat professionnel	40.5	59.5
Maîtrise et/ou doctorat en recherche	32.2	67.8
<b>Domaine de formation</b>		
Sciences humaine et sociales	35.0	65.0
Sciences de l'administration	28.3	71.7
Sciences de la santé	42.0	58.0
Sciences naturelles et génie	31.0	69.0
Plusieurs regroupements disciplinaires	40.8	59.2

**Tableau 14 : Mise en place de nouveaux mécanismes interministériels selon le domaine de formation**

	<i>En total désaccord ou plutôt en désaccord (%)</i>	<i>Plutôt en accord ou en accord total (%)</i>
<b>Domaine de formation</b>		
Sciences humaine et sociales	24.6	75.4
Sciences de l'administration	29.3	70.7
Sciences de la santé	14.9	85.1
Sciences naturelles et génie	21.2	78.8
Plusieurs regroupements disciplinaires	26.6	73.4

**Discussion.** La majorité des répondants des ministères considèrent que la responsabilité en matière de mesures gouvernementales pour améliorer la santé des Québécois devrait demeurer entre les mains du MSSS et que de nouveaux mécanismes interministériels sont nécessaires afin de considérer l'impact sur la santé des populations des politiques formulées dans leur domaine d'activités. Les résultats tendent à confirmer que la perception des responsabilités en matière de santé publique sont reliés à la vocation des ministères, comme l'a déjà souligné les travaux de l'OAP (2003, p.6). La prochaine section va tenter de mieux comprendre les dynamiques et les facteurs expliquant l'intégration des préoccupations de santé lors de l'élaboration des politiques, en mettant l'accent sur les évaluations d'impact sur la santé.

---

## **3.2 Connaissance et consultation des EIS**

Les dernières années ont été marquées par un foisonnement d'écrits scientifiques, de guides méthodologiques et de conférences sur les EIS. Malgré l'intérêt croissant pour cet outil, peu d'auteurs ont tenté d'identifier les facteurs facilitant l'intégration des EIS dans le processus décisionnel (Davenport et *al.*, 2006; Ahmad et *al.*, 2008). Cette section du rapport porte sur les raisons qui poussent les professionnels à utiliser les EIS lors de l'élaboration de nouvelles politiques publiques. Dans un premier temps, l'accent sera mis sur la connaissance et l'utilité perçue des EIS par les répondants des différents ministères. Dans un deuxième temps, un modèle statistique intégrant différents facteurs explicatifs de la consultation des EIS sera présenté.

### **3.2.1 Connaissance et utilité des EIS**

Tel qu'illustré au Tableau 15, les résultats de l'enquête téléphonique démontrent qu'un peu plus de la moitié des professionnels interrogés, soit 59,2%, ne connaissent pas l'article 54. Dans certains ministères comme le MESS et le MRNF la situation est encore plus préoccupante puisque plus de 7 répondants sur 10 ne sont pas au courant de cet article de loi. Il est dès lors possible de se questionner sur le niveau d'exposition des professionnels de ces ministères aux outils de sensibilisation développés par le MSSS. Cette méconnaissance de l'EIS au Québec ne reflète pas l'intérêt des professionnels pour cet outil. Ce sont plus de 85,5% des répondants qui sont plutôt ou totalement en accord avec l'idée d'exiger qu'une EIS soit réalisée lors de la formulation de toute initiative d'importance. Ce désir d'intégration n'est cependant pas partagé de façon similaire dans tous les ministères. Selon les données de l'enquête, les professionnels des ministères horizontaux et des finances sont dans une proportion d'environ 30% opposés à l'idée d'exiger une EIS. Deux constats peuvent être dégagés de ces résultats. D'une part, les répondants des ministères à vocation plus économique connaissent l'article 54 dans une proportion supérieure à la moyenne mais ils sont davantage réfractaires à l'idée qu'une EIS soit exigée lors de la formulation de toute initiative d'importance. Ce résultat pourrait entre autres s'expliquer par un manque d'information de ces professionnels concernant les déterminants de la santé. D'autre part, les répondants des ministères horizontaux responsables de l'application des clauses d'impact au niveau gouvernemental sont également ceux qui sont opposés dans une plus grande mesure à l'idée d'intégrer les EIS dans le processus de formulation des politiques. Dans ce contexte, si le MSSS désire faciliter l'implantation des EIS dans les pratiques organisationnelles, des activités de sensibilisation devraient être réalisées auprès des professionnels de ces ministères centraux. Le tableau suivant présente les principaux résultats concernant la connaissance et l'utilité des EIS.

**Tableau 15 : Connaissance de l'article 54 et utilisation de l'EIS selon les ministères**

Ministères N=1614	L'article 54 stipule que (...), étiez-vous au courant de cela ?		Lors de la formulation de toute initiative d'importance du gouvernement, une EIS devrait être exigée ?	
	Oui (%)	Non (%)	Plutôt en accord ou en accord total (%)	Plutôt en désaccord ou en total Désaccord (%)
<b>MSSS</b>	81.0	19.0	89.8	10.2
<b>MAMROT</b>	49.2	50.8	83.6	16.4
<b>MAPAQ</b>	34.8	65.2	86.4	13.6
<b>MCCCF</b>	34.6	65.4	85.7	14.3
<b>MDDEP</b>	38.9	61.1	89.9	10.1
<b>MDEIE</b>	37.1	62.9	82.0	18.0
<b>MELS</b>	42.1	57.9	85.4	14.6
<b>MESS</b>	28.2	71.8	83.2	16.8
<b>MFA</b>	50.0	50.0	86.9	13.1
<b>MICC</b>	42.0	58.0	84.0	16.0
<b>MRNF</b>	20.1	79.9	90.2	9.8
<b>MSP</b>	45.5	54.5	89.7	10.3
<b>MTQ</b>	37.7	62.3	86.4	13.6
<b>M. Finances</b>	35.7	64.3	73.5	26.5
<b>M. Justice</b>	51.3	48.8	80.8	19.2
<b>Horizontaux</b>	51.4	48.6	69.1	30.9
<b>Total</b>	<b>40.8</b>	<b>59.2</b>	<b>85.5</b>	<b>14.9</b>

### 3.2.2 Consultation des EIS

Selon les données de cette enquête, 526 répondants (46,4%) ont affirmé avoir consulté une EIS au cours des 12 derniers mois. La présente section tente de comprendre les facteurs qui peuvent expliquer cette décision. Cette réponse revêt un enjeu stratégique important pour le MSSS puisqu'elle permet de développer un plan d'actions adapté à la situation qui prévaut actuellement au gouvernement. Afin de mieux cerner les causes et les raisons derrière la décision d'un professionnel de consulter une EIS, un modèle de régression logistique (logit) a été estimé. Les résultats seront présentés en trois étapes. Dans un premier temps, les variables incluses dans le modèle seront présentées. Par la suite, le modèle estimé de la régression sera présenté et finalement l'accent sera mis sur les simulations post estimatoires.

#### VARIABLES INCLUSES DANS LE MODÈLE

- *Variable dépendante*

**Utilisation des évaluations d'impacts sur la santé** - En avez-vous lu une, en totalité ou en partie, au cours des 12 derniers mois? (0 : non ; 1 : oui).

- 
- *Variables indépendantes manipulables*

### **Les déterminants de la santé et le processus décisionnel**

**Information sur les principaux déterminants de la santé des populations** - À quel point êtes-vous informé sur les principaux déterminants de la santé des populations (1 : bien ou très bien ; 0 : pas du tout ou peu ; référence : pas du tout ou peu informé)?

**Influence des déterminants de la santé sur le processus décisionnel** - 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 (1 : plutôt ou en accord total ; 0 : plutôt ou en total désaccord ; référence : plutôt ou en total désaccord).

### **Responsabilités et actions en santé**

**Mécanismes interministériels** - De nouveaux mécanismes interministériels sont nécessaires afin de considérer l'impact sur la santé des populations des politiques formulées dans votre domaine d'activités (1 : plutôt ou en accord total ; 0 : plutôt ou en total désaccord ; référence : plutôt ou en total désaccord).

**Responsabilité en matière de mesures gouvernementales pour améliorer la santé** - 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 (1 : plutôt ou en accord total ; 0 : plutôt ou en total désaccord ; référence : plutôt ou en total désaccord).

### **Connaissance du processus décisionnel et de l'encadrement législatif des EIS**

**Connaissance du processus décisionnel** - 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? (1 : oui ; 0 : non).

**Connaissance de l'article 54** - 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? (1 : oui ; 0 : non)

### **Utilité de la recherche universitaire**

**Utilité perçue de la recherche universitaire** - (0 : avoir rangé les professeurs/chercheurs universitaire au 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> rang dans la liste contenant cinq groupes de producteurs d'information ; 1 : avoir rangé les professeurs\chercheurs universitaires au 1<sup>er</sup> ou 2<sup>e</sup> rang)

### **Le réseau d'information**

**Interactions avec un professionnel ou un gestionnaire d'un autre ministère ou organisme québécois** - Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, oui ou non, contacté un professionnel ou un gestionnaire d'un autre ministère ou organisme québécois? (0 : non ; 1 : oui)

**Interaction avec un professionnel ou un gestionnaire de l'INSPQ** - 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? (0 : non ; 1 : oui)

---

**Interactions avec un professeur ou un chercheur universitaire** - Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, oui ou non, contacté un professeur ou un chercheur du milieu universitaire? (0 : non ; 1 : oui)

- *Variables indépendantes non manipulables*

### Contexte professionnel

**Rédaction de documents** - 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)? (0 : non ; 1 : oui)

**Participation à la formulation de politiques publiques** - Cette activité s'applique-t-elle à votre situation professionnelle des 12 derniers mois - Programmation ou élaboration de plans d'implantation de politiques, de programmes, de mesures, de stratégies ou de plans d'action (0 : non ; 1 : oui)

**Domaine administratif** - 1 : Ministère des Affaires municipales et des Régions ; 2 : Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation ; 3 : Ministères horizontaux ; 4 : Ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine ; 5 : Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs ; 6 : Ministère du Développement économique, de l'Innovation et Exportation ; 7 : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport ; 8 : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale ; 9 : Ministère de la Famille et des Aînés ; 10 : Ministère des Finances ; 11 : Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles ; 12 : Ministère de la Justice ; 13 : Ministère des Ressources naturelles et de la Faune ; 14 : Ministère de la Sécurité publique ; 15 : Ministère des Transports ; Référence : Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

### Attributs individuels

- **Maîtrise ou doctorat professionnel** - 1 : oui ; 0 : non ; référence : baccalauréat et moins.
- **Maîtrise ou doctorat recherche** - 1 : oui ; 0 : non ; référence : baccalauréat et moins.
- **Formation en sciences humaines et sociales** - 1 : avoir reçu une formation seulement en sciences humaines et sociales ; 0 : autrement ; référence : formation en science de la santé seulement
- **Formation en sciences administratives** - 1 : avoir reçu une formation seulement en sciences administratives ; 0 : autrement ; référence : formation en science de la santé seulement
- **Formation en sciences naturelles et génie** - 1 : avoir reçu une formation seulement en sciences naturelles et génie ; 0 : autrement ; référence : formation en science de la santé seulement.
- **Formation dans plusieurs catégories disciplinaires** - 1 : avoir reçu une formation dans plusieurs catégories disciplinaires ; 0 : autrement ; référence : formation en science de la santé seulement
- **<29 ans** – 1 : <29 ans ; 0 : autrement ; référence : >54 ans
- **30-39 ans** – 1 : 30-39 ans ; 0 : autrement ; référence : >54 ans
- **40-49 ans** – 1 : 40-49 ans ; 0 : autrement ; référence : >54 ans
- **50-54 ans** – 1 : 50-54 ans ; 0 : autrement ; référence : >54 ans
- **Genre** – 0 : homme ; 1 : femme



---

## MODÈLE ESTIMÉ

Le modèle a été estimé à partir de 1307 observations et le pseudo-R<sup>2</sup> est de 0.1624<sup>5</sup>. Des 38 variables dichotomisées incluses dans le modèle, 22 apparaissent statistiquement significatives au seuil <0.05. Celles-ci sont :

**Tableau 16 : Modèle de régression logistique (logit)**

<i>Nom de la variable</i>	<i>Coefficient (p-value)</i>
<b>Les déterminants de la santé et le processus décisionnel</b>	
<i>Information sur les principaux déterminants de la santé des populations (réf=pas du tout/peu informé)</i>	.400 (.005)**
<i>Influence des déterminants de la santé sur le processus décisionnel (réf=total désaccord/plutôt en désaccord)</i>	.302 (.027)*
<b>Responsabilités et actions en santé</b>	
<i>Mécanismes interministériels (réf=total désaccord/plutôt en désaccord)</i>	.517 (.001)**
<i>Responsabilité en matière de mesures gouvernementales pour améliorer la santé (réf=total désaccord/plutôt en désaccord)</i>	-.324 (.018)*
<b>Connaissance du processus décisionnel et de l'encadrement législatif des EIS</b>	
<i>Connaissance du processus décisionnel (réf=pas au courant)</i>	-.207 (.147)
<i>Connaissance de l'article 54 (réf=pas au courant)</i>	.743 (.000)**
<b>Utilité de la recherche universitaire</b>	
<i>Utilité perçue de la recherche universitaire (réf= universitaires pas 1<sup>er</sup> ou 2<sup>ième</sup> choix)</i>	.304 (.027)*
<b>Le réseau d'information</b>	
<i>Interactions avec un professionnel ou un gestionnaire d'un autre ministère ou organisme québécois (réf=non)</i>	.304 (.158)
<i>Interaction avec un professionnel ou un gestionnaire de l'INSPQ (réf=non)</i>	1.026 (.000)**
<i>Interactions avec un professeur ou un chercheur universitaire (réf=non)</i>	.267 (.058)
<b>Contexte professionnel</b>	
<i>Rédaction de documents (réf=non)</i>	.541 (.001)**
<i>Participation à la formulation de politiques publiques (réf=non)</i>	-.075 (.620)
<i>Domaine administratif (réf=MSSS)</i>	
<i>MAMROTOT</i>	-1.174 (.005)**
<i>MAPAQ</i>	-.629 (.062)
<i>MCCCF</i>	-1.719 (.001)**
<i>MDDEP</i>	-.551 (.113)
<i>MDEIE</i>	-1.084 (.005)**
<i>MELS</i>	-1.076 (.004)**
<i>MESS</i>	-1.016 (.007)**

---

<sup>5</sup> Il ne faut pas interpréter celui-ci comme étant la proportion de la variance expliquée, comme c'est le cas avec le R<sup>2</sup> – dans ce cas-ci le pseudo-R<sup>2</sup> n'est pas anormalement bas, ce qui indique un certain pouvoir explicatif.

<i>MFA</i>	-1.095 (.009)**
<i>FINANCES</i>	-.905 (.028)*
<i>MICC</i>	-1.444 (.002)**
<i>JUSTICE</i>	-1.504 (.001)**
<i>MRNF</i>	-1.289 (.001)**
<i>MSP</i>	-.787 (.037)*
<i>TRANS</i>	-.684 (.130)
<i>HORIZ</i>	-.935 (.022)*
<b>Attributs individuels</b>	
Maîtrise ou doctorat professionnel (réf=bacc. ou moins)	-.284 (.139)
Maîtrise ou doctorat recherche (réf=bacc. ou moins)	-.178 (.237)
Formation dans plusieurs catégories disciplinaires (réf=sciences de la santé)	.303 (.493)
Formation en sciences humaines et sociales (réf=sciences de la santé)	.052 (.898)
Formation en sciences administratives (réf=sciences de la santé)	.292 (.497)
Formation en sciences naturelles et génie (réf=sciences de la santé)	.164 (.687)
<29 ans (réf=>54 ans)	-.292 (.347)
30-39 ans (réf=>54 ans)	-.803 (.000)**
40-49 ans (réf=>54 ans)	-.174 (.345)
50-54 ans (réf=>54 ans)	-.082 (.646)
<i>Genre</i> (réf=homme)	.045 (.743)
	<i>Nombre d'obs</i> 1307
	<i>Khi<sup>2</sup> modèle</i> 284.83 (0.000)**
	<i>Pseudo-R<sup>2</sup></i> 0.1624

<sup>a</sup> \* et \*\* indiquent que les variables sont statistiquement significatives au seuil de 5% et de 1%, respectivement (bilatéral).

**Discussion.** Certaines variables indépendantes manipulables ont un impact significatif sur la probabilité de consulter une EIS. Ainsi, les professionnels les mieux informés sur les déterminants de la santé ou ceux qui reconnaissent leur influence sur l'élaboration des politiques et des programmes dans leur domaine d'activités auraient tendance à consulter davantage des EIS. Une utilisation accrue de ce type de document est également observée chez les professionnels privilégiant la mise en place de nouveaux mécanismes interministériels afin de considérer l'impact des politiques publiques sur la santé des populations.

De plus, le fait de connaître l'article 54 ou de considérer que la responsabilité en matière de mesures gouvernementales pour améliorer la santé devrait transcender les frontières du MSSS a également un impact positif sur la probabilité de consulter les EIS. Finalement, le fait de reconnaître l'utilité de la recherche universitaire ou d'interagir avec un professionnel ou un gestionnaire de l'INSPQ aurait une influence positive et significative.

L'ensemble de ces variables manipulables est particulièrement intéressant pour les responsables de l'application de l'article 54 puisqu'elles permettent de dégager des voies d'amélioration possibles dans la stratégie d'implantation des EIS au Québec. En ce qui concerne les variables indépendantes non manipulables, le contexte professionnel, notamment le domaine administratif, semble avoir un impact important sur les comportements des répondants. Ainsi, le fait de travailler dans un ministère autre que le MSSS diminuerait la probabilité de consulter des EIS pour les professionnels de 12 des 15 domaines administratifs à l'étude. Il est intéressant de noter que certaines variables,

---

généralement considérées dans la littérature comme des variables-clés dans l'explication du phénomène d'utilisation de la recherche universitaire, ne sont pas significatives. Par exemple, le champ disciplinaire de formation, le type de diplôme et les interactions avec des chercheurs universitaires n'ont pas d'impact sur la probabilité de consulter une EIS.

### ***SIMULATIONS POST ESTIMATOIRES***

Comme le démontrent les statistiques présentées au Tableau 17, certaines variables comme la connaissance de l'article 54 et l'interaction avec un professionnel ou un gestionnaire de l'INSPQ augmentent la probabilité de consulter une évaluation d'impact sur la santé. Ainsi, il est possible d'identifier à partir des résultats présentés à ce tableau les effets moyens des différentes variables 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 plutôt ou en accord total avec l'énoncé selon lequel les déterminants de la santé des populations ont influencé grandement l'élaboration de politiques et de programmes (au lieu d'être plutôt ou en total désaccord), a un effet moyen de **5,4%**;
- Le fait de reconnaître les professeurs/chercheurs comme producteur d'information de première importance, a un effet moyen de **5,4%**;
- Le fait d'être bien ou très bien informé sur les principaux déterminants de la santé des populations (plutôt qu'être peu ou pas informé), a un effet moyen de **7%** 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 plutôt ou en accord total avec l'idée de mettre de nouveaux mécanismes interministériels pour considérer l'impact sur la santé des populations des politiques programmes (au lieu d'être plutôt ou en total désaccord), a un effet moyen de **8,9%**;
- Le fait d'avoir 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 a un effet moyen de **9,2%**;
- Le fait de connaître l'article 54 de la LSP (plutôt que ne pas le connaître), a un effet moyen de **14,8%**;
- Le fait d'avoir un (des) contact(s) avec des professionnels ou gestionnaires de l'INSPQ (plutôt que de ne pas en avoir), a un effet moyen de **20,7%**;
- Le fait d'être plutôt ou en accord total avec l'idée que les responsabilités gouvernementales pour améliorer la santé des Québécois devraient demeurer entre les mains du ministère de la Santé et des Services sociaux (au lieu d'être plutôt ou en total désaccord), a un effet moyen de **-6,9%**;
- Le fait d'être âgé de 30-39 ans plutôt que de 54 ans et plus, a un effet moyen de **-13%**.

**Discussion.** Encore une fois, ces résultats sont particulièrement pertinents pour les responsables de l'application de l'article 54 au sein du MSSS puisqu'ils peuvent influencer les perceptions des professionnels pour 7 des 9 variables (A à G). Les différentes orientations stratégiques du MSSS auraient intérêt à prendre en considération les spécificités caractérisant les différents ministères. Le manque de compréhension des secteurs entre eux représente un frein à la collaboration intersectorielle, essentielle à l'intégration de l'EIS dans la pratique gouvernementale (Ahmad, 2008).

Par ailleurs, eu égard aux résultats de cette étude, il appert que l'effet des variables statistiquement significatives varie en fonction du ministère. Par exemple, la connaissance de l'article 54 a un effet supérieur pour les professionnels du MDEIE (17,3%), du MESS (17,5%) et des Finances (17,4%) comparativement à ceux du MRNF (9,1%) et de la Justice (8%). Dans ce contexte, il faut pour les professionnels des secteurs plus économiques, établir une stratégie efficace pour les sensibiliser davantage aux préoccupations relatives à la santé.

**Tableau 17 : Effet sur les probabilités prédites ( $y=1$ ) des variables statistiquement significatives lorsque celles-ci varient du minimum au maximum (0-1).**

Ministères	Variables statistiquement significatives								
	A	B	C	D	E	F	G	H	I
MSSS	.093	.070	.122	-.070	.147	.070	.191	.127	-.191
MAMROTO	.081	.063	.103	-.074	.171	.063	.238	.106	-.150
T									
MAPAQ	.094	.072	.121	-.079	.173	.072	.232	.125	-.182
MCCCF	.063	.049	.080	-.062	.148	.049	.214	.081	-.112
MDDEP	.095	.073	.122	-.078	.171	.073	.229	.127	-.184
MDEIE	.084	.065	.107	-.076	.173	.065	.239	.111	-.156
MELS	.084	.065	.108	-.076	.174	.065	.240	.111	-.157
MESS	.086	.066	.110	-.077	.175	.067	.240	.113	-.161
MFA	.083	.064	.105	-.075	.172	.064	.238	.109	-.154
FINANCES	.089	.068	.114	-.078	.174	.068	.237	.117	-.168
MICC	.072	.056	.091	-.069	.162	.056	.229	.094	-.131
JUSTICE	.028	.022	.035	-.031	.080	.022	.124	.036	-.048
MRNF	.033	.026	.041	-.035	.091	.026	.140	.041	-.056
MSP	.046	.037	.058	-.048	.119	.037	.178	.059	-.081
TRANS	.050	.040	.063	-.051	.125	.039	.185	.064	-.088
HORIZ	.042	.033	.053	-.044	.111	.033	.166	.053	-.073
[min/max]	[.028/.095]	[.022/.073]	[.035/.122]	[-.031/-.079]	[.080/.175]	[.022/.073]	[.124/.240]	[.036/.127]	[-.048/-.191]
effet moyen	.070	.054	.089	-.064	.148	.054	.207	.092	-.130
	(7%)	(5,4%)	(8,9%)	(6,4%)	(14,8%)	(5,4%)	(20,7%)	(9,2%)	(13%)

- A. Information sur les principaux déterminants de la santé des populations
- B. Influence des déterminants de la santé sur le processus décisionnel
- C. Mécanismes interministériels
- D. Responsabilité en matière de mesures gouvernementales pour améliorer la santé
- E. Connaissance de l'article 54
- F. Utilité perçue de la recherche universitaire
- G. Interaction avec un professionnel ou un gestionnaire de l'INSPQ
- H. Rédaction de documents
- I. 30-39 ans

---

## Conclusion

Cette enquête a permis de dégager certains constats en lien avec les préoccupations en matière de santé et de bien-être chez les professionnels du gouvernement du Québec. D'abord, les professionnels interrogés connaissent assez bien les déterminants de la santé. Cependant, ces déterminants pourraient être encore mieux pris en compte lors de l'élaboration des politiques publiques. Les répondants considèrent aussi en grande majorité que la responsabilité en matière de mesures gouvernementales pour améliorer la santé des Québécois devrait demeurer entre les mains du MSSS et que de nouveaux mécanismes interministériels sont nécessaires afin de considérer l'impact sur la santé des populations des politiques formulées dans leur domaine d'activités. En réalité, les différents professionnels veulent bénéficier de l'expertise centralisée au MSSS et contribuer à l'élaboration de PFS via des mécanismes intersectoriels.

Ces résultats tendent à confirmer que la perception des responsabilités en matière de santé publique est reliée à la vocation des ministères. Le domaine administratif est un facteur explicatif important non seulement de la connaissance de l'EIS, mais également de la position « pro - développement économique » d'une majorité de professionnels des ministères à vocation essentiellement (Finances, MDEIE) ou davantage (MAPAQ, MTQ, MAMROT, MRNF) économique.

Les résultats démontrent aussi une méconnaissance de l'article 54 au Québec. Malgré le grand intérêt manifesté par les fonctionnaires pour cet outil, seulement une faible proportion d'entre eux en ont consulté une ou plusieurs au cours de la dernière année. Un modèle de régression logistique a permis de découvrir que les raisons qui incitent les professionnels à consulter des EIS sont le niveau d'information sur les déterminants de la santé, leur influence sur l'élaboration de politiques publiques dans un domaine d'activités, la connaissance de l'article 54, considérer que les responsabilités en matière de mesures gouvernementales pour améliorer la santé devraient transcender le MSSS, l'utilité de la recherche universitaire et l'interaction avec l'INSPQ. Ce constat devrait amener le MSSS à adapter sa stratégie de communication et de promotion afin d'influencer certaines variables explicatives de la propension des professionnels du gouvernement du Québec à consulter les EIS.

Cette enquête qui visait à cerner le degré de la connaissance des déterminants de la santé et de consultation des EIS chez les professionnels du gouvernement du Québec nous amènent donc à formuler les recommandations suivantes.

Recommandation 1. La sensibilisation aux déterminants de la santé et la connaissance de l'article 54 ont une influence positive et significative sur la consultation des EIS. Dans cette perspective, il serait approprié de développer de nouvelles stratégies de communication afin de rejoindre la tranche d'âge des 30-39 ans, car le fait d'être âgé de 30-39 ans plutôt que de 54 ans et plus, a un effet moyen de -13% sur le fait d'avoir consulté une EIS. Ces stratégies pourraient également cibler les professionnels exerçant dans les ministères à vocation économique, notamment le MDEIE et le ministère des Finances.

Recommandation 2. Offrir des formations adaptées aux réalités des professionnels des différents ministères afin de les sensibiliser sur les déterminants de la santé et leur importance dans le développement de politiques publiques favorables à la santé. Dans un premier temps, les ministères à vocation plus économique devraient être privilégiés.

---

Recommandation 3. Favoriser le développement de liens entre les professionnels de la santé publique et ceux exerçant dans les autres secteurs d'activités. Pour ce faire, il est primordial de mettre à profit les compétences et les connaissances des acteurs du domaine de la santé au-delà des frontières traditionnelles en développant des réseaux de collaboration au sein des professionnels, afin de rendre disponible au plus grande nombre les connaissances existantes en santé. Une approche ascendante, mobilisant les différents acteurs, pourrait être valorisée.

---

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Ahamd, B., Chappel, D., Pless-Mulloli, T. et M. White. (2008). « Enabling factors and barriers for the use of health impact assessment in decisions-making processes ». *Public Health*, vol. 122, no. 5, 452-457.
- Davenport, C., Mathers, J., et J. Parry. (2006). « Use of health impact assessment in incorporating health considerations in decision-making ». *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 60, 196-201.
- Gauld, R., Bloomfield, A., Kiro, C., Lavis, J. et S. Ross. (2006). « Conceptions and uses of public health ideas by New Zealand government policymakers: report on a five-agency survey. » *Public Health*, vol. 120, no. 4, 283-289.
- Kemm, J. (2008). « Les expériences d'évaluation d'impact sur la santé au Royaume-Uni et leur traduction dans les politiques publiques ». *Télescope*, 14(2), 1-13.
- Lalonde, M. (1974). *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens*. Ottawa, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Gouvernement du Canada.
- Landry, R., Lamari, M. et N. Amara. (2003). The Extent and Determinants of the Utilization of University Research in Government Agencies. *Public Administration* 63(2): 192-205.
- Lavis, J.N. et al. (2003). « Do canadian civil servants care about the health of populations? » *American Journal of Public Health*, vol. 93, no.4, 658-663.
- Letho, J. et A. Ritsatakis. (1999). *Health impact assessment. Main concepts and suggested approach. A Gothenburg consensus paper*. European Center for Health Policy. [[en ligne](#)]. Consulté le 25 novembre 2010.
- Mindell, J., Bowen, C., Herriot, N., Findlay, G., et S. Atkinson. (2010). « Institutionalizing health impact assessment in London as a public health tool for increasing synergy between policies in other areas ». *Public Health*, 124(2), 107-114.
- Mindell, J., Bowen, C., Herriot, N., Findlay, G., et S. Atkinson. (2008). « L'évaluation d'impact sur la santé : un instrument de santé publique dans le développement des stratégies régionales ». *Télescope*, 14(2), 26-37.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). *Évaluation d'impact sur la santé lors de l'élaboration des projets de loi et règlement au Québec. Guide pratique*. [[en ligne](#)]. Consulté le 28 juillet 2010.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2007). *La santé, autrement dit... Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé*. Québec : MSSS, 21 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 : MSSS, 65 p.
- Observatoire de l'administration publique. (2003). *Identification des enjeux sociétaux et sectoriels pour l'opérationnalisation du programme de transfert de connaissances et de recherche sur les politiques publiques favorables à la santé*. ENAP, 163 p.
- Ouimet, M., Bédard, P.-O., Turgeon, J., Lavis, J.N., Gélinau, F., Gagnon, F. and Dallaire, C. (2010). « Correlates of consulting research evidence among policy analysts in government ministries: a cross-sectional survey ». *Evidence & Policy* 6(4) : 433-60.
- 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.
- World Health Organization (WHO). (2010). *Adelaide Statement on Health in All Policies. Moving towards a shared governance for health and well-being*. WHO, Gouvernement of South Australia, Adelaide [[en ligne](#)]. Consulté le 25 novembre 2010.





## **ANNEXE**



---

## Définition des concepts

### Déterminants de la santé

---

Les déterminants de la santé désignent des facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux exerçant une influence sur la santé et le bien-être de la population. De ce constat découle l'idée qu'en modifiant de manière positive ces facteurs, l'état de santé des populations pourrait être amélioré. Dans le cadre de ce rapport, la classification de l'Agence de santé publique du Canada a été retenue<sup>6</sup>. Elle comprend notamment le niveau de revenu et le statut social, les environnements sociaux et physiques.

1. le niveau de revenu et le statut social;
2. les réseaux de soutien social;
3. l'éducation et l'alphabétisme;
4. l'emploi et les conditions de travail;
5. les environnements sociaux;
6. les environnements physiques;
7. les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles;
8. le développement de la petite enfance;
9. le patrimoine biologique et génétique;
10. les services de santé;
11. le sexe;
12. et la culture.

### Politiques favorables à la santé

---

Les politiques favorables à la santé (PFS) sont des interventions gouvernementales qui visent à améliorer la santé des populations en tenant compte des déterminants de la santé. Elles interpellent les responsables politiques de tous les secteurs d'activité des conséquences éventuelles que leurs décisions peuvent avoir sur la santé et le bien-être des personnes. Il existe plusieurs définitions. Nous retenons celle de Milio :

« Healthy public policies improve the conditions under which people live: secure, safe, adequate, and sustainable livelihoods, lifestyles, and environments, including housing, education, nutrition, information exchange, child care, transportation, and necessary community and personal social and health services. Policy adequacy may be measured by its impact on population health. » (Milio, 2001)

Au Québec, l'article 54 de la Loi sur la santé publique représente un levier législatif qui favorise et légitimise la formulation et l'adoption de politiques favorables à la santé.

---

<sup>6</sup> Agence de la santé publique du Canada. *Qu'est-ce qui détermine la santé?* [en ligne]. Consulté le 27 juillet 2010.

---

## **L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) et le processus décisionnel**

---

La définition de l'EIS la plus répandue est celle issue du *Gothenburg consensus paper*, à savoir : « Une combinaison de procédures, méthodes et outils par lesquels une politique, un programme ou un projet peut être jugé quant à ses effets potentiels sur la santé de la population et la distribution de ces effets à l'intérieur de la population. » (Letho et Ritsatakis, 1999) L'objectif de l'EIS est d'informer les responsables politiques afin d'influencer le processus décisionnel. Il s'agit d'un outil essentiel afin de leur permettre d'évaluer les conséquences possibles de leurs interventions publiques sur la santé et si nécessaire, recommander des changements pour bonifier les impacts positifs et réduire les impacts négatifs.