

La politique de santé publique et les aspects sociaux de la santé : vers un management techno-scientifique de l'État providence québécois ?

Public Health Policies and the Social Dimensions of Health : Towards a Techno-scientific Management of Quebec's Welfare State ?

Nicole F. Bernier

Number 55, Spring 2006

La santé au risque du social

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/013220ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/013220ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Lien social et Politiques

ISSN

1204-3206 (print)

1703-9665 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Bernier, N. F. (2006). La politique de santé publique et les aspects sociaux de la santé : vers un management techno-scientifique de l'État providence québécois ? *Lien social et Politiques*, (55), 13–23.
<https://doi.org/10.7202/013220ar>

Article abstract

The adoption of Quebec's *Public Health Act* in 2001 is often seen as a victory for a public health perspective. Its Section 54 gives the Minister of Health the right to assess actions in other policy domains. The real originality, however, of Quebec's policy (recently consolidated) is its integration and continuous up-dating of administrative, programmatic and legislative instruments. This legislation, intended to secure basic public health, also reflects a policy concern for the social dimensions of health, causing it to institutionalise a techno-scientific understanding of social problems, which then spills over onto other policies of the welfare state in Quebec. The article provides an overview of recent developments and explores the reach as well as the limits of public health policy.

La politique de santé publique et les aspects sociaux de la santé : vers un management techno-scientifique de l'État providence québécois ?

Nicole F. Bernier

Le Canada a assumé pendant plusieurs années un leadership international dans le domaine de la promotion de la santé, notamment avec la publication du rapport Lalonde, en 1974, et l'adoption de la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* de 1986, à laquelle quelque 27 pays ont adhéré depuis (Kickbush, 2003)¹.

Ces initiatives ont d'abord souligné l'importance des facteurs associés à la santé autres que les services curatifs de santé. Elles ont aussi reconnu que la responsabilité de protéger et d'améliorer la santé publique n'incombe pas exclusivement au secteur de la santé et que la promotion de la santé va au-delà de la simple promotion de comportements sains. Elles ont contribué enfin à renforcer une vision élargie de la santé qui comprend, plus généralement aussi, le bien-être des individus (Shah, 2003: 1-31).

Depuis le début des années quatre-vingt-dix, le leadership international du gouvernement fédéral en promotion de la santé s'est estompé; simultanément, plusieurs provinces, par le biais des autorités locales et régionales de santé principalement, ont renforcé le leur ainsi que leurs programmes à cet effet (Kothari et Edwards, 2003: 391-398). Au Québec, plus particulièrement, le système de santé publique a connu des progrès remarquables à partir du milieu des années quatre-vingt-dix, à tel point qu'on considère aujourd'hui qu'il est, à bien des égards, le système le plus complet au pays (Canada-IRSC, 2003: vii). Parmi les dix provinces canadiennes, c'est au Québec que l'on trouve effectivement les lois les plus actualisées en santé publique (Canada-IRSC, 2003: v). Celles-ci traduisent une approche globale de la santé publique. La politique québécoise comprend mais dépasse le contrôle des maladies transmissibles et prévoit des pou-

voirs publics et des outils d'intervention diversifiés permettant de faire face aux grands défis de santé publique que sont devenues les blessures et les maladies chroniques. Ce qui est moins connu à l'extérieur du Québec, c'est que l'approche québécoise en santé publique et en promotion de la santé est «globale» au sens qu'elle vise, dans l'esprit de la Charte d'Ottawa, la prise en compte des aspects sociaux associés aux mauvais états de santé de la population et l'intervention sur ces aspects (pensons aux conditions de logement, aux niveaux de revenu, à la scolarisation ou encore aux environnements physiques). De plus, elle vise à faire en sorte que les politiques publiques des autres secteurs deviennent «favorables à la santé» de la population. De fait, l'approche québécoise va jusqu'à préconiser la réduction des inégalités sociales, celles-ci étant étroitement associées aux mauvais états de la santé de la population. Or, en investissant la

La politique de santé publique et les aspects sociaux de la santé : vers un management techno-scientifique de l'État providence québécois?

14

politique sociale, la santé publique contribue au progrès d'une vision particulière des besoins sociaux et des solutions envisagées pour y répondre.

Cet article présente, d'abord, les éléments de la politique de santé publique qui permettent une action relativement intégrée pour protéger et améliorer la santé de la population. Il explore ensuite la portée, l'intérêt et les limites de l'approche québécoise de santé publique en général et de promotion de la santé plus particulièrement. Il fait ressortir, enfin, quelques considérations associées à l'institutionnalisation accrue de la santé publique et d'une vision technoscientifique dans l'État providence québécois².

Des instruments intégrés et une approche globale

Organisation administrative

Le concept d'« infrastructure » est inadéquat pour comprendre le modèle d'organisation de la santé publique au Québec. Au cours des trois dernières décennies, en effet, les fonctions de prévention des risques sanitaires et de promotion de la santé ont relevé des structures du système de soins et des services

sociaux, plutôt que de faire l'objet de la mise en place d'une structure administrative parallèle. L'intégration de la santé publique et des soins de santé s'est produite à tous les niveaux administratifs. Le réseau de centres locaux de services communautaires (CLSC) mis en place sur l'ensemble du territoire québécois au début des années soixante-dix a d'abord assuré la collaboration officielle des services locaux de santé publique et des soins primaires au niveau local. Outre la dispensation des soins primaires aux populations locales, les CLSC ont été chargés de programmes spécifiques axés sur la prévention comme le dépistage et la vaccination et de programmes en périnatalité, en toxicomanie et en développement communautaire (Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2004). La tenue d'une commission provinciale, en 1972, et le lancement l'année suivante d'un réseau de départements de santé communautaire dans les 32 hôpitaux régionaux, qui se voyaient confier des pouvoirs et responsabilités en santé publique, représentaient aussi un effort d'intégration des activités de prévention-promotion dans la structure administrative des soins de santé. Cet effort allait être marqué à nouveau 20 ans plus tard par le transfert des responsabilités et pouvoirs à 18 directions de santé publique relativement autonomes au sein d'autant de régions régionales de la santé et des services sociaux créées en 1993 (Colin, 2004). Il allait être marqué aussi par la mise en place, la même année, d'une direction générale de santé publique au niveau provincial au ministère de la Santé et des Services sociaux, ce qui a dès lors assuré aux intérêts de la santé publique une participation et un

accès aux niveaux décisionnels supérieurs du gouvernement québécois (Québec-MSSS, 1998a). L'intégration des soins de santé et de la santé publique apparaît donc aujourd'hui comme l'une des caractéristiques notables du modèle québécois.

Depuis 1998, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) assure le regroupement et le partage des expertises en santé publique disponibles dans la province. La mission de cette agence gouvernementale est de soutenir le ministère de la Santé et des Services sociaux, les autorités régionales de santé publique et les établissements. L'INSPQ administre le Laboratoire de santé publique du Québec, le Centre de toxicologie du Québec et le Centre d'expertise en dépistage. Le rôle de l'Institut comprend le contrôle des maladies transmissibles mais va bien au-delà. L'Institut contribue au développement des connaissances en santé publique et doit informer le ministre des impacts des politiques publiques sur la santé et le bien-être de la population. Il doit informer la population sur son état de santé et de bien-être, collaborer avec les universités à l'élaboration des programmes de formation en santé publique et collaborer avec différents organismes de recherche et de financement de la recherche (Québec-INSPQ, 2004a). Ses domaines d'intérêt comprennent les habitudes de vie et les maladies chroniques, l'environnement et la toxicologie, les maladies infectieuses, la santé au travail, les services de laboratoire et de dépistage et la surveillance. De façon généralement moins attendue d'un tel organisme, en contexte nord-américain à tout le moins, ses domaines d'intérêt couvrent aussi le développement des individus et des communautés (y

compris les déterminants socioéconomiques de la santé et du bien-être)³ ainsi que le soutien aux politiques, orientations et programmes du gouvernement dans son ensemble.

Législation et programmation

Les quatre fonctions essentielles de la santé publique sont définies dans la *Loi sur la santé publique de 2001* et dans le *Programme national de santé publique 2003-2012* (Québec-MSSS, 2003a). Ce sont la surveillance continue de l'état de santé de la population, la promotion de la santé et du bien-être, la prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes, ainsi que la protection de la santé. La description et l'enchéassement des fonctions essentielles de la santé publique dans la nouvelle loi et dans le Programme reflètent l'influence croissante des professionnels de la santé publique et la consolidation de leur rôle dans les structures gouvernementales au cours de la dernière décennie. Le fait que ces fonctions essentielles aient été confiées légalement à la santé publique en 2001 a représenté, en effet, une perte importante pour certains acteurs de l'organisation des services de santé. Ces acteurs jouissaient jusque-là de parcelles d'autorité diffuses relatives à ces fonctions et soutenaient l'idée que les fonctions essentielles de santé publique ne devraient pas relever de gestionnaires en santé publique mais devraient plutôt transcender toute l'organisation et les fonctions de services de santé (donnée d'entrevue).

La *Loi sur la santé publique* de 2001 a remplacé la *Loi sur la protection de la santé* de 1972 et est ainsi venue moderniser le rôle imparté au

secteur de la santé publique, pour mieux refléter l'évolution du mandat de celle-ci au cours des trente dernières années. Principalement, la loi de 1972 ne précisait pas comment les représentants du ministère et les autorités régionales devaient remplir leur obligation de protéger la santé publique. Elle ne précisait pas non plus comment les autorités de santé publique pouvaient avoir accès à l'information nécessaire à cette fin (Québec-MSSS, 1998a).

La nouvelle loi définit et enchâsse les fonctions essentielles de la santé publique, mais en outre elle appuie une gamme étendue d'interventions en santé publique. D'abord, elle confie à ses gestionnaires les mandats de surveillance des maladies, de prévention des maladies et des blessures et de promotion de la santé. Ensuite, elle adopte une définition vaste de la promotion de la santé et s'inscrit dans le cadre d'une stratégie de développement de «politiques publiques favorables à la santé». À cet effet, elle donne au ministère de la Santé et des Services sociaux un droit de regard et une légitimité pour assumer son rôle croissant vis-à-vis d'autres secteurs d'intervention gouvernementale. La loi de 2001 reconnaît que les lois et réglementations adoptées par d'autres ministères peuvent avoir des impacts sur la santé et le bien-être de la population. L'article 54 de cette loi stipule que le MSSS conseille le gouvernement sur toute question de santé publique et 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. Tous les ministères et agences doivent, en vertu de cet article, consulter le ministre de la Santé et des Services sociaux lorsque, de même, ils élaborent des

lois ou règlements susceptibles d'influer sur la santé et le bien-être. Il incombe alors au ministère de conseiller le gouvernement (Québec-MSSS, 2002).

Cette loi contribue à renforcer le caractère novateur de l'approche québécoise en contexte canadien. Car en dépit de l'existence de la Charte d'Ottawa et des attentes qu'elle a pu susciter, la promotion de la santé est parfois définie étroitement ailleurs au Canada (et à l'étranger). L'Alberta, la troisième plus importante province du pays en termes de production économique, concentre son effort sur le mandat de base de la santé publique. En promotion de la santé, l'accent est mis sur le marketing social auprès d'individus et de groupes de la communauté pour favoriser l'adoption de comportements de vie plus sains, afin de réduire l'incidence des maladies chroniques. L'Ontario, la plus importante province canadienne en termes de productivité et de population, a la même approche, mais prévoit en outre des mesures pour réduire les barrières d'accès aux services de santé publique (comme les handicaps sociaux associés au statut socioéconomique ou aux compétences linguistiques). Dans ces deux provinces, il n'est aucunement question d'outils législatifs dont la portée étendue pourrait se comparer à la législation québécoise (Bernier, 2006).

Quant au Programme, il s'inscrit dans l'intention de la loi. Il est relativement complet du point de vue d'une action intégrée en santé publique. Il reconnaît à la santé publique ses fonctions essentielles, mais aussi trois fonctions de soutien : surveillance de la réglementation, de la législation et des politiques

La politique de santé publique et les aspects sociaux de la santé : vers un management techno-scientifique de l'État providence québécois ?

16

publiques ayant des effets sur la santé; recherche et innovation; et développement et maintien des compétences. Plus concrètement, le Programme prévoit des stratégies qui vont largement au-delà des approches traditionnelles en prévention-promotion et de l'accent mis sur l'adoption de modes de vie sains. Ces stratégies comprennent des mesures pour renforcer le potentiel des personnes, appuyer le développement des communautés, participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être, soutenir les groupes vulnérables et encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces (Québec-MSSS, 2003a).

Potentiel du modèle québécois

L'existence d'un ensemble cohérent d'instruments et d'une conception globale de la santé de la population fait en sorte que le Québec bénéficie d'un système de santé publique intégré à l'organisation des soins de santé, à jour et relativement consolidé. Cela dit, ce ne sont pas uniquement la structure consolidée et le contenu actualisé des lois et programmes qui rendent le modèle québécois exemplaire au Canada. À défaut de pouvoir évaluer

les retombées de la mise en œuvre de la politique québécoise sur la santé et le bien-être de la population (puisque cette politique actualisée est trop récente), il faut tenir compte du potentiel de réalisation de la politique officielle québécoise. Or, celle-ci est soutenue par une mobilisation réelle dans le réseau de la santé et des services sociaux relativement aux enjeux de la santé publique. Cette mobilisation s'est développée sur plusieurs années, notamment parce que la vision de l'organisation actuelle de la santé publique a été élaborée, dans ses grandes lignes, avec la réflexion et les travaux de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux (commission Rochon) au milieu des années quatre-vingt. La vision préconisée dans le rapport de cette commission était d'orienter l'ensemble du système vers une approche de population donnant priorité à la protection, à la prévention et à la promotion de la santé (Québec-MSSS, 1988: 495-509). Les initiatives subséquentes touchant les structures administratives, les programmes et les lois ont reflété en partie les recommandations du rapport et sont la base des instruments actuels de la politique québécoise de santé publique.

Au nombre de ces initiatives, on compte la *Politique de la santé et du bien-être* de 1992, qui a été jusqu'à récemment la véritable politique sociale du Québec, et les *Priorités nationales de santé publique* de 1997, qui ont représenté un premier effort systématique pour doter le Québec de priorités de santé publique communes à l'ensemble des régions (Québec-MSSS, 1998a et 2004). Les effets les plus significatifs de la Politique de 1992 se sont exercés à l'extérieur du domaine de la santé: lutte contre la pauvreté,

politique familiale, petite enfance, garderies. En santé, la Politique n'a pas entraîné de transformations significatives et les Priorités nationales de 1997 n'ont pas produit les résultats escomptés. Néanmoins, ces initiatives ont été des outils utiles pour accompagner l'intégration administrative de la santé publique avec les soins primaires à tous les niveaux administratifs et la mobilisation des professionnels de la santé autour d'enjeux de santé publique.

Cette mobilisation s'est faite de façon progressive et a été appuyée par la professionnalisation accrue des intervenants en santé publique depuis le milieu des années soixante-dix. Les universités québécoises ont formé des centaines de médecins et de praticiens en santé communautaire au niveau du deuxième cycle depuis une trentaine d'années. Notamment, 477 diplômés sont sortis du programme de maîtrise en santé communautaire de l'Université de Montréal depuis 1976 et 192 de celui de l'Université Laval depuis 1989 (données fournies par le secrétariat des départements). Ces professionnels, initialement formés dans des domaines divers (médecine, sciences infirmières, nutrition, etc.), se sont intégrés dans les structures administratives de la santé et ont contribué à faire évoluer les perceptions et les approches professionnelles dans le réseau de la santé.

Ainsi, lorsque la Direction générale de la santé publique a été créée au ministère en 1993, la santé publique y était encore assez peu connue. Une majorité de fonctionnaires privilégiait une intervention en amont sur les problèmes sociosanitaires et s'opposait au modèle biomédical d'intervention. La plupart ne faisaient pas la distinction entre bio-

médecine et santé publique, la première étant axée sur le traitement des problèmes cliniques et la seconde sur la prévention-promotion. Au ministère on ne savait pas à cette époque ce qu'est un «médecin de santé publique». L'intégration administrative, l'existence des Priorités nationales, la création d'un Institut et la prise en charge par des spécialistes de la santé publique de dossiers comme la réduction du tabagisme et la périnatalité en milieu défavorisé ont permis de mieux faire connaître la santé publique. Bien que les objectifs de cette dernière n'aient pas toujours été atteints, l'existence d'une programmation et d'une masse critique de professionnels a contribué à la diffusion des valeurs associées à la prévention-promotion au niveau régional et provincial et à accroître la légitimité de la santé publique au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux et du gouvernement (données d'entrevues).

Dans le tumulte de la réorganisation du réseau et des mesures restrictives qui ont caractérisé une bonne partie des années quatre-vingt-dix, la santé publique n'a pas toujours réussi à faire avancer la prévention-promotion autant qu'on l'aurait souhaité. Mais la vigilance des professionnels et des gestionnaires de santé publique qui siégeaient à des comités ministériels et la présence d'une masse critique de professionnels de santé publique aux niveaux régional et local ont préservé les programmes préventifs visés par les coupures financières. Cela n'a pas été observé dans d'autres provinces, où l'on a parfois aboli des structures et détruit des expertises en santé publique (Bernier, 2006). Au Québec, les structures administratives et les Priorités de 1997 ont favorisé une

relative mobilisation autour des objectifs actuels de la santé publique dans les structures ministérielles et dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux (données d'entrevues). Ainsi, ce ne sont pas simplement les instruments de la politique qui permettent d'envisager une intervention intégrée en santé publique, mais aussi l'ensemble du processus ayant mené à une mobilisation large autour des enjeux de santé publique au cours des trois dernières décennies.

Les aspects sociaux de la santé et les politiques favorables à la santé

Malgré ces atouts et le potentiel des instruments de la politique québécoise en santé publique, l'appareillage administratif et légal laisse entrevoir des défis particuliers pour l'action sur les aspects sociaux de la santé et les politiques publiques favorables à la santé. Un premier défi est lié à un manque de cohérence interne par rapport à l'action du MSSS lui-même. C'est-à-dire que l'article 54 de la *Loi sur la santé publique* vise les autres secteurs d'intervention gouvernementale mais le MSSS s'exclut lui-même du processus. En clair, l'évaluation des impacts sur la santé des initiatives gouvernementales ne concerne pas les initiatives du MSSS. Pourtant, ce ministère compte pour quelque 41 % (en 2004) des dépenses gouvernementales! Malgré les efforts poursuivis par ce ministère depuis une vingtaine d'années pour effectuer un virage vers la prévention-promotion, la force d'inertie des politiques est telle que l'accent du système de soins demeure sur la distribution et l'offre de services de soins de santé (Wilson, 2001). Les investissements en santé publique restent assez

faibles (2% à 3% de l'enveloppe totale consacrée aux dépenses de la santé). Bien qu'il y ait eu des sommes accrues investies en santé publique depuis 2002, il y a encore loin de la coupe aux lèvres puisque, pour mettre en œuvre le PNSP, il faudrait doubler les investissements de 2002 en santé publique.

De plus, la réforme du système de soins depuis le milieu des années quatre-vingt-dix indique que l'action du MSSS (malgré sa mission «sociale») peut avoir des effets néfastes sur la santé de la population. On pense notamment au «virage ambulatoire» du milieu des années quatre-vingt-dix, par lequel on a développé des alternatives aux soins institutionnels en misant sur les soins à domicile prodigués par les proches et soutenus par l'économie sociale pour restreindre la croissance des dépenses publiques. Or, ces réformes, combinées à un ajustement inadéquat des politiques sociales pour répondre aux nouveaux besoins sociaux qu'elles engendraient, ont contribué à accentuer les inégalités sociales et à faire reculer l'égalité entre les genres, et cela contrairement au discours officiel en santé publique insistant sur la nécessité de les réduire (Bernier, 2003). En bref, le MSSS n'assujettit pas ses propres politiques et règlements aux processus d'évaluation d'impact qu'il impose aux autres secteurs, bien que ses propres orientations soient susceptibles d'affecter la santé et le bien-être de la population et même si ses activités ont, par leur envergure, des retombées majeures dans la société québécoise.

Un deuxième défi est lié à la concurrence. S'il est vrai que l'article 54 de la *Loi sur la santé publique* de 2001 apparaît comme un

La politique de santé publique et les aspects sociaux de la santé : vers un management techno-scientifique de l'État providence québécois ?

outil novateur, une mesure comparable existe néanmoins dans d'autres domaines : l'article 31 de la *Loi sur la qualité de l'environnement* (pour tenir compte des impacts environnementaux) et l'article 19 de la *Loi sur la pauvreté* (pour tenir compte des impacts sur la pauvreté). De plus, il y a aussi évaluation transsectorielle lorsque des initiatives publiques peuvent avoir des effets sur la jeunesse (Québec, INSPQ et al., s. d.). L'article 54 vient donc ajouter un (autre) facteur d'alourdissement du processus législatif et se trouve en concurrence avec d'autres mesures semblables.

Un troisième défi concerne les limites techniques qui contraignent la mise en œuvre éventuelle de l'article 54, en particulier le développement de la connaissance des impacts éventuels des lois et règlements sur la santé. Le ministère a adopté une double stratégie à cet effet. Celle-ci consiste d'abord à instaurer un processus interministériel d'évaluation des impacts sur la santé (EIS)⁴. Le problème est que les évaluations d'impact portent sur des initiatives législatives ou réglementaires, tandis que la plupart des politiques publiques se perpétuent par le biais de décisions « automatiques » et de

non-décisions⁵. Si aucun projet de loi n'est déposé, les décisions automatiques et les non-décisions échappent au processus d'évaluation. Donc l'EIS se concentre sur une tranche bien marginale des politiques publiques et produit systématiquement des sous-estimations en écartant l'inertie des processus de renouvellement des politiques et les non-décisions.

Pour combler certaines de ces lacunes, la stratégie ministérielle consiste à contribuer au développement de la recherche pour concevoir de nouveaux outils afin d'évaluer les effets a priori et a posteriori des politiques publiques sur la santé de la population⁶ et de concevoir des programmes de transferts de connaissances pour sensibiliser les ministères aux effets possibles de leurs lois et règlements sur la santé⁷.

Dans le meilleur des cas, les résultats éventuels de ces initiatives ne pourront être ressentis que dans plusieurs années. Mais d'emblée on perçoit un biais, qui impose des paramètres étroits. L'approche ministérielle privilégie en effet la prise en compte des effets mesurables des politiques publiques sur la santé publique. Cette approche s'inscrit dans le courant idéologique en faveur de la « prise de décisions fondées sur les résultats probants » et les techniques de management scientifique de l'administration publique. Or, les processus d'élaboration des politiques sont complexes, ne pouvant se réduire à la prise de décisions, et ont souvent des répercussions diffuses et non mesurables⁸. Les exemples abondent de politiques publiques aux effets diffus sur la santé publique. Pensons à l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA) ou encore aux

grandes orientations gouvernementales touchant l'emploi, l'industrie et le commerce, les finances publiques et l'économie. L'accent mis sur les impacts directs, observables et mesurables des décisions politiques fait en sorte que l'application de l'article 54 concerne une portion insignifiante du processus décisionnel entourant l'élaboration des politiques.

D'ici à ce que des méthodes complémentaires soient développées, c'est principalement l'EIS qui pourra servir de base au MSSS pour faire des représentations visant à modifier la législation ou la réglementation proposée dans d'autres secteurs pour tenir compte des effets sur la santé publique et les aspects sociaux de la santé. L'influence de ces démarches est appelée à demeurer incertaine, face à de multiples pressions et contraintes plaçant les considérations d'impact sur la santé de la population en concurrence avec d'autres facteurs décisionnels.

La santé publique et l'État providence québécois

Jusqu'ici, nous avons vu que la politique québécoise de santé publique est constituée d'un ensemble intégré d'instruments administratifs, législatifs et programmatiques et qu'elle met de l'avant une conception élargie de la santé et du rayon d'action de la santé publique. La mobilisation d'acteurs en soutien à la politique officielle laisse entrevoir un bon potentiel de mise en œuvre de cette politique. Toutefois, le traitement des aspects sociaux de la santé et la contribution du ministère de la Santé et des Services sociaux au développement de politiques publiques favorables à la santé soulèvent des défis.

En particulier, l'action de la santé publique sur les aspects sociaux de la santé ne peut se résumer aux aspects formels de l'article 54. Celui-ci peut être compris, avant tout, comme un outil symbolique (plutôt qu'un instrument efficace de contrainte) octroyant au MSSS la légitimité requise pour s'insérer dans les affaires relevant des autres secteurs. Car l'intervention québécoise en santé publique dépasse *de facto* largement la mission de la santé et des services sociaux de laquelle elle relève au plan administratif. Elle se déploie déjà de maintes façons dans d'autres secteurs gouvernementaux, et se donne des moyens comme l'article 54 pour atteindre l'objectif de «créer un contexte général propice à la santé et au bien-être de tous et toutes» (Québec, INSPQ, 2002b: 70). Elle s'immisce dans la politique sociale puisque ses activités visent aussi, plus généralement, à permettre «d'améliorer les conditions de vie et la qualité de vie des communautés», notamment les communautés vulnérables et défavorisées.

Les professionnels de santé publique participent notamment, de façon active, au développement d'initiatives provinciales multisectorielles sur la pauvreté (enfance, famille), l'environnement, l'agriculture, l'éducation. Ils le font en assumant le leadership de ces initiatives ou encore en assurant une présence active dans l'élaboration des politiques de ces secteurs (données d'entrevue). Ils ont joué un rôle clé, bien que peu visible de l'extérieur du secteur de la santé, dans le processus d'élaboration de l'une des plus importantes initiatives de la politique sociale québécoise des dernières années. Cette initiative a mené à l'adoption de la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion*

sociale de 2002. Il s'agit d'une loi-cadre faisant de la lutte contre la pauvreté une priorité gouvernementale et qui institue une *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, un Comité consultatif, un Observatoire et un fonds permettant de financer de nouvelles initiatives sociales. La promulgation de cette loi a été le fruit d'une mobilisation sociale remarquable et d'une conjoncture politique favorable (Dufour, 2004). Les professionnels de santé publique ont joué un rôle majeur dans ce dossier en contribuant à en faire une priorité du gouvernement et en fournissant des expertises en soutien à l'élaboration de la Stratégie. Selon le ministre Jean Rochon, qui était alors responsable de ce dossier au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, «quand le gouvernement a décidé de faire une politique de lutte contre la pauvreté, c'était pour lutter contre la pauvreté en soi, ça se justifie pleinement, mais c'était aussi pour répondre à ce qui avait été une pression des milieux de santé publique» (donnée d'entrevue; voir également Québec-RSSS, 1997).

Le processus d'élaboration du projet de loi et de la Stratégie a été piloté à tous les niveaux par ce que Boyce (2002) a décrit, dans un autre contexte, comme une «bureaucratie de promotion de la santé», et ce bien que ce dossier eût passé par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. D'abord, le ministre responsable, Jean Rochon, est un diplômé en médecine détenant un doctorat en santé publique et avait été ministre de la Santé et des Services sociaux pendant quatre ans. Avant de mener une carrière en politique, il avait occupé diverses fonctions de haut niveau dans ce domaine, notamment comme directeur du Département de

médecine sociale et préventive et doyen de la Faculté de médecine à l'Université Laval, et comme directeur de la protection et de la promotion de la santé à l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à Genève. Il avait contribué par ses travaux à soutenir et même à développer l'idée d'une vision élargie de la santé de la population. Il était sensible aux objectifs poursuivis par les acteurs en promotion de la santé, de réduire les inégalités sociales de santé et de faire adopter par plusieurs secteurs d'intervention un ensemble de politiques publiques favorables à la santé. Ensuite, la fonctionnaire responsable de l'équipe ministérielle travaillant sur l'élaboration de la Stratégie avait, elle aussi, des antécédents en santé publique à titre de bras droit de la sous-ministre adjointe à la Santé publique au MSSS. Cette fonctionnaire occupait déjà son poste avant l'arrivée du ministre Rochon et n'avait donc pas été mise en poste sous la gouverne de celui-ci.

Enfin, sur le terrain, le psychologue Camil Bouchard, de l'Université du Québec à Montréal, et le médecin de santé publique Marie-France Raynault ont codirigé un ensemble de travaux de recherche, menés pour la plupart par des professionnels à la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, en soutien à l'équipe ministérielle responsable d'élaborer la Stratégie. Dans l'esprit de l'approche préconisée par la santé publique pour l'élaboration des politiques et la production de données probantes en soutien à la décision, ces recherches visaient à évaluer a priori les impacts éventuels de diverses mesures envisagées sur la santé et le bien-être de la population. Les intervenants de la santé

La politique de santé publique et les aspects sociaux de la santé : vers un management techno-scientifique de l'État providence québécois ?

20

publique ont ainsi travaillé à faire de la problématique de la pauvreté une priorité gouvernementale et œuvré à la stratégie qui a suivi.

Il apparaît donc que, peu importe l'application technique éventuelle de l'article 54, les professionnels en promotion de la santé s'investissent *de facto* dans des champs d'intervention relevant de ministères autres que la santé; l'article de la loi sert à légitimer de telles interventions. Parallèlement, les diplômés de santé publique sont généralement bien intégrés au plan professionnel. Ils poursuivent des activités et occupent des postes de responsabilités dans plusieurs domaines d'intervention publique. Comme le dossier de la pauvreté, les dossiers d'un grand nombre de secteurs à vocation sociale ou sanitaire sont ainsi susceptibles d'être mis à l'ordre du jour gouvernemental et pris en charge par des professionnels de santé publique. Cela confère à la santé publique une influence réelle dans les affaires publiques et la gestion de l'État providence québécois (données d'entrevues).

Discussion

Malgré l'influence croissante de la santé publique sur les politiques de l'État providence (Beaglehole et al.,

2004; Boyce, 2002; Williamson, 2001; O'Neill et al., 2001), les enjeux sociaux associés à son action demeurent mal connus. Pourtant, en investissant la politique sociale, les acteurs de la santé publique semblent bien contribuer au progrès d'une vision particulière des problèmes sociaux et des solutions envisagées pour les résoudre. Si leur discours tend vers la neutralité scientifique, il recèle à coup sûr des valeurs qu'il serait intéressant de relever systématiquement. La santé publique vise, à la base, à «prévenir des problèmes psychosociaux et de santé physique qui sont influencés par le contexte de vie» (Québec, INSPQ, 2002: 70). Son discours, influencé au milieu des années soixante-dix par les premiers efforts pour limiter la croissance des dépenses publiques, n'est jamais loin d'inclure l'idée d'investir maintenant les ressources nécessaires pour prévenir l'apparition de problèmes sociosanitaires plus tard, de façon à réduire les coûts sociaux éventuels associés à ces problèmes. Avec Lucien Sfez, on peut se demander si cette vision ne s'inscrit pas dans une logique de dualisation sociale de la médecine, en vertu de laquelle se développent, en parallèle, une médecine de groupes pour les masses et une biomédecine reposant sur un accès réduit à des technologies et expertises toujours plus sophistiquées et coûteuses pour les citoyens les mieux nantis (Sfez, 1995: 365-6).

Grande prêtresse de l'égalité sociale, la santé publique met en forme un discours technicien sur les problèmes sociaux et leurs solutions possibles. Ce discours est appuyé par un appareillage conceptuel et des données scientifiques produites en interaction étroite avec la recherche universitaire (Evans et Stoddard, 2003; Paluck et al., 2001; Milio,

1991). Il s'appuie sur les connaissances développées par l'épidémiologie, la biostatistique et les techniques de management scientifique de l'administration publique, dont le schéma implicite comprend notamment un modèle de décision publique fondée sur les données probantes et une «rationalité managériale» pour la planification et l'évaluation des programmes. Ce discours technoscientifique se place en quelque sorte au-dessus des luttes sociales. Il tend vers une technicisation accrue des interventions sociales et s'éloigne tant de la compassion qui a animé les œuvres charitables du dix-neuvième siècle que du principe de secours aux nécessiteux qui a accompagné la mise en place de l'État providence. Il semble accompagner le passage vers un État d'investissement social (Jenson, 2000; Saint-Martin, 2002) et cadre avec l'idée de réformer l'individu et son environnement social plutôt que de lui porter secours. Cela n'exclut en rien la possibilité que les professionnels de la santé publique soient animés par des valeurs de justice, de solidarité et d'équité sociale et fassent preuve de compassion envers les clientèles vulnérables. Mais il se peut que le discours technoscientifique qu'ils véhiculent prenne le pas sur les revendications du mouvement ouvrier et des groupes sociaux. Il faudra trouver, en dehors du champ de la santé publique, des éléments pour mieux comprendre comment ce discours contribue à transformer la politique sociale et les moyens par lesquels l'État providence assure la satisfaction des besoins de base des individus et des collectivités.

Nicole F. Bernier
Département de médecine sociale et
préventive
Université de Montréal

Notes

- ¹ L'adoption initiale de la Charte de 1986 a été faite par Santé et Bien-être social Canada, le bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Association canadienne de santé publique.
- ² L'analyse repose sur des entrevues semi-directives avec des acteurs clés associés à l'élaboration de la politique de santé publique et (ou) à la promotion de la santé et du bien-être depuis le milieu des années 1990; sur une lecture attentive des publications officielles et de sources non publiées; et sur la recension des sources secondaires portant sur le sujet. Les personnes suivantes ont été rencontrées en entrevue en 2004: Marc Boucher, Christine Colin, Richard Massé, Hélène Morais et Jean Rochon. Ce travail a été appuyé par la bourse PDA-1047-05 décernée par la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé.
- ³ En 2002, l'INSPQ a produit un document sur les contributions de la santé publique au développement social, dans la foulée de la reconnaissance du lien entre la santé, la pauvreté et les inégalités sociales. Le document de cette agence gouvernementale encourage le ministère lui-même, les régies régionales de la santé et des services sociaux ainsi que les CLSC à s'engager dans des interventions pour soutenir la lutte contre la pauvreté et la réduction des inégalités (Québec-INSPQ, 2002a).
- ⁴ Il s'agit d'une méthode structurée pour évaluer et améliorer les conséquences pour la santé des projets et des politiques des secteurs autres que la santé. Cette méthode comprend cinq étapes: *dépistage* des projets en élaboration qui devraient faire l'objet d'une évaluation d'impact; *cadre et évaluation préliminaire* pour déterminer la portée de l'évaluation à réaliser; *réalisation* de l'analyse lorsque la phase précédente détermine qu'une évaluation approfondie est requise; *ajustement des mesures et prise de décision* en s'appuyant sur l'émission d'un avis officiel par le ministre du MSSS et la production d'un mémoire destiné au Conseil des

ministres; et *évaluation du processus* après la mise en œuvre de la loi ou du règlement (Québec-INSPQ et Massé, 2004b).

- ⁵ Un exemple de décision automatique est le renouvellement des enveloppes budgétaires d'une année à l'autre. Une «décision» passée de financer un poste budgétaire n'est pas réévaluée annuellement, elle est reconduite automatiquement. Un exemple de non-décision consisterait à ne pas modifier les services de soins de santé primaires dans une communauté en dépit d'une forte immigration de jeunes familles aux profils culturels et linguistiques diversifiés. La décision automatique s'allierait à la non-décision dans un programme gouvernemental assurant l'accès à certains produits ou services préétablis (comme des soins à domicile ou des médicaments). La croissance des dépenses dépend de certains choix initiaux mais aussi de l'évolution des prix, des salaires, des coûts et de la demande pour ces produits et services.
- ⁶ Il s'agit de faire le point sur les liens entre les différents domaines d'intervention gouvernementale et la santé de la population. Des avis et synthèses sont rendus disponibles aux ministères et organismes gouvernementaux afin d'éclairer leur prise de décisions.
- ⁷ Pour accroître la capacité de recherche à cet effet, le Fonds de recherche sur la santé du Québec a reçu une somme de 1,5 million de dollars.
- ⁸ Pensons notamment à l'abolition, en 1994, du Financement des programmes établis et du Régime d'assistance publique du Canada. Cette initiative fédérale a entraîné un ensemble de réformes provinciales de grande envergure, dont l'adoption au Québec d'un objectif gouvernemental de «déficit zéro» en 1996. Cette politique s'est à son tour répercutée dans l'ensemble des programmes du gouvernement québécois (Bernier, 2003). S'il peut paraître évident que cet enchaînement de restrictions financières aux programmes publics a pu affecter la santé et le bien-être des Québécois, l'approche ministérielle se révélerait inadéquate pour comprendre de quelle façon cela s'est

traduit puisqu'elle se concentre sur les effets mesurables de programmes précis alors qu'il s'agit ici véritablement d'un processus complexe entraînant plusieurs réformes de programmes sectoriels.

Bibliographie

Littérature spécialisée

- BEAGLEHOLE, Robert, Ruth BONITA et al. 2004. «Public health in the new era: Improving health through collective action», *The Lancet*, 363: 2084-2086.
- BERNIER, Nicole F. 2003. «How health care reform impacts social policy and social redistribution», *Canadian Review of Social Policy*, 52, automne-hiver: 51-66.
- BERNIER, Nicole F. 2006. «Diverging trajectories for public health policy in three provinces», dans Michel O'NEILL, Ann PEDERSON et Irving ROOTMAN, dir. *Health Promotion in Canada*, 2^e édition, à paraître chez W. B. Saunders.
- BOYCE, William F. 2002. «Influence of health promotion bureaucracy on community participation: A Canadian case study», *Health Promotion International*, 17, 1: 61-68.
- COLIN, Christine. 2004. «La santé publique au Québec à l'aube du XXI^e siècle», *Santé publique*, 16, 2: 185-195.
- COMTOIS, Marie-Andrée. 2003. «Santé publique: réflexion sur les enjeux éthiques portés par la nouvelle loi québécoise», *Ruptures*, 9, 2: 56-72.
- DUFOUR, Pascale. 2004. «L'adoption du projet de loi 112 au Québec: le produit d'une mobilisation ou une simple question de conjoncture politique?», *Politique et Sociétés*, 23, 2-3: 158-182.
- EVANS, Robert G., et Greg L. STODDART. 2003. «Consuming research, producing policy?», *American Journal of Public Health*, 93, 3: 371-379.
- GERMANN, Kathy, et Doug WILSON. 2004. «Organizational capacity for community development in regional health authorities: A conceptual

La politique de santé publique et les aspects sociaux de la santé: vers un management techno-scientifique de l'État providence québécois?

model», *Health Promotion International*, 19, 3: 289-298.

- JENSON, Jane. 2000. «Le nouveau régime de citoyenneté du Canada: investir dans l'enfance», *Lien social et Politiques*, 44: 11-23.
- KICKBUSH, Ilona. 2003. «The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion», *American Journal of Public Health*, 93, 3: 383-388.
- KOTHARI, Anita, et Nancy EDWARDS. 2003. «Who is protecting the Canadian public health system?», *Home Health Care Management & Practice*, 15, 5: 391-398.
- MACKENBACH, J., M. BAKKER, M. SIHTO et F. DIDERICHSEN. 2002. «Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health», dans J. MACKENBACH et M. BAKKER. *Reducing Inequalities in Health. A European Perspective*. Londres et New York, Routledge: 25-50.
- MILIO, Nancy. 1991. «Making healthy public policy. Developing the science by learning the art: An ecological framework for policy studies», dans B. BADURA et I. KICKBUSH. *Health Promotion Research. Towards a New Social Epidemiology*. WHO Regional Publications European Series, 37: 7-28.
- O'NEILL, Michel, et Lise CARDINAL. 1998. «Les ambiguïtés québécoises dans le domaine de la promotion de la santé», *Recherches sociographiques*, 29, 1: 19-23.
- O'NEILL, Michel, Ann PEDERSON et Irving ROOTMAN. 2001. «La promotion de la santé au Canada: déclin ou mutation?», *Ruptures*, 7, 2: 50-59.
- PALUCK, Elan C., Deanna L. WILLIAMSON, C. Dawne MILLIGAN et C. James FRANKISH. 2001. «The use of population health and health promotion research by health regions in Canada», *Revue canadienne de santé publique*, 92, 1: 19-23.
- PEDERSON, Ann, Michel O'NEILL et Irving ROOTMAN. 1994. *Health Promotion in Canada. Provincial, National & International Perspectives*. Toronto, W. B. Saunders Canada, 401 p.
- RIDDE, Valéry. «Agir contre les inégalités sociales de santé: tentative d'explication de l'immobilisme des autorités de la santé publique québécoise», *Canadian Journal of Public Health*, 95, 3: 224-227.
- SAINT-MARTIN, Denis. 2002. «Apprentissage social et changement institutionnel: la politique de "l'investissement dans l'enfance" au Canada et en Grande-Bretagne», *Politique et Sociétés*, 21, 3: 41-67.
- SFEZ, Lucien. 1995. *La santé parfaite. Critique d'une nouvelle utopie*. Éditions du Seuil, 398 p.
- SHAH, Chandrakant P. 2003. *Public Health and Preventive Medicine in Canada*. 5th Elsevier Saunders, 595 p.: 1-31.
- WILLIAMSON, Deanna L. 2001. «The role of the health sector in addressing poverty», *Revue canadienne de santé publique*, 92, 3: 178-183.
- WILSON, Kathleen, Michael JERRETT et John EYLES. 2001. «Testing relationships among determinants of health, health policy, and self-assessed health status in Quebec», *International Journal of Health Services*, 31, 1: 67-89.
- Sources officielles et primaires*
- ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC. *Mission des CLSC*. En ligne: www.clsc-chsld.qc.ca/membres/clsc.htm. Page consultée le 16 novembre 2004.
- BOUCHARD, Françoise. 1997. «La santé publique: de la théorie à la pratique ou trop peu en trop de temps», *Bulletin de l'Association de santé publique du Québec*, 18, 1. En ligne: www.aspq.org/bulletins/index1.htm. Page consultée le 16 novembre 2004.
- BOUCHARD, Françoise. 1998. «Les intentions du gouvernement du Québec en santé publique», *Bulletin de l'Association pour la santé publique du Québec*, 19, 2, 29 mai. En ligne: www.aspq.org/bulletins/index1.htm. Page consultée le 16 novembre 2004.
- CANADA. Instituts de recherche en santé du Canada. 2003. *L'avenir de la santé publique au Canada. Édifier un système de santé publique pour le 21^e siècle*. 54 p.
- CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE et Hélène MORAIS. 2003. *La politique de la santé et du bien-être 10 ans plus tard*. Actes de conférence publiés par le CSBE et le Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et la prévention: 107-114.
- PARÉ, Isabelle. 1997. «Le Québec aura son Institut national de la santé publique», *Le Devoir*, 7 mars: A1.
- QUÉBEC. Direction de la santé publique de Montréal-Centre. 2003. *Mandat*. En ligne: www.santepub-mtl.qc.ca/direction/mandat.html. Page consultée le 16 novembre 2004.
- QUÉBEC. Institut national de santé publique du Québec. 1998. *Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec*. En ligne: www.inspq.qc.ca/institut/loi.asp. Page consultée le 2 juin 2004.
- QUÉBEC. Institut national de santé publique du Québec et Julie LÉVESQUE. 2002a. *La santé des communautés. Perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*. 40 p.
- QUÉBEC. Institut national de santé publique du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fonds de la recherche en santé du Québec, et Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture. S. d. *Identification des enjeux sociétaux et sectoriels pour*

l'opérationnalisation du programme de transfert de connaissances et de recherche sur les politiques favorables à la santé et au bien-être. 28 p.

QUÉBEC. Institut national de santé publique du Québec. 2002b. *Les priorités nationales de santé publique 1997-2002. Une évaluation de l'actualisation de leurs principes directeurs.* Direction du développement et des programmes, 120 p.

QUÉBEC. Institut national de santé publique du Québec. 2004a. *Mission.* En ligne : www.inspq.qc.ca/institut/mision.asp?B=1&B1=1. Page consultée le 16 novembre 2004.

QUÉBEC. Institut national de santé publique du Québec et Richard MASSÉ. 2004b. *Politiques publiques favorables à la santé au Québec : cadre institutionnel et défis pour la recherche.* Conférence présentée au colloque « Politiques publiques en santé », Association canadienne-française pour l'avancement des sciences (ACFAS), Montréal, 12 mai.

QUÉBEC. Ministère de la Santé et des Services sociaux et Jean Rochon (président). 1988. *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.* Les Publications du Québec. 803 pages, Partie IV, Chap.1, 495-509.

QUÉBEC. Ministère de la Santé et des Services sociaux et Jean-Claude DESCHÊNES. 1996. *Rapport sur l'examen des responsabilités respectives du ministère de la Santé et des Services sociaux, des régions régionales et des établissements.* Québec.

QUÉBEC. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Direction générale de la santé publique. 1998a. *La santé publique à l'aube de l'an 2000 : action et concertation.* 58 p.

QUÉBEC. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 1998b. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002.*

QUÉBEC. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2001. *Stratégie pour soutenir le développement de politiques publiques favorables à la santé.* En ligne :

www.msss.gouv.qc.ca/www.msss.gouv.qc.ca/documentation/lois_regle.html. Page consultée le 2 juin 2004.

QUÉBEC. Ministère de la Santé et des Services sociaux et Direction du Programme de santé publique. 2002. *Application de l'article 54 de la Loi sur la santé publique : Stratégie pour soutenir le développement de politiques publiques favorables à la santé.* Document de présentation interne, versions 17/04/02, 22/04/03.

QUÉBEC. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2003a. *Programme national de santé publique 2003-2012.* En ligne : www.msss.gouv.qc.ca/documentation/publications.html. Page consultée le 16 novembre 2004.

QUÉBEC. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2003b. Présentation de deux projets de loi. Communiqué du Cabinet du ministre, 11 novembre. En ligne : www.msss.gouv.qc.ca/documentation/communiqu.html#. Page consultée le 16 novembre 2004.

QUÉBEC. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2004. *La politique de la santé et du bien-être. Une évaluation de sa mise en œuvre et de ses retombées sur l'action du système socio-sanitaire québécois de 1992 à 2002.* 13 p.

QUÉBEC. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre et Direction de la santé publique de Montréal. 1997. *Réduire les inégalités de santé.* Rapport annuel de 1998 sur la santé de la population.