

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

# ANALYSE ENVIRONNEMENTALE


CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE  
SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA SANTÉ



National Collaborating Centres  
for Public Health

Centres nationaux de collaboration  
en santé publique

*Institut national  
de santé publique*

Québec 



# ANALYSE ENVIRONNEMENTALE

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE  
SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES ET LA SANTÉ


MARS 2007



National Collaborating Centres  
for Public Health

Centres nationaux de collaboration  
en santé publique

*Institut national  
de santé publique*

Québec 

## **AUTEURS**

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

Denise Kouri, Responsable  
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Philippe Poitras, Consultant en recherche  
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Geneviève Brisson, Agente de recherche  
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

## **SOUS LA COORDINATION DE**

Denise Kouri, Responsable  
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

## **RÉVISION**

Anika Mendell, Agente de recherche  
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

## **MISE EN PAGE**

Isabelle Hémon, Technicienne en administration  
Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Ce document a été réalisé grâce au soutien financier de l'Agence de santé publique du Canada.

Les vues exprimées dans ce document ne reflètent pas nécessairement celles de l'Agence de santé publique du Canada (ASPC).

*Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca> et sur le <http://www.ccnpps.ca>, le site Web du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.*

*Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : [droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca](mailto:droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca).*

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

CONCEPTION GRAPHIQUE

MARIE PIER ROY

DÉPÔT LÉGAL – 2<sup>e</sup> TRIMESTRE 2007  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA  
ISBN 13 : 978-2-550-50045-2 (VERSION IMPRIMÉE)  
ISBN 13 : 978-2-550-50044-5 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2007)

## AVANT-PROPOS

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) a pour mission de contribuer au développement de l'expertise des agents et des partenaires du domaine des politiques publiques favorables à la santé. À ses débuts, le Centre a produit divers documents internes qui présentent les principaux concepts sous-jacents au développement de ses programmes. Ce recueil de textes constitue son *Analyse environnementale*. Ce document a été mis à la disposition des partenaires pour consultation afin de partager l'information qui a contribué à façonner le travail du CCNPPS.

### Présentation du document

Pour participer efficacement à l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé, il est nécessaire de comprendre les processus qui conduisent à leur élaboration. À cet égard, le **chapitre 1** présente un aperçu du domaine de l'analyse des politiques : ses origines, ses fondements et ses cadres théoriques plus récents. Il décrit aussi les liens entre l'analyse de politiques publiques et la promotion de la santé à l'aide de théories et d'exemples pratiques. Ce texte a été écrit en mars 2007 par Louise St-Pierre, chargée de projets au CCNPPS.

Le **deuxième chapitre**, rédigé en octobre 2006 par Denise Kouri, Responsable du CCNPPS, traite des réunions d'usagers qui ont eu lieu dans diverses parties du pays avec les clients potentiels du Centre. Ces ateliers font partie de la démarche du CCNPPS visant à déterminer comment il pourrait mieux soutenir les efforts de la communauté de santé publique en matière de promotion de politiques publiques favorables à la santé. Le chapitre présente les réponses des usagers aux questions concernant les priorités du Centre. L'**annexe I** présente l'ordre du jour des réunions; les **annexes II et III** tracent le portrait des participants et décrivent les thèmes qu'ils ont soulignés lors de ces rencontres.

Le **troisième chapitre** de l'*Analyse environnementale* présente une synthèse des modèles de santé publique et des acteurs qui œuvrent dans le domaine des politiques publiques favorables à la santé dans huit provinces canadiennes. Ce document a été écrit par Philippe Poitras, consultant au CCNPPS, en mai 2006. Des données plus détaillées sur l'infrastructure de la santé publique et de la promotion de la santé de chaque province sont disponibles sur demande. Le guide d'entrevue utilisé par l'auteur de ce texte se trouve à l'**annexe IV**.

Le **quatrième chapitre** est une synthèse des connaissances sur la question du transfert de connaissances. Il présente un aperçu des notions fondamentales et plus récentes du transfert de connaissance et met l'accent sur les écrits publiés sur le sujet ainsi que sur les opinions de divers experts du domaine.

Enfin, le **cinquième chapitre** est centré sur les risques pour la santé qui peuvent être modifiés grâce aux politiques publiques. Il présente diverses définitions et composantes de l'évaluation des risques. De plus, il traite du lien entre l'évaluation des risques et les autres

domaines qui affectent les politiques publiques favorables à la santé. Les chapitres 4 et 5 ont été rédigés par Geneviève Brisson, agente de recherche au CCNPPS, en avril 2006.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>CHAPITRE 1 LE RECOURS À DES REPÈRES THÉORIQUES EN SCIENCES POLITIQUES POUR COMPRENDRE L'ACTION SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ .....</b>	<b>1</b>
1.1 CONTEXTE .....	1
1.2 L'ANALYSE DU PROCESSUS D'ÉLABORATION DES POLITIQUES PUBLIQUES COMME DISCIPLINE SCIENTIFIQUE .....	2
1.3 QU'ENTEND-ON PAR POLITIQUES PUBLIQUES .....	3
1.4 QUELQUES MODÈLES THÉORIQUES.....	4
1.4.1 Le cycle d'une politique, ou l'approche des étapes d'une politique .....	5
1.4.2 Le modèle des courants de Kingdon.....	5
1.4.3 La place des acteurs et des courants de Kingdon dans les étapes du cycle des politiques.....	6
1.4.4 Le cadre de référence sur les coalitions plaidantes (advocacy coalition framework – ACF) .....	8
1.4.5 De l'approche incrémentale à la démocratie intelligente.....	9
1.4.6 L'approche de l'analyse du discours .....	10
1.5 L'UTILISATION DES CONCEPTS DE POLITIQUES PUBLIQUES EN PROMOTION DE LA SANTÉ.....	11
1.6 RÉFLEXIONS SUR UNE ACTION INTERMINISTÉRIELLE POUR PROMOUVOIR DES POLITIQUES SAINES.....	13
1.7 CONCLUSION.....	16
<b>CHAPITRE 2 RÉUNIONS DES USAGERS : AUTOMNE 2006 .....</b>	<b>19</b>
2.1 CONTEXTE .....	19
2.2 RÉSULTATS DES RÉUNIONS DES USAGERS DE L'AUTOMNE .....	20
<b>CHAPITRE 3 STRUCTURES DE SANTÉ PUBLIQUE ET ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ DANS HUIT PROVINCES CANADIENNES.....</b>	<b>23</b>
3.1 CONTEXTE .....	23
3.2 MÉTHODOLOGIE .....	24
3.3 DIFFICULTÉS RENCONTRÉES ET LIMITES DE L'APPROCHE.....	25
3.3.1 Informations (données) secondaires .....	25
3.3.2 Informations (données) primaires.....	26
3.4 FAITS SAILLANTS ET CONSTATS .....	26
3.4.1 Quelques faits saillants provinciaux d'est en ouest.....	27
3.4.2 Constats d'ensemble.....	28
3.5 CONCLUSION.....	30

<b>CHAPITRE 4</b>	<b>LE TRANSFERT DE CONNAISSANCES : UNE SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES .....</b>	<b>33</b>
4.1	CONTEXTE .....	33
4.2	TRANSFERT DE CONNAISSANCES .....	33
4.2.1	Compréhension conceptuelle.....	34
4.2.2	Transfert de connaissances dans le processus décisionnel ...	39
4.2.3	Variété des mécanismes et des interventions possibles.....	45
4.2.4	Lacunes de la recherche sur le transfert de connaissances ...	46
4.3	CONCLUSION.....	49
<b>CHAPITRE 5</b>	<b>L'ÉVALUATION DES RISQUES À LA SANTÉ : UNE REVUE DE LITTÉRATURE .....</b>	<b>51</b>
5.1	CONTEXTE .....	51
5.2	ÉVALUATION DES RISQUES À LA SANTÉ.....	51
5.2.1	Compréhension conceptuelle du domaine.....	52
5.2.2	Processus d'évaluation des risques.....	55
5.2.3	Approches méthodologiques.....	65
5.2.4	Intégration à l'univers des politiques publiques.....	70
5.2.5	Lacunes et enjeux de l'évaluation des risques.....	75
5.3	CONCLUSION.....	77
<b>RÉFÉRENCES</b>	<b>.....</b>	<b>81</b>
<b>ANNEXE I</b>	<b>RÉUNIONS DES USAGERS : AUTOMNE 2006 ORDRE DU JOUR .....</b>	<b>85</b>
<b>ANNEXE II</b>	<b>RÉUNIONS DES USAGERS : AUTOMNE 2006 PARTICIPANTS.....</b>	<b>89</b>
<b>ANNEXE III</b>	<b>RÉUNIONS DES USAGERS : AUTOMNE 2006 THÈMES RELATIFS AUX POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ.....</b>	<b>93</b>
<b>ANNEXE IV</b>	<b>STRUCTURE DE SANTÉ PUBLIQUE ET ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ DANS HUIT PROVINCES CANADIENNES : GUIDE D'ENTREVUE.....</b>	<b>99</b>

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Rôle de différents acteurs à l'intérieur de chacun des trois courants du modèle de Kingdon.....	7
Tableau 2	Classification des principaux acteurs.....	7
Tableau 3	Réunions des usagers – Types de participants.....	21
Tableau 4	Réunions des usagers – Résumé des principaux thèmes.....	22



---

## LISTE DES FIGURES

Figure 1	Communauté des clients du CCNPPS .....	19
Figure 2	Cadre de gestion des risques, inspiré de Santé Canada (INSPQ, 2003, p. 3) .....	57
Figure 3	Cadre de gestion des risques, NERAM (Shortreed, Hicks, et Craig, 2003) .....	58
Figure 4	Étapes de l'évaluation des risques (INSPQ, 2003, p. 9) .....	59
Figure 5	Toile causale du risque (OMS, 2002, 16) .....	60
Figure 6	Les options de gestion des risques (Santé Canada, 2000, p. 49) .....	61
Figure 7	Les différentes acceptions du principe de précaution (OMS, 2002, p. 162) .....	69



# CHAPITRE 1 LE RECOURS À DES REPÈRES THÉORIQUES EN SCIENCES POLITIQUES POUR COMPRENDRE L'ACTION SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ

*Pour participer efficacement à l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé, il est nécessaire de comprendre les processus qui conduisent à leur élaboration. À cet égard, ce chapitre présente un aperçu du domaine de l'analyse des politiques : ses origines, ses fondements et ses cadres théoriques plus récents. Il décrit aussi les liens entre l'analyse de politiques publiques et la promotion de la santé à l'aide de théories et d'exemples pratiques. Ce texte a été écrit en mars 2007 par Louise St-Pierre, chargée de projets au CCNPPS.*

## 1.1 CONTEXTE

L'instauration de politiques publiques saines est une stratégie de promotion de la santé reconnue depuis longtemps par les spécialistes en la matière. *La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, promulguée en 1986 lors de la première conférence internationale sur la promotion de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1986), a contribué de façon marquante à faire reconnaître l'importance de considérer les déterminants de la santé qui se trouvent au-delà du système de soins.

Douze ans plus tard, lors de la deuxième conférence internationale sur la promotion de la santé, l'OMS réitérait l'importance des cinq stratégies<sup>1</sup> de la *Charte d'Ottawa*, tout en mettant une emphase sur l'une d'elle, soit l'établissement des politiques publiques saines. En effet, la *Déclaration d'Adélaïde* de 1998 (OMS, 1998) portait sur la nécessité de prendre en compte l'impact sur la santé des politiques émises par différents secteurs de la société et sur l'imputabilité de tous les secteurs des gouvernements à l'égard de la santé de la population. Cette déclaration reflétait un consensus international à l'égard de la primauté des politiques publiques saines comme voie d'amélioration et de maintien de la santé populationnelle. Encore aujourd'hui, la *Charte d'Ottawa* et la *Déclaration d'Adélaïde* sont grandement évoquées en promotion de la santé. La pertinence de s'intéresser aux déterminants non médicaux de la santé se révèle de plus en plus avec acuité à mesure que les systèmes de soins affichent leurs limites face à la montée des maladies chroniques.

Nancy Milio (1989) a grandement contribué aux réflexions qui ont mené à ce consensus. Elle fut une des premières à décortiquer les problèmes de santé et à établir des liens entre ceux-ci et les causes multifactorielles qui prennent naissance dans l'environnement des individus. Pour cette auteure, les habitudes de vie et les comportements individuels sont conditionnés par l'environnement physique et social dans lequel évolue la population. Pour la première fois, l'idée que les choix sains doivent être facilités par les différentes politiques émises par les secteurs autres que la santé, comme le transport, l'énergie et l'éducation par exemple, est avancée. Elle a été une des premières dans le champ de la promotion de la santé à exhorter les agents de santé publique à mieux comprendre le processus des

<sup>1</sup> En plus d'élaborer une politique saine, les autres stratégies sont : créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, acquérir les aptitudes individuelles, réorienter les services de santé.

politiques publiques et à s'y investir afin de l'influencer. Son livre intitulé *Promoting Health Through Public Policy*, publié en 1989 (Milio, 1989), a fait le tour du monde et demeure encore aujourd'hui un document de référence en promotion de la santé. Bien que l'auteure évoque quelques concepts relatifs aux sciences politiques, tels les acteurs, leurs relations de pouvoir et l'influence des coalitions, elle ne fait aucune référence aux théories ou modèles d'application issus du champ disciplinaire des politiques publiques.

Alors que la nécessité d'agir sur les politiques publiques est de plus en plus reconnue<sup>2</sup>, le recours aux outils d'analyse et d'intervention produits dans le domaine des sciences politiques semble peu fréquent chez les agents de santé publique au Québec. Or, l'utilisation des connaissances associées au processus d'élaboration des politiques publiques pourrait améliorer de façon importante la pratique de santé publique en matière d'influence pour l'établissement de politiques favorables à la santé, et ce, à tous les paliers du gouvernement.

Dans l'optique de faire valoir la pertinence d'intégrer des outils d'analyse en provenance des sciences politiques dans le champ de pratique de la promotion de la santé, ce présent texte abordera la question en deux volets. Le premier, plus large, tracera un portrait d'ensemble du champ de l'élaboration des politiques publiques (*policy-making*) afin de mieux comprendre ses origines, son contexte de développement, ses fondements théoriques, les principaux courants ainsi que les outils utilisés actuellement. Le deuxième volet tentera de rendre compte de l'utilité de ce champ disciplinaire en promotion de la santé de façon générale, et aussi, plus spécifiquement, à travers un exemple de santé publique au Québec, soit l'article 54 de la *Loi sur la santé publique*. Enfin, en guise de conclusion nous reviendrons sur les principaux concepts propres à l'analyse des politiques publiques qui semblent les plus pertinents et qui mériteraient, à notre avis, d'être intégrés dans la pratique des agents de santé publique<sup>3</sup>.

## **1.2 L'ANALYSE DU PROCESSUS D'ÉLABORATION DES POLITIQUES PUBLIQUES COMME DISCIPLINE SCIENTIFIQUE**

L'analyse du processus d'élaboration des politiques publiques fait partie d'un champ plus large, celui des sciences politiques. Plusieurs auteurs situent le début de l'étude moderne des sciences politiques aux années qui ont suivi la Deuxième Guerre mondiale, soit avec le développement de l'État providence et la généralisation de son intervention pour assurer la prospérité et l'équité dans la distribution des ressources (Meny & Thoenig, 1989; Howlett

---

<sup>2</sup> Plusieurs initiatives se sont développées au cours des dernières années, tant au Canada qu'ailleurs, pour promouvoir les politiques publiques favorables à la santé. Qu'il nous suffise de citer la législation québécoise en santé publique, la mise sur pied par l'Agence canadienne de santé publique d'un Centre national de collaboration sur les politiques publiques ainsi que la création récente d'un Observatoire sur la prévention des maladies chroniques via les politiques publiques saines par le PAHO (bureau américain de l'OMS).

<sup>3</sup> En dépit du fait que le terme promoteur de la santé n'est pas exclusif au secteur de la santé publique et que les intervenants de santé publique peuvent exercer plusieurs fonctions autres que la promotion de la santé (surveillance, protection, prévention de la maladie) à laquelle on associe généralement les politiques publiques saines, nous utilisons indistinctement dans ce texte les termes « agent de promotion de la santé » et « agent de santé publique ».

& Ramesh, 1995). Ayant principalement comme objet la relation entre les citoyens et le gouvernement (Howlett & Ramesh, 1995), ce champ est particulièrement fécond en développements théoriques et en études empiriques. Il a évolué comme une discipline scientifique en empruntant aux sciences économiques d'abord, puis aux sciences sociales ensuite, particulièrement depuis les vingt dernières années (Howlett & Ramesh, 1995). Il s'agit donc d'un champ large ayant plusieurs objets d'étude (par exemple l'État, les institutions, les grandes politiques, les régimes politiques, etc.) et qui est traversé par plusieurs courants (rationalisme, néo-institutionnalisme, constructivisme, etc.). Ces paradigmes sont issus de théories diverses donnant aux chercheurs et aux analystes plusieurs points d'ancrage, à la fois pour le développement de nouvelles connaissances, mais aussi pour le développement de la pratique par le soutien à l'action gouvernementale (Meny & Thoenig, 1989; Lemieux, 2002). L'étude du processus d'élaboration des politiques publiques (*policy-making*) se situe à la frontière du développement des savoirs théoriques et pratique et se veut à cet effet une science appliquée. C'est cette dimension pratique dont il sera plus particulièrement question ici.

Plusieurs auteurs considèrent que l'étude du processus d'élaboration des politiques publiques est marquée par deux grandes écoles (Sutton, 1999; Neilson, 2001 ; Howlett & Ramesh, 1995). La première, dite rationaliste, est inspirée par les sciences économiques (Meny & Thoenig, 1989). Elle est fondée sur la prémisse que les acteurs politiques prennent une décision de manière rationnelle en considérant l'ensemble des options possibles et en choisissant celle qui répond le mieux aux intérêts et en fonction des règles en vigueur (théorie du *institutional rational choice*) de façon à être le plus coût efficient. La deuxième école s'inspire davantage des sciences sociales et considère que la prise de décision s'inscrit plutôt dans un contexte d'ambiguïté et d'incertitude, où une panoplie d'acteurs en dehors du système de décision politique occupe une large place dans l'influence du processus de politiques. Cette école a généré des modèles paradigmatiques opposés au rationalisme mettant en valeur le caractère imprévu et surtout non linéaire du processus (ex. le *garbage can model*). La théorie des réseaux politiques et celle des coalitions supportent cette deuxième école.

Nous pouvons considérer qu'aujourd'hui, l'étude du processus de l'élaboration des politiques publiques s'appuie sur plusieurs théories et modèles conceptuels qui lui sont propres et qui donnent lieu à des débats et échanges fertiles, susceptibles d'assurer la poursuite de son développement. En effet, selon Paul A. Sabatier<sup>4</sup> (1999), ce champ de connaissances possède des bases théoriques suffisamment développées et variées pour conduire à des recherches empiriques de qualité, en mesure de raffiner les concepts théoriques existants à leur tour et, ensuite, de guider la pratique.

### 1.3 QU'ENTEND-ON PAR POLITIQUES PUBLIQUES

Plusieurs définitions ont été données à la notion de politique publique puisqu'elle a tendance à varier d'un auteur à l'autre, selon leurs schèmes de référence. Par exemple, pour Dye,

<sup>4</sup> Un des scientifiques parmi les plus impliqués dans le domaine et éditeur d'un ouvrage collectif récent traitant des principaux cadres théoriques en élaboration des politiques publiques.

une politique publique est « tout ce que les gouvernements choisissent de faire et de ne pas faire » (Dye, 1984, p. 1), alors que pour Meny et Thoenig (1989), les politiques publiques sont « le produit de l'activité d'une autorité investie de puissance publique et de légitimité gouvernementale » (p. 9). Tout comme Dye, ces auteurs situent les politiques publiques en fonction des décisions gouvernementales.

Toutefois, Lemieux (2002) considère que plusieurs des définitions classiques négligent de prendre en considération l'ensemble des acteurs interpellés dans le processus d'élaboration de politiques publiques et qui déborde le bassin des acteurs gouvernementaux. Pour sa part, il propose la définition suivante : « des mesures de régulation, résultant de relations de pouvoir entre des acteurs politiques, qui visent à apporter des solutions à des problèmes publics de distribution des ressources dans une collectivité »<sup>5</sup>. Cette définition a le mérite de mettre en évidence les différents éléments en interaction dans un processus de politique publique soit les acteurs, les problèmes et les solutions. Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, centre pancanadien en santé publique, a adopté la définition suivante : *les choix faits par une autorité gouvernementale (provinciale, régionale ou municipale) dans le but de régler un problème public* (CCNPPS, 2007). Dans cette optique, les politiques se traduisent généralement par des mesures ou des instruments (lois, règlements, subventions, etc.) ou par des stratégies, programmes ou projets. Il est intéressant de souligner que la définition qu'en donnent les chercheurs est différente de celle, moins large, généralement accordée par les décideurs. Pour ces derniers, une politique publique fait référence à un engagement politique pour lequel ils sont imputables (Lemieux, 2002). Cette distinction est importante à garder en tête au moment de transiger avec des décideurs sur le terrain.

#### 1.4 QUELQUES MODÈLES THÉORIQUES

Cette section traitera des principales approches et des modèles qui semblent être les plus marquants en Amérique du Nord dans le champ de l'étude du processus d'élaboration des politiques publiques. L'intention ici n'est pas de faire une revue exhaustive de tous les modèles et écoles de pensées qui ont cours actuellement, mais d'en faire ressortir quelques-uns qui semblent particulièrement utiles dans le cadre du travail des agents de santé publique. Dans un premier temps, nous décrirons brièvement le modèle des étapes d'une politique publique (*heuristic stage* ou cycle d'une politique) qui a marqué le début des sciences politiques. Cette description sera suivie du modèle des courants de Kingdon (1995) et d'une présentation des résultats des travaux de Lemieux (2002) qui, sous plusieurs aspects, permettent de combler certaines des lacunes des modèles précédents. Le cadre théorique des coalitions plaidantes (*advocacy coalition framework* - ACF) de Sabatier et Jenkins-Smith (1993), considéré comme un des plus utilisés par les chercheurs en sciences politiques, sera ensuite résumé. Enfin, nous ferons mention de deux autres approches importantes évoquées en analyse de politiques et susceptibles d'apporter des éléments de réflexion utiles aux agents de promotion de la santé. Il s'agit de l'approche incrémentale de

---

<sup>5</sup> Communication personnelle, juin 2005.

Lindblom (Lindblom & Woodhouse, 1993) ainsi que celle de l'analyse du discours (*storyline*) défendue par Ficher (2003), qui se situe résolument dans une perspective constructiviste.

#### **1.4.1 Le cycle d'une politique, ou l'approche des étapes d'une politique**

L'approche des étapes du processus des politiques publiques (aussi appelé *heuristic stage* et cycle des politiques) a été la plus influente jusqu'à la fin des années 80 (Lemieux, 2002) et demeure toujours aujourd'hui, en dépit des critiques, une base de référence de l'analyse des politiques publiques (Parson, 1995). Lancé au milieu des années 50 par Lasswell, considéré comme le fondateur du mouvement des sciences politiques (Lemieux, 2002) et repris par plusieurs auteurs par la suite, ce modèle divise le processus d'élaboration des politiques publiques en une série d'étapes. Celles-ci sont généralement présentées comme étant : l'émergence, la formulation, l'implantation et l'évaluation. L'émergence fait référence à l'étape où un problème arrive à l'ordre du jour gouvernemental (Lemieux, 2002), tandis que la formulation fait autant référence à la phase où plusieurs alternatives permettant de traiter les problèmes à l'ordre du jour sont soupesées qu'à celle où une décision d'action est prise. L'implantation concerne la mise en œuvre de la politique et l'évaluation, la mesure des résultats de la politique.

Les principales critiques formulées à l'endroit de ce modèle sont son caractère linéaire et non représentatif de la réalité, beaucoup plus complexe, ainsi que sa nature *théorique*, c'est-à-dire sa faible valeur prédictive et son incapacité à générer des hypothèses de recherche (DeLeon, 1990). Howlett et Ramesh (1995), par exemple, estiment que ce modèle ne permet pas de rendre visibles les jeux des acteurs, les différentes alliances, les contraintes et les contingences qui influencent et limitent les choix, ainsi que l'expérience passée. Sabatier (1999), pour sa part, considère que l'état des connaissances actuelles nous amène à devoir changer de paradigme et à remplacer ce modèle par un autre qui rend mieux compte de la complexité du processus. Il est maintenant admis toutefois que les différentes étapes du modèle ne doivent pas être considérées comme séquentielles, mais, en interaction les unes par rapport aux autres. De plus, il est généralement reconnu que cette façon de décortiquer le processus en plusieurs étapes a permis de simplifier l'analyse complexe des politiques publiques, chacune des étapes pouvant donner lieu à un champ d'études en-soi (Sabatier & Jenkins-Smith, 1993). Certains auteurs, tel DeLeon (1999), continuent de plaider en faveur de cette approche en statuant qu'il faut prendre ce modèle pour ce qu'il est, c'est-à-dire sans prétention théorique ou prédictive, mais pour son intérêt à caractériser les actions politiques en fonction des différentes étapes, puisque celles-ci (ainsi que les acteurs qui les posent) varient au cours du processus.

#### **1.4.2 Le modèle des courants de Kingdon**

Kingdon s'est intéressé particulièrement à la phase de l'émergence des politiques publiques en essayant de comprendre pourquoi certains problèmes de société arrivaient à l'ordre du jour politique et d'autres non. En s'appuyant sur le modèle de la « boîte à ordures » (*garbage can model*) de Cohen, March et Olsten (1972) (cités par Zahariadis, 1999), qui professent le caractère aléatoire des prises de décisions des responsables de politiques, Kingdon suggère que pour qu'un problème arrive à l'ordre du jour il faut que trois courants qui évoluent indépendamment soient couplés à la faveur de l'ouverture d'une fenêtre

d'opportunité. Les trois courants en question sont : le courant des problèmes, le courant des solutions et le courant de la politique. Ce dernier courant fait référence aux normes sociales, aux idées prégnantes dans la société auxquelles sont aussi sensibles les décideurs politiques. Selon ce modèle, les trois courants doivent être présents en même temps. Par exemple, un problème peut être reconnu par les décideurs, mais en l'absence de solutions acceptables il ne fera pas l'objet de politique. De plus, le modèle reconnaît l'importance des entrepreneurs. Il s'agit des acteurs qui consacrent temps et énergie pour assurer le couplage des courants et qui savent profiter de l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité pour propulser un problème dans le programme gouvernemental. Ceci peut être le fait d'une crise médiatique, d'un changement de gouvernement, du dépôt d'une étude parlementaire ou autre.

Pour plusieurs auteurs (Zahariadis, 1999 ; Sabatier, 1999 ; Sabatier & Slagher, 2000), l'intérêt de ce modèle est d'avoir intégré le concept des idées et des croyances comme source d'influence de la décision, venant ainsi enrichir les modèles plus traditionnels basés sur les intérêts personnels dans la prise de décision. Tout comme pour l'approche des étapes, il est reproché au modèle des courants de peu considérer les facteurs environnementaux et de peu répondre aux critères d'un modèle théorique, à savoir sa capacité à générer des hypothèses de recherche et à prédire les résultats. Malgré ces critiques, il s'agit d'un modèle qui est beaucoup utilisé en analyse de politiques. Certains auteurs ont étudié son prolongement possible dans les autres phases du cycle des politiques (Demers & Lemieux, 1999 ; Zahariadis, 1999) ainsi que dans des pays non industrialisés (Ride, 2005) permettant ainsi de rendre compte de son utilité dans la compréhension de l'ensemble du processus de politique.

#### **1.4.3 *La place des acteurs et des courants de Kingdon dans les étapes du cycle des politiques***

Il est pertinent de rapporter ici les résultats d'une étude empirique effectuée par Lemieux (2002). Cette étude permet d'éclairer sur le rôle des acteurs selon les courants et étapes du processus de politique publique. En tentant une extension du modèle des courants aux phases de formulation et de mise en œuvre (en plus de celle de l'émergence), Lemieux a examiné près d'une dizaine de politiques publiques menées dans divers pays. L'objectif était de tirer des conclusions sur le rôle de différents acteurs à l'intérieur de chacun des trois courants du modèle de Kingdon, ainsi que sur la place de ces courants dans les différentes étapes du processus d'élaboration des politiques. Les résultats de son étude sont résumés par le tableau suivant :

**Tableau 1 RÔLE DE DIFFÉRENTS ACTEURS À L'INTÉRIEUR DE CHACUN DES TROIS COURANTS DU MODÈLE DE Kingdon**

	Émergence	Formulation	Implantation
Courant	Courant problème; Courant politique	Courant solution; Courant politique	Courant solution; Courant problème
Acteurs	Intéressés (particuliers) Responsables	Agents Responsables	Agents Responsables Intéressés

Ainsi, il est apparu dans cette étude que dans la phase de l'émergence, les deux courants principaux sont ceux des problèmes et ceux de la politique.

Dans la phase de la formulation, ce sont les courants des solutions et de la politique. Alors que dans la mise en œuvre, c'est davantage le courant des solutions et le courant des problèmes qui prédominent.

Pour étudier le rôle des acteurs dans chacun de ces phases et courants, l'auteur a repris la classification suggérée par Kingdon qui regroupe en quatre grandes catégories les principaux acteurs selon qu'ils sont à l'intérieur ou non du gouvernement et des spécialistes du problème ou pas.

**Tableau 2 Classification des principaux acteurs**

	Spécialisé	Non spécialisé
À l'intérieur	Agents	Responsables
À l'extérieur	Intéressés	Particuliers

Ainsi, les personnes spécialisées sont appelées *agents* lorsqu'elles sont à l'intérieur du gouvernement et *intéressés* lorsqu'elles sont à l'extérieur. Les acteurs non spécialisés sont qualifiés de *responsables* lorsqu'ils évoluent à l'intérieur du gouvernement et de *particuliers* lorsqu'ils évoluent à l'extérieur de celui-ci. Il a été observé qu'au cours de la phase de l'émergence ce sont les intéressés et les responsables qui seraient les plus déterminants, alors que dans la phase de la formulation ce sont davantage les agents et les responsables à savoir, les acteurs gouvernementaux. Dans la phase de mise en œuvre, on voit réapparaître les intéressés qui doivent négocier avec les responsables et surtout les agents du gouvernement. Les particuliers sont absents de la phase de la mise en œuvre, mais lorsqu'ils se coalisent ou s'organisent, ils peuvent devenir des intéressés et y jouer un rôle important.

Les acteurs possèdent des atouts qui sont propres à leur position. Ils les utilisent à un moment ou à l'autre au cours du processus d'élaboration d'une politique. Selon Lemieux, il s'agit, entre autres, des ressources humaines, relationnelles, informationnelles et normatives.

En appliquant ces informations à la réalité des agents de santé publique, on peut considérer que ces derniers, en tant qu'experts, peuvent être associés à la catégorie des spécialistes. Ils agissent comme des intéressés lorsqu'ils sont à l'extérieur de la fonction publique et comme des agents lorsqu'ils sont à l'intérieur (quoique ceux-ci soient beaucoup moins nombreux que les intéressés). Leur atout principal est, sans nul doute, les ressources informationnelles compte tenu de l'information technique spécialisée dont ils disposent, soit par leur formation, soit par leur lien avec les académiciens, chercheurs et autres experts.

#### **1.4.4 Le cadre de référence sur les coalitions plaidantes (*advocacy coalition framework – ACF*)**

Nous l'avons déjà noté, l'ACF élaboré par Sabatier et Jenkins-Smith est souvent identifié comme étant le modèle le plus utilisé et dont la contribution a été la plus importante au cours des dernières années (St-Pierre, 2003 ; DeLeon, 1999 ; Fenger & Klok, 2001). Pour ces auteurs, le changement politique est le résultat de la compétition entre deux à quatre coalitions, formées de groupes et de personnes de provenances diverses, qui partagent les mêmes valeurs et les mêmes croyances et qui entretiennent des liens fonctionnels entre eux afin d'influencer les décisions politiques favorisant leur point de vue. La conciliation des positions différentes est le fait d'individus qui, à l'intérieur de chacune des coalitions, servent d'intermédiaires et de facilitateurs (*policy brokers*). Une politique est maintenue en place tant que le jeu de pression des coalitions se poursuit. Un changement de politique est le fait de modifications dans les schèmes de référence des coalitions dues soit à des changements importants dans l'environnement social, culturel et économique, soit aux apprentissages acquis au fil des ans; ce que les auteurs appellent le *policy learning*.

Cette vision comporte deux innovations dans la façon d'aborder le processus d'élaboration des politiques publiques. La première est le fait d'analyser une politique en fonction d'un sous-système de politique, qui dépasse le seul secteur gouvernemental concerné par une politique donnée. Ainsi, une analyse d'une politique dans le domaine du transport, par exemple, devra prendre en compte non seulement les acteurs à l'intérieur du ministère du Transport, mais aussi ceux de tous les autres ministères, organismes, groupes d'intérêt, chercheurs ou académiciens intéressés par la politique en question. Ceux-ci se regroupent de façon naturelle pour une option selon leurs croyances et valeurs. Ce type de regroupement constitue le deuxième apport original du modèle. En effet, selon celui-ci, les coalitions ne sont pas formées sur la base des intérêts personnels, comme il était prétendu jusqu'alors, mais sur la base de croyances et de valeurs semblables<sup>6</sup>. Celles-ci sont classées en trois niveaux : les valeurs profondes, quasi impossibles à changer à moins de modifications majeures dans l'environnement, les valeurs et croyances politiques, appelées

---

<sup>6</sup> Quoique la place des idées a aussi été abordée par Kingdon dans le cadre du courant de la politique, elle n'a pas fait l'objet d'une analyse aussi détaillée que dans l'ACF.

secondaires, qui peuvent changer, pour autant qu'elles puissent continuer à servir les valeurs profondes, et les valeurs et croyances stratégiques, plus instrumentales et plus facilement influençables.

Les auteurs se sont inspirés de plusieurs théories (policy network theory, policy learning theory, idea-based empirical research, institutional rational choice theory) (Ficher, 2003) en les adaptant en fonction de leur expérience et des études expérimentales. Celles-ci ont guidé l'établissement des six grands principes de l'ACF (St-Pierre, 2003). Ces principes sont les suivants :

- Le sous-système de politique comme unité principale d'analyse;
- La considération des différents niveaux de gouvernement;
- Le système des croyances et des valeurs des individus comme déterminant des choix et des actions des individus;
- L'importance de l'information technique dans les apprentissages au sein des coalitions (policy learning);
- La nécessité d'une perspective temporelle d'une décennie ou plus;
- La notion de coalitions plaidantes.

Malgré la force théorique de ce cadre de référence, certaines critiques ont été formulées à son égard. Les principales ont trait à son incapacité à expliquer le changement, mettant une emphase trop importante sur l'influence externe et négligeant de ce fait, le rôle des stratégies des coalitions (Ficher, 2003). De plus, l'ACF prend peu en compte le rôle des institutions et celui des acteurs qui prennent une décision politique. Enfin, ce cadre explique très peu l'émergence d'une nouvelle politique née sous l'effet d'une crise, par exemple. Il explique surtout le statu quo induit par la force d'inertie générée par la coalition plaidante dominante (Ficher, 2003).

#### **1.4.5 De l'approche incrémentale à la démocratie intelligente**

C'est à Charles Lindblom que l'on attribue le développement de l'approche incrémentale (Neilson, 2001 ; Howlett & Ramesh, 1995). Cet auteur fut un des premiers à critiquer l'approche rationnelle de prise de décision, populaire au cours des premières années du développement du champ des sciences politiques. Il allègue qu'il est humainement impossible pour un décideur d'être en mesure de connaître toutes les solutions possibles, leurs conséquences et de pouvoir ainsi choisir la meilleure option. Aussi, devant la complexité, l'incertitude et les conflits qui entourent la décision politique, les décideurs auraient davantage tendance à faire des changements à la marge des politiques existantes. Les changements majeurs en politique seraient surtout le fait d'une accumulation de petits changements qui a lieu au fil du temps. Selon cette approche, il n'y a pas de décision optimale. La meilleure est celle qui reçoit l'assentiment du plus grand nombre de personnes et non celle qui est la meilleure réponse pour résoudre le problème à l'étude (Sutton, 1999).

Cette façon de concevoir l'élaboration des politiques publiques se rapproche de l'analyse que fait Weiss quant à l'utilisation des connaissances scientifiques dans la prise de décisions politiques. Cette auteure, qui s'est beaucoup intéressée au transfert de connaissances

issues de la recherche dans la prise de décisions politiques, considère que l'élaboration de politiques est un processus politique dont l'objectif est de réconcilier les intérêts par la recherche de consensus et non un processus guidé par la logique et la recherche de la vérité (Weiss, 1997 cité par Nielson, 2001).

Les critiques formulées à l'égard de ce modèle sont de deux ordres : le premier fait référence à son utilité limitée et le deuxième à l'indésirabilité de la décision incrémentale (Howlett & Ramesh, 1995). Puisqu'il n'explique pas les changements importants, ni l'intérêt soudain des politiciens pour un problème donné (Kingdon, 1995), ce modèle ne peut être utilisé que dans les contextes stables et pour des politiques existantes. En deuxième lieu, il est reproché à ce modèle de ne pas s'intéresser à l'innovation, ce qui laisse de côté le rôle de la recherche et la possibilité de promouvoir des alternatives nouvelles et plus adéquates (Neilson, 2001 ; Howlett & Ramesh, 1995). On lui reproche, de plus, de limiter le processus de décision à la sphère des bureaucrates, donnant ainsi peu d'importance aux autres groupes de la société, notamment les citoyens.

Dans un ouvrage écrit en collaboration avec Woodhouse (Lindblom & Woodhouse, 1993), Lindblom élargit sa position en faisant la promotion de ce qu'il appelle la « démocratie intelligente ». Cette fois, il remet en question l'influence des connaissances techniques dans la prise de décision telle que le suggèrent Sabatier et Jenkins-Smith (1993) ainsi que Kingdon (1995). Il en veut pour preuve la quantité phénoménale de documents d'information produits par les experts afin de documenter une politique sans que cela puisse apporter des changements ou une amélioration particulière à la politique en cause. Pour ces auteurs, la pression économique et celle du monde des affaires sont omniprésentes et mettent en péril la capacité de l'État (les États-Unis dans ce cas) à produire des politiques favorisant l'équité sociale. C'est là que prend forme la notion de démocratie intelligente qui repose sur la participation des citoyens. La bonification du processus de résolution de problèmes associé aux politiques publiques passe, selon les auteurs, par l'élargissement du débat et par le pouvoir de décision qui doit aller au-delà du colloque entre les élites et les professionnels. En faisant ressortir la faillibilité des analyses politiques et l'incapacité des modèles théoriques à résoudre les conflits de valeurs inhérents aux décisions politiques, les auteurs préconisent plutôt d'adapter l'analyse de politiques publiques aux besoins des citoyens. La contribution de l'expert en analyse de politiques reposerait alors sur sa capacité à supporter les citoyens, et ce, dans un souci de démocratie véritable.

#### **1.4.6 L'approche de l'analyse du discours**

Dans son ouvrage intitulé *Reframing Public Policy*, Frank Fischer (2003) aborde deux idées maîtresses qui nous apparaissent pertinentes ici compte tenu du point de vue critique qu'il adopte à l'égard des grands courants utilisés actuellement en analyse de politiques. La première idée a trait à la contre-performance de l'approche positiviste, promue avec force par Sabatier entre autres, qui est soucieux de voir se développer des hypothèses explicatives universellement applicables. Selon Fischer, cette perspective, qu'il qualifie de néopositiviste, est incapable d'expliquer le « pourquoi » et le « comment » des changements politiques parce que ceux-ci s'inscrivent dans un contexte social, culturel et historique, et dans une dynamique d'interactions propres à chaque situation. En reprenant la théorie des connaissances de Lakatos, qui distingue les différents systèmes de croyances sur lesquels

s'appuie d'ailleurs l'ACF, et, en y associant celle de Hajer (*discourse coalitions*) (Hajer, 1995), il développe un argumentaire faisant valoir l'importance du discours comme moyen de conviction utilisé par les coalitions plaidantes. Selon cette approche, ce qui rassemble les individus au sein d'une coalition ne serait pas tellement les croyances et les valeurs, mais plutôt l'interprétation des faits qu'ils font à partir de ces croyances et valeurs, dans un contexte social concret. C'est ce qu'il appelle les *storyline*. Ces histoires condensent de façon symbolique les faits et les valeurs de base et constituent le socle de la décision politique. Emery Roe (1991), une autre auteure s'intéressant à l'approche narrative, explique que les histoires permettent de réduire la complexité entourant les enjeux et les problèmes politiques à résoudre, facilitant ainsi la prise de décision par le politicien et sa communication à la population. Ceci expliquerait, entre autres, la raison pour laquelle les changements importants dans l'environnement ainsi que les informations techniques ne réussissent pas toujours à faire changer les orientations politiques des coalitions, comme le prétend l'ACF. L'objet d'analyse d'une politique publique ne devrait donc pas tant être les valeurs et les croyances à la base des coalitions et l'influence des informations techniques, mais davantage les discours populaires qui circulent au sein d'une coalition et chez les décideurs ainsi que leur signification et leur rôle dans le changement de politique.

La deuxième idée maîtresse de l'approche de Fischer rejoint les préoccupations portées par Lindblom et Woodhouse (1993) à l'égard de la participation des citoyens dans la prise de décisions politiques. Il situe cette participation comme étant la pierre angulaire du processus politique puisqu'elle apporte aux analystes une connaissance nouvelle et davantage ancrée dans la réalité de ceux à qui s'adresse la politique. Selon cette vision, le rôle du décideur (et de l'expert) dépasse celui traditionnellement associé aux différentes étapes du processus de politiques (formulation, décision, mise en œuvre). Il touche, aussi, au devoir de mise en délibération citoyenne (*civic discovery*) sur les enjeux de société. Ceci permet de dégager une meilleure compréhension de la définition des problèmes et des solutions acceptables. Selon cette vision postmoderniste, c'est la seule façon de rapprocher la vérité de la science.

Ainsi, Fisher, tout comme Lindblom et Woodhouse, apporte une note discordante au mouvement prédominant édifié davantage dans une perspective positiviste, perspective dans laquelle se construit aussi une partie du savoir et de la pratique de santé publique. Ces deux derniers modèles apportent, donc, des idées susceptibles de nourrir la remise en question nécessaire à tout expert, qu'il soit analyste de politiques ou expert de santé publique.

## **1.5 L'UTILISATION DES CONCEPTS DE POLITIQUES PUBLIQUES EN PROMOTION DE LA SANTÉ**

D'entrée de jeu, retenons le fait qu'il n'est pas demandé aux experts de santé publique de faire de l'analyse de politiques, mais plutôt de favoriser leur émergence ou de sensibiliser sur les impacts négatifs sur la santé de politiques existantes. Bien que l'on convienne que le premier permet de développer des connaissances pour aider au second, il ne s'agit pas de faire ici des intervenants de santé publique des experts en sciences politiques, mais de mieux les outiller pour qu'ils puissent jouer le rôle attendu de façon la plus pertinente possible.

Ce rôle peut s'exercer de trois façons différentes. D'une part, les agents de santé publique peuvent participer dans l'émergence d'une nouvelle politique comme ce fut le cas, par exemple, pour les lois et règlements sur le tabac. Dans ces situations, le modèle des courants de Kingdon pourrait être d'une grande utilité. Ce modèle indique qu'il ne suffit pas aux experts de santé publique de bien documenter un problème à partir de données épidémiologiques pour influencer les actions politiques. L'identification d'options politiques réalistes et acceptables socialement pour réduire les risques est aussi nécessaire. La problématique de la circulation routière pourrait être ici citée en exemple. Alors que les problèmes de santé publique liés à la circulation routière, comme les maladies respiratoires et les accidents causant blessures voire la mortalité, ont été démontrés à multiples reprises, des mesures prohibitives pour diminuer l'utilisation de l'automobile et favoriser d'autres moyens de transport ne sont pas recevables pour une grande partie de la société québécoise.

Un deuxième rôle que peuvent être appelés à jouer les agents de santé publique est celui d'une mise en garde contre les effets néfastes potentiels d'une politique en phase d'émergence ou de formulation ou même d'opposition à une politique. La position du secteur de santé publique à Montréal à l'égard du prolongement d'une autoroute vers la couronne nord de l'île ou à la construction d'un Casino dans un quartier défavorisé en est un exemple récent.

Le modèle des coalitions plaidantes pourrait alors apporter un éclairage utile aux interventions de santé publique. En identifiant le rôle et la nature des coalitions en présence, ainsi que la structure du sous-système de politique concerné, les experts de santé publique peuvent ajuster le contenu de leur argumentaire de façon à soutenir les valeurs normatives pour l'option la plus favorable du point de vue de la santé. L'ajustement de l'argumentaire de santé publique doit aussi s'ajuster à un éventail de clientèle plus large que les seuls décideurs politiques.

Finalement, pour une frange du secteur de la santé publique œuvrant au sein de l'appareil gouvernemental, ce rôle peut s'exercer en tentant d'influencer la formulation d'une politique. En ce cas, l'approche incrémentale et la théorie du choix rationnel institutionnel (*institutional rational choice*), qui mettent l'accent sur le rôle de la fonction publique (Grindell et Thomas, 1991) et sur les arrangements institutionnels, pourraient aider à mieux saisir les dynamiques dans lesquelles ils doivent exercer leur influence.

Dans tous ces cas de figure, cependant, les experts de santé publique utilisent leur atout principal, qui est celui de l'information technique. Selon Lemieux (2002), cette ressource est contributive tant dans la phase de l'émergence que dans celle de la formulation d'une politique. Dans le cas de l'émergence, cet atout concourt particulièrement à forger le courant des problèmes en apportant des précisions sur les déterminants de la santé notamment, mais aussi au courant de la politique, comme le souligne Zahariadis (1999), en participant au développement des idées et des mouvements sociaux. Pour l'ACF, l'information technique est considérée comme le moteur des apprentissages politiques (*policy learning*) à l'intérieur des coalitions plaidantes. Selon Sabatier et Jenkins-Smith « cartographier les croyances et

les politiques publiques dans un même canevas facilite l'analyse du rôle de l'information scientifique et autres informations dans la politique » (St-Pierre, 2002, p. 275).

Nous avons vu cependant à quel point cet atout est limité et subordonné à d'autres impératifs. D'une part, cette information, aussi solide et scientifique soit-elle, peut très bien ne pas être utilisée du tout, comme nous le soulevait Lindblom un peu plus tôt. Certains auteurs avancent que les décideurs submergés par l'information se fient davantage à leur expérience et au gros bon sens en lien avec leur contexte de décision (Neilson, 2001). L'information peut être rejetée parce qu'elle ne correspond pas à l'idéologie du gouvernement en exercice ou interprétée différemment pour répondre aux schèmes de références des destinataires. Fischer note que pour que l'information technique soit véritablement utilisée, il est essentiel que le transfert de connaissances se fasse dans un climat de confiance, d'acceptabilité et de crédibilité (Fisher, 2003). Ainsi, l'ensemble de ces constats devrait amener les experts de santé publique à porter une attention particulière non seulement au message véhiculé (adaptation aux valeurs de base) et aux destinataires (l'ensemble des acteurs du sous-système de politique), mais aussi à la façon dont l'information est transmise, en reconnaissant l'importance de la qualité relationnelle avec laquelle cette information est rendue.

Certains intervenants de santé publique peuvent alors vouloir dépasser ce rôle d'expert et être plus proactifs en matière d'influence de politiques publiques. Il leur est alors possible d'adopter le rôle d'entrepreneur dans le sens proposé par Kingdon. Cette responsabilité est réalisable, par exemple, au sein d'une coalition, d'un groupe de pression ou d'un regroupement professionnel qui milite en faveur d'une option. On pense ici aux agents de santé publique préoccupés par la prévention de l'obésité qui, portés par la sensibilisation croissante envers cette problématique au sein de la population, ont rendu visibles les données collectées depuis plusieurs années et se sont engagés activement dans des organisations diverses pour mettre ce problème à l'ordre du jour gouvernemental. Ils doivent être conscients alors, qu'il s'agit d'un engagement à moyen et long terme et que des efforts constants doivent être faits pour construire les liens entre les problèmes, les solutions et les normes sociales (couplage des courants) tout en surveillant (et même, susciter) l'ouverture de fenêtres d'opportunité afin de favoriser la mise à l'ordre du jour gouvernemental de la politique souhaitée.

## **1.6 RÉFLEXIONS SUR UNE ACTION INTERMINISTÉRIELLE POUR PROMOUVOIR DES POLITIQUES SAINES**

L'institutionnalisation au sein d'un gouvernement de l'analyse d'impact des politiques publiques sur la santé de l'ensemble des politiques s'avère un moyen très puissant pour assurer le développement et le maintien de la santé de la population. Au Canada, l'article 54 de la *Loi sur la santé publique* au Québec<sup>7</sup> en est exemple récent et prometteur. En décembre 2001, le gouvernement du Québec adoptait la *Loi sur la santé publique* dont un des articles stipule que le ministre de la Santé est d'office conseiller du gouvernement sur

<sup>7</sup> *Act Now* en Colombie-Britannique en est un autre exemple tout aussi prometteur.

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 de la population* »<sup>8</sup> (Gouvernement du Québec L.R.Q. S-2.2). Afin de mettre en application ce volet de la mesure législative, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a instauré un mécanisme intra gouvernemental de consultation qui se traduit par la mise à la disponibilité des ministères d'un outil de dépistage des impacts sur la santé de leurs lois et règlements et par le soutien d'un groupe de représentants ministériels. L'outil de dépistage proposé est inspiré de ceux utilisés en Europe dans le cadre d'un mouvement, beaucoup plus populaire là-bas qu'ici, intitulé le *Health Impact Assessment* (HIA). Il s'agit d'un outil conforme au courant rationaliste puisqu'il suit les étapes de la résolution de problèmes : dépistage, cadrage, analyse approfondie (si besoin, faits par les experts de santé publique), ajustement, prise de décision et évaluation. Au-delà de la finalité première qui est de favoriser l'adoption de politiques publiques saines, les objectifs visés par ce mécanisme intra gouvernemental sont de deux ordres : permettre une décision éclairée des législateurs et assurer une cohérence entre les différentes décisions gouvernementales (MSSS, 2002).

De tels instruments doivent, cependant, être manipulés avec prudence puisqu'ils interviennent dans le délicat domaine des relations interministérielles, comme l'illustre la lecture d'une perspective sociologique de l'analyse des politiques portée par les français Jobert et Muller. Dans leur livre *L'État en action* (Jobert & Muller, 1997), ces auteurs expriment deux idées qui peuvent apporter un éclairage instructif au sujet qui nous préoccupe; la notion de *l'hyperchoix* et le rapport global-sectoriel (RGS) en lien avec les référentiels. Pour ces auteurs, l'incertitude est au cœur du processus politique et plus se développe l'État et la société qui l'abrite, « plus progresse la sectorisation et plus croît en parallèle l'interdépendance des secteurs » (Jobert & Muller, 1997, p. 41) et plus donc les actions politiques se compliquent. Les décideurs sont de plus en plus confrontés à ce que les auteurs appellent *l'hyperchoix*, c'est-à-dire le fait de « choisir entre des données hétérogènes, qui relèvent de logiques fondamentalement différentes » (Jobert & Muller, 1997, p. 41) C'est sans doute à cause de cette interdépendance des secteurs et des superpositions inévitables entre eux que se développent les clauses d'impact<sup>9</sup> illustrant la volonté des législateurs d'assurer la mise en cohérence sociale de ses différentes politiques. Ce faisant, toutefois, les décisions deviennent encore plus difficiles, complexifiant la tâche des responsables sectoriels. L'obligation imposée par l'article 54 aux secteurs autres que la santé d'intégrer des données issues d'une doctrine différente (et parfois contradictoire), dont la visée diffère des buts poursuivis par les lois et règlements en élaboration, accroît les difficultés de *l'hyperchoix* et ne constitue donc pas, de ce fait, une mesure qui peut être intégrée aisément par les décideurs.

La deuxième idée est celle du rapport global – sectoriel, c'est-à-dire la place relative et le rôle qu'occupe un secteur dans la société globale. La représentation que se font les acteurs

---

<sup>8</sup> Le souligné est de l'auteure.

<sup>9</sup> L'obligation d'apprécier l'impact sur la santé, la pauvreté, le développement régional etc. de l'ensemble des lois et des règlements.

de leur secteur – ses valeurs, ses normes, son utilité dans la société — est identifiée comme étant le référentiel sectoriel. Selon ces auteurs, le développement d'une politique publique se fait toujours en respect du référentiel sectoriel et en tentant de maintenir le rapport global-sectoriel, qui est intimement lié à la structure de pouvoir à l'intérieur du secteur concerné. Les personnes qui agissent pour développer ces référentiels au sein des secteurs sont nommées les médiateurs. Ils contribuent à la construction des normes et valeurs ainsi qu'au leadership du secteur à l'intérieur de la société. Un secteur peut développer un leadership tel qu'il y exerce une certaine hégémonie sur les autres secteurs. Les auteurs définissent l'hégémonie comme étant le fait d'un groupe social qui impose sa vision et son projet à la société (Jobert & Muller, 1997). Dans quelle mesure la préséance donnée à la valeur santé dans les décisions politiques vient-elle heurter les référentiels existants et, surtout, déstabiliser le RGS de tous les secteurs, touchant de ce fait à leur structure de pouvoir? Face à une telle éventualité, on ne peut s'étonner de voir une certaine résistance — surtout de la part des secteurs à vocation économique plus distants idéologiquement — face à ce qui peut être considéré comme une vision hégémonique du secteur de la santé publique.

Les clauses d'impact ou l'évaluation d'impact sur la santé sont des approches qui se situent à une phase assez avancée du processus d'élaboration d'une politique, soit au moment de sa formulation. Nous avons vu dans les sections précédentes qu'au cours de cette phase, les processus de décisions se concentrent plus près du pouvoir de décision, là où les règles institutionnelles et bureaucratiques entrent en jeu. L'approche incrémentale peut alors nous être d'une certaine utilité pour anticiper les difficultés. Selon cette approche, plus il y a d'incertitude et plus le changement se fait de façon incrémentale (Grindle & Thomas, 1991 cités par Neilson, 2001) c'est-à-dire à la marge des politiques existantes. En s'appuyant sur la thèse de Jobert et Muller sur l'accroissement de la complexification des décisions politiques dû à la sectorisation, on peut supposer que la majorité des décisions législatives au sein des ministères n'amènent que des changements à la marge. On peut supposer, aussi, que l'ajout de nouvelles informations en provenance du secteur de santé publique amplifie l'incertitude, ce qui risque paradoxalement de freiner les changements importants. De plus, à ce stade, les administrateurs ont davantage tendance à chercher des solutions (et non de nouveaux problèmes) et à utiliser les mêmes instruments, peu importe le problème à traiter (Howlett & Ramesh, 1995).

Ces considérations invitent les agents de santé publique à l'intérieur des appareils gouvernementaux à faire preuve de discernement dans la promotion de l'utilisation de l'outil de dépistage et de réalisme dans sa capacité à provoquer des changements majeurs. Toutefois, cette théorie nous rappelle que les changements mineurs sont possibles et que ceux-ci, s'accumulant avec le temps, peuvent amener des modifications importantes et durables. C'est ici que la théorie du choix rationnel institutionnel peut être utile en confirmant la pertinence de vouloir institutionnaliser la pratique de l'analyse de l'impact sur la santé des politiques publiques. En effet, cette théorie met de l'avant l'importance des règles au sein des institutions pour influencer le comportement des individus. Si l'institutionnalisation d'une règle permet d'améliorer la légitimité des certains acteurs à exercer leur pouvoir (Lemieux, 2002), pour que celle-ci soit intégrée dans la pratique courante, il faut que sa signification soit claire (Ostrom, 1999). Des efforts doivent donc être consentis pour assurer une compréhension commune entre tous les acteurs appelés à utiliser une nouvelle règle.

Le recours à l'institutionnalisation de la règle portant sur l'analyse d'impact de toute loi et règlement ayant un impact potentiel sur la santé de la population peut constituer une avenue pour assurer la viabilité de la mesure. Mais pour garantir sa finalité, c'est-à-dire une appropriation par chaque secteur gouvernemental d'une responsabilité à l'égard de la santé de la population, la concertation intersectorielle apparaît essentielle puisqu'elle facilite, comme le soulignent Jobert et Muller (1997), « cette inflexion qui permet d'accompagner le changement de référentiel ».

## 1.7 CONCLUSION

Influencer des politiques publiques pour faire en sorte qu'elles soient favorables à la santé fait irrémédiablement partie des responsabilités des agents de santé publique. Il est reconnu que, dans les pays industrialisés où les systèmes de soins sont bien développés, l'amélioration de l'état de santé de la population passe maintenant par la lutte aux inégalités et l'amélioration des environnements physiques et sociaux<sup>10</sup>. De plus, face à l'accroissement constant des coûts liés aux systèmes de santé, de plus en plus d'observateurs constatent l'urgence d'intervenir sur les causes qui se profilent en amont des maladies et d'agir sur les déterminants de la santé. Cependant, cette quête dépasse la seule responsabilité du secteur de la santé et nécessite l'implication de tous les responsables gouvernementaux, puisqu'il s'agit là d'une responsabilité intersectorielle, voire sociétale. Certains gouvernements ont innové à cet égard puisqu'ils ont reconnu cet impératif à travers des mesures intersectorielles. Peu importe leur niveau d'implication (national, régional, local), les agents de santé publique sont invités à promouvoir les politiques publiques favorables à la santé.

Les intervenants et responsables de santé publique sont pour la plupart bien formés dans les sciences de la santé, mais peu outillés en matière d'action sur les politiques publiques. Aussi, ont-ils intérêt à s'appuyer sur les construits théoriques développés par le champ des sciences politiques, susceptibles d'enrichir leur compréhension des contextes entourant le processus des politiques publiques. Ces enseignements nous permettent, par exemple, de mieux situer l'action de santé publique dans chacune des étapes du processus d'élaboration d'une politique publique. L'étape de l'émergence ou de la mise à l'ordre du jour gouvernemental d'une politique publique est une étape où les agents de santé publique peuvent jouer un rôle de premier ordre puisqu'ils possèdent des atouts essentiels à cette phase : les ressources informationnelles et la possibilité de former des alliances avec d'autres groupes d'acteurs tels les académiciens, chercheurs, médias spécialisés ou tout simplement des groupes de la population. L'expertise de santé publique est, en effet, essentielle à la caractérisation de situations problématiques en matière de santé populationnelle et à l'identification des éléments de solutions pour réduire les risques. Un autre avantage dont jouissent les agents de santé publique est celui d'œuvrer pour une cause qui constitue une valeur fondamentale pour la société canadienne : la santé. Non seulement cette valeur est-elle très présente dans le courant de la politique, telle que définie

---

<sup>10</sup> OCDE, 2004.

par Kingdon, mais elle est habituellement portée par une idéologie de solidarité sociale et de bien commun, idéologie sur la base de laquelle des coalitions plaidantes peuvent être repérées et soutenues. Dans un ordre d'idée, les connaissances en analyse de politique indiquent aux agents de santé publique qu'ils doivent s'accorder avec la dimension temporelle qui semble occuper une place centrale dans le processus de politiques publiques. Cette dimension varie en fonction de la nature des changements politiques escomptés et de la réceptivité de la population et du milieu politique face à ces changements. Ceux-ci peuvent nécessiter plusieurs années et s'installer graduellement au rythme de l'évolution des référents qui caractérisent les secteurs de politiques et les coalitions plaidantes ou, au contraire, survenir subitement à la faveur d'événements déclencheurs. Cette réalité nécessite chez les agents de santé publique une bonne connaissance des sous-systèmes de politiques et des différentes forces en présence (acteurs, jeux de pouvoir, ressources utilisées, etc.) ainsi qu'une vigilance constante à l'égard des possibles ouvertures de fenêtres d'opportunité, afin d'être prêts à effectuer un couplage des courants au moment où celles-ci se produisent.

Si les modèles théoriques offrent des guides pour l'action et permettent d'éclairer les grands paramètres en jeu et leurs interrelations, ils ont aussi leurs limites. Comme le rappellent Howlett et Ramesh (1995) en tant que chercheur, il faut choisir une théorie, la tester et la bonifier. Mais en tant qu'expert, comme le sont les agents de santé publique, il faut prendre en compte tous les faits à la lumière de plusieurs modèles disponibles, jauger de leur pertinence en fonction du contexte et choisir les stratégies qui semblent les plus appropriées.

La recherche d'une plus grande habileté à influencer les politiques publiques en utilisant judicieusement les atouts qui sont en leur possession et en raffinant la compréhension du processus de politique, ne doit pas cependant épargner les agents de santé publique d'un devoir d'analyse critique, comme nous invite à le faire certaines écoles de pensées en sciences politiques. Ainsi, comme l'indique des auteurs comme Lindblom et Woodhouse (1993), les informations techniques ont somme toute une influence mitigée et la complexité des relations humaines en jeu dans l'univers des politiques publiques et les questionnements éthiques afférents invitent les agents de santé publique à considérer des prismes différents comme nous convient à le faire des auteurs aux approches constructivistes, comme Fischer.

De façon générale, les agents de santé publique s'inscrivent dans une approche positiviste et rationnelle selon laquelle les connaissances scientifiques sont vraies en soi et peuvent être directement utilisées par les décideurs politiques et influencer leurs prises de décisions. Le point de vue politique assume que plusieurs facteurs externes non rationnels et non scientifiques influencent la définition du problème et la prise de décision politique reléguant du coup la suprématie scientifique à un rang secondaire. L'ébranlement de ce pilier est sans doute là la plus grande contribution des sciences politiques à la pratique de santé publique.



## CHAPITRE 2 RÉUNIONS DES USAGERS : AUTOMNE 2006

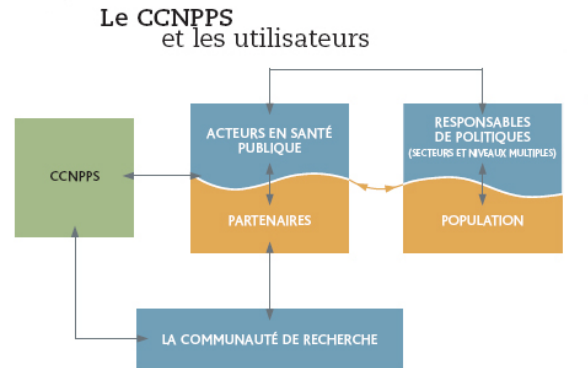
*Ce chapitre, rédigé en octobre 2006 par Denise Kouri, responsable du CCNPPS, traite des réunions d'usagers qui ont eu lieu dans diverses parties du pays avec les clients potentiels du Centre. Ces ateliers font partie de la démarche du CCNPPS visant à déterminer comment il pourrait mieux soutenir les efforts de la communauté de santé publique en matière de promotion de politiques publiques favorables à la santé. Le chapitre présente les réponses des usagers aux questions concernant les priorités du Centre. L'**annexe I** présente l'ordre du jour des réunions; les **annexes II et III** tracent le portrait des participants et décrivent les thèmes qu'ils ont soulignés lors de ces rencontres.*

### 2.1 CONTEXTE

La méthodologie de partage des connaissances indique que les usagers potentiels de l'information devraient participer à son développement. En conséquence, pendant la phase de développement de son programme, le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé a organisé plusieurs consultations auprès de chercheurs, de décideurs politiques, d'intervenants et d'autres acteurs qui œuvrent en santé publique et populationnelle.

La première série de consultations a eu lieu pendant l'exercice 2005-2006 auprès de participants du Québec et d'autres provinces. La seconde s'est tenue à l'automne 2006, six mois après le démarrage du Centre. Deux réunions ont été organisées : une en Colombie-Britannique et l'autre au Nouveau-Brunswick. L'objectif était de consulter les usagers potentiels en les réunissant par groupes géographiques. Les participants des quatre provinces de l'Ouest se sont rendus en Colombie-Britannique et ceux des provinces de l'Atlantique au Nouveau-Brunswick. Les intérêts des usagers québécois avaient déjà été pris en compte, et des réunions étaient prévues en Ontario et dans les Territoires du Nord-Ouest.

La clientèle cible du CCNPPS (voir figure 1) est composée d'agents de santé publique, de planificateurs de services de santé et d'autres acteurs du système de santé, à divers niveaux, qui s'intéressent aux politiques publiques favorables à la santé. Elle comprend aussi des membres d'organisations non gouvernementales (O.N.G.), des groupes de réflexion et des groupes communautaires qui se préoccupent du sujet et qui à ce titre sont des partenaires. Nos efforts en matière de partage des connaissances viseront, en premier lieu, ces clients de santé publique. Cependant, comme la promotion des politiques publiques signifie que ces acteurs cibleront à leur tour ceux qui occupent des postes politiques à divers paliers de gouvernement, nous considérons ces décideurs politiques comme des clients indirects. De plus, étant donné que les politiques publiques dépendent du soutien et de la compréhension de la population, l'opinion publique et l'interaction avec les décideurs politiques feront partie de la démarche du CCNPPS. Enfin, les chercheurs font partie de la communauté du CCNPPS en tant que fournisseur d'information de recherche et utilisateur de ses produits.



**Figure 1 Communauté des clients du CCNPPS**

## 2.2 RÉSULTATS DES RÉUNIONS DES USAGERS DE L'AUTOMNE

L'objectif des deux réunions d'usagers qui se sont déroulées en septembre et en octobre était d'obtenir les opinions de certains clients directs sur notre programme, nos priorités et nos produits potentiels. La question générale qui leur a été posée était : « Comment le CCNPPS peut-il appuyer les efforts de la communauté de santé publique pour promouvoir des politiques favorables à la santé? » Les questions spécifiques visaient à établir à quel point le CCNPPS devrait se concentrer sur les synthèses de connaissances traitant d'interventions particulières et favoriser la compréhension des processus en matière de politiques publiques. Les chercheurs souhaitent aussi déterminer les politiques publiques ou les thèmes communs à examiner et, enfin, savoir comment continuer à interagir avec les utilisateurs et comment soutenir la collaboration entre les participants.

Un nombre égal de participants provenant des huit provinces a été consulté, c'est-à-dire des quatre provinces de l'Ouest et des quatre provinces de l'Atlantique. Les membres de nos différents groupes de clients étaient représentés (Figure 1), ainsi que le gouvernement municipal et les organisations non gouvernementales (O.N.G.). Les acteurs de santé publique et de santé populationnelle aux niveaux provincial et régional étaient majoritaires. Plusieurs décideurs politiques gouvernementaux extérieurs au secteur de la santé ont été invités, mais seul l'un d'entre eux a participé. Enfin, bien que ces consultations ne visaient pas la communauté des chercheurs, des chercheurs universitaires ainsi que des experts de groupes de réflexion non universitaires ont également participé.

**Tableau 3 Réunions des usagers – Types de participants**

Types de participants	Nombre de participants	Répartition
Agents de santé publique/médecins-conseils en santé publique (niveaux provincial et régional)	12	38 %
Planificateurs de santé populationnelle	7	22 %
Agents et employés municipaux	3	9 %
Organisations non gouvernementales et groupes de réflexion	5	16 %
Chercheurs universitaires	4	12 %
Décideurs politiques provinciaux extérieurs au réseau de la santé	1	3 %
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	

La présentation sur les objectifs et sur le programme potentiel du CCNPPS a été suivie d'une discussion de groupe et à la fin de la journée, les participants ont rempli un questionnaire sur leurs opinions et leur utilisation éventuelle des outils du CCNPPS ainsi que sur leur participation à nos efforts.

Les résultats ont confirmé le bien-fondé de notre programme et nous ont amenés à modifier quelque peu notre thème central. Les participants ont confirmé l'utilité et la nécessité de l'information basée sur la recherche en matière de politiques publiques favorables à la santé. Cependant, ils ont privilégié l'importance des outils, des cadres théoriques et des processus. Ils ont demandé des outils et de la formation sur les processus de politiques publiques et ont souhaité en savoir davantage sur les appuis et les obstacles à l'adoption de politiques.

Les participants ont accepté la proposition du CCNPPS de se centrer sur l'évaluation de l'impact sur la santé. Ils ont aussi demandé des évaluations de politiques, surtout pour proposer « des arguments économiques » pour l'adoption de politiques publiques favorables à la santé.

Ils ont aussi souhaité que le CCNPPS accorde une attention particulière aux approches intersectorielles, horizontales et communautaires et ils ont souligné l'importance d'inclure plusieurs autorités : municipale, locale et provinciale.

Les participants ont choisi la régionalisation comme domaine d'étude et la collaboration avec les autorités régionales de santé comme méthode de travail. De plus, ils ont souligné la nécessité de montrer la voie à suivre en matière de politiques favorables à la santé.

En plus de la recherche, les participants souhaitaient plus d'échange d'information sur ce qui se fait ailleurs au plan national et international. Ils ont demandé un inventaire d'interventions ainsi que des études de cas et des exemples.

En ce qui a trait aux sujets spécifiques sur lesquels ils aimeraient avoir plus d'information provenant de la recherche, la grande majorité des participants privilégient les disparités en matière de santé et les inégalités sociales. Les autres sujets sont le logement, le transport, l'obésité, l'alimentation, l'éducation, les interventions en petite enfance, et les jeunes à risque. Cependant, les participants ont souligné que l'ordre de priorité de ces sujets pouvait changer au fil du temps et qu'il serait plus prudent d'outiller les usagers dans la communauté afin de répondre adéquatement et préventivement aux besoins futurs.

**Tableau 4 Réunions des usagers – Résumé des principaux thèmes**

Outils, cadres théoriques et processus	<ul style="list-style-type: none"> <li>- approches intersectorielles</li> <li>- évaluation de l'impact sur la santé</li> <li>- processus politiques et thèmes spécifiques aux politiques</li> </ul>
Sujets relatifs à la synthèse des connaissances	<ul style="list-style-type: none"> <li>- disparités en matière de santé et inégalités sociales</li> <li>- thèmes relatifs à l'urbanité (logement, transport, urbanisme)</li> <li>- questions alimentaires (obésité, sécurité alimentaire)</li> <li>- besoin relatif à la capacité générale (centre d'échange)</li> </ul>
Échange sur les pratiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- inventaire des interventions</li> <li>- études de cas</li> </ul>
Dimensions	<ul style="list-style-type: none"> <li>- équité</li> <li>- participation communautaire</li> </ul>
Autres préoccupations	<ul style="list-style-type: none"> <li>- régionalisation</li> <li>- gouvernance</li> <li>- leadership</li> </ul>

## CHAPITRE 3 STRUCTURES DE SANTÉ PUBLIQUE ET ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ DANS HUIT PROVINCES CANADIENNES

*Ce chapitre présente une synthèse des modèles de santé publique et des acteurs qui œuvrent dans le domaine des politiques publiques favorables à la santé dans huit provinces canadiennes. Il a été écrit par Philippe Poitras, consultant au CCNPPS, en mai 2006. Des données plus détaillées sur l'infrastructure de la santé publique et de la promotion de la santé de chaque province sont disponibles sur demande. Le guide d'entrevue utilisé par l'auteur de ce texte se trouve à l'annexe IV.*

### 3.1 CONTEXTE

Dans le cadre du processus d'élaboration de sa programmation, le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé souhaitait se doter d'une vue d'ensemble quant aux principaux éléments de l'infrastructure de santé publique des provinces canadiennes<sup>11</sup>, cela avec un regard particulier sur l'aspect promotion de la santé et la présence de mécanismes d'élaboration de politiques publiques favorables à la santé.

Plus spécifiquement, le survol comportait les objectifs suivants pour les huit provinces considérées:

- obtenir une connaissance de base sur l'infrastructure de santé publique incluant la répartition des rôles à chaque palier et les derniers grands événements de santé publique considérés comme importants;
- apprécier le niveau d'intégration de la préoccupation de l'action sur les déterminants socio-économiques de la santé chez les autorités de santé publique incluant le signalement de mécanismes gouvernementaux qui favoriseraient l'adoption de politiques publiques favorables à la santé (p. ex. : loi, concertation interministérielle, politique intersectorielle, etc.);
- identifier les principaux acteurs potentiellement intéressés par les produits du Centre et dont le rôle est d'appuyer l'élaboration de politiques publiques favorables à la santé;
- une brève analyse de la situation à partir des principaux constats établis par la collecte des informations primaires et secondaires.

Le présent rapport atteint ces objectifs et présente un tout premier<sup>12</sup> inventaire d'informations factuelles à partir duquel le CCNPPS pourra préciser sa programmation et appuyer ses démarches ultérieures d'évaluation des besoins à travers le pays. Il est important de noter

<sup>11</sup> Le Québec et l'Ontario ont été exclus du survol, l'infrastructure québécoise étant déjà bien connue par le Centre et celle de l'Ontario étant actuellement au milieu d'un important processus de transformation.

<sup>12</sup> Aucun document similaire dressant un portrait d'ensemble détaillé, sans nécessairement être exhaustif, de l'infrastructure de santé publique des provinces canadiennes n'a été trouvé dans la recherche documentaire.

que ce rapport met l'accent sur l'infrastructure de santé publique à l'intérieur des provinces, qu'il ne dresse donc pas l'inventaire, et qu'il ne répertorie pas les stratégies, initiatives, réseaux, comités ou programmes pan canadiens parrainés par le gouvernement fédéral (Santé Canada, Agence de santé publique du Canada, etc.).

La prochaine section traite des éléments contextuels et des limites sous-jacentes au processus de cueillette des informations alors que les sections 3.4 et 3.5 présentent respectivement une série de faits saillants et de constats analytiques, et la conclusion.

### **3.2 MÉTHODOLOGIE**

La réalisation de cette vue d'ensemble s'est déroulée selon les étapes suivantes :

- rencontres préliminaires avec l'équipe du CCNPPS;
- lecture contextuelle et familiarisation avec les concepts;
- revue documentaire (littérature grise) et recherche:
  - documents papier et électroniques fournis par le CCNPPS;
  - documentation électronique obtenue à partir des recherches effectuées sur Internet (voir l'ensemble des documents consultés pour chaque province dans le CD-ROM<sup>13</sup>).
- préparation du guide d'entrevue et validation avec l'équipe du Centre (voir annexe IV);
- mise en place d'une approche de prise de rendez-vous pour la réalisation des entrevues téléphoniques avec des intervenants clés en santé publique dans chaque province :
  - Pour l'identification des intervenants clés, le CCNPPS a d'abord fourni quelques contacts pour la Colombie-Britannique et la Saskatchewan. Afin d'identifier les personnes clés pertinentes pour toutes les provinces, il a été décidé conjointement avec l'équipe du Centre de commencer le processus d'entrevue par un entretien avec le médecin hygiéniste en chef de chaque province et de lui demander au passage le nom d'autres contacts clés dans sa province.

La résultante de cette approche est qu'elle a permis d'identifier la presque totalité des contacts pertinents ayant été interrogée lors de l'enquête. De plus, il a ensuite été facile d'obtenir un rendez-vous avec ces personnes puisque la recommandation venait directement du médecin hygiéniste en chef.
  - La grande majorité des personnes interrogées œuvrent dans un ministère au sein du gouvernement provincial (santé ou autre) et elles occupent un poste de cadre (directeur, directeur général ou sous-ministre adjoint). Quelques répondants sont issus d'agences régionales de santé, d'associations ou d'organisations non gouvernementales.
  - Il y a eu un minimum de trois entrevues par province.

---

<sup>13</sup> Disponible sur demande.

- Vingt-six entrevues téléphoniques semi-structurées ont été réalisées entre le 29 mars et le 2 mai 2006. Elles duraient de 45 à 90 minutes.
- Au-delà des informations récoltées dans chaque province, ces entrevues auront aussi rapporté deux bénéfices supplémentaires d'importance pour le CCNPPS :
  - premièrement, le processus d'entrevues aura permis de faire découvrir le CCNPPS et sa mission spécifique auprès d'une trentaine de personnes occupant des postes clés en santé publique ou en promotion de la santé dans les huit provinces ciblées;
  - deuxièmement, tous les répondants se sont dits intéressés d'en savoir davantage sur les activités à venir du Centre et aussi de faire partie de sa liste de contacts;
  - le projet a certainement contribué à planter les premiers jalons d'une communauté intéressée et sensibilisée à l'avancement des connaissances en matière de politiques publiques favorables à la santé au Canada.

### **3.3 DIFFICULTÉS RENCONTRÉES ET LIMITES DE L'APPROCHE**

#### **3.3.1 Informations (données) secondaires**

##### *3.3.1.1 Littérature grise*

- La littérature grise existante s'est avérée très inégale en profondeur. Elle consacre énormément d'espace aux descriptions, principes, concepts et bénéfices sous-jacents à l'approche populationnelle en santé et à la nécessité des politiques publiques favorables à la santé, mais presque rien à la présentation de pratiques exemplaires et aux difficultés inhérentes à leur élaboration et implantation.

Cela vient confirmer toute la pertinence, l'à propos ainsi que l'utilité des activités du CCNPPS et des produits d'information et synthèses de connaissances qu'il développera et diffusera.

##### *3.3.1.2 Sites Internet*

- Dans plusieurs provinces, le site Internet du gouvernement provincial est en décalage par rapport à la réalité organisationnelle courante. Ainsi, il s'est avéré très difficile de trouver des informations complètes et intégrées permettant de comprendre l'infrastructure de santé publique des provinces à partir des sites Internet gouvernementaux. Les informations étaient, la plupart du temps, présentées de façon morcelée et disparate entre diverses sections sur les sites Internet et les documents officiels disponibles en version électronique.

- La qualité des sites Internet provinciaux, en ce qui a trait à leur capacité à fournir les informations spécifiques recherchées dans le cadre du projet, s'est avérée très pauvre, bien que certaines provinces fournissent davantage d'informations que d'autres (Colombie-Britannique, Alberta, Manitoba et Nouvelle-Écosse).

Conséquences de ces trois limites, il a fallu consacrer beaucoup d'efforts lors des entrevues pour réconcilier les diverses informations recueillies afin d'en faire un tout cohérent.

### **3.3.2 Informations (données) primaires**

- Malgré la pertinence et l'importance des postes occupés, et le degré d'ancienneté et de professionnalisme des répondants interrogés, la plupart de ces derniers avaient naturellement beaucoup à offrir au niveau des informations spécialisées, propres à leurs responsabilités professionnelles, mais beaucoup moins en matière d'informations contextuelles, de perspectives historiques ou de vision d'ensemble au niveau des processus d'élaboration des politiques au sein de leur gouvernement.

Cette réalité a ajouté une difficulté supplémentaire lors des entrevues. Il a fallu consacrer un certain temps à comprendre les structures, et il a été difficile d'appliquer intégralement le guide d'entrevue.

- En conséquence, il a été difficile d'identifier, tant dans la documentation disponible que lors des entrevues, les mécanismes, comités et instruments sous-jacents à l'élaboration et à l'implantation de politiques en général et par le fait même, de politiques favorables à la santé.
- Cela a teinté la précision et la profondeur des renseignements recueillis pour chacune des provinces, occasionnant une certaine variabilité interprovinciale.
- Étant donné le processus d'identification des répondants (par référencement direct) et le fait que la totalité des répondants soit issue des domaines de la santé publique et de la promotion de la santé, il est possible, sans que ce soit le cas nécessairement, que les renseignements colligés aient été légèrement biaisés envers des activités pilotées ou coordonnées par le secteur de la santé, au détriment d'activités interministérielles ayant des impacts sur la santé, pilotées par d'autres secteurs (affaires sociales, famille, éducation, environnement, etc.).

## **3.4 FAITS SAILLANTS ET CONSTATS**

La recherche, la documentation consultée ainsi que les entrevues réalisées ont permis de recueillir des renseignements utiles et de dresser un portrait d'ensemble de l'infrastructure de santé publique de chacune des huit provinces visées par l'enquête; cela avec un regard particulier envers les domaines de la promotion de la santé et celui des politiques favorables à la santé.

Certains faits saillants et constats dignes d'intérêt ressortent de la recherche et des informations colligées sur chacune des provinces.

### 3.4.1 *Quelques faits saillants provinciaux d'est en ouest*

- En 2006, le gouvernement de Terre-Neuve a rendu public une toute première stratégie du mieux-être (*Provincial Wellness Plan*), trois ans après le dépôt des recommandations du *Provincial Wellness Advisory Council*, un important comité à la fois interministériel et intersectoriel (implication d'organisations non gouvernementales et de groupes communautaires de différents domaines). Ce comité continuera de conseiller le gouvernement provincial et de veiller à l'implantation de la stratégie ainsi qu'à ses futurs développements.
- En avril 2006, la Nouvelle-Écosse a annoncé la création d'un ministère entièrement dédié à la protection et à la promotion de la santé (*Department of Health Promotion and Protection*) appuyée par un ministre en titre. Auparavant, le volet de promotion de la santé était intégré au ministère de la Santé.
- Lancement d'une stratégie du mieux-être (*Wellness Strategy*) par le gouvernement du Nouveau-Brunswick en janvier 2006, et annonce par le premier ministre de cinq grands objectifs politiques prioritaires à atteindre en cinq ans (*5 in 5 Initiative*). Plusieurs de ces objectifs touchent directement ou indirectement les questions de promotion de la santé et des déterminants sociaux de la santé.
- L'Île-du-Prince-Édouard a lancé, dès le début des années 2000, une stratégie pour le développement sain des enfants (*Healthy Child Development Strategy*). Son implantation est gérée par un comité permanent (*Children's Secretariat*) composé de représentants des 7 ministères provinciaux et du président des 11 comités d'implantation provenant de la collectivité. Ce comité est à la fois interministériel, intersectoriel et inter juridictionnelle (implication de plusieurs paliers de gouvernement, soit provincial, municipal, commission scolaire, agence régionale de santé, etc.).
- Le Manitoba est doté d'un mécanisme unique appelé *Healthy Child Manitoba* qui est appuyé par un ministre (*Minister of Healthy Living*) et qui est dirigé par un comité interministériel permanent, lui-même soutenu par un comité de sous-ministres. Le *Healthy Child Manitoba* n'est ni un ministère, ni un simple programme, mais une structure qui bénéficie de ses propres budgets de fonctionnement et programmes.
- Le gouvernement de la Saskatchewan a déposé en 2004 une stratégie gouvernementale de promotion de la santé axée sur l'approche populationnelle (*Healthier Places to Live, Work and Play A Population Health Promotion Strategy for Saskatchewan*). De plus, la province s'est dotée depuis 1994 d'un comité interministériel permanent appelé *Human Services Integration Forum* (HSIF). Le HSIF est composé de sous-ministres adjoints provenant de huit ministères et du conseil des ministres. Il a été créé spécifiquement pour favoriser l'élaboration ainsi que la mise en œuvre horizontale de politiques publiques dans les domaines de la santé, de l'éducation, de la jeunesse, de l'emploi, des services communautaires, des services aux Autochtones, etc. Fait à noter, ce comité a des ramifications jusqu'au niveau local en soutenant un *Regional Intersectoral Committee* dans chaque région. Ces comités, présidés par un représentant des agences régionales de santé, se composent d'intervenants locaux issus du secteur de l'éducation, des services communautaires, des milieux autochtones, municipalités, etc.
- L'Alberta s'est dotée en 2002 d'une initiative interministérielle en santé appelée *Health Sustainability Initiative* (HIS). Cette initiative a été conçue spécifiquement pour

systematiser une collaboration interministérielle accrue entre neuf ministères relativement à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques susceptibles de réduire la croissance des coûts de santé, d'avoir des impacts positifs sur les déterminants sociaux de la santé et d'améliorer la santé de la population.

- La fonction de santé publique est en pleine effervescence en Colombie-Britannique. La province mène actuellement un important processus de renouvellement de sa loi de santé publique et un projet de loi intérimaire, élargissant la portée de la loi aux déterminants de la santé et à la réduction des inégalités en santé, a été rendu public aux fins de consultation avec le milieu.

Par ailleurs, dans la foulée de la préparation des Jeux olympiques de 2010, le gouvernement de la province vient tout juste de lancer une importante plateforme de promotion de la santé appelée *Act Now BC* qui comporte des objectifs ambitieux quant à l'acquisition de saines habitudes de vie dans la population. Un comité interministériel a été formé de manière à s'assurer que les politiques de chaque ministère s'arriment avec les objectifs de la plateforme. Chaque ministre devra fournir un plan d'action à cet égard au bureau du premier ministre et s'assurer que son ministère atteigne les objectifs fixés. En plus de cette collaboration interministérielle, le gouvernement travaillera de manière intersectorielle avec la *BC Healthy Living Alliance* et de manière interjuridictionnelle avec la *Union of British Columbia Municipalities*.

### **3.4.2            *Constats d'ensemble***

- Le système de santé publique (fonctions et infrastructures) est en pleine effervescence à travers l'ensemble des provinces et expérimente un processus d'évolution qui intègre, à degré variable entre les provinces, la question de la promotion de la santé.
- Il n'y a pas autant de différences entre les provinces en matière de santé publique traditionnelle qu'en matière de promotion de la santé.
- Les provinces du Québec et de la Colombie-Britannique (actuellement en période de changement) sont bien avancées notamment parce qu'elles sont les deux seules provinces à avoir étendu la portée de leur loi de santé publique aux questions des inégalités en santé et des déterminants sociaux de la santé. Il y a cependant un fort mouvement de structuration en matière de promotion de la santé (saines habitudes de vie, écoles en santé, vie active, etc.) dans l'ensemble des provinces. Cette initiative est visible à la fois sur les plans politique et organisationnel.
- Les approches de promotion de la santé bénéficient actuellement d'un engouement et d'un soutien politique croissants, et ce, dans plusieurs provinces.
  - Par exemple, l'intérêt et l'appui politique sont particulièrement puissants en Nouvelle-Écosse et en Colombie-Britannique où le bureau du premier ministre accorde un intérêt particulier aux politiques ainsi qu'aux mesures de promotion de la santé.
  - Le Manitoba a un ministre en titre de la Vie Saine (*Minister of Healthy Living*) qui est aussi responsable du *Healthy Child Manitoba*. Ce ministre œuvre en parallèle au ministère de la Santé au sein du *Health and Healthy Living Department*.

- La Saskatchewan vient tout juste de nommer un ministre responsable des services en matière de vie saine (*Minister of Healthy Living Services*). Ce ministre œuvre en parallèle au ministère de la Santé.
- Le Nouveau-Brunswick a tout récemment transféré le volet « mieux-être » du ministère de la Santé vers un ministère où ce volet aura plus d'importance dans les priorités du ministre, soit au ministère du Mieux-être, de la Culture et des Sports.
- Dans une moindre mesure, la province de l'Alberta a ajouté une composante *Wellness* au nom du ministère de la Santé (*Department of Health and Wellness*), sans toutefois y rattacher de responsabilités ministérielles.

Bien davantage qu'une volonté d'égalitarisme social, les impératifs financiers (nécessité de réduire l'explosion future des coûts de santé) semblent être le facteur déterminant dans l'implantation des politiques et stratégies de promotion de la santé dans les provinces.

- Tout de même, la question n'est plus de savoir si les provinces reconnaissent ou non la nécessité de travailler sur les déterminants de la santé et sur la réduction des inégalités, car elles le font systématiquement. En effet, toutes les provinces reconnaissent explicitement dans leur documentation officielle la pertinence sinon la nécessité de l'approche populationnelle en santé ainsi que celle d'œuvrer en amont au niveau des déterminants sociaux de la santé dans le but de réduire les inégalités de santé. La question se situe maintenant au niveau de la façon dont elles vont y parvenir ainsi qu'au niveau des explications sur les écarts significatifs qui semblent exister entre les intentions et l'action concrète.
- En général, le bureau du médecin hygiéniste en chef mène surtout les activités traditionnellement liées à la santé publique (protection de la santé, maladies transmissibles, surveillance, mesures d'urgence, etc.), en parallèle de celles liées à une division chargée de l'élaboration et de la mise en œuvre des programmes de promotion de la santé (ex. *Population Health Branch, Wellness Unit*, etc.).
- Lorsqu'ils sont engagés dans des activités de promotion de la santé, le bureau du médecin hygiéniste en chef et les divisions (directions) responsables de la conception et de l'implantation des politiques de promotion de la santé concentrent généralement leurs efforts sur des initiatives et programmes visant à changer les habitudes de vie en prévention des maladies chroniques. Ils se concentrent également sur les programmes d'aide à l'enfance. Elles ne démontrent que peu de leadership, voire aucun, pour travailler en amont avec d'autres ministères sur des déterminants plus fondamentaux comme l'amélioration des revenus et des conditions de travail, l'éducation et l'alphabétisme, etc.
- En général, les mesures d'aide à l'enfance sont souvent pilotées à partir d'un autre ministère que celui de la santé (éducation, famille, enfants, etc.).
- La plupart des comités ou mécanismes interministériels identifiés concernent les initiatives de soutien au développement sain des enfants tandis qu'en général, les initiatives de promotion de saines habitudes de vie sont davantage de nature intersectorielle et interjuridictionnelle.

- Plusieurs initiatives provinciales de promotion de la santé et d'aide au développement de l'enfance ont été lancées en arrimage avec des initiatives du gouvernement fédéral. Il semble donc que les politiques et initiatives du gouvernement fédéral en santé publique ont un effet structurant important pour plusieurs provinces.
- Dans plusieurs provinces, le nombre d'agences régionales de santé a diminué au cours des dernières années, par rapport à la première phase de régionalisation des services de santé réalisée vers la fin des années 1990 et au début des années 2000.

Généralement, sur le plan organisationnel, les provinces n'utilisent pas de cadres de performance et de rendement précisant les responsabilités du ministère de la Santé par rapport à celles des agences régionales de santé quant à leurs politiques ou initiatives de promotion de la santé.

### 3.5 CONCLUSION

Considérant les faits saillants et les constats ci-dessus, il est clair que les gouvernements provinciaux ont non seulement accepté les principes de l'approche populationnelle en santé, mais qu'ils ont aussi emboîté le pas en intégrant ces principes au cours des dernières années par l'entremise d'initiatives comportant des mécanismes ou comités de nature interministérielle, intersectorielle et interjuridictionnelle.

Bien que l'on soit encore loin d'une approche intégrée, planifiée et structurée visant à considérer systématiquement les enjeux de santé dans les processus d'élaboration des politiques des autres secteurs que celui de la santé, cette évolution et le recours de plus en plus fréquent à des initiatives horizontales sont certainement en train d'établir des balises importantes en matière de promotion de la santé au sens large.

En effet, en expérimentant ces mécanismes ou comités à la fois multisectoriels et multidisciplinaires, les provinces en apprennent beaucoup sur leurs bénéfices et tirent des leçons constructives sur ce qui fonctionne ou sur ce qui ne fonctionne pas, même si ce processus se déroule principalement dans le domaine plus restreint de la promotion de la santé visant à modifier les comportements et à réduire les effets des maladies chroniques.

En considérant le continuum de l'innovation managériale dans un contexte d'administration publique et d'élaboration de politiques favorables à la santé, ce survol aura certainement permis de découvrir que les provinces ont définitivement quitté le point zéro, sans encore avoir atteint leur point d'arrivée en matière d'une fonction promotion de la santé intégrée à tous les domaines. Mais elles avancent, avec des initiatives et des méthodes dont certaines sont dignes d'apparaître dans une liste de pratiques exemplaires.

Dans un autre ordre d'idée et à la lumière des difficultés de compréhension rencontrées lors des entrevues avec les intervenants clés et des écarts terminologiques constatés ici et là dans la littérature grise, il semble exister une certaine confusion ainsi que diverses interprétations quant à la signification des concepts de « *healthy public policy* », de « *population health promotion* » ainsi qu'au niveau des objectifs « *intersectoral* » et « *interministerial* ». Cette confusion existe dans le contexte anglophone d'une part, mais aussi dans la transposition des concepts entre l'anglais et le français.

Par exemple, le concept de « *health promotion* » en anglais semble avoir une portée plus limitée (saines habitudes de vie et prévention des maladies chroniques) qu'en français où

l'expression « promotion de la santé » concerne une approche plus intégrée touchant d'autres domaines de la santé.

Par ailleurs, du point de vue analytique, il sera nécessaire de porter une attention particulière à la distinction entre le concept de politiques favorables à la santé telles que considérées *ex post* par l'observation d'une série d'actions concertées et organisées impliquant de nombreux partenaires et réalisées sans grand plan d'ensemble, et le concept des politiques favorables à la santé réfléchies et planifiées avec un plan d'ensemble établi selon la théorie, mais qui s'inscrivent avant l'action proprement dite (*ex ante*). En d'autres termes, il est possible que bien des gens développent et implantent dans les faits des politiques favorables à la santé (au niveau provincial, régional et local) sans toutefois savoir qu'il s'agit bel et bien de celles-ci.

En conclusion, cette analyse environnementale dresse un portrait fidèle de la situation prévalant actuellement dans les provinces. Les informations recueillies offrent à l'équipe du CCNPPS une synthèse utile sur l'univers de santé publique propre à chaque province. Cet actif représente la carte d'entrée par excellence pour établir rapidement de nouvelles collaborations avec les partenaires du milieu.

De plus, les constats qui en découlent offrent des pistes de réflexion et d'action intéressantes que le CCNPPS pourrait transformer en occasion de collaboration et de recherche. Ainsi, les occasions suivantes pourraient être considérées :

- Mener un projet similaire en collaboration avec le Centre de collaboration nationale sur les déterminants de la santé auprès des intervenants clés œuvrant dans les ministères à vocation sociale (économie, emploi, logement social, famille, services communautaires, etc.) directement impliqués dans l'amélioration des principaux déterminants sociaux de la santé.

Cela permettrait non seulement d'approfondir les informations à propos des politiques favorables à la santé sous l'angle social, mais aussi de compléter l'inventaire des connaissances en identifiant des initiatives qui auraient pu passer entre les mailles du filet de notre étude qui, elles, sont passées par le filtre des autorités de santé publique.

- Afin d'éliminer la confusion sur la signification des terminologies et des concepts et de s'assurer que le CCNPPS et ses partenaires parlent le même langage, il serait aussi conseillé de développer un outil qui clarifierait les concepts, et ce, dans les deux langues officielles. Cet outil serait certainement bien accueilli tant par les théoriciens que par les acteurs du milieu.



## CHAPITRE 4 LE TRANSFERT DE CONNAISSANCES : UNE SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES

*Ce chapitre est une synthèse des connaissances sur la question du transfert de connaissances. Il présente un aperçu des notions fondamentales et plus récentes du transfert de connaissance et met l'accent sur les écrits publiés sur le sujet ainsi que sur les opinions de divers experts du domaine. Il a été rédigé par Geneviève Brisson, agente de recherche au CCNPPS, en avril 2006.*

### 4.1 CONTEXTE

Informers les décideurs pour que leurs choix ne nuisent pas à la santé de la population nécessite d'abord la production d'une information fiable et pertinente en regard des problèmes et des risques pour la santé. Mais produire de l'information n'est pas suffisant. Il faut également s'assurer que cette information soit saisie par les analystes et les décideurs de politiques, qu'elle réponde à leurs besoins et à leurs réalités, qu'ils en disposent adéquatement, qu'ils la comprennent clairement, qu'ils l'utilisent efficacement et, évidemment, qu'ils en tiennent suffisamment compte lorsqu'ils la doseront avec les informations issues d'autres intérêts.

Cette synthèse des connaissances a été effectuée en deux temps. Une première phase du travail s'est attardée à quelques textes jugés incontournables par des spécialistes en transfert de connaissances. Des entrevues semi-dirigées avec ceux-ci ont complété ce bref tour d'horizon, qui visait en premier lieu à faire un constat des lacunes et des enjeux actuels. Dans un deuxième temps, le corpus s'est enrichi des textes récents recueillis par la technique de boule de neige. Les rapports et les articles scientifiques ont été retenus parce qu'ils adoptaient des perspectives globales et qu'ils présentaient soit une réflexion conceptuelle sur l'ensemble d'un champ, y compris une analyse critique de celui-ci, soit une revue de la littérature pertinente<sup>14</sup>. Tous ces textes ont été visités ou revisités avec une grille de lecture plus complète, cherchant à dégager les définitions conceptuelles, la méthodologie, les lacunes et les enjeux, les principaux axes de discussion et les liens avec d'autres champs conceptuels.

### 4.2 TRANSFERT DE CONNAISSANCES<sup>15</sup>

Le transfert de connaissances est l'objet d'une abondante littérature composée d'études de cas et d'analyses conceptuelles, ainsi que de productions plus vulgarisées, destinées à diffuser l'information concernant le sujet et à en faire la promotion. Les documents retenus ont été analysés afin de présenter d'abord l'état des recherches dans le domaine, les thèmes couverts et les lacunes du champ de recherche. Un autre volet de l'analyse entend présenter les modes de transfert de connaissances présentement employés, en mettant un accent particulier sur les avantages et les limites de chacun. Une discussion permettra aussi de

<sup>14</sup> Voir la section documents consultés.

<sup>15</sup> Marie-Claire Laurendeau a apporté une contribution généreuse à une première version de ce travail. Je l'en remercie chaleureusement. Je remercie aussi Léonard Gilbert et Louise St-Pierre qui ont commenté ce présent document.

comprendre comment s'insère le transfert de connaissances dans le contexte des politiques publiques favorables à la santé.

#### **4.2.1 Compréhension conceptuelle**

##### *4.2.1.1 Quelques notes historiques : un terme à la mode pour un concept déjà connu*

Le transfert de connaissances est présentement un terme à la mode. L'apparition somme toute récente de ce terme dans notre vocabulaire pourrait laisser supposer que les pratiques dans le domaine sont tout aussi nouvelles. Pourtant, les pratiques, sinon les mots, existent depuis plusieurs années. En fait, le secteur a pris de l'expansion après la II<sup>e</sup> Guerre mondiale, alors qu'apparaissent davantage la possibilité et la pertinence d'effectuer de la recherche hors des universités : dans les entreprises, dans des centres indépendants et au gouvernement. Se démocratise alors peu à peu le statut des universitaires et de leurs productions de recherche. L'utilisation instrumentale de la recherche scientifique devient aussi admise. On concède plus facilement qu'il existe non seulement un travail pour faire avancer le domaine des connaissances, mais également que la recherche scientifique peut servir à résoudre des problèmes concrets, et a la possibilité d'être au service d'objectifs économiques. Dans ce nouveau paradigme, l'importance d'établir des ponts entre les chercheurs (producteurs de connaissances scientifiques)<sup>16</sup> et les acteurs sociaux pouvant employer les résultats de recherche (les utilisateurs) apparaît évidente.

Depuis le milieu du XX<sup>e</sup> siècle, le partage des connaissances existe donc sous des vocables tels : valorisation de la recherche, diffusion des connaissances, dissémination des connaissances, traduction des connaissances, déploiement des programmes, partage des connaissances et, surtout, transfert de connaissances<sup>17</sup>. Toutefois, depuis quinze ans, on dénote un tournant dans ce domaine au Québec et au Canada. Il semble maintenant s'instaurer une intention politique et sociale beaucoup plus forte d'assurer une place importante au partage des connaissances dans les pratiques. Ce changement se lit par exemple en constatant l'apparition d'incitations financières à adopter cette pratique, voire d'en faire une obligation pour obtenir des fonds auprès des organismes subventionnaires. De plus, des fondations et des organismes subventionnaires semblent spécialement consacrés à ce domaine<sup>18</sup>. Elles jouent un rôle important pour que ce domaine soit reconnu et appliqué, et viennent soutenir les producteurs et les utilisateurs de connaissances (Pyra, 2003). Au Québec, la *Politique de la science et de l'innovation*, parue en 2001, fait une place importante au partage des connaissances dans le monde de la recherche et du

---

<sup>16</sup> Afin d'alléger le texte, le mot chercheur sera employé ici dans le même sens que terme producteur de connaissances. Les deux désignent toute personne effectuant une recherche scientifique, qu'elle soit dans un milieu universitaire ou non.

<sup>17</sup> Il s'agit du terme le plus usuel dans la littérature et le vocable choisi pour ce document. Cependant, nous adhérons à l'appellation qui semble s'installer graduellement et qui réfère « partage des connaissances » admettant la nécessaire relation bidirectionnelle et interactive entre les producteurs et les utilisateurs de connaissances scientifiques.

<sup>18</sup> Par exemple la Fondation canadienne de recherche sur les soins de santé (FCRSS).

développement. Cette politique propose une transformation des mentalités dans le monde de la recherche et de l'innovation, notamment en valorisant davantage l'utilisation des résultats de recherche. Le transfert de connaissances se pose comme un incontournable à cet égard, et plusieurs incitatifs viennent l'appuyer.

Présentement, le secteur du transfert de connaissances est en pleine effervescence, tant sur le plan de la recherche que des pratiques. Beaucoup plus de personnes semblent s'intéresser à la question, et encore plus, disent inclure le transfert de connaissances dans leur réalité de recherche. Mais il demeure, que ce mot à la mode n'est pas toujours bien assis sur un cadre conceptuel fort, ce qui ne peut que limiter le domaine<sup>19</sup>.

#### 4.2.1.2 *Définition du transfert de connaissances : un champ de recherche de pratiques*

Il semble admis dans la littérature, que le transfert de connaissances désigne l'ensemble des actions créant et favorisant un partage entre producteurs et utilisateurs (Pyra, 2003). De ce fait, il constitue à la fois un champ de recherche et un champ de pratique. Champ de recherche, car le transfert de connaissances est un sujet d'étude et d'analyse pour des chercheurs dans différentes disciplines. Entre autres, se penchent sur cette question des chercheurs issus de l'Administration et du management, des sciences politiques ou des sciences infirmières. Puisque plusieurs études démontrent qu'un nombre considérable d'informations issues de recherches (établies ou récentes) ne sont pas appliquées, l'un des principaux sujets d'investigation porte sur les barrières à l'utilisation des connaissances. On étudie aussi les facteurs influençant ce processus (Rosenbaum, 2003). De nombreux travaux cherchent à définir l'influence de certaines variables sur l'utilisation des données scientifiques, et plus spécifiquement dans le cadre des politiques adoptées par des décideurs de tous les paliers gouvernementaux<sup>20</sup>.

Mais le transfert de connaissances est aussi une pratique. Elle se décrit comme un ensemble de stratégies visant la transmission et la dissémination des travaux de recherche auprès d'individus occupant des postes décisionnels. De nombreux exemples permettent d'ailleurs de se rendre compte de la diversité de ces pratiques. Celles-ci sont également de plus en plus structurées. Par exemple, des revues systématiques de littérature sont effectuées et nombre de centres ou de groupes collaborateurs sont créés autour du concept, soit pour effectuer du transfert de connaissances, soit pour le soutenir et le coordonner (Kiefer, 2005 ; Rosenbaum, 2003 ; Kyra, 2003). Finalement, un dernier constat au sujet de cette pratique est que certains des chercheurs qui diffusent leurs travaux de recherche, du moins dans le domaine des politiques favorables à la santé, sont aussi ceux qui participent à la réflexion sur le processus de transfert.

<sup>19</sup> Marie-Claire Laurendeau, communication personnelle, juin 2005.

<sup>20</sup> Réjean Landry (2003) passe en revue plusieurs de ces variables. Il critique cependant fortement le manque d'approche intégrée à cet effet puisque pour l'instant les recherches proposent davantage des listes d'indicateurs plutôt qu'un modèle heuristique.

#### 4.2.1.3 Des acteurs en relation

Aucun partage n'est possible si des acteurs n'entrent pas en relation. De fait, la relation induite par cette pratique implique aux moins deux types de ces acteurs :

1. Les producteurs de connaissances scientifiques, généralement issus des milieux universitaires.
2. Les utilisateurs de ces connaissances, désignés comme étant des professionnels, des gestionnaires, des décideurs et des auteurs de politiques, à tous les niveaux hiérarchiques, dans des instances publiques ou parapubliques œuvrant aux niveaux local, régional, provincial, national et international et ayant des mandats politiques ou d'intervention. J. Lomas (cité dans Pyra, 2003) identifie cinq principaux groupes d'utilisateurs potentiels vers lesquels devraient se tourner les efforts de diffusion des connaissances, soit les agents de législation (députés, etc.), les gestionnaires, les décideurs au niveau clinique, les industriels et les citoyens. Chacun a des besoins et des motifs différents quant à l'utilisation de la recherche. Dans le domaine des politiques publiques favorables à la santé, ces utilisateurs semblent cependant assez circonscrits. En effet, ils sont décrits comme les professionnels, les gestionnaires et les décideurs de ces politiques. Rarement sont considérés d'autres types d'utilisateurs. Cependant, un bref aperçu de la littérature traitant du transfert de connaissances dans des domaines différents de celui des politiques favorables à la santé permet d'entrevoir que les utilisateurs peuvent également désigner d'autres groupes d'intérêt, par exemple des intervenants en santé ou en services sociaux ou les membres de groupes de pression. On y retrouve aussi les informateurs ayant participé à un projet de recherche particulier, à qui on communique les conclusions de la recherche.
3. On constate enfin que d'autres acteurs peuvent intervenir dans la relation entre chercheurs et utilisateurs. Ils interviennent alors principalement pour faciliter le processus de partage. Les courtiers de connaissances (*knowledge brokers*) semblent le groupe occupant une grande part des réflexions sur cette question.

La recherche sur le transfert de connaissances demeure à l'affût de la signification et à la direction qu'emprunte la relation entre les acteurs impliqués. Plusieurs recherches se penchent sur cette relation. Certes, il est admis que le concept désigne en gros l'ensemble des actions créant et favorisant un partage entre producteurs et utilisateurs (Pyra, 2003). Mais le choix des termes est nuancé. Alors que pour certains les mots transfert, partage ou traduction s'utilisent indistinctement, car toute définition implique nécessairement un échange bidirectionnel entre les deux groupes, d'autres limiteraient le terme « transfert » à la désignation d'une approche hiérarchisée et unidirectionnelle, du chercheur vers l'utilisateur (approche *user push*). On privilégie alors les autres vocables, tels partage des connaissances ou traduction des connaissances (c.-à-d. : *knowledge translation*), pour désigner les processus bidirectionnels<sup>21</sup>. Dans ce cadre, le mot « partage des

---

<sup>21</sup> Marie-Claire Laurendeau, communication personnelle, juin 2005.

connaissances » décrit mieux cette philosophie. Toutefois, cette conception demeure pour l'instant un idéal à atteindre, mais toujours en devenir.

#### 4.2.1.4 Objectifs du transfert de connaissances et les stratégies pour y parvenir

Isabelle Walter et ses collaborateurs (2003) distinguent huit impacts principaux poursuivis par le transfert de connaissances. Ceux-ci correspondent à huit mécanismes précis. Ils donnent un aperçu du spectre couvert par ce champ d'action et les différentes acceptions du terme. On les présente comme suit :

- **La dissémination** comprend les stratégies de présentation et de circulation des résultats de recherche sous forme de matériel écrit (sommaires, guides) ou de présentations orales (séminaires, ateliers, colloques). On cherche à changer les savoirs et attitudes en persuadant de la valeur du message, c.-à-d. le fait qu'il est fondé scientifiquement. Il s'agit d'un mode informatif seulement, puisqu'aucun autre encouragement n'est lancé pour utiliser les résultats. Dans cette approche, les destinataires sont considérés comme des clients qu'il importe de tenir à jour à des fins de développement professionnel. L'adaptation sur mesure aux utilisateurs potentiels est souvent faite en ciblant les envois, ou en donnant des recommandations explicites pour la pratique. Ces résumés s'avèrent particulièrement intéressants lorsqu'ils fournissent des données probantes sur des sujets pertinents pour les décideurs et les gestionnaires (Pyra, 2003). D'autres résumés diffusent des résultats de recherches préliminaires selon un processus délibéré de « leaky release » (par exemple : réseau L-I-N-K-S, Saskatchewan).
- **L'éducation** requiert davantage de participation active. Outre le cours magistral, des séances interactives et autres approches pédagogiques sont ciblées. L'apprentissage est le but premier des activités, soit d'augmenter les connaissances et la compréhension des résultats de recherche. La conception de l'élève et les principes d'éducation varient énormément, selon les approches pédagogiques préconisées. Leur efficacité est mise en doute par rapport à leur capacité de changer des comportements dans les cas de procédures complexes (Rosenbaum, 2003). Mais la nécessité de formation continue demeure un besoin important pour les chercheurs en santé publique et des populations (Kiefer, 2005).
- **L'influence sociale** se décrit comme la capacité d'influencer nos collègues, de changer les normes et les comportements, et la possibilité de devenir des modèles. Il s'agit d'un argument persuasif employé pour convaincre de l'intérêt des recherches. Cette stratégie nécessite souvent des pratiques de courtage auprès des stratèges et des praticiens, employant pour ce faire diverses personnes, par exemple des patients ou des « champions », leaders positifs de leur propre milieu. La discussion avec les pairs et la recherche de consensus social font partie des stratégies employées. Les théories sociales voulant que la réceptivité au changement soit plus grande lorsque celui-ci est en accord avec les normes et les valeurs du milieu soutiennent cette catégorie.

Les courtiers de connaissances tentent de créer des liens entre producteurs et utilisateurs et faciliter la prise en compte des travaux et des enjeux de chacun, et informent sur les contextes. L'influence des courtiers semble grande, surtout auprès des décideurs. Cette stratégie paraît l'une des plus documentées, et fait l'objet de plusieurs

discussions. On constate que les courtiers de connaissances sont nombreux et appartiennent à plusieurs milieux, dont des agences centrales de courtiers, des groupes d'intérêt, ou d'autres organismes (gouvernementaux, de financement, d'éducation, de recherche)<sup>22</sup>. Cependant, on remet en question la place importante qui leur est parfois accordée dans le champ du transfert de connaissances, et aussi le fait qu'il ne peut être l'unique outil employé. De plus, on estime que cette profession doit être davantage définie et évaluée, de même que leurs interventions<sup>23</sup> (Pyra, 2003).

- **La collaboration** renforce les liens entre chercheurs, stratèges et praticiens pour améliorer l'impact de la recherche. On constate que le manque d'interactions entre chercheurs et utilisateurs, ou le caractère désorganisé de ces interactions, compterait parmi les principales causes de la sous utilisation de la recherche. Au contraire, plus on investit dans des mécanismes liant les deux parties (contacts, comités, transmission de rapports à des organisations non académiques) plus l'utilisation des connaissances serait accrue (Landry, 2003). Aussi les mécanismes de communication sont mis de l'avant, soit « *improving the flow of information and ideas between researchers and potential users* » (Walter, 2003, p. 5). L'objectif est de favoriser les rencontres et les échanges interactifs pour briser les barrières causées par des facteurs culturels propres à chacun. Les approches constructivistes postulent que le nouveau savoir reste façonné par les savoirs et les expériences antérieures. Aussi une grande attention est-elle portée à la façon dont les utilisateurs reprennent les connaissances et les renégocient à l'intérieur de leur propre contexte. On considère également les savoirs tacites des utilisateurs qui, mêlés avec les données de recherche, donnent lieu à une nouvelle connaissance.
- **L'incitation** procure un encouragement ou une récompense pour des activités ou des pratiques en lien avec les impacts ou les données probantes de la recherche. L'attrait de conséquences positives, des bénéfices matériels ou des avantages socioprofessionnels (par exemple : accroître son statut professionnel), compte parmi les incitatifs mis de l'avant. L'approche est celle du renforcement positif en apprentissage, mais puise également dans les modèles économiques et les théories du pouvoir.
- **Le renforcement** vise à accompagner les utilisateurs avant, pendant ou après un comportement donné. La rétroaction, les aide-mémoires et les audits sont les moyens employés pour communiquer les résultats sur les comportements ciblés.
- **La facilitation** soutient et habilite en procurant un appui (financier, technique, organisationnel, émotionnel, etc.) afin d'aider à l'implantation de la recherche et de développer des politiques ou des pratiques fondées sur celle-ci. Elle procure à la fois des moyens d'agir et des moyens d'éviter les obstacles à l'action. Souvent, la formation et l'assistance seront les moyens employés. Ce mécanisme semble le plus efficace dans le cas de procédures complexes (Rosenbaum, 2003).

---

<sup>22</sup> On note que des personnes occupant d'autres fonctions peuvent également servir, à l'occasion, de courtiers de connaissances. C'est le cas des journalistes scientifiques, par exemple.

<sup>23</sup> Une évaluation de leurs interventions est d'ailleurs en cours par le CHSSF (Pyra, 2003).

- **Les initiatives « multifacettes »** puisent à travers les mécanismes précédents pour se développer.

#### **4.2.2      *Transfert de connaissances dans le processus décisionnel***

Plusieurs auteurs s'attardent à la place qu'occupe le transfert de connaissances dans le processus décisionnel et à définir les étapes de l'intégration des connaissances. Ils le font soit en examinant l'opération même, soit en observant à partir de l'utilisateur.

##### **4.2.2.1      *Étude des finalités de l'utilisation des connaissances***

On l'a vu, la recherche dans le domaine du transfert de connaissances s'est penchée sur les impacts recherchés au moment du partage des savoirs, les associant directement aux stratégies proposées (Walter, 2003). Cependant, la réflexion sur la question s'est davantage attardée à comprendre les finalités poursuivies dans l'utilisation des connaissances. Il s'agit en fait de l'un des premiers sujets de réflexion dans le domaine. On a cherché à caractériser l'usage selon les buts pour en tirer les conclusions suivantes :

- Les résultats de recherches sont parfois utilisés de façon instrumentale, soit dans un emploi direct des données de recherche. Il s'agirait cependant d'une fonction mineure des connaissances. Cette utilisation instrumentale serait encore moins présente dans le secteur public (Caplan & Dunn, cités dans Landry, 2003).
- Les recherches sont plus souvent employées à des fins symboliques, servant à appuyer ou confirmer une décision.
- L'emploi de la recherche à des fins conceptuelle est également fréquent. Alors, la recherche demeure une toile de fond de la démarche intellectuelle générale ou permettant de considérer différentes solutions possibles avant de prendre une décision (Landry, 2003).

##### **4.2.2.2      *Facteurs influençant l'utilisation des connaissances***

Plusieurs travaux portent sur l'utilisation ou de la non-utilisation des connaissances par les décideurs de tous niveaux, et lient cet usage à la façon dont se prennent les décisions, ainsi qu'aux réalités organisationnelles. Différents facteurs culturels sont aussi avancés comme facteurs explicatifs, de même que les liens entre l'univers de recherche et celui des décisions.

##### **4.2.2.3      *Modèles de prise de décision***

Pour Réjean Landry (2003), les façons dont se prennent les décisions ont motivé un grand nombre de recherches sur le transfert de connaissances dans le passé. Il classe ces recherches en les subdivisant en deux groupes, selon la façon dont on module les explications : celles relevant de théories « mécaniques » (*engineering explanations*) et celles associées au cadre socio-organisationnel. Les explications mécaniques postulent que la production et la prise en compte de la recherche dans les services gouvernementaux se font de façon linéaire. Pour les tenants de cette hypothèse, la recherche universitaire est la source de nouveaux services gouvernementaux, ou de l'amélioration de ces services.

Certains chercheurs définissent alors le transfert de connaissances comme l'une des étapes de la prise de décision, l'examinant surtout dans une dimension instrumentale. Cependant, ce postulat ne se vérifie pas, car la prise de décision n'est pas toujours linéaire ou cartésienne. Faisant contre-pied à cette explication, de plus en plus de recherches suggèrent au contraire que l'utilisation des connaissances n'est pas une étape ou un événement analysable isolément, mais qu'elle intervient plutôt à plusieurs étapes des processus décisionnels. Pareille dynamique pose alors le transfert de connaissances comme un processus complet. Il s'insère ainsi dans les modélisations du processus des politiques (voir encadré). Un volet important de la recherche dans le domaine se penche, en fait, sur la nature du processus politique et sa complexité (Pyrá, 2003).

### La modélisation de la prise de décision

Plusieurs modèles tentent d'expliquer la prise de décision et la place des données de recherche.

- Avant 1945, on présuppose une rationalité bureaucratique et économique, qui postule l'existence de buts clairs, la définition de toutes les options possibles avant de faire un choix et l'acquisition de toute l'information nécessaire pour éclairer celui-ci. On suppose en fait que la meilleure option pour atteindre les objectifs sera celle choisie.
- Pour Simon (1945), la décision est un processus décisionnel non systématique, mais raisonné dans les limites humaines. La décision sera prise en fonction d'une recherche de satisfaction, ce qui suppose à la fois le maintien d'une routine organisationnelle, une résistance au changement, le choix d'une solution connue et acceptable. Le contexte a une forte influence.
- Lindblom (1959) présente pour sa part le processus de décision comme un pataugeage (*muddling through*). Il s'agirait d'une démarche incrémentale, à petits pas successifs, qui cherche avant tout à éteindre les crises.
- D'autres chercheurs d'influence matérialiste (Crozier, 1964 ; Petticrew, 1973 ; Allison, 1971) considèrent pour leur part le processus décisionnel comme un jeu de pouvoir entre les groupes d'intérêt, et qui permet à l'un d'entre eux de contrôler les ressources. La décision est alors employée pour leurs propres fins, et l'information est manipulée en conséquence.
- March et Cohen (1972) raffinent quant à eux le postulat d'une rationalité limitée et voient la décision comme une interaction sociale et politique, dans laquelle les décideurs sont limités devant la complexité et les incertitudes. Le chaos organisé et la poubelle sont les métaphores de cet univers : où la confluence accidentelle de variables (préoccupations, solutions, participants, occasions) aboutit finalement à une décision.
- Mintzberg (1976) se fait le chantre de l'intuition comme variable décisionnelle ayant une influence aussi grande que l'analyse et la négociation politique. Il est critiqué par Simon, pour qui l'intuition n'existe pas. Il décrit plutôt des habitus décisionnels : des analyses pétrifiées dans les habitudes. Il concède toutefois qu'elles occupent une place importante dans la décision, et qu'elle peut l'améliorer.
- Klein (1993) renouvelle l'intérêt pour l'intuition. Dans un courant naturaliste, il la pose au sein de contextes, et la définit comme une reconnaissance de schèmes dans des situations familières. Il situe là le trait distinctif de la compétence des décideurs et les départage. Pour lui, les experts sont ceux qui sont en position de reconnaître ces schèmes et procèdent par raisonnements inductifs.

Source : Champagne (2005)

Cette modélisation posée, un large volet de la recherche sur le sujet porte sur les facteurs influençant l'utilisation de la recherche. Une majorité évoque le fait que la recherche n'est que l'un des nombreux facteurs influençant la prise de décision, mais certains s'attardent aussi aux différences et aux contrastes entre le monde des chercheurs et celui des décideurs. Plusieurs énoncent aussi des critères constituant des clés quant aux chances d'utilisation des travaux scientifiques. On énonce un ensemble de mesures dites « facilitantes » pour le processus de transfert de connaissances. Même si elles paraissent varier selon les études et les contextes, elles visent toutes à assurer des données de qualité, pertinentes et utilisables. Il est cependant nécessaire de valoriser et d'investir davantage pour l'adaptation des produits de recherche et de promouvoir de saines pratiques en matière d'adaptation (Kiefer, 2005 ; Pyra, 2003 ; Rosenbaum, 2003 ; Landry, 2003).

#### 4.2.2.4 *Influence organisationnelle*

Se pencher sur l'univers décisionnel permet également de le comprendre comme celui d'intérêts compétitifs. En examinant empiriquement les processus décisionnels, les chercheurs constatent que des décideurs cherchent effectivement les meilleures preuves possibles lorsqu'ils développent des politiques, mais que l'information est une considération parmi d'autres. D'autres variables viennent influencer le processus de prise de décision (Rosenbaum, 2003; Pyra, 2003; Champagne, 2005). La place des données de recherche est modulée par des facteurs généraux tels le contexte, les ressources économiques, les rapports de pouvoir entre les parties intéressées, la faisabilité politique, la capacité d'implantation et les valeurs sociales. Plusieurs influences externes s'imposent au décideur, dont les modes, les contraintes et les lois, mais aussi l'opinion publique, les médias, les consultants, les pairs et les proches. Des facteurs personnels viennent aussi en ligne de compte : l'expérience personnelle, le jugement et l'intuition sont des composantes très valorisées dans certains domaines de décision.

De surcroît, les caractéristiques propres au milieu de décision, tels la structure organisationnelle, la taille, les domaines de politiques publiques, la position hiérarchique et le rôle des utilisateurs, modulent l'intérêt que les décideurs porteront aux connaissances transférées. La résistance aux changements et les compétences limitées pour évaluer les recherches sont aussi mentionnées. Ces informations permettent de conclure à l'importance de comprendre comment les professionnels et les gestionnaires issus de plusieurs milieux et occupants des niveaux hiérarchiques variés utilisent la recherche dans leurs activités professionnelles (Landry, 2003). Il semble cependant ardu de développer une théorie à ce sujet, puisque les facteurs en cause sont trop liés à des situations particulières, donc difficiles à inclure dans une abstraction ou une généralisation déductive de l'utilisation des connaissances.

#### 4.2.2.5 *Différences entre la communauté des chercheurs et celle des usagers*

La littérature pose également les contrastes entre le monde des chercheurs et celui des décideurs (Pyra, 2003 ; Rosenbaum, 2003). Le fait que ces différences soient mal comprises explique en partie les difficultés rencontrées dans l'utilisation des connaissances. Notamment, les chercheurs échouent souvent à comprendre la différence entre les deux milieux, tant au niveau des cultures organisationnelles que des professionnels y

œuvrant. On mentionne des points tels les objectifs, les normes et les valeurs, mais aussi des éléments plus factuels, tels :

- **La durée** : Il semble important de se rendre compte de l'échelle temporelle propre à chacun des univers. Les décideurs opèrent souvent dans de courts délais; les recherches et certaines méthodes, telles les revues systématiques, sont envisagées sur de plus longues périodes. Pourtant, si les données ne sont pas disponibles au moment de prendre la décision, les décideurs procéderont quand même<sup>24</sup>. Le manque de temps pour adapter les recherches et pour consulter les résultats est, de loin, la barrière perçue comme la plus importante par les chercheurs et les utilisateurs. On recommande pourtant fortement de produire du matériel spécialement en fonction de la temporalité des utilisateurs, notamment en veillant à l'extraction facile des messages-clés.
- **Le style et le langage de communication** : Le langage technique et expert par lequel les chercheurs communiquent leurs résultats aux pairs n'est pas rapidement compréhensible pour des non-initiés. De même, les formes de ces communications, par exemple des revues ou les colloques scientifiques, ne sont pas des plus accessibles aux décideurs ni leurs préférées (Landry, 2003). Particulièrement, les journaux scientifiques sont peu pertinents pour transmettre l'information, car ils ne s'adaptent pas pour joindre les utilisateurs sur le plan de la forme, du contenu, de l'échéancier et du mode de diffusion. Aussi les décideurs ont-ils l'habitude de puiser leurs informations dans des résumés, des rapports gouvernementaux, des médias écrits et électroniques, et des sondages d'opinion. Des efforts sont à faire pour développer un contenant plus attrayant pour les utilisateurs et pour rendre les résultats plus facilement lisibles et compréhensibles.
- **Les informations recherchées** : Les décideurs et les chercheurs n'ont pas les mêmes objectifs dans leur quête de savoir. Souvent, les décideurs seront à l'affût de données concernant la faisabilité et l'implantation. Ils cherchent à connaître les différentes positions sur une question, et veulent s'assurer que les données ne sont pas biaisées par des positions politiques ou idéologiques. Ils se soucient fort peu de l'avancement des connaissances (Landry, 2003). Il est aussi du propre des chercheurs de se soucier d'abord de l'adhésion stricte de la recherche à des règles scientifiques ou la question de la validité objective des données. Ce n'est pas la préoccupation première des décideurs : « researchers focus on excellence (...) and decision-makers focus on relevance » (Frenk, cité dans Pyra, 2003, p. 8). Des tensions naissent en raison de cette différence, mais également une incompréhension sur comment formuler des questions et des réponses pouvant susciter l'intérêt des stratèges et des décideurs de politiques. La disponibilité de recherches pertinentes fait partie des limites de la pratique actuelle du transfert. Réjean Landry (2003) en conclut que pour améliorer celui-ci des efforts sont à faire pour établir des conclusions et des recommandations plus spécifiques et plus à même d'être opérationnelles, dont la proposition d'interventions. Des suggestions variées cherchent à répondre à ces difficultés actuelles. Elles semblent toutes passer par la prise en considération et par l'intégration des utilisateurs, par exemple susciter leur

<sup>24</sup> La FCRSS suggère de fournir des informations à la prise de décision selon l'un des agendas suivants, propres aux des décideurs: le jour même, trois semaines ou 12 à 18 mois (Laurendeau, 2004).

contribution dans la production ou la révision des produits de connaissances. Davantage de réalisme quant aux standards et aux méthodologies semble aussi préconisé, afin de s'assurer que les informations soient certes scientifiques, mais qu'elles conviennent aussi aux formats et aux délais souhaités par les utilisateurs. En contrepartie, Landry (2003) relate toutefois qu'une large proportion de professionnels et de gestionnaires dans les agences gouvernementales recevraient déjà des recherches pertinentes à leur travail, et ces recherches influenceraient les décisions plus fréquemment qu'il est reconnu, surtout dans les domaines de la santé, des services sociaux et de la sécurité sociale.

- **L'environnement de travail** : Plusieurs chercheurs concluent aussi qu'une meilleure stratégie serait celle cernant le monde des utilisateurs de façon plus systématique, par exemple en cernant leur contexte de travail. Il importe alors de cibler précisément les cibles les plus appropriées pour diffuser les connaissances, par exemple s'adresser aux analystes politiques plutôt qu'aux stratèges (*policy-makers*). La compréhension du contexte de décision, et des processus politiques, est aussi cruciale.

En conclusion, une mise en garde s'impose : ne considérer que les besoins des utilisateurs pour tenter d'accroître l'utilisation de la recherche n'est pas suffisant. Les recherches empiriques ont plutôt montré que l'utilisation croît davantage en fonction de facteurs telle la pertinence de la recherche et son apparition au moment de l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité. Il est donc essentiel de cibler l'information, de sélectionner les idées ou les résultats et de les livrer avec une sensibilité aux besoins, mais aussi aux ressources, aux habiletés et aux contextes des utilisateurs (Rosenbaum, 2003).

#### 4.2.2.6 *Interactions entre chercheurs et utilisateurs*

Découlant de ces différences « culturelles » se pose aussi l'importance cruciale de la relation entre chercheurs et utilisateurs pour la réussite du processus de transfert de connaissances. Elle améliore l'engagement et la confiance entre les parties. Aussi suggère-t-on de quitter le modèle traditionnel de diffusion (modèle « *push* ») pour passer à d'autres choix, qu'ils soient interactifs, politiques, stratégiques, tactiques ou conceptuels (Champagne, 2005). Des chercheurs entendent accorder plus d'attention aux relations entre producteurs et utilisateurs et au contexte dans lesquelles elles se développent, et ce, à toutes les étapes de la production du savoir, de sa dissémination et de son utilisation.

Le manque d'interactions serait la principale source de sous utilisation de la recherche. Or, le constat actuel de ces échanges est plutôt sombre. Présentement, l'utilisation dépend d'interactions désordonnées plutôt que de séquences linéaires débutant avec les besoins de chacun. Pourtant, les données actuelles indiquent que, plus on investit dans les mécanismes liant ces parties, par exemple les contacts, les comités, la transmission à des organisations non académiques, plus on aurait d'utilisation des connaissances. Les revues de littérature mettent aussi en lumière le fait que les approches les plus souvent citées comme facilitantes sont celles impliquant un contact personnel direct et des relations suivies entre les utilisateurs et les chercheurs, et que celles-ci doivent recourir à plusieurs mécanismes différents (CHSRF, cité dans Rosenbaum, 2003; Pyra, 2003). Pour François Champagne (2005), le plus important dans cette relation est d'amener un état d'esprit scientifique dans la prise de décision (questionner, critiquer, comprendre,

expérimenter, voir les limites du savoir). Parmi les stratégies pour y parvenir, celles-ci sont citées :

- l'implication des décideurs dans la recherche à tous ses stades de réalisation, de l'élaboration à la diffusion des résultats,
- l'inclusion de décideurs dans les comités consultatifs d'organismes de recherche,
- les rencontres face à face,
- les séminaires ou les ateliers communs,
- les réseaux,
- le développement des capacités des utilisateurs à réaliser eux-mêmes des recherches documentaires.

Favoriser davantage la rencontre entre utilisateurs et producteurs de connaissances implique des initiatives matérielles (soutenir la réalisation de synthèses de connaissance). Ce geste demande aussi des démarches pour aller au-devant des utilisateurs afin de documenter leurs besoins et leurs intérêts, de les former et de les soutenir dans leurs démarches d'information (« les former à s'informer »). Selon Réjean Landry, ces trois aspects paraissent les plus probants pour le transfert de connaissances et il postule qu'on peut davantage accroître l'utilisation des connaissances en mettant l'accent sur ces aspects qu'en accordant de l'attention au souci d'avancement d'un domaine théorique ou aux caractéristiques intrinsèques du produit de recherche (Landry, 2003).

#### **4.2.3 Variété des mécanismes et des interventions possibles**

Il n'est pas suffisant d'améliorer la qualité des données probantes et leur disponibilité; il faut aussi des stratégies explicites et actives pour s'assurer que la recherche a un impact réel sur les politiques et les pratiques (Walter, 2003). De plus, il est tout aussi important de comprendre qu'une multitude d'approches sont requises dans le domaine et qu'une seule ne saurait être suffisante (Pyra, 2003, p. 10). Le transfert de connaissances ne se fait pas d'une seule façon; il se dessine plutôt comme une panoplie de moyens visant une meilleure utilisation des résultats de recherche. La variété émerge des besoins, des contextes, des objectifs ou des impacts recherchés, et de l'ampleur des projets.

Peu de taxonomies des modes d'intervention en transfert de connaissances sont disponibles dans la littérature. Le groupe EPOC (Effective Practice and Organisation of Care) de la Collaboration Cochrane a développé un classement des interventions possibles en regard des thématiques du groupe. Une autre taxonomie, ouverte à plusieurs secteurs, a été développée par l'Unité de recherche pour l'utilisation de la recherche (RURU) de l'Université St-Andrews (Walter, 2003). Ces taxonomies ne devraient pas s'entendre autrement que comme des outils facilitant la compréhension du domaine et le développement de meilleures interventions. Aussi, même si elles créent des catégories fixes et fermées là où, souvent, la réalité demeure plus floue, elles doivent se lire et s'employer avec souplesse. Elles permettent simplement de classer la diversité des interventions de transfert de connaissances puisque celles-ci sont si nombreuses, aussi variées finalement que l'imagination des responsables.

Les avantages et les limites de chacune des différentes modalités font l'objet de discussions. Il convient cependant de préciser que, même si la valeur de chaque stratégie semble souvent pesée « en soi » dans la littérature, plusieurs auteurs mettent en garde contre un jugement de ce type, c.-à-d. sans ancrage dans le milieu. Il semble, en effet, très important de s'attarder au contexte où se pose l'utilisation des connaissances et plusieurs placent le développement de la recherche sur cette contextualisation comme un enjeu majeur du domaine (Landry, 2003 ; Marie-Claire Laurendeau<sup>25</sup>). Le choix des stratégies devrait donc également tenir compte de ces contextes.

Dans un sondage réalisé auprès de gestionnaires et de décideurs d'organisations de santé variées, Rosenbaum et ses collaborateurs (2003) ont classé certaines interventions selon les préférences des décideurs. Ceux-ci ont d'abord présenté les façons dont ils préfèrent recevoir l'information, soit (en ordre décroissant) : les conférences et les ateliers; les résumés; les collègues; les journaux professionnels et liés au domaine de la santé; les sites internet, les bulletins, et, surtout, les listes de diffusion, arrivaient loin derrière. Les formats privilégiés étaient les sommaires exécutifs (53.2 %) et les résumés (17.4 %).

#### **4.2.4        *Lacunes de la recherche sur le transfert de connaissances***

Au fil des réflexions sur le transfert de connaissances et des efforts pour conceptualiser ce champ de pratique, plusieurs chercheurs ont soulevé les lacunes actuelles du domaine. À cet égard, certaines catégories se dessinent :

##### **4.2.4.1        *Les difficultés actuelles des productions en transfert de connaissances***

Des recherches récentes font un constat assez mitigé du domaine. On constate d'abord les limites de stratégies s'approchant de la recherche classique, par exemple celle des revues systématiques de littérature, notamment en raison du temps disponible et des compétences requises pour apprécier ces produits. De plus, on estime que trop d'information est diffusée pour les capacités et les besoins des utilisateurs, et que celle-ci est de qualité variable. Enfin, trop de productions sont encore inspirées d'un modèle de transfert classique (« push ») et ne visent pas à établir un réel partage ou un vrai dialogue entre chercheurs et utilisateurs.

##### **4.2.4.2        *Les lacunes reliées à la recherche sur l'utilisation des connaissances***

Il n'y a pas encore de mesure validée d'utilisation de la recherche. On déplore le manque d'informations sur les facteurs amenant les professionnels et les gestionnaires à utiliser les recherches universitaires. Plusieurs chercheurs mentionnent aussi le manque d'information disponible pour modéliser des stratégies de transfert efficaces. À ce propos, c'est sans doute le manque de recherches et de données sur les contextes d'utilisation des stratégies par différentes clientèles qui est le plus souligné. En lien avec cette lacune, on déplore aussi le peu de recherches qualitatives, ou celles intervenant dans des milieux moins liés aux aspects cliniques ou à la santé physique des populations (Laurendeau, 2004).

---

<sup>25</sup> Communication personnelle, juin 2005.

À un niveau plus conceptuel, Réjean Landry s'est penché sur des lacunes de la conceptualisation du transfert de connaissances (Landry, 2003). Il souligne que plusieurs tentatives existent pour développer des modèles conceptuels expliquant l'utilisation de la recherche, mais que ces modèles s'attardent chacun à quelques aspects, sans modèle conceptuel intégré. Il déplore que le fait que, dans toutes ces recherches, les variables soient considérées de façon indépendante, et qu'on ne mette pas en perspective leurs relations. Il note aussi que le peu d'études de cas empêche un avancement cumulatif des connaissances sur toutes les étapes d'utilisation.

On remet aussi en cause des aspects méthodologiques de la recherche actuelle sur la question. Ainsi, la composition des échantillons étudiés ne permettrait pas de généralisation, car les échantillons sont basés sur un domaine unique, une organisation unique ou un niveau hiérarchique unique. Par exemple, les professionnels des agences gouvernementales n'ont pas les mêmes réalités que les praticiens en médecine. Or, ces dimensions « représentent des variations importantes sur les types de besoins de recherche et l'importance de l'usage des recherches<sup>26</sup> » (Mandell & Sauter, cité dans Landry, 2003, p. 193). De même, le sens du terme « utilisation » n'est pas toujours similaire dans toutes les recherches, rendant difficiles les synthèses sur la question. On souligne également les limites des recherches demandant aux décideurs d'expliquer comment une étude a influencé une décision. Menées de telle façon, ces recherches souffrent de biais importants : elles font appel à une mémoire souvent lacunaire des informateurs, et elles ne correspondent pas à la réalité d'utilisation<sup>27</sup>.

#### 4.2.4.3 *Le manque d'évaluation des stratégies*

Les pratiques de transfert de connaissances souffrent présentement d'une importante limite quant à l'évaluation des stratégies employées et de leur efficacité, de l'application et des répercussions du transfert de connaissances (Kiefer, 2005; Rosenbaum, 2003; Landry, 2003 ; Marie-Claire Laurendeau<sup>28</sup> ; John Lavis<sup>29</sup>). À ce jour, seulement quelques modèles évaluatifs ont été développés à ce sujet<sup>30</sup> et, sauf quelques rares exceptions, l'efficacité relative des outils n'est pas mesurée. On manque donc de données probantes sur les retombées des stratégies et sur les conséquences de l'utilisation des connaissances, aux plans scientifique et politique (par exemple sur l'ordre du jour politique, les processus de développement des politiques ou l'implantation des politiques) (Pyra, 2003). Il s'agit là d'un champ à développer. On souligne d'ailleurs que, pour l'instant, on ne dispose même pas d'un portrait rigoureux des pratiques de transfert de connaissances, impliquant tous les niveaux de recherche; par exemple, dans le cas du Québec, d'un portrait couvrant le travail

<sup>26</sup> Traduction libre.

<sup>27</sup> Il est préférable de demander aux utilisateurs des descriptions de leurs pratiques courantes (Landry, 2003).

<sup>28</sup> Communication personnelle, juin 2005.

<sup>29</sup> Communication personnelle, novembre 2005.

<sup>30</sup> Le *Australian Biosecurity Cooperative Research Center* semble avoir développé de tels outils, dans une perspective quantitative et qualitative.

des Centres locaux de services communautaires (CLSC), de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et des centres universitaires.

#### 4.2.4.4 *Le manque de ressources.*

Enfin, la réalité du transfert de connaissances s'inscrit le plus souvent dans le contexte de la recherche universitaire (Rosenbaum, 2003). Des lacunes sur l'acceptabilité de ce milieu sont de plus en plus souvent mentionnées dans la littérature. Quoiqu'impliquant temps et ressources, peu est présentement alloué pour ces activités. Il s'agit d'un défi pour le chercheur de produire du matériel vulgarisé, car ces activités sont moins valorisées dans le milieu universitaire. Les lacunes de financement sont encore trop nombreuses, et certains recommandent de subventionner les activités de transfert au même titre que celles de production des connaissances. Par ailleurs, il est aussi souhaité d'investir davantage dans des actions qui feront en sorte que le contexte des utilisateurs soit plus réceptif à la recherche universitaire, notamment en démontrant la pertinence et la validité des recherches dans des champs particuliers de pratiques (Landry, 2003).

#### 4.2.4.5 *Les questions éthiques*

La question du transfert de connaissances ne semble pas exempte de questionnements éthiques<sup>31</sup>. Pour l'instant, les questions éthiques sur le sujet se formulent autour de ces pôles :

- À quel moment doit-on transférer les connaissances? Peut-on transférer des résultats préliminaires de recherche<sup>32</sup> et doit-on transférer des résultats même lorsqu'il manque de données probantes suffisantes?
- Devrait-on rechercher un plus grand équilibre dans les domaines et les connaissances diffusées, afin de s'assurer, dans une approche globale de la santé, que tous les aspects de ce sujet soient couverts et pris en compte par les décideurs? Ne devrait-on pas faire un diagnostic des domaines et des connaissances diffusées et non diffusées afin de chercher ensuite à rééquilibrer les efforts consentis en transfert de connaissances?
- Quels critères présideront aux choix des recherches diffusées ou non diffusées?
- Comment créer un réel partage et établir le statut des nouvelles connaissances issues de la délibération entre chercheurs et utilisateurs?

Ces questionnements rejoignent des questions abordées en réfléchissant sur l'évaluation des risques. Cet aspect soulève une fois encore la nécessité de se pencher sur la question de la gestion des incertitudes et sur le principe de précaution.

---

<sup>31</sup> Quoique les articles consultés ne soulèvent pas directement cette dimension, elle a été explorée par Marie-Claire Laurendeau lors d'entrevues semi-dirigées réalisées avec elle en mai 2005.

<sup>32</sup> Tel que le fait en Saskatchewan le réseau L-I-N-K-S, par exemple.

### **4.3 CONCLUSION**

En matière d'action sur les politiques publiques, la littérature portant sur le partage des connaissances permet de statuer sur les meilleures conditions possibles pour favoriser la prise en considération des données de santé lors de l'élaboration de celles-ci. Ce domaine s'attarde particulièrement à la compréhension des réalités des deux univers en relation soit celui de la recherche et celui de la prise de décision à la création de liens interactifs entre eux.

Tout en étant un champ d'intérêt depuis plusieurs années, force est de reconnaître que beaucoup reste à faire afin d'identifier avec certitude les meilleures stratégies de transfert de connaissances. Les contextes d'utilisation, des intérêts et des capacités des utilisateurs visés et des producteurs de connaissances doivent être pris en compte lors des choix des stratégies. De grandes lignes se dégagent cependant et peuvent être utiles à l'action.



## CHAPITRE 5 L'ÉVALUATION DES RISQUES À LA SANTÉ : UNE REVUE DE LITTÉRATURE

*Rédigé par Geneviève Brisson en avril 2006, ce chapitre est centré sur les risques pour la santé qui peuvent être modifiés grâce aux politiques publiques. Il présente diverses définitions et composantes de l'évaluation des risques. De plus, il traite du lien entre l'évaluation des risques et les autres domaines qui affectent les politiques publiques de promotion de la santé.*

### 5.1 CONTEXTE

En santé publique, l'évaluation des risques est une voie privilégiée dans la production d'information fiable sur les problèmes et risques pour la santé. Les méthodes venant de divers domaines, cette information est pertinente à plusieurs acteurs de différents champs de la santé publique. Une fois ces données scientifiques disponibles, il faut évaluer les options qui, dans les circonstances, sont les meilleures pour réduire les problèmes et améliorer la santé des populations. Le contexte politique et les caractéristiques des divers instruments de politique comptent alors parmi les données s'ajoutant aux résultats scientifiques sur le risque. Il faut également tenir compte des impacts possibles de ces options, et particulièrement évaluer leurs impacts sur la santé. Il en va de même pour les politiques intersectorielles (c.-à-d. autres que de santé). La méthodologie de la présente revue de littérature est identique à celle du chapitre précédent de cette *Analyse environnementale*<sup>33</sup>.

### 5.2 ÉVALUATION DES RISQUES À LA SANTÉ

L'évaluation des risques fait partie des axes composant la conceptualisation des politiques publiques favorables à la santé (Turgeon, 2005). Tout en sachant que des moyens d'influence existent aussi à d'autres échelles, ce texte s'attarde plus particulièrement aux « risques à la santé modifiables par des mesures de politiques publiques ». Ce texte présente d'abord les définitions et les composantes de ce domaine, puis cherche à montrer comment il s'articule avec les autres domaines délimitant les politiques publiques favorables à la santé.

Ce travail se fonde sur des documents récents présentant les cadres de référence afin de contribuer à une méthode générale concernant les prises de décision de gestion vis-à-vis des risques en santé publique. Une majorité de ces documents ont été réalisés par des agents de santé publique du Québec, du Canada et des États-Unis œuvrant dans le domaine plus traditionnel des risques environnementaux et toxicologiques, et où le risque est

<sup>33</sup> Cette revue de littérature a été effectuée en deux temps. Une première phase du travail s'est attardée à quelques textes jugés incontournables par des spécialistes en gestion des risques. Des entrevues semi-dirigées avec ceux-ci ont complété ce bref tour d'horizon, qui visait en premier lieu à faire un constat des lacunes et des enjeux actuels. Dans un deuxième temps, le corpus s'est enrichi des textes récents suggérés par des spécialistes. Les rapports et les articles scientifiques ont été retenus parce qu'ils adoptaient des perspectives globales et qu'ils présentaient soit une réflexion conceptuelle sur l'ensemble du champ, y compris une analyse critique de celui-ci, soit une revue de la littérature pertinente. Tous ces textes ont été visités ou revisités avec une grille de lecture plus complète, cherchant à dégager les définitions conceptuelles, la méthodologie, les lacunes et les enjeux, les principaux axes de discussion et les liens avec d'autres champs conceptuels.

davantage lié à des dimensions biologiques définies, circonscrites de façon spatio-temporelle et par rapport à leurs effets. Un autre document, produit par l'OMS, a été réalisé avec des prémices différentes : il cherche à identifier les principaux risques à la santé mondiale selon une approche épidémiologique et traite aussi des facteurs causals puisqu'il associe plutôt le risque à des contextes sociaux. Il montre de nombreuses similitudes avec le reste du corpus, même si sa perspective est un peu différente. En effet, le concept d'évaluation reste le même, mais son contexte et les situations d'application diffèrent. Tandis que le regard des premiers textes se penche sur un risque précis afin de bien le gérer, celui de l'OMS adopte quant à lui un angle plus large, cherchant alors à cerner plusieurs des risques importants pour la santé mondiale. Cette nuance introduira certaines précisions au fil de ce document.

## **5.2.1 Compréhension conceptuelle du domaine**

### **5.2.1.1 Définition du risque à la santé**

Depuis une vingtaine d'années, le risque est devenu une préoccupation sociale et théorique plus importante, tel qu'en témoigne la documentation technique et sociologique sur le sujet. Il peut se définir de différentes façons. À l'origine, il se rattachait initialement au domaine des probabilités, et on le définissait alors souvent comme un « concept utilisé pour donner une signification à quelque chose, force ou circonstance qui représente un danger pour les gens ou ce qu'ils considèrent important; la représentation d'un risque se fait en termes de probabilité » (MSSS, 2002, p. 30). Tous les humains sont exposés à des risques, mais certains le sont plus que d'autres, et particulièrement les personnes vivant en situation de pauvreté (OMS, 2002).

Si l'on examine plus en détail le sens donné au risque dans le domaine de la santé, quatre principales acceptions ressortent des documents consultés, soit :

- Une probabilité d'issue défavorable dans des circonstances particulières;
- Un facteur augmentant cette probabilité;
- Une conséquence; ou
- Une éventualité ou une menace.

Les professionnels et les chercheurs en santé publique n'emploient pas tous les mêmes acceptions du terme. Le sens donné semble dépendre de la méthode utilisée par les praticiens et du contexte de production et d'application des différents documents. Particulièrement, l'approche épidémiologique s'attarde davantage aux causes; celles employées en santé environnementale et en toxicologie s'intéressent davantage aux effets. Ces variantes formeront les risques à la santé<sup>34</sup>.

Les documents consultés issus de la santé environnementale regardent davantage un risque bien précis : un *danger*, *agent* ou *événement* précis, caractérisable dans le temps et l'espace, mais qui peut être compris comme cumulatif (MSSS, 2002). Le

---

<sup>34</sup> À moins de précisions contraires, la spécification que le risque est lié à la santé sera implicite dans le texte.

*Presidential/Congressional Commission on Risk Assessment and Risk Management* (1997) spécifie que « le risque résulte de la combinaison de deux facteurs : la probabilité d'occurrence d'un événement néfaste et ses conséquences » (MSSS, 2002, p. 30). Cette dernière définition rejoint celles du Canada et du Québec. Quant au document de l'OMS, il entend porter un large regard sur un ensemble de risques. De ce fait, l'organisme cherche non seulement à cerner les risques attribuables à des problèmes précis, mais aussi ceux évitables par différentes mesures comme les changements à l'échelle des gouvernements. Ce faisant, l'OMS propose de regarder aussi en aval des problèmes de santé, et se fonde sur le sens donné au risque en épidémiologie. Cet angle le pousse à définir le risque en privilégiant l'acception de probabilité d'un événement sanitaire défavorable et celle d'un facteur aggravant cette probabilité (OMS, 2002, p. 1). Dans son rapport, l'organisme choisit de s'attarder aux risques ayant des conséquences d'ampleur mondiale, dont le rôle étiologique est très probable, modifiables (par différentes interventions humaines et à différents échelons), ni trop spécifiques ni trop générales, et bénéficiant de données assez complètes sur leur distribution et leur relation avec la morbidité (OMS, 2002, p. 22). En effet, pour l'OMS les risques<sup>35</sup> à la santé sur lesquels nous devons agir en priorité sont ceux « connus, fréquents, importants et répandus contre lesquels on dispose de stratégies acceptables et efficaces » (OMS, 2002, p. 11).

#### 5.2.1.2 Définition de l'évaluation des risques à la santé

Le rapport du MSSS (2002, p. 34) souligne la difficulté terminologique s'attachant au concept d'évaluation des risques. Compris en anglais comme *risk assessment*, l'appellation « analyse de risque » semble se généraliser, notamment en sécurité alimentaire. Le ministère de l'Environnement parle d'« estimation du risque », conservant l'expression « évaluation du risque » pour désigner un jugement de valeur sur l'acceptabilité du risque. En santé publique, on rencontre aussi l'expression « appréciation du risque ». Le MSSS, Santé Canada et l'INSPQ ont opté pour harmoniser l'appellation sous le vocable d'« évaluation du risque » (ou évaluation des risques).

Ce qui s'entend comme évaluation des risques semble avoir pris son essor à partir de l'étude toxicologique et l'étude de problèmes environnementaux. Elle a commencé par différentes activités sur l'identification, la quantification et la caractérisation des menaces à la santé et à l'environnement. La discipline a cependant évolué depuis. Dans les documents de santé publique nord-américains, l'évaluation des risques semble définie à partir de ce cadre, de façon assez homogène. Dans les documents québécois et canadiens consultés, l'évaluation vise l'estimation qualitative et quantitative des éléments suivants : la probabilité de subir des effets néfastes et la gravité des conséquences sur la santé qu'un agent ou qu'une situation dangereuse peuvent entraîner. On identifie le risque par rapport à des causes, comme l'exposition à des éléments dangereux particuliers ou l'absence d'éléments ayant une influence positive sur la santé (INSPQ, 2003).

<sup>35</sup> Ils sont aussi appelés « facteurs de risque » par l'OMS, mais on décèle qu'ils correspondent aux « risques » des autres rapports consultés. Nous en traiterons aussi subséquemment.

L'OMS adopte une définition de l'évaluation des risques ancrée dans l'épidémiologie. Par analogie avec l'évaluation des risques environnementaux, on établit des méthodes « pour évaluer les risques attribuables au sein d'une population, c'est-à-dire la proportion de cas de maladie dans cette population qui sont reliés à un facteur de risque particulier » (OMS, 2002, p. 13). L'OMS estime d'ailleurs que cette méthodologie peut se généraliser et s'étendre à beaucoup d'autres domaines. Pour l'organisme, l'évaluation se présente comme l'« estimation méthodique de la charge morbide et traumatique imputable aux divers risques » (OMS, 2002, p. 4).

### 5.2.1.3 *Évaluation des risques et gestion des risques*

Même si elle a été auparavant présentée comme un secteur indépendant, l'évaluation des risques se définit depuis la fin des années 1990 par un champ d'activité général, celui de la gestion des risques. Dans ce contexte, l'évaluation se présente comme l'une de ses étapes et ne peut donc qu'être comprise que par le biais de ce processus, montré comme nécessaire.

De façon traditionnelle, la gestion des risques se définissait sans l'évaluation des risques. Les étapes de la recherche sur les risques, de la gestion et de l'évaluation étaient distinctes. L'évaluation précédait la gestion. Elle se voulait une étape purement scientifique, sans influences et donc coupée des considérations politiques, économiques, sociales propres au domaine de la gestion (MSSS, 2002). Cependant, la réalité est autre et plusieurs critiques ont contesté cette division conceptuelle, car la science n'est pas exempte des influences de la société où elle est établie. Par exemple, l'évaluation des risques comporte une prise en compte des acteurs, ainsi que l'intégration des objectifs plus larges de gestion des risques, puisque ceux-ci vont moduler les approches et la portée de l'évaluation. Comme le dit le rapport du MSSS, il importe de ne pas créer l'impression d'« une évaluation libre de toute contrainte politique ou libre de valeurs, ce qui est faux » (MSSS, 2002, p. 54).

Pour correspondre à cette réalité, on a donc revu la division traditionnelle entre évaluation et gestion des risques. Pour plusieurs pays, le terme de gestion de risque englobe maintenant tout le processus. C'est le cas dans les documents nord-américains consultés (États-Unis, Canada, Québec). La gestion des risques comprend donc les phases préalables à la décision, soit la mise en contexte du problème et l'évaluation des risques. Elle les intègre de façon scientifique et efficiente à des considérations traditionnelles de gestion, soit à la prise en compte des informations et des enjeux de nature politique, sociale, culturelle, éthique, légale, économique, technologique, etc. (MSSS, 2002).

Le rapport de l'OMS recensé ici ne suit pas complètement ce courant. Il pose encore des distinctions entre gestion et évaluation du risque (qu'il nomme aussi « analyse de risques »). L'organisation fait cette distinction parce qu'elle ne s'attarde pas ici aux facteurs directs du risque, mais plutôt aux facteurs indirects ou externes. De plus, des raisons politiques motivent aussi son choix : l'OMS est consciente que son action ne peut pas aller jusqu'à la mise en œuvre des options, qui sont du ressort des pays (cette question demeure souvent pour la gestion des risques, et nous y reviendrons dans une section subséquente). Cependant, elle ne nie pas que l'évaluation du risque soit traversée par des considérations politiques importantes. Dans son rapport, elle considère donc à son tour que l'évaluation est

un maillon d'un plus grand processus, et qu'elle est en interaction avec ses autres composantes.

## **5.2.2            *Processus d'évaluation des risques***

### **5.2.2.1            *Cadres de référence sur la gestion des risques***

Les cadres de référence illustrent l'approche englobant en gestion des risques. Ils répondent à un besoin précis en santé, celui d'adopter une perspective d'ensemble des risques rendant les interventions plus efficaces, par exemple en réduisant les effets nocifs imprévus. Ils s'appliquent en dehors des situations d'urgence, pour lesquelles un autre protocole est prévu. Cependant, comme le souligne le MSSS, ces cadres de gestion des risques demeurent des idéaux, et donc parfois encore éloignés, techniquement et culturellement, des agents de santé publique.

Dans le domaine de la gestion des risques, le rôle des agents en santé publique les amène souvent à se prononcer sur l'ampleur de risques ou sur les moyens à mettre en œuvre pour les réduire ou pour protéger la santé. Cependant, comme on l'a déjà mentionné, ils ne travaillent pas tous dans le même domaine d'expertise. Les cadres cherchent donc à doter l'évaluation des risques d'un regard plus général, et d'un langage commun au-delà des différences de méthodes et d'objectifs. Ce regard montre l'importance d'examiner les risques dans un contexte de santé publique afin de s'assurer de cibler les plus considérables. Toutefois, le MSSS soulève aussi les limites d'une telle opération d'harmonisation. Notamment, il est important de se rappeler que les buts, les ressources, les contextes et les méthodes, de même que le type et la qualité des données exigées, peuvent varier selon le type de risque. Aussi plusieurs instances demandent à leurs cadres de demeurer souples, afin de servir de repères plutôt que de règles rigides et institutionnelles.

Les risques identifiés se multiplient au cours des années 1980. Devant ce phénomène, les États-Unis conçoivent un cadre intégrateur en gestion du risque comme appui à la prise de décision. Le Canada, le secteur de la santé publique québécoise et les responsables des risques toxicologiques du MSSS ont suivi, définissant leurs propres modèles sur cette base américaine. Tous s'identifient à une approche de santé des populations. Ils s'inscrivent dans une approche structurée et systématique. Présentant une succession d'étapes organisées de façon interreliée et non linéaire, ces cadres ont des conceptions variées (Shortreed, Hicks & Craig, 2003), mais tous visent une approche générale de prise de décision en vue d'interventions pour la protection de la santé. Leur processus est continu, de façon à permettre la prise en compte de toute nouvelle information et à améliorer les décisions relatives au risque. Il comprend également la nécessité de mécanismes de coordination et d'adaptation. Les solutions sont envisagées de manière intersectorielle. Toutefois, il est bon de noter qu'il s'agit d'un principe, et qu'il est encore en phase d'implantation, bien qu'il soit à privilégier (MSSS, 2002).

Les cadres consultés présentent beaucoup de similitudes. Au Québec, le vocabulaire employé réfère davantage au monde des risques physiques et aux maladies infectieuses. Au Canada, le cadre adopte davantage un langage administratif. Mis à part ces nuances,

constatons que les étapes suivantes se retrouvent toutes dans les différents cadres de gestion :

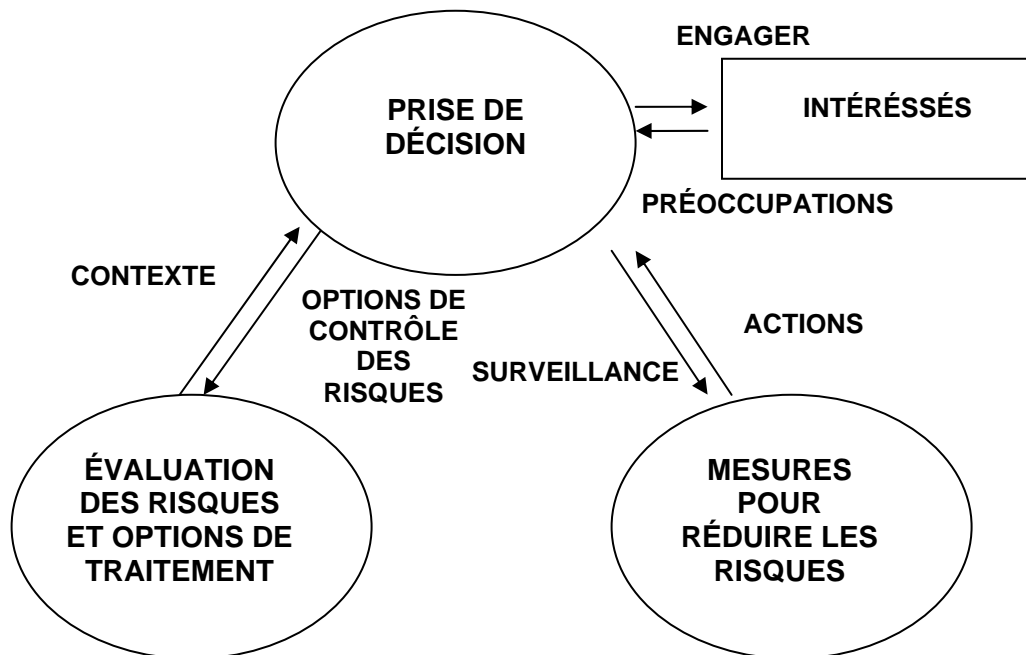
- **Définition du problème et de son contexte :** Établie par un diagnostic ou une perception, cette étape permet par la suite le cadrage des autres phases. Elle cherche à identifier et à caractériser le problème de santé, puis à l'analyser dans son contexte. L'évaluation de l'urgence, l'identification des gestionnaires de risque concernés et la détermination des objectifs de gestion de risque font aussi partie de cette étape. De plus, c'est à ce moment qu'aura lieu l'identification des différentes perceptions et préoccupations (du public et des experts), ainsi que la planification d'un processus de participation du public.
- **Évaluation des risques :** À cette étape, on évalue le poids des données et des hypothèses définissant le problème. Brièvement, notons que cette étape identifie et décrit le danger ainsi que les populations à risque. Ensuite, on quantifie ou on qualifie la relation causale entre le danger et l'effet sur la santé, puis la probabilité et l'ampleur de l'exposition. Par la suite, le risque sera estimé en croisant ces données et en évaluant leur valeur probante. Les incertitudes et les perceptions seront documentées, et enfin le risque sera caractérisé dans une perspective d'ensemble. Santé Canada joint à cette étape une comparaison risque-avantages d'un point de vue sociétal, car son approche est davantage celle d'une gestion continue des risques visant à modifier les conditions en présence.
- **Identification et examen des options de gestion des risques :** Des objectifs spécifiques de diminution des facteurs de risques ou de causes indirectes sont énoncés. Les options appropriées pour atteindre ces objectifs sont documentées, notamment par une analyse coûts-bénéfices. Est nécessaire la prise en considération des variables suivantes : les lois et politiques en place, l'acceptabilité sociale du risque, les perceptions, les valeurs et les préoccupations des personnes concernées. Santé Canada présente les options suivantes comme étant possibles : réglementation, directives nationales, sensibilisation et conseil, comportements volontaires, approches économiques, approches technologiques, non-intervention. Elles sont ainsi associées de près à des instruments de politique.
- **Choix de la stratégie de gestion :** Les décideurs administratifs et politiques sélectionnent une ou plusieurs solutions, celles jugées les plus appropriées pour la prévention et la réduction des risques. Santé Canada applique ici aussi le principe de précaution.
- **Mise en œuvre des interventions :** Lorsque les interventions sont à l'intérieur du secteur de juridiction du gestionnaire de risque, celui-ci planifie les interventions choisies puis les applique de façon coordonnée. Dans les autres cas, cette étape et les subséquentes appartiennent à d'autres pouvoirs décisionnels et politiques. À cette étape, les activités de communication doivent donc faire l'objet d'une coordination multisectorielle particulièrement attentive.
- **Évaluation du processus et des interventions :** Révision de l'efficacité des actions en regard des objectifs (résultats, autres bénéfices, coûts). Un mécanisme de surveillance est habituellement mis en place à cet effet, nécessitant de déterminer le moment et le

type de mécanisme applicable. Les constats peuvent conduire à une modification du processus. Santé Canada y ajoute une fonction de surveillance de l'exécution du plan d'action.

- **Communication sur les risques et implication des parties intéressées** : Ce thème est essentiel aux processus et intervient à toutes les étapes. Le cadre de référence en santé publique du Québec place la communication au milieu du cercle (INSPQ, 2003), tandis que les autres documents préfèrent l'inclure dans la démarche plus large de l'implication des communautés, où la communication devient implicite à l'acceptabilité sociale et à la prise de décisions éclairées.



**Figure 2** Cadre de gestion des risques, inspiré de Santé Canada (INSPQ, 2003, p. 3)

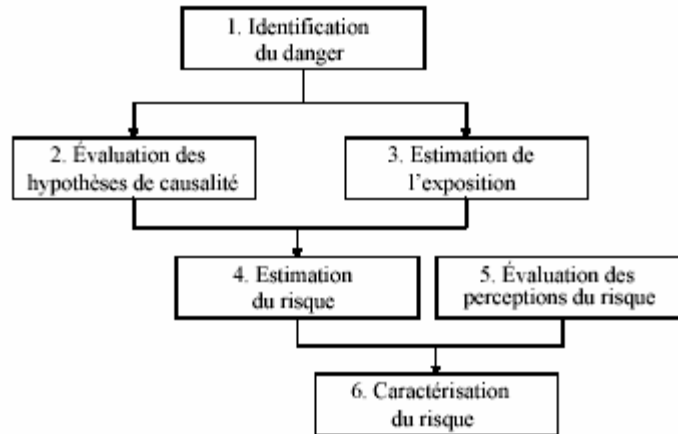


**Figure 3** Cadre de gestion des risques, NERAM (Shortreed, Hicks, et Craig, 2003)

Notons que ces cadres conceptuels s'apparentent aux modèles de prise de décision en gestion (Shortreed, Hicks, et Craig, 2003). La similitude entre les approches pourrait faciliter la réceptivité du cadre de gestion des risques par les gestionnaires de la sphère publique. Comme nous le verrons plus loin, ces modèles visent à soutenir la prise de décision des responsables de politiques sur la base d'une estimation de la probabilité d'un impact défavorable ou favorable à la santé découlant de leurs mesures.

#### 5.2.2.2 *Éléments mis à jour dans l'évaluation des risques à la santé*

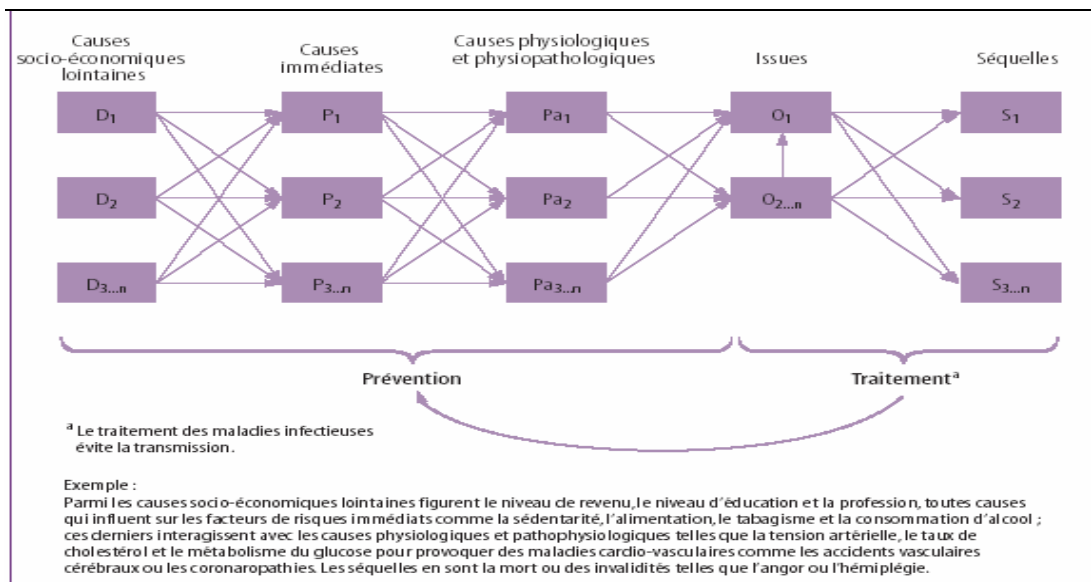
À l'intérieur de ce cadre général, l'évaluation des risques se place comme une étape scientifique primordiale. Elle y constitue une démarche scientifique rigoureuse d'analyse du poids des données appuyant les différentes hypothèses et conclusions, et ce, afin d'estimer le risque réel. Elle permet alors de fournir les informations scientifiques nécessaires aux prises de décision concernant le risque de la part des décideurs et des agents en santé publique. L'évaluation des risques se présente comme une succession d'étapes, chacune mettant à jour plusieurs éléments. En santé environnementale, l'ensemble de ces étapes peut être schématisé comme suit :



**Figure 4 Étapes de l'évaluation des risques (INSPQ, 2003, p. 9)**

Les étapes consignées dans le document de l'OMS ne sont pas présentées de cette façon. Toutefois, les renseignements suivants se retrouvent dans tous les documents consultés :

1. Documenter une situation ou un élément (« agent ») pouvant comporter un risque pour la santé publique. On décrit aussi les façons d'y être exposés, les effets, les populations touchées.
2. Caractériser l'effet sur la santé, en documentant comment et à quel moment les effets néfastes risquent de se produire. La gravité, l'incidence, la relation entre la dose et la réponse, sont toutes prises en compte, et souvent exprimées en valeurs de référence. Il s'agit là d'un moment crucial, sollicitant des paramètres scientifiques reconnus. Pour l'OMS, le recours à des unités de mesure communes, ou normalisées, serait l'idéal.
3. Mesurer l'exposition au risque, en calculant ce qu'il en est dans une réalité donnée, ou en l'estimant par rapport à des réalités. Dans ce calcul, une attention particulière est donnée à la pauvreté selon la perspective de l'OMS.



**Figure 5 Toile causale du risque (OMS, 2002, 16)**

La mise en relation de ces éléments permet d'établir une estimation des risques et de son incertitude, en établissant la probabilité d'affection d'une population donnée. Plusieurs organismes ajoutent la recherche à d'autres éléments lorsqu'il « est prouvé que ces renseignements influent sur le niveau de risque » (Santé Canada, 2000, p. 31), soit :

- Une prise en compte des causes de ce risque, le plus souvent appelées « facteurs »<sup>36</sup> (MSSS, 2002 ; OMS, 2002 ; Santé Canada, 2000). Certains sont associés à des causes immédiates et d'autres à des causes intermédiaires et plus lointaines (socio-économiques). L'enchaînement de ces derniers peut s'étendre sur plusieurs années et venir de déterminants socio-économiques plus généraux.
- Une évaluation des facteurs protecteurs et nocifs jouant un rôle dans le risque (voir note précédente) (OMS, 2002).
- Des renseignements sur la perception du risque et son acceptation sociale (MSSS, 2002; OMS, 2002 ; Santé Canada, 2000).
- Des données présentant les connaissances de la population à ce sujet (et le savoir local).

<sup>36</sup> Notons ici qu'une certaine ambiguïté existe autour du mot *facteur* dans le rapport de l'OMS par rapport aux autres documents consultés. En effet, puisque ce dernier cible « les risques à la santé » en général (c.-à-d. les risques de morbidité), les facteurs de risques seront ce qui, dans les autres rapports, est plutôt considéré comme étant un risque en soi (par exemple : maladies cardiovasculaires, tabagisme), ces derniers comportant donc eux-mêmes leurs propres facteurs de risque.

Enfin, le document de Santé Canada se situe davantage dans une perspective de gestion continue et se préoccupe, donc, déjà de comparer les risques avec les avantages découlant d'une situation ou d'un projet, ce que ne font pas les autres documents.

### 5.2.2.3 Identification et l'examen des options

En raison de leur lien avec les politiques publiques, l'identification et l'examen des options constituent une étape importante dans le cycle de gestion des risques. Elles sont subséquentes à l'évaluation. Dans leurs productions, le *Presidential/Congressional Commission on Risk Assessment* (1997) et l'INSPQ mentionnent qu'il n'est pas nécessaire que l'évaluation des risques soit complétée pour procéder à cette analyse, même si cette évaluation des risques peut contribuer à l'identification des options. On souligne même que cet ordre peut être inversé et que, « in some cases, examining risk management options may help refine a risk analysis » (Presidential[...], 1997, p. 29). En fait, ce qui importe ici est plutôt que le problème soit bien circonscrit.

Les documents consultés pour réaliser la réflexion actuelle ne se penchent pas tous sur l'examen des options, car certains se concentrent plutôt sur la seule activité d'évaluation des risques. Les documents de l'OMS (2002), de Santé Canada (2000), de l'INSPQ (2003) et du *Presidential/Congressional Commission on Risk Assessment* (1997) abordent cet aspect. Ils définissent cette activité comme étant l'« identification et l'analyse des options possibles en vue de prévenir ou de réduire le risque, ainsi que la formulation de recommandations en ce qui concerne la ou les options préférées. » (Santé Canada, 2000, p. 48). Dans le cadre de gestion de l'INSPQ, l'évaluation des options peut aussi se réaliser par rapport à des objectifs plus spécifiques, formulés dans certaines situations<sup>37</sup> en fonction d'indicateurs indirects (INSPQ, 2003, p. 9).

La **première partie** de cette activité est la détermination des options. Tous notent que l'étude d'un éventail d'options est souhaitable lorsque les circonstances le permettent<sup>38</sup>. Aussi procédera-t-on à la recension d'options réglementaires, c'est-à-dire qui dépendent de l'autorité d'un gouvernement, et non-réglementaires, notamment la non-intervention. Santé Canada résume ces possibilités comme suit, qui pourraient se lire à la lumière des différentes théories classifiant les instruments et les mesures de politiques<sup>39</sup>.

<sup>37</sup> Particulièrement lorsque l'évaluation des effets sur la santé s'avère difficile.

<sup>38</sup> L'OMS semble d'ailleurs poursuivre un plan de travail à long terme afin de déterminer les options les plus « rentables » en regard des facteurs de risques majeurs (OMS, 2002, p.107).

<sup>39</sup> Nous pourrions établir cette nomenclature dans une autre partie du texte de réflexion.

<b>Options pour la gestion des risques</b>	
Réglementation	La réglementation directe suppose la mise en œuvre des exigences énoncées dans la loi. L'autoréglementation permet aux parties qui produisent le risque ( <i>producteurs de risque</i> ) de créer des mécanismes garantissant que les procédés ou les produits réglementés sont conformes aux exigences de la loi. L'utilisation de permis et d'approbations signifie pour ces producteurs de risque l'obtention d'une permission écrite délivrée par le gouvernement avant l'exercice d'une activité productrice de risque déterminée.
Directives nationales	Les directives nationales comprennent dans normes et des codes de pratique volontaires qui définissent des approches en vue de trouver réponse à des questions précises en matière de risque ou d'entreprendre des activités déterminées liées aux risques.
Sensibilisation et conseil	Par sensibilisation et conseil, il faut comprendre la communication de renseignements qui aident les producteurs de risque à réduire les risques ou qui permettent aux parties intéressées ou touchées de prendre des décisions plus éclairées.
Respect volontaire	Le respect volontaire consiste à encourager les producteurs de risque à la prise d'actions limitant les risques. Il s'agit d'un bon exemple de gestion des risques par le biais de la collaboration.
Approches d'ordre économique	Les approches d'ordre économique sont généralement destinées aux producteurs de risque et reposent sur des encouragements ou freins financiers en vue de la limitation des risques. À titre d'exemple, on peut citer l'apport d'aide financière aux promoteurs de technologies de réduction des risques et l'imposition de pénalités aux pollueurs.
Approches d'ordre technologique	Les approches d'ordre technologique suppose l'élaboration de nouvelles méthodes visant la réduction des risques ou la mise en œuvre des méthodes existantes par les producteurs de risque.
Non-intervention lorsque ce n'est pas nécessaire	Cette option consiste à maintenir le niveau actuel de protection de la santé. On peut par exemple y recourir lorsque le niveau actuel de risque est jugé <i>négligeable</i> , lorsque la stratégie de gestion des risques en place est considérée suffisante ou lorsqu'il n'est pas possible de mettre en œuvre des options de gestion des risques réalisables et efficaces.

**Figure 6 Les options de gestion des risques (Santé Canada, 2000, p. 49)**

Certains facteurs peuvent contribuer à la détermination d'options possibles. Par exemple, Santé Canada (2000) estime que l'autorité législative, les politiques existantes, les engagements et la rapidité de réponse au risque sont des éléments à considérer.

Selon plusieurs documents, définir les options est une activité qui devrait se réaliser conjointement avec les personnes intéressées et touchées par le risque (Santé Canada, 2000; Presidential [...], 1997) : « Cette démarche est particulièrement importante lorsque la responsabilité de la gestion des risques est partagée ou quand différentes parties peuvent participer à la mise en œuvre de la stratégie choisie. La portée et la profondeur de cette consultation devraient refléter des facteurs tels que la nature de la question, les personnes

touchées, la rapidité nécessaire à la résolution de la question et les ressources disponibles.» (Santé Canada, 2000, p. 50). Le document américain requiert leur participation pour établir des méthodes d'identification des options et pour les développer. Au Canada, on retient leur collaboration pour déterminer les critères d'analyse et pour rassembler les informations nécessaires à celle-ci. De plus, aux États-Unis comme au Canada, les personnes sont appelées à participer à l'analyse et contribuent à déterminer les approches de communication permettant de rendre le choix des options le plus acceptable possible.

L'analyse des options constitue la **seconde partie** de ce processus. La prise en compte d'un ensemble d'éléments variés compose cet examen. Parmi ces éléments, on retrouve nécessairement :

- L'efficacité;
- Les exigences juridiques;
- Les obligations et les restrictions;
- La faisabilité de l'option;
- L'équité dans la répartition des risques, des coûts et des avantages;
- La justice, soit d'assurer un équilibre entre les droits individuels et les droits de la société; et
- L'acceptabilité du risque, établi en fonction de toutes les parties intéressées et touchées.

Pour Santé Canada, ces éléments sont plutôt souhaitables, selon la situation et les lois en vigueur, tandis que d'autres organismes estiment plutôt que l'évaluation des impacts culturels et sociaux est nécessaire. Le rapport coûts/bénéfices est également incontournable pour juger l'efficacité, ou alors l'évaluation des avantages et les inconvénients lorsqu'ils peuvent être chiffrés en valeurs absolues (INSPQ, 2003 ; OMS, 2002 ; Presidential [...], 1997). Outre les éléments cités, le rapport coûts/bénéfices comprendra alors : les coûts de mise en œuvre de l'option; les ressources disponibles; l'urgence et la rapidité de réaction escomptée; les effets pervers ou non désirables; le risque résiduel et son acceptabilité. Les perceptions, préoccupations et valeurs des parties intéressées et touchées quant aux options possibles sont une étape supplémentaire au processus.

Le rapport de l'OMS fait d'ailleurs état de l'existence de plusieurs méthodes pour l'évaluation coûts/bénéfices. Pour sa part, l'organisation en a normalisé certaines qui permettent à la fois d'évaluer les coûts et les impacts (programme CHOICE). Elle modélise alors aussi les situations qui prévaudraient sans les options (scénario contrefactuel), ce qui nécessite alors d'avoir une évaluation des risques complète. Toutefois, l'organisation demeure consciente que ce rapport coûts/bénéfices ne constitue que l'un des éléments d'information entre les mains des décideurs. D'autres données devront également être étudiées.

Cette seconde étape, celle de l'examen des options, aura divers effets. Elle éliminera certains choix, alors que d'autres seront sélectionnés. En général, les options retenues sont celles qui présentent un niveau acceptable de protection de la santé, sont les plus efficaces

pour réduire ou prévenir les risques, sont les plus rentables, créent le moins d'effets pervers et sont acceptées socialement.

#### 5.2.2.4 *Communication des risques*

Le cadre de gestion des risques fait aussi appel à la notion de communication des risques. Dans son sens classique, ce terme désigne surtout la relation de ceux en charge de la gestion d'un risque avec la population concernée par ce risque. Il s'agit d'une étape importante de la gestion, centrale dans bien des cadres de gestion, elle est aussi érigée en principe directeur au Québec et au Canada. La fonction de communication vise d'abord la population « profane », c'est-à-dire non experte, non scientifique et non politique, afin qu'elle prenne connaissance des renseignements pertinents sur le risque ainsi que des processus de sa gestion, transmis avec clarté, précision, en temps opportun et sous une forme utile. Le document de l'OMS insiste pour sa part sur l'intégralité des faits transmis, dont les incertitudes, ainsi que sur l'indépendance et la crédibilité de l'organisme transmettant ces informations. Il devrait être libre de toute attache politique. L'ensemble du processus devrait chercher un climat de confiance, de transparence et de démocratie. L'éducation par la présentation des options de réponse au risque et de leurs conséquences en fait partie, souvent sous la forme de consultations publiques. À cet égard, le texte de l'OMS souligne l'importance qu'acquière dans nos sociétés les médias et les groupes de pression comme relais, pas toujours fidèles, d'une information scientifique trop souvent hermétique. Ils contribuent alors à faire valoir leurs positions en sélectionnant ou en modulant les informations. Dans son rapport de 2002, l'OMS souligne alors son importance cruciale sur la perception subséquente du risque.

L'approche préconisée par l'OMS, Santé Canada et le MSSS va plus loin que l'information sur le risque. Elle comprend une démarche de compréhension des besoins et la prise en compte des réactions des personnes intéressées. De plus, elle propose comme centre du processus la participation des parties intéressées et touchées par le processus décisionnel, ce qui entraînera des conséquences au moment de l'évaluation des incertitudes puisque ces parties intéressées seront appelées à se prononcer. Dans son rapport, l'OMS propose une approche démocratique de prise de décision sur les risques. L'approche du MSSS va dans le même sens, stipulant qu'il importe de quitter la dichotomie expert-profane pour se situer dans un processus d'échange réel. Des exigences existent alors par rapport à la compétence des connaissances, leur vulgarisation, l'ouverture et un certain partage des pouvoirs dans les processus de politiques publiques. Le courant de l'*Alternative Dispute Resolution* résume les objectifs de collaboration (Beauchamp, cité dans MSSS, 2002, p. 40). La communication des risques est alors étendue à un mode de résolution des conflits d'opinions, de valeurs et de données dans le but d'obtenir un consensus autour des éléments de gestion des risques. Mais autant au Québec qu'au Canada, aucune forme n'est prescrite pour cette étape de communication. Par conséquent, la seule idée d'informer avec rétroaction est déjà exigeante. On n'en est pas encore à un arbitrage – sinon dans le cadre du Bureau d'audiences publiques sur l'environnement (BAPE), au Québec ; et encore est-il non contraignant pour les politiques publiques. La gouvernance des risques est cependant sous-jacente à cette question, comme le souligne l'OMS dans son rapport de 2002. Comment engager les groupes de la société, partager le pouvoir politique (et les responsabilités) et obtenir plus de transparence? La question, les mécanismes et leurs

engagements demeurent à explorer. Pour l'instant, il demeure que l'approche de communication catégorise différemment citoyens et décideurs. Une réponse possible serait peut-être de les rapprocher en constituant des processus de politiques publiques bien informés, comme le préconise par exemple le *Rapport annuel sur la santé dans le monde* (OMS, 2002).

### **5.2.3 Approches méthodologiques**

Force est de constater que l'évaluation des risques est un ensemble de méthodes variées, issues des approches quantitatives et qualitatives; à ce titre, il est donc plus judicieux de parler d'évaluations des risques, plutôt que de décrire l'évaluation des risques comme une méthodologie uniforme. Ce domaine est subdivisé par spécialités. Chacune semble avoir ses pratiques et ses méthodes pour déterminer le danger, caractériser l'effet sur la santé et mesurer l'exposition au risque. Il peut en découler des possibilités de morcellement et de travail sans intégration (en « silos »). Cet hermétisme entre les domaines de travail peut avoir des impacts sur l'efficacité de l'emploi des ressources ou sur la confiance des citoyens envers les experts, qui ne parlent pas tous d'une même voix. Notamment, des problèmes peuvent apparaître vis-à-vis de la compréhension et du transfert de connaissances, de la cohérence, de l'équité, de la transparence du processus par rapport à l'ensemble des groupes sociaux (MSSS, 2002). De plus, ce morcellement entraîne surtout une certaine étroitesse dans la définition des questions. Cette impression s'amenuise toutefois avec l'avancée de la recherche sur les risques. Alors que l'approche classique ne s'intéressait qu'à un seul agent de risque, on reconnaît maintenant davantage la complexité des facteurs causant les risques et leur interaction. Enfin, même si les façons d'évaluer des risques varient, ces différences ne modifient pas les composantes essentielles de l'évaluation des risques. C'est plutôt que ces composantes s'expriment de façon différente selon les objectifs, la portée et les objets de l'évaluation. L'application opérationnelle ou stratégique de l'évaluation des risques détermine donc des variations dans le dosage de ses éléments.

On rencontre deux grands types d'approches dans la démarche de gestion des risques : qualitative et quantitative. Dans le domaine des politiques publiques, les deux sont susceptibles d'être employées pour apprécier les probabilités d'occurrence d'un risque (et non pour le déterminer). En général, le choix des stratégies de recherche et les questions méthodologiques qui y sont liées, dépendent du sujet de la recherche. La nature de ce qui est à connaître, et la façon dont on veut connaître, autoriseront l'emploi d'un type d'approche ou en exclura une autre (Mucchielli, 1991).

#### **5.2.3.1 Approche qualitative**

Par définition, les méthodes qualitatives utilisent un ensemble de techniques permettant d'appréhender et d'analyser ce qui ne se mesure pas quantitativement : ce qui ne se quantifie pas. Comme le sujet de recherche détermine les techniques permettant de l'appréhender, ces dernières se fondent plus principalement sur une codification systématique, mais laissent plutôt place à la présence humaine et à ses manifestations. La valeur des résultats s'apprécie par rapport à un solide système de validation fondé sur l'acceptation des résultats par les participants à la recherche, la saturation des données au

cours de la constitution du corpus d'analyse, la reconnaissance de la valeur de la recherche par les pairs en regard de sa plausibilité et de sa cohérence.

Les sciences humaines et sociales privilégient souvent l'approche qualitative, car elles cherchent en général à percer la signification, à expliciter ou à analyser tout phénomène humain ne relevant pas de processus organiques, chimiques ou physiques. Ces sciences cherchent à comprendre en tenant compte de son aspect dynamique et des intentions des acteurs et de la société : « L'intérêt de la recherche doit donc porter sur la personne ou la collectivité comme sujet de l'action fondant la société et [...] qui s'inscrit dans le temps et l'espace » (Gauthier, 2003, p. 41). Les méthodes qualitatives se penchent donc sur cette action humaine et sur les faits sociaux, dont font partie les représentations, les croyances, les perceptions, les relations, les procédures et les stratégies, l'imaginaire, les pratiques et les usages, les valeurs. Cette action, que quelques-uns appellent « fait social ou fait humain » (Mucchielli, 1991, p. 15), se présente comme un ensemble complexe, qui ne peut être abordé comme une chose, car ses caractéristiques particulières font qu'elle échappe à cette définition. En effet :

- Le fait social est général. Comme il intègre des aspects très variés, mais indissociables, il est difficile de le découper ou de l'isoler pour l'appréhender dans le cadre de recherches spécifiques. Il se lit plutôt comme un ensemble de niveaux : politique, technique, économique, symbolique, etc. Il se révèle à travers des discours, des expériences, des représentations, qui pourront être étudiés et qui informeront.
- Le fait social est subjectif. Il est construit et observé par des humains qui ont leur logique propre. C'est en reconnaissant cette subjectivité des acteurs sociaux et des chercheurs, plutôt qu'en la niant, que l'approche sociale et culturelle se constitue comme science.
- Le fait social a du sens. En sciences humaines et sociales, les événements sont analysés par ce qu'ils renvoient aux systèmes de valeurs et de significations et c'est la connaissance de celles-ci qui représente la finalité de la recherche. Le fait réunit le faisceau de ces significations et permet de voir la complexité du sens social.

#### 5.2.3.2 *Approche quantitative*

Les méthodes quantitatives font appel à une démarche de cueillette et de présentation numérique des données. Elles relèvent du domaine des statistiques et s'appuient sur des outils de ce type. Elles se valident par la démonstration de l'exactitude des instruments et du protocole appliqué. Une recherche similaire répétée dans les mêmes conditions devrait donc mener à des résultats similaires, peu importe la personne.

L'approche quantitative se penche sur des phénomènes directement observables et que l'on peut isoler de leurs manifestations individuelles. Il s'agit donc d'éléments, présentant des caractéristiques unidimensionnelles ou linéaires, définis par des caractères extérieurs qui leur sont communs (par exemple : âge, sexe, revenu, langue, etc.). Cette approche est utile lorsqu'on doit mesurer et décrire un élément pouvant être quantifié et défini par des propriétés opératoires, et qui peut s'exprimer à un niveau de mesure ou à un autre. Par exemple, une fréquence d'utilisation, un taux de satisfaction, une corrélation entre

deux éléments quantifiables, le nombre de fois où se vérifie une assertion, etc. pourraient faire l'objet d'une telle approche.

Les méthodes quantitatives se révèlent cependant difficilement applicables lorsqu'il s'agit de prendre en compte un fait social et un phénomène présentant des caractéristiques multidimensionnelles, ou devant se reporter à des manifestations individuelles. Aussi sont-elles moins usitées en sciences sociales et humaines. On fait donc appel à ces méthodes lorsqu'il s'agit d'associer un résultat à des caractéristiques socio-économiques définies ou d'interpréter des résultats par ces critères communs. En fait, le choix dépend encore une fois de l'objet d'étude. Des équipes multidisciplinaires de recherche mélangent par exemple les approches afin d'explorer plusieurs dimensions d'un même thème. De plus, des outils de type quantitatif peuvent être utilisés dans la planification opérationnelle de la recherche, même si celle-ci adopte en général une approche qualitative. Nous l'observons au cours de la détermination de l'échantillon de population par exemple.

### 5.2.3.3 *Prise en compte du quantitatif et du qualitatif dans l'évaluation des risques*

Plus fréquente en santé, la quantification des risques est aussi la plus valorisée et certaines démarches d'évaluation semblent cantonner cette activité à une mesure quantitative du risque (OMS, 2002; Santé Canada, 2000), laissant place à une appréciation qualitative sur le plan de l'identification de facteurs de risque ou d'incertitudes. Dans le cadre des documents québécois, la démarche est plutôt réalisée selon une perspective intégrée sur le plan scientifique et des acteurs (MSSS, 2002, p. 33). Aussi le processus est-il une estimation à la fois qualitative et quantitative. Dans le document de l'INSPQ, à l'étape de l'évaluation des hypothèses causales et du risque, les opérations sont réalisées par ces deux moyens. Dans le document du MSSS, l'étape de l'estimation du risque intègre la dimension qualitative dans la méthodologie, les interprétations et dans l'appréciation des limites et des incertitudes. Notons également que tous les documents incluent l'évaluation des perceptions du risque, des préoccupations et des valeurs, pour laquelle l'approche qualitative est la plus pertinente.

Le recours aux données qualitatives est surtout présenté comme pertinent lorsqu'on évoque les difficultés entourant la caractérisation des déterminants sociaux (risques indirects), souvent évoquées en matière de prise de décision favorable à la santé de la population. Selon certains auteurs cités dans le document de Santé Canada, ce recours est nécessaire et incontournable, car l'établissement de modèles quantitatifs cohérents permettant de prédire l'impact global d'un projet sur la santé d'une population donnée est presque impossible. Cependant, on demeure conscient que le recours aux données qualitatives se présente comme une source de questionnements ainsi qu'un enjeu dans un secteur habitué à définir la rigueur scientifique par le recours à des processus quantitatifs. Dans ce contexte, on doit connaître la différence entre les deux approches et traiter avec les deux de façon adéquate, en connaissant les limites de chacune. Ainsi, les « généralisations effectuées en sciences sociales ne peuvent jamais atteindre le statut d'énoncés-lois des généralisations relevant des sciences physiques. Les systèmes sociaux sont soumis à l'influence d'êtres humains conscients, qui a la capacité d'influer sur le système par le biais de choix individuels. L'avenir des systèmes sociaux est ouvert, tandis que celui des systèmes naturels est déterminé par la causalité » (Gro, citée par Santé Canada, 2002). Plusieurs constatent ce fait : la place des données qualitatives n'est pas encore clairement assurée en gestion

des risques, malgré leur importance (Zayed, cité dans INSPQ, 2003, p. 77). Dans un milieu dominé par l'approche biomédicale, la valeur, la rigueur et la façon de travailler de l'approche qualitative demeurent encore mal connues. Pour cette raison, il faut donc redéfinir la place des données qualitatives dans la sphère de la prise de décision et de l'acceptabilité sociale, notamment lorsque vient le temps d'examiner les risques liés aux déterminants sociaux de la santé.

Enfin, il demeure probable que la culture des décideurs, tout comme celle des praticiens de la santé, est souvent plus sensible aux informations présentées sous une forme quantitative ou mixte. Par conséquent, chercher davantage à quantifier certaines évaluations, par rapport à un ordre de grandeur des effets du risque, pourrait faciliter la prise de décision<sup>40</sup>. Néanmoins, cet effort ne doit pas être consenti au détriment d'une implication pour que soient mieux connues et intégrées les approches qualitatives.

#### 5.2.3.4 *Incertitudes et principe de précaution*

En santé publique, l'évaluation des risques suppose toujours le principe directeur de rigueur scientifique. Selon le rapport de l'OMS, les « meilleures politiques sanitaires sont fondées sur des données scientifiques » (OMS, 2002, p. 5), ce qui suppose des données exactes et correctement employées. Au Canada, la décision fondée sur les faits est nécessaire, et on ne peut y parvenir qu'en utilisant les avis scientifiques pertinents, et en examinant de façon rigoureuse et objective tous les renseignements, et en utilisant une approche de précaution puisque la gestion des risques prend place « dans un contexte d'incertitude scientifique considérable » (Santé Canada, 2000, p. 9). Au Québec, cette rigueur suppose de disposer des connaissances scientifiques adéquates qui reposent sur des avis d'experts et de scientifiques issus de toutes les disciplines concernées, qui considèrent les points de vue minoritaires et les opinions issues de plusieurs écoles de pensées, et qui suivent une démarche structurée et systématique (INSPQ, 2003, p. vii). À l'étape de l'évaluation du risque, ce souci se traduit par le recours au jugement professionnel pour interpréter les données, mais également par l'identification des sources d'incertitudes et de leurs effets potentiels (INSPQ, 2003, p. 8).

Les documents de Santé Canada (2000) et de l'OMS (2002) mettent en relief le dilemme qui se présente lorsque la prise de décision doit se réaliser même si tous les renseignements ne sont pas disponibles. Pour eux, le principe de précaution doit cependant s'imposer. Même si tous ne le définissent pas de la même façon, il amorce toujours la mise en œuvre de mesures provisoires afin d'éviter des retards à passer à l'action. En effet, l'« absence de certitude scientifique absolue ne devrait pas servir de prétexte pour négliger de prendre des mesures préventives lorsque des preuves raisonnables indiquent que la situation pourrait produire d'importants effets nocifs sur la santé » (Santé Canada, 2000, p. 9). De plus, tant pour Santé Canada que pour l'OMS, ce principe incite à la recherche de nouvelles informations. La non-disponibilité des informations ne doit pas être prise comme un fait accompli et irrémédiable, mais plutôt comme une situation transitoire qui doit pousser à

---

<sup>40</sup> Robert Jacob, communication personnelle, 7 novembre 2005.

davantage de recherche pour mieux évaluer les risques. Il est nécessaire de procéder à l'examen – souvent qualitatif – de l'importance des éléments manquants, des délais de recherche et de ce qu'ils pourraient révéler. L'élaboration d'un plan d'acquisition et de gestion de ces nouvelles données devrait logiquement en découler, puisqu'« il importe de gérer les risques sans se concentrer sur les dangers déterminés, mais en améliorant les moyens dont on dispose pour reconnaître ceux qui se dessinent et y faire face » (OMS, 2002, p. 163). Le rapport de l'OMS recommande d'ailleurs le développement de principes éthiques – dont la transparence – et d'infrastructures adéquates pour traiter ces risques incertains.

Encadré 6.1 Divergence des points de vue sur le rôle du principe de précaution selon différentes conceptions de la réglementation		
Position laxiste	Position modérée	Position ferme
On pose par principe que le développement et l'innovation technologique sont stimulés par la déréglementation du marché.	On pose comme principe de base que le développement et l'innovation technologique sont stimulés par la déréglementation du marché, mais on admet que ce principe peut parfois être battu en brèche s'il suscite de grandes inquiétudes dans la société.	On ne pose pas par principe que le développement est stimulé par le marché ou la technologie.
Le législateur n'intervient que si le risque est scientifiquement prouvé et ne retient que les interventions de bon rapport coût/efficacité.	L'attitude relative aux interventions est identique à celle des tenants de la position laxiste, mais avec une certaine flexibilité au cas par cas qui consiste à confier la charge de la preuve à celui qui est à l'origine du risque.	Celui qui est à l'origine du risque doit prouver que son activité est sans risque. Il n'est guère ajouté foi aux considérations de rentabilité.
Il est posé par principe que le risque pourra être géré. Interdiction rarissime.	On estime fondamentalement que le risque pourra être géré. Interdiction possible, mais en dernier recours.	On pose par principe que tout risque doit être évité. Interdiction très vraisemblable.
La liberté du commerce est posée comme principe sur la base de critères scientifiques. On n'accorde aucune importance aux préférences individuelles ou aux inquiétudes du corps social.	La liberté du commerce fondée sur des critères scientifiques reste le principe de base. Il est admis que les préférences individuelles et les inquiétudes du corps social sont en prendre en considération.	La liberté du commerce n'est pas considérée comme allant de soi. Les préférences individuelles et les inquiétudes du corps social sont des facteurs essentiels.

Adapté de (14).

**Figure 7 Les différentes acceptations du principe de précaution (OMS, 2002, p. 162)**

Le degré des incertitudes à gérer est sans doute devenu l'un des plus grands enjeux de l'ensemble de la gestion des risques, et cette question particulièrement porte à conclure que la phase de l'évaluation des risques peut en être une de controverses (Presidential [...], 1997). Ces litiges sont « exacerbés en cela par le fait que les sociétés des Temps modernes sont généralement porteuses de changements multiples et intensifs » (Zayed, cité dans INSPQ, 2003, p. 77). Dans ce contexte, le savoir scientifique même apparaît comme morcelé, éclaté, démultiplié et il ne peut plus avoir la prétention d'offrir une seule réponse explicative et cohérente du monde. Sur aucun plan, les *évidences* ne sont incontestables, car elles sont tributaires d'angles, de choix théoriques et méthodologiques (OMS, 2002). De plus, la science échoue souvent à démontrer complètement les causes et les effets. Ce phénomène diminue l'influence des scientifiques « lorsqu'ils ne sont plus en mesure de produire des évaluations fiables et crédibles des risques » (Lemieux & Tremblay, 1996, p. 218), ouvrant alors la porte à d'autres acteurs sociaux et à d'autres constructions sociales du risque. Ce constat suppose que la connaissance devient conditionnelle à l'angle de perception. Dès lors, l'identification des variables de cette perception devient primordiale, car celles-ci constituent l'élément de référence (Zayed, cité dans INSPQ, 2003). Le souci de

participation du public s'inscrit alors dans ce constat d'ensemble et pousse à une gestion différente des risques.

L'étude du risque et de la politique se croise donc ici. La place du politique dans la gestion des risques est dans ce qui vient au-delà des données scientifiques de l'évaluation des risques. La gestion des incertitudes est sans doute un lieu important pour l'expression du politique et sa rencontre avec le paradigme scientifique. Le rapport de l'OMS fait bien le lien entre les éléments pertinents du processus de gestion des risques en regard des politiques publiques. L'organisation estime que l'évaluation des risques constitue la base fondamentale de l'action du politique sur le risque, particulièrement pour prioriser les actions. Élément encore négligé et très limité selon les auteurs de ce rapport, la mesure exacte des risques serait pourtant essentielle, car, « à défaut d'une méthode permettant de quantifier, pour chaque risque, l'ampleur probable de son impact sur la population, les politiques publiques risquent d'être dictées exclusivement par des facteurs tels l'influence des groupes de pression ou la charge émotionnelle de cas particuliers » ou le traitement médiatique et ses biais (OMS, 2002, p. 4).

## **5.2.4            *Intégration à l'univers des politiques publiques***

### **5.2.4.1        *Politiques publiques et risques***

L'évaluation des risques fournit des données de nature scientifique (épidémiologique ou autres) sur la santé. Elle est sans doute la méthode qui permet le mieux au domaine de la santé publique de s'inscrire dans une action en vue de politiques publiques. Les données qui en sont issues sont cependant mises en balance avec d'autres considérations lorsque l'information est prise en compte par les décideurs. Cette partie du texte vise à discuter de cette dynamique.

Les politiques publiques se placent à la fois comme cause et comme solution des risques. Elles se situent dans les options permettant de gérer les conditions générales dans lesquelles le risque s'exprime, tout autant que dans les causes socio-économiques des risques pour la santé<sup>41</sup>. Les méthodologies d'évaluation de l'impact sur la santé (EIS)<sup>42</sup> cherchent à informer sur les derniers aspects; lorsque la politique constitue ou augmente un risque, il convient alors ensuite de la gérer comme telle. Par ailleurs, la politique publique (modulée selon différents instruments) peut aussi constituer, dans la chaîne de gestion du risque, une des options possibles pour contrer le risque lorsque celui-ci découle des conditions fondamentales influençant la présence et le niveau du risque. Toutefois, lorsque la politique publique devient une option, sa mise en œuvre quitte la sphère de la gestion du risque (tel que le schématisent les cadres de référence). Elle échappe alors au contrôle des agents de santé publique parce qu'elle entre dans un autre univers, celui de la délibération

---

<sup>41</sup> Par exemple, le rapport de l'OMS (2002) estime que l'évolution des politiques agricoles et commerciales comme a influé sur le régime alimentaire d'un grand nombre de personnes.

<sup>42</sup> Traduction du *Health Impact Assessment* (HIA).

politique<sup>43</sup>. Mieux connaître cette sphère, ses modèles et sa manifestation concrète, est utile aux agents de santé publique. Elle peut les amener à jouer un rôle plus constructif dans ce processus politique, notamment en modulant leur contribution et le partage de leurs données en fonction des étapes de ce processus, ou en présentant comme options les instruments de politique les plus adéquats dans les circonstances.

L'exemple de l'OMS peut illustrer cette dynamique. En effet, dans son rapport de 2002, l'OMS amorce une démarche de gestion, appliquée à une dimension très large, en tentant de déterminer non plus un risque précis sur une population ciblée, mais plutôt l'impact de l'ensemble des facteurs de risques sur la population mondiale. Pour ce faire, l'OMS identifie d'abord les principaux risques à la santé, puis en évalue quantitativement leur impact et la charge de morbidité évitable. Ensuite, l'organisation identifie des mesures de gestion de nature politique, éducationnelle ou persuasive. Elle les mesure selon la méthode coûts-bénéfices. L'OMS désire obtenir par là l'établissement d'une priorité selon des facteurs de gravité, de rentabilité et de valeurs sociales. L'organisme arrête là son intervention, car elle reconnaît que la mise en œuvre des options demeure l'apanage des autorités de tous les pays, qui doivent les adapter à leurs propres besoins. Aussi entend-elle plutôt les aider à abaisser les risques et améliorer la santé, particulièrement en présentant une méthode d'estimation des principaux risques du pays et des options fondées, et en valorisant les aspects suivants : le renforcement scientifique et empirique des assises de politiques, la communication et la promotion.

#### 5.2.4.2 Arbitrage des décisions sociétales

Comme on peut le constater, la place du politique est évidente et plurielle. Elle introduit à la fois des techniques, des outils de gestion du risque, et des lieux d'arbitrage des décisions sur celui-ci en regard des autres intérêts sociaux. Les documents consultés en font état, parfois clairement, parfois plus implicitement. Dans le document du MSSS (2002, p. 34), il est très clair que la gestion du risque vise à ce que les considérations politiques, tout autant que sociales, économiques, culturelles, éthiques, soient des aspects pris en compte dans le processus de gestion des risques et soient intégrés aux actions de réduction ou de prévention du risque. Ce document est celui qui dit le plus clairement que la nouvelle gestion englobante du risque a été formulée entre autres pour mieux tenir compte du fait suivant : l'évaluation des risques s'insère nécessairement et inévitablement dans un contexte social et politique. Pour sa part, l'OMS souligne l'importance de considérer l'évaluation des risques et la production des données scientifiques qu'elle comporte, dans un contexte sociétal. Elle trace les liens qui s'imposent à cet égard, entre autres entre évaluation et politique. Pour l'organisme, l'évaluation des risques ne peut nier « qu'elle a un caractère politique autant que scientifique, car elle s'intéresse notamment à la manière dont les risques sont perçus par le grand public et met en jeu divers processus et influences, des valeurs et un certain degré de confiance », notamment dans les approches, les méthodologies et les communications (OMS, 2002, p. 4).

<sup>43</sup> Cette expression traduit le terme anglais de *policy making* (Office de la langue française : Grand dictionnaire terminologique. [http://www.granddictionnaire.com/BTML/FRA/r\\_Motclef/index1024\\_1.asp](http://www.granddictionnaire.com/BTML/FRA/r_Motclef/index1024_1.asp). Site consulté le 8 novembre 2005).

Plusieurs établissent un lien de responsabilité entre le politique et la question des risques. Favoriser les stratégies de réduction des risques est présenté comme une fonction des pouvoirs publics dans le texte de l'OMS (2002). Pour cette organisation, le risque est une responsabilité partagée entre individus, collectivité et gouvernements. Mais c'est la responsabilité des pouvoirs publics d'investir dans la prévention des risques, car ces instances sont garantes de la santé des citoyens, tout comme elle doit chercher à ramener les risques à un niveau acceptable. Particulièrement, le rapport de l'OMS considère que ces « interventions » (leurs guillemets) revêtent toute leur importance lorsque des individus n'ont qu'une possibilité limitée de modifier leur exposition aux risques. Cet engagement politique se traduit par des mesures de longue haleine, qui supposent des instruments de politiques (taxations), des institutions, des programmes, et des liens intersectoriels. Parmi les options possibles pour réduire les risques, l'OMS préconise la législation seule ou en association avec l'éducation ou la persuasion. En fait, l'élaboration de politiques de prévention par les pays du monde est l'une des priorités recommandées par cette organisation, mais elles doivent s'appuyer sur une solide évaluation des risques.

Par ailleurs, Lemieux et Tremblay (1996) nous invitent au réalisme en ce qui concerne la responsabilité des pouvoirs publics. Bien que certaines approches présupposent que des catégories de risques (les risques involontaires ou subis) font appel à une gestion sociale et renvoient à la responsabilité gouvernementale, la réalité diffère de cet idéal. La reconnaissance d'un risque ne suffit pas à conduire les dirigeants à adopter des mesures, car plusieurs considérations interviennent, dont la propre perception du risque des dirigeants ou la disponibilité de solutions réalistes pour réduire les risques. Des données sur ce contexte pourraient donc être utiles et aideraient à comprendre le fonctionnement réel de la gestion des risques. Par ailleurs, le risque prend aussi une valeur différente selon les étapes du processus des politiques publiques. Des méthodes telles que celles de l'évaluation de l'impact sur la santé cherchent à connaître les risques émanant des phases d'élaboration et de mise en œuvre de celles-ci. Elles se situent dans ce postulat de la responsabilité de l'État à l'égard des citoyens. Ces méthodes se posent comme des outils destinés aux décideurs de l'État et contribuent à accroître leur conscience des risques à la santé liés à leurs interventions, et ce, dans tous les domaines de politiques.

Les aspects politiques interviennent également en gestion du risque au moment où se pose la question du risque acceptable. Contrairement au cadre canadien, les documents produits au Québec cherchent à dégager l'étape de l'évaluation du risque de celle de l'appréciation du risque acceptable, car ils se situent dans une perspective plus scientifique. Comme le pose le MSSS, l'appréciation du risque acceptable en regard d'autres enjeux et intérêts est une décision dépassant les compétences et les responsabilités des scientifiques. Elle devrait être remise au gestionnaire, soit la personne exerçant habituellement l'autorité politique ou son mandataire. Cette distanciation s'appuie sur la réflexion éthique et sociale de plusieurs chercheurs. En effet, il revient au scientifique la tâche d'évaluer le risque. Cependant, cette zone d'incertitudes demeure encore « acceptable », puisque cette appréciation découle d'un jugement de valeur et de perceptions, donc de données variables, mais en vertu desquelles on force des populations à accepter un risque. Or, même si des processus de consultation du public sont de plus en plus mis en place pour aider dans cette décision, il demeure que,

finalement, le gestionnaire politique est la personne qui pourra décider, en soupesant l'intervention et ses conséquences sur la santé : « A la limite, le pouvoir d'imposer un risque à un sous-groupe de la société repose sur la notion de bien commun et sur l'autorité de l'État en tant que seul détenteur de la force légitime (Beauchamp, 1996, cité dans MSSS, 2002, p. 45). Malgré l'existence de systèmes experts, cette décision relève avant tout d'un jugement de valeur. Le risque acceptable est donc une notion qui dépend du politique, mais qui « crée de la confusion et suscite de la controverse » (MSSS, 2002, p. 45). Réduire la zone d'incertitude par une meilleure compréhension des risques en présence et de leur impact pourrait faire en sorte que les décideurs prennent les meilleures décisions possibles en regard de la santé.

#### 5.2.4.3 Perception des risques

L'analyse du risque accorde une importance particulière à la perception du décideur et aux perceptions des citoyens comme éléments participant à l'arbitrage des décisions en matière de risque.

Dans les cadres de référence consultés, la perception se définit davantage comme la production d'une variable différente selon les individus, et qui intervient avec la connaissance des experts, souvent nommée « réalité ». On retrouve là une approche classique de la science, bâtie sur le présupposé de l'objectivité, de la fiabilité et de la rationalité des prévisions scientifiques. Pourtant, la littérature montre que ces fondements sont contestables et battus en brèche, notamment parce que la science comporte un haut degré d'incertitudes et qu'elle est liée à des choix et à des contextes sociaux (OMS, 2002, p. 35). Le rapport de l'OMS présente donc la perception dans une définition liée à des notions de sciences sociales, soit comme un apprentissage dépendant de la famille, de la société et des institutions<sup>44</sup>. L'expérience, les informations, les valeurs conditionnent son intégration et sa réactualisation. À cet effet, l'OMS souligne dans son rapport l'importance des médias et des groupes de pression. La perception est donc profondément ancrée dans un milieu et un contexte particulier. Elle est intrinsèque au processus politique et à certains de ses enjeux, soit de comprendre le risque et de chercher des solutions acceptables socialement.

Dans les cadres de référence de gestion du risque, la prise en compte des perceptions intervient soit à l'étape de l'évaluation des risques (OMS, 2002 ; Santé Canada, 2000; MSSS, 2003), soit à l'étape de l'identification du problème (INSPQ, 2003). Dans le rapport de l'OMS, l'étude de la perception se fonde sur l'idée que l'évaluation des risques doit se situer dans un contexte large, et aller plus loin que la seule activité de mesure. La majorité des documents consultés affirment aussi l'importance de considérer la perception sociale du risque. On constate que les différentes perspectives par rapport au risque peuvent mener à des impasses ou des dissonances dans la gestion des risques. On estime aussi que ces représentations influent sur le comportement vis-à-vis du risque et que, au moins à ce titre, une intervention visant la protection de la population devrait considérer cette variable. Enfin,

<sup>44</sup> Il s'agit d'une signification proche du concept d'*habitus* de Pierre Bourdieu, qui explique que ce qu'est un être humain, ses perceptions, ses valeurs, ses systèmes de connaissance, s'est acquis à travers l'appartenance à un milieu donné et une histoire personnelle et collective (Couturier, 2002).

la perception influe sur le jugement de ce qu'est un risque acceptable et de ce qui ne l'est pas. À cet égard, les critères de perception des décideurs, qui ont à statuer sur cette acceptabilité, devraient donc être mis à jour.

La perception du risque semble être l'une des seules portes d'entrée pour les études et les approches sociales du risque en santé. Même si des chercheurs en sciences sociales s'attardent à montrer comment le risque est une construction sociale qui diffère selon les groupes sociaux (Lemieux & Tremblay, 1996), cette réflexion n'est que peu perceptible dans les documents, sinon dans celui de l'OMS. Pour l'instant, les documents sur la gestion du risque en santé publique canadienne et québécoise, bien qu'ils soient ouverts à la réflexion, demeurent encore orientés par un courant de classification cognitif des perceptions, et celles-ci sont lues sur le plan individuel seulement<sup>45</sup>. Ce genre de travail est intéressant, mais il demeure limité dans ses résultats. D'autres courants en sciences sociales prônent plutôt la mise en contexte de la perception. Celle-ci permet en effet de sortir d'une approche de santé publique centrée sur l'individu pour planifier et intervenir à une échelle sociétale, là où se situent plusieurs causes des risques (OMS, 2002, p. 48).

Notons enfin que, dans ces cadres de référence, la perception des risques comprend souvent un tout autre concept, celui des connaissances locales (ou savoir local, par opposition au savoir expert). Elles constituent dans ces documents un élément qui n'est pas considéré en dehors des perceptions, quoiqu'elles en soient différentes. Dans son texte, le MSSS montre que considérer le savoir découlant des expériences antérieures l'aide à poursuivre deux objectifs : d'abord, avoir un aperçu complet des perceptions des causes du risque, et ensuite pour bâtir un lien crédible, transparent et équitable avec les personnes concernées. Cet aspect rejoint alors le souci d'équité des chances de faire valoir son point de vue, l'un des principes directeurs du MSSS. Les modes de communication des risques semblent alors adaptés à la prise de connaissance de ces données.

#### 5.2.4.4 *Transfert de connaissances sur le risque aux décideurs*

La perception du risque et la communication des risques demeurent des concepts liés. Dans le cas des acteurs travaillant autour des politiques publiques, ce lien s'avère particulièrement important. La gestion des risques vise clairement à aider les décideurs dans leur prise de décision par rapport à un risque ou un problème identifié. Comme on vient de le voir, ce processus ne peut que se soucier de la façon dont il leur communiquera ses informations, et particulièrement celles liées à l'évaluation du risque lui-même. Il y a donc là un lien réel à établir entre le partage des connaissances et l'utilisation des données probantes lors des prises de décision. Pourtant, la communication des risques ne semble pas le terme consacré pour cette opération de partage des informations avec les décideurs. Cette question demeure somme toute peu traitée dans la littérature consultée sur la gestion du risque même s'il s'agit d'une étape cruciale pour la prise en compte des informations. Seul le cadre développé par l'INSPQ et le travail de l'OMS en font mention. Le cadre de référence québécois (INSPQ, 2003) inclut l'information aux décideurs dans la communication des

---

<sup>45</sup> L'échelle de Covello classant les facteurs de perception semble un bon exemple de la façon dont on les prend en compte (MSSS, 2002, annexe 1).

risques, mais il est le seul à le faire. Néanmoins, les textes de l’OMS ou de Vincent Lemieux montrent qu’il existe bien des cas où les personnes accomplissant les premières étapes de la gestion du risque appartiennent à des mondes différents de celles qui en achèvent le processus, soit celles détenant la capacité (le pouvoir) de choisir ou de mettre en œuvre les solutions, du moins lorsque ces solutions font appel aux instruments de politiques. En gros, les décideurs et les stratèges ne sont pas toujours membres du circuit de la santé publique, ce qui rend important l’établissement de stratégies de communication pertinentes. Le transfert de connaissances semble alors un champ approprié pour se pencher sur cette question.

Le transfert des informations aux décideurs est davantage abordé dans une perspective de perception des risques. Par conséquent, la perception que les décideurs se font d’un risque est digne d’intérêt, car elle influe sur leur lecture des informations et leurs choix de tenir compte du risque, d’évaluer l’acceptabilité d’un risque, ou de choisir des options pour gérer un risque. La présentation de l’information semble cruciale pour cette perception. On rejoint ici les recherches traitant du transfert de connaissances, et des stratégies pertinentes selon les contextes d’utilisation. Lemieux et Tremblay (1996) montrent bien qu’un risque a plus de chance de toucher le programme politique s’il est construit politiquement, c’est-à-dire s’il est présenté comme une menace et une urgence. Les groupes d’intérêt (y compris ceux d’intérêts économiques) jouent alors un rôle important dans cette construction, et l’OMS met d’ailleurs en garde les États contre ces stratégies dans son rapport. Par ailleurs, ce même document soulève le fait que la perception du risque par les décideurs varie selon sa présentation. L’organisme conseille d’ailleurs de « formuler l’information de diverses manières afin que les décideurs soient conscients de la complexité des problèmes » (OMS, 2002, p. 39), cette formulation aidant à influencer la perception et ultimement la prise de décision. Lemieux et Tremblay ajoutent à ces stratégies celles de la capacité d’établir des rapports de pouvoir avantageux, supposant implicitement la connaissance de l’univers du politique. Il reste que le document de l’OMS fournit une bonne piste sur le rôle d’un organisme, tel le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. L’OMS est claire sur l’importance de développer tous les aspects du partage des connaissances sur les risques avec les décideurs — et notamment sur les options pour les réduire et leur efficacité —, mais en les ancrant dans des considérations sur le contexte du politique : « Pour que les responsables politiques s’engagent davantage à appliquer des mesures qui ont fait leur preuve pour réduire les risques, il faut que le contexte politique du transfert de connaissances et de la gestion des risques soit mieux compris et mieux utilisé » (OMS, 2002, p. 177). Pour l’OMS, montrer les résultats en regard des inégalités sociales et du développement durable, tout comme aider à prioriser les risques, fait partie de ces communications.

### **5.2.5 *Lacunes et enjeux de l’évaluation des risques***

Au cours de cette présentation, plusieurs lacunes de la recherche en gestion des risques ont été évoquées. Certaines sont d’ordre de la conceptualisation de ce domaine :

- Le concept d’évaluation des risques est appelé de différentes façons, ce qui entrave sa compréhension;

- les approches, méthodes et sujets de l'évaluation des risques sont encore maintenant trop souvent subdivisés par spécialités, ce qui peut mener à une approche morcelée et « en silos », alors qu'une compréhension commune et un partage interdisciplinaire seraient profitables. Les cadres de référence de gestion du risque tentent d'y arriver;
- des liens conceptuels et méthodologiques restent à établir entre le transfert de connaissances et la communication des risques.

D'autres lacunes sont plus méthodologiques :

- La mesure exacte des risques est encore trop limitée et négligée, alors qu'elle fournit la base de l'action du politique sur le risque;
- le recours aux données qualitatives est encore un enjeu dans un univers ayant davantage recours à la méthode quantitative pour définir ce qu'est une donnée probante;
- les connaissances et les expériences locales ne sont pas toujours prises en compte de façon suffisante, alors qu'elles modifient la perception des risques et leur évaluation;
- il est nécessaire de développer des bases de données scientifiques sur plusieurs facteurs de risque, dont un grand nombre demeurent peu documentés, surtout dans les pays plus pauvres;
- il manque de centres de recherche, de formation et de conseil sur l'intervention contre les risques. La perception du risque dans une approche comparative est identifiée comme prioritaire pour ces centres. Viennent ensuite les données sur le risque et de l'évaluation des interventions (OMS, 2002);
- il manque de coordination de la recherche sur les risques, à développer à l'échelle nationale.

Enfin, certains défis du domaine relèvent des relations avec les décideurs :

- La gestion des incertitudes demeure l'un des principaux enjeux liés au risque, et elle est porteuse de litiges publics et d'indécision politique. L'application du principe de précaution tente d'y remédier, mais elle nécessite une compréhension commune. De même, le recours à la participation citoyenne est une avenue à développer;
- le choix et la mise en œuvre des options de gestion du risque quittent souvent la sphère de la santé publique, ce qui rend nécessaire la prise en compte des décideurs et de *policy-makers* dans ce domaine. Leur perception des risques sera primordiale spécialement parce que cette perception des décideurs influe sur leur lecture des informations et leurs choix de tenir compte du risque, d'évaluer l'acceptabilité d'un risque, ou de choisir des options pour gérer un risque. La présentation de l'information semble cruciale pour cette perception;
- les informations sur les problèmes et les risques à la santé ne sont pas toujours, ou pas suffisamment utilisées par les décideurs des secteurs autres que ceux de la santé;
- la reconnaissance d'un risque ne suffit pas à conduire les dirigeants à agir, car plusieurs autres intérêts sont aussi en jeu. Par conséquent, la mise en contexte de l'univers de décision est une donnée utile;

- médias et groupes de pression sont souvent le relais de l'information scientifique, mais ne constituent pas toujours des transmetteurs fiables (sans biais);
- on ne connaît pas suffisamment la façon dont les gestionnaires et les décideurs prennent en compte les incertitudes, sur l'application du principe de précaution, et sur l'apport des évaluations dans les décisions politiques<sup>46</sup>. Les demandes citoyennes, notamment dans des cadres de consultation du public, participent également de cet aspect et mériteraient d'être approfondies davantage.

Constater ces enjeux et ces lacunes permet de conclure que, même si l'évaluation des risques est un domaine bien établi en santé publique, elle demeure cependant encore à développer afin de l'intégrer de la meilleure façon dans le processus des politiques publiques.

### 5.3 CONCLUSION

Les politiques publiques favorables à la santé sont au croisement de plusieurs domaines de connaissance. D'une part, elles se retrouvent dans la sphère des politiques publiques. Comprendre les processus qui y sont liés et les instruments possibles pour les réaliser est donc essentiel. D'autre part, l'intérêt pour les politiques favorables à la santé est étroitement lié au monde de la santé publique. Les politiques font appel à des informations issues de ce secteur et sont établies par des méthodologies qui lui sont propres. Plus particulièrement, l'évaluation des risques et l'évaluation de l'impact sur la santé sont pertinentes. La première documente les risques à la santé et propose des politiques comme l'une des options pour les gérer. La seconde se penche sur des processus instaurés par les décideurs politiques dans des secteurs variés, et entend évaluer leurs impacts afin de les rendre plus favorables à la santé. Enfin, le partage des connaissances permet de statuer sur les meilleures conditions possibles, pour favoriser la prise en considération des données de la santé dans le milieu des politiques publiques. Ce domaine s'attarde particulièrement à la compréhension des réalités des deux univers et à la création de liens interactifs entre eux. En effet, malgré leur nature distincte, l'évaluation des risques, l'ÉIS et le partage des connaissances ont des préoccupations conjointes qui découpent autant d'axes transversaux au sujet des politiques publiques favorables à la santé.

La question des données demeure centrale tant pour le partage des connaissances et le processus de politiques publiques que pour l'évaluation des risques et l'évaluation de l'impact sur la santé. Leur qualité pose une première problématique : quelles données peuvent être considérées comme fiables et pertinentes? En effet, les évaluations cherchent les données les plus probantes. Les décideurs et les stratèges, pour leur part, désirent également que cette qualité soit garantie, tout en y liant aussi des critères plus pragmatiques d'utilisation, d'où la nécessité de fournir des mesures et des matrices à cet effet. Un autre aspect est aussi soulevé : alors que les recherches quantitatives sont valorisées, comment se posent celles issues d'approches qualitatives? Ces dernières demeurent encore mal connues et trop peu employées. Par conséquent, certains domaines de santé restent encore dans l'ombre, faute d'études adéquates sur ces faits sociaux complexes. La question de la

<sup>46</sup> Daniel Bolduc, communication personnelle, 7 novembre 2005.

qualité des données ouvre aussi la porte aux informations fournies par des recherches et des travaux de source non scientifique, littérature grise, savoirs locaux ou mises en contexte. Comment apprécier ces renseignements, et définir leur place, demeurent des questions transversales à tous les domaines, surtout si ces informations viennent en concurrence avec les données scientifiques au sein du processus d'élaboration et de décision des politiques publiques.

La disponibilité des données est un autre enjeu partagé. L'évaluation des risques permet de se doter de ces informations, mais elles ne sont pas toujours disponibles et bien des pans d'intervention de santé publique et de politiques publiques demeurent peu documentés de façon satisfaisante. Comment agir, alors? Doit-on se contenter de données préliminaires? Cette difficulté a des répercussions sur les autres domaines, soulevant des questionnements cruciaux : que faire en l'absence de données fiables et pertinentes permettant d'évaluer l'impact de politiques publiques? La question de la gestion des incertitudes est donc soulevée par tous les domaines abordés, qui y lisent une préoccupation à la fois scientifique, éthique et politique : comment prendre une décision malgré ces incertitudes, et comment en tenir compte dans l'appréciation des options possibles et de l'ensemble des informations issues de plusieurs intérêts? Il s'agit là d'une source importante d'arbitraire et de litiges. Le principe de précaution entend répondre en partie à ces points, mais il demeure matière à interprétation. De plus, il semble plus répandu dans le cadre de gestion des risques qu'au sein des cadres conceptuels de l'ÉIS et du partage des connaissances. Toutefois, l'ensemble interpelle le domaine du partage des connaissances, qui est à la fois le médium et le filtre des données et de leurs incertitudes.

Le sujet des données ne peut se clore sans aborder les éléments de contexte et les connaissances locales. Chacune à leur façon, l'évaluation des risques et l'évaluation de l'impact des politiques publiques à la santé cherche à inclure cet aspect important, notamment parce qu'il a une influence sur la perception des risques et leur gestion. Ces données sont primordiales surtout dans un contexte de partage des connaissances, car elles représentent souvent l'apport des utilisateurs à la discussion autour des savoirs. Plusieurs personnes cherchent à établir un réel partage ainsi que des discussions, permettant d'ajouter aux données de sources scientifiques. Dans le cadre des évaluations, requérir à la participation citoyenne semble l'un des principaux moyens préconisés. Dans le cadre du transfert de connaissances, cette ouverture s'effectue plutôt sous la forme d'assemblées délibératives. Toutes ces façons de faire soulèvent cependant des questions, particulièrement sur le poids relatif de ces informations, mais aussi sur le processus même de rencontre des citoyens.

Enfin, au-delà des données scientifiques, il demeure aussi que les domaines du partage des connaissances, de l'évaluation des risques et de l'évaluation de l'impact sur la santé ne peuvent pas se passer de connaître le processus des politiques publiques pour être pertinents et efficaces. Tous doivent tenir compte de cet univers et moduler leurs interventions en conséquence afin que leurs données soient considérées de la meilleure façon possible, et ce, dans un contexte où les intérêts de santé se retrouvent en concurrence avec d'autres intérêts, voire avec d'autres évaluations d'impact. Il s'agit, en fait, de l'un des principaux enjeux autour duquel devraient se rassembler les acteurs du domaine de la santé

œuvrant pour des politiques publiques favorables à la santé. À un moment ou à un autre, ceux-ci se retrouvent toujours parties prenantes de ce cycle du processus de constitution et d'adoption de politiques.

Les points rassemblant les différents domaines sont considérables et sont noués autour d'enjeux communs. En comparaison, les nuances qui peuvent s'esquisser semblent peut-être de moindre importance, plutôt liées à des spécificités d'approches propres à chaque champ disciplinaire. Par exemple, les différences entre communication des risques et partage des connaissances méritent aussi d'être documentées, ne serait-ce que pour y trouver des points de ressemblance et de collaboration. Pour l'instant, ces deux domaines sont traités de façon indépendante, alors qu'au-delà de leurs destinataires ils demeurent connexes, du moins dans leur problématisation des données.



## RÉFÉRENCES

- CCNPPS. (2007). Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. [Présentation Powerpoint]. Québec.
- Champagne, F. (Présentateur). (2005). *Utiliser la recherche dans la prise de décision : du vœu à la réalité*. [Présentation power point]. Québec : Semaine d'utilisation de la recherche FCRSS.
- Couturier, Y. (2002). Les réflexivités de l'œuvre théorique de Bourdieu: entre méthode et théorie de la pratique. *Esprit critique*, 4, 3-15.
- Debia, M., & Zayed, J. (2003). Les enjeux relatifs à la perception et à la communication dans le cadre de la gestion des risques sur la santé publique. *Vertigo*, 4 (1). [www.vertigo.uqam.ca](http://www.vertigo.uqam.ca)
- DeLeon, P. (1999). The Stages Approach to Policy Process: What has it Done? Where Is It Going. Dans P.A.Sabatier (Ed.), *Theories of the Policy Process, Theoretical lenses on Public Policy* (pp. 19-32). Boulder: Westview Press.
- Demers, L., & Lemieux, V. (1998). La politique québécoise de désengorgement des urgences. *Canadian Public Administration/ Administration Publique du Canada*, 41 (4), 501-528.
- Fenger M., & Klok, P-J. (2001). Interdependency, beliefs, and coalition behaviour: A contribution to the advocacy coalition framework. *Policy Sciences*, 34 (2), 157.
- Fisher, F. (2003). *Reframing Public Policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Gauthier, B. (2003). *Recherche sociale : De la problématique à la collecte de données*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Howlett, M., & Ramesh, M. (1995). *Public Policy, Policy Cycles and Policy Subsystems*. Oxford: Oxford University Press.
- INSPQ. (2003). *Cadre de référence en gestion des risques pour la santé dans le réseau québécois de santé publique*. Québec : Sylvie Ricard.
- Jobert, B., & Muller, P. (1987). *L'état en action; politiques publiques et corporatisme*. Paris : Presses universitaires de France.

- Kiefer, L., Frank, J., DiRuggiero, E., Dobbins, M., Manuel, D., Gully, D., & Mowat, P. (2005). Favoriser la prise de décision factuelle au Canada : Examen de la nécessité de créer un Centre de données de recherche et un Réseau de recherche sur la santé publique et des populations au Canada. », *Revue canadienne de santé publique*, 96 (3), 1-20.
- Kingdon, J-W. (1995). *Agendas, Alternatives and Public Policies*. New York : Harper Collins College.
- Landry, R., Lamari, M., Amara, N. (2003). The Extent and Determinants of the Utilization of University Research in Government Agencies. *Public Administration Review*, 63 (2), 192-206.
- Laurendeau, M.-C. (2004). *Compte-rendu de l'Atelier annuel sur le courtage de connaissances (FCRSS)* Document privé.
- Lemieux, V. (2002). *L'étude des politiques publiques; les acteurs et leur pouvoir*. (2<sup>e</sup> éd.) Québec: Presses de l'Université Laval.
- Lemieux, V., & Tremblay, J-F. (1996). Les coalitions environnementales et la construction politique du risque. *Environnement et sécurité*, 1 (1), 214-220.
- Lindblom C-E., Woodhouse, E. J. (1993). *The Policy-Making Process*. (3<sup>e</sup> éd.). New Jersey : Prentice-Hall.
- Meny, Y., & Thoenig, J.-C. (1989). *Politiques publiques*. Paris : Presses universitaires de France.
- Milio, N. (1989). *Promoting Health Through Public Policy*. Ottawa: L'Association canadienne de santé publique.
- Ministère de la Recherche, de la Science et de la Technologie. (2001). *Politique de la science et de l'innovation*. Québec.
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2002). *Stratégie pour soutenir le développement de politiques publiques favorables à la santé : Document de présentation interne*. Québec.
- Ministère de la Santé et Services sociaux du Québec. (2002). *Principes directeurs d'évaluation du risque toxicologique pour la santé humaine de nature environnementale*. Québec.

- Mucchielli, R. (1991). *Les méthodes qualitatives*. Paris : Presses universitaires de France.
- Neilson, S. (2001). *Supported Research and its Influence on Public Policy; Knowledge Utilization and Policy Process: a Literature Review*. Ottawa: International Development Research Centre (IDRC).
- OMS. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa.
- OMS. (1998). *Adelaide recommendations on Healthy Public Policy*. Adelaide.
- OMS. (2002). *Rapport sur la santé dans le monde. Réduire les risques et promouvoir une vie saine*. Genève.
- Ostrom, E. (1999). Institutional Rational Choice. Dans P.A.Sabatier (Ed.), *Theories of the Policy Process, Theoretical lenses on Public Policy* (pp. 51). Boulder: Westview Press.
- Presidential/Congressional Commission on Risk Assessment and Risk Management. (1997). *Risk Assessment and Risk Management in Regulatory Decision-Making*. Washington.
- Pyra, K. (2003). *Knowledge Translation : A Review of the Literature*. Halifax : Pyra Management Consulting Services.
- Ride, V. (2005). Kingdon à Bamako : conceptualiser l'implantation d'une politique publique de santé en Afrique. *Politique et Société*, 183-202.
- Rosenbaum, P., Law, M., Dobbins, M., & Plews, N. (2003). *Information Transfer: What do Decision-makers Want and Need from Researchers?* McMaster University: Canadian Child Centre for Childhood Disability Research.
- Sabatier P.A., & Jenkins-Smith, H. C. (1993). *Policy Change and Learning: An Advocacy Coalition Approach*. Boulder: Westview.
- Sabatier, P.A, (Ed.). (1999). *Theories of the Policy Process, Theoretical lenses on Public Policy*. Boulder: Westview Press.
- Santé Canada. (2000). *Cadre décisionnel de Santé Canada pour la détermination, l'évaluation et la gestion des risques pour la santé*. Ottawa.
- Shortreed J., Hicks, J., & Craig, L. (2003). *Basic Frameworks for Risk Management. Final Report, prepared for the Ontario Ministry of Environment*. Waterloo : NERAM.
- St-Pierre, D. (2003). *La Politique culturelle du Québec de 1992 : continuité ou changement?* Québec : Les Presses de l'Université Laval.

Sutton, R. (1999). *Working Paper: The Policy process: an overview*. London: Overseas Development Institute.

Walter, I., S. Nutley, & Davies, H. (2003). *Developing a Taxonomy of Interventions Used to Increase the Impact of Research*. St. Andrews (U-K): Research unit for research utilisation, Department of management, University of St. Andrews.

Zahariadis, N. (1999). Ambiguity, Time and Multiple Streams. Dans P.A.Sabatier (Ed.), *Theories of the Policy Process, Theoretical lenses on Public Policy* (pp. 73-93). Boulder: Westview Press.

**ANNEXE I**

**RÉUNIONS DES USAGERS : AUTOMNE 2006**

**ORDRE DU JOUR**



## Annexe I : Réunions des usagers : Automne 2006 — Ordre du jour

### Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Réunion des usagers de l'Atlantique/Communauté des usagers des provinces de l'Ouest

Mount Allison University  
Sackville, NB

Delta Hotel, 550 West Hastings Street  
Vancouver, BC

4 octobre 2006  
10 h 30-15 h 30

25 septembre 2006  
10 h – 15 h

- 10 h 30 Ouverture et présentations
- 10 h 45 Présentation du CCNPPS et du thème de la journée par Denise Kouri, responsable du Centre; discussion.
- 11 h 15 Table ronde sur les efforts des participants en matière de politiques publiques favorables à la santé.  
Chaque participant est invité à présenter pendant 2 à 5 minutes son expérience, ses projets et ses espoirs en matière de promotion de politiques publiques favorables à la santé.
- 12 h Dîner de travail
- 13 h Discussion en groupe.  
Question générale : compte tenu de ce qui a été dit, comment le Centre peut-il soutenir les efforts de la communauté de santé publique afin de promouvoir des politiques publiques favorables à la santé?  
Questions spécifiques : les suivantes, plus celles qui s'ajouteront pendant la réunion :
- 1) Quels sont les politiques publiques ou les thèmes communs sur lesquels nous devrions nous pencher?
  - 2) Faut-il se concentrer sur les synthèses de recherches traitant d'interventions particulières ou favoriser la compréhension des processus en matière de politiques publiques?
  - 3) Comment continuer à interagir avec les utilisateurs?
  - 4) Faut-il soutenir la collaboration entre les participants et si oui, comment?
- 15 h Planification des échanges futurs
- 15 h 30 Mot de la fin



**ANNEXE II**  
**RÉUNIONS DES USAGERS : AUTOMNE 2006**  
**PARTICIPANTS**



## Annexe II : Réunions des usagers : Automne 2006 — Participants

<b>Monique Allain</b>	Directrice, Nouveau-Brunswick, Mieux-être, Culture et Sports
<b>Ted Bruce</b>	Directeur général de la santé populationnelle, Vancouver Coastal Health Region (B.-C.)
<b>Olive Bryanton</b>	Coordonateur, PEI Centre for Health and Aging
<b>Phillip Burke</b>	Directeur de l'équipe du projet, Population Health Strategies, Alberta Health and Wellness
<b>Kim Capri</b>	Conseiller, Vancouver City Council et membre de l'UBCM Healthy Communities Committee
<b>Christina Chociolko</b>	Directrice de projet, CCN Santé environnementale (B.-C.)
<b>Sharon Davis-Murdoch</b>	Analyste de politiques senior, NS Health
<b>Dr. Keith De'Bell</b>	Conseiller spécial du président et du vice-président, Health Care Education and Research, University of New Brunswick; CCN – Déterminants de la santé
<b>Ron Duffell</b>	Directeur, Intersectoral and Strategic Initiatives, BC Ministry of Health; Directeur, ActNowBC
<b>Margaret Fast</b>	Médecin-conseil en santé publique régionale; Winnipeg Regional Health Authority (Alb.)
<b>James Froh</b>	Analyste de politiques senior, Aboriginal Policy and Operations, Government of Saskatchewan
<b>Doris E. Gillis</b>	Chercheure principale, Health Literacy in Rural Nova Scotia Research Project; professeure agrégée, St. Francis Xavier University; CCN – Déterminants de la santé (N.-É.)
<b>Susan Green</b>	Directrice de la promotion des droits, Kids Eat Smart Foundation (T.-N.-L.)
<b>Trevor Hancock</b>	Consultant en santé publique, BC Ministry of Health
<b>Randy Hatfield</b>	Directeur général, Human Development Council (NB)
<b>Joel Kettner</b>	Médecin-conseil en santé publique provinciale, Manitoba Health
<b>Murray Knuttla</b>	Président, Regina Qu'Appelle Health Region; Professeur de sociologie, University of Regina (Sask.)
<b>John Jacobs</b>	Directeur, Centre canadien de politiques alternatives (N.-É.)
<b>Dr. Wayne MacDonald</b>	Médecin chef en santé publique, NB Health
<b>Barbara McGill</b>	Vice-présidente des programmes communautaires; chef de direction soins infirmiers; Atlantic Health Sciences Corporation (N.-É.)
<b>John McLaughlin</b>	Conseiller, City of Mirimichi; Président, Regional Action Group for Social Determinants (N.-É.)
<b>Alison McNeil</b>	Chef de mission, politiques et programmes, Union of BC Municipalities (UBCM); membre, UBCM Healthy Communities Committee
<b>Don Mitchell</b>	Agent de développement communautaire, Regional Intersectoral Committee (RIC), et ancien maire de Moose Jaw
<b>Richard Musto</b>	Médecin-conseil en santé publique, Calgary Health Region (AB)
<b>Cory Neudorf</b>	Médecin-conseil en santé publique régionale, Saskatoon Health Region (SK)
<b>Maureen O'Connell</b>	Agente de planification et de développement, NS Advisory Council on the Status of Women
<b>Greg Predy</b>	Médecin-conseil en santé publique régionale, Capital Health Region, Edmonton (AB)
<b>Jeff Scott</b>	Médecin conseil-chef en santé publique, NS Health
<b>Sheila Sears</b>	Directrice des soins de santé primaire, Guysborough Antigonish Strait Health Authority (N.-É.)
<b>Robert Strang</b>	Médecin-conseil en santé publique, NS Capital Health Region
<b>Geraldine Thompson</b>	Consultante, Public Health Capacity, NL Health and Community Services
<b>Shannon Turner</b>	Présidente, BC Public Health Association
<b>Patricia Williams</b>	Professeure agrégée, Department of Applied Human Nutrition, Mount St. Vincent University; professeure auxiliaire, Atlantic Health Promotion Research Centre, Dalhousie University (N.-É.)



**ANNEXE III**

**RÉUNIONS DES USAGERS : AUTOMNE 2006**

**THÈMES RELATIFS**

**AUX POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ**



### Annexe III : Réunions des usagers : Automne 2006 — Thèmes relatifs aux politiques publiques favorables à la santé

- Au cours de l'automne 2006, le CCNPPS a consulté ses usagers dans les provinces de l'Est et de l'Ouest. Lors de ces ateliers et par la suite, les participants ont mentionné les grands thèmes qu'ils aimeraient que le CCNPPS examine.
- Le sondage effectué lors des ateliers comportait la question suivante : « Quels sujets relatifs aux politiques publiques favorables à la santé aimeriez-vous que le centre aborde? »
- Les thèmes mentionnés sont indiqués ci-dessous. Cependant, ils se recoupent généralement. Les notes de bas de page contiennent des informations supplémentaires. Les participants ont aussi suggéré des outils et des démarches qui ne sont pas mentionnés dans ce résumé.

#### Thèmes relatifs aux politiques publiques favorables à la santé choisis par les participants :

- Meilleures pratiques en politiques publiques<sup>47</sup>
- Approche « commerciale »<sup>48</sup>
- **Niveau communautaire**<sup>49</sup>
  - Programmes communautaires et municipaux
  - Engagements communautaire, collaboration et consultation<sup>50</sup>
  - Communautés en santé
  - Engagements des fournisseurs
- Culture des départements
- Environnement<sup>51</sup>
- Modes de vie saine<sup>52</sup>
- Diminution des blessures
- Approches en matière de politiques institutionnelles
- **Approches intersectorielle et intergouvernementale**<sup>53</sup>
- Santé mentale

<sup>47</sup> « Les meilleures pratiques » ou l'équivalent (p. ex. comparaison des politiques publiques favorables à la santé « ce qui est efficace et ce qui ne l'est pas ») ont été mentionnées plusieurs fois; cependant, il s'agit plus d'un outil ou d'une méthodologie que d'un thème à aborder.

<sup>48</sup> Grand intérêt pour l'approche « commerciale » ou l'équivalent, p. ex. analyse de l'écart, impact économique et évaluation des coûts. Cependant, il s'agit plus d'un outil ou d'une méthodologie que d'un thème à aborder.

<sup>49</sup> Forte insistance sur ce thème dans les deux groupes de discussion.

<sup>50</sup> P. ex. Collaboration pour la mise en œuvre d'initiatives communautaires favorables à la santé. Les communautés sont souvent les premières à identifier les écarts et les besoins, et à se mobiliser.

<sup>51</sup> Par exemple, le développement durable (liée au transport, aux autres sources d'énergie); enjeux urbains.

<sup>52</sup> Voir aussi « alimentation » qui pourrait être un sous-thème de mode de vie sain.

<sup>53</sup> *ActNowBC*, article 54 du Québec.

- Obésité<sup>54</sup>
- Processus politiques<sup>55</sup>
  - Développement de politiques, instauration/acceptation et évaluation
  - Facilitateurs (par exemple, rôle des observatoires de la santé de la population)
  - Financement de la santé publique<sup>56</sup>
- Culture politique<sup>57</sup>
- Politique du secteur privé<sup>58</sup>
- Niveau provincial
- Qualité de vie
- Régionalisation<sup>59</sup>
- Réduction du tabagisme

### Thèmes reliés aux déterminants sociaux de la santé :

- Questions entourant le vieillissement et la fin de la vie<sup>60</sup>
- Abus d'alcool et de drogue
- *Health literacy*
- Culture politique
- Engagement social
- Milieu de travail<sup>61</sup>
- Violence, abus et agression sexuelle
- **Iniquités**<sup>62</sup> – incluant les Autochtones (Premières nations, Métis, Inuits), les personnes handicapées, l'âge, l'origine ethnique, la langue, le sexe, l'orientation sexuelle, la spiritualité, la ruralité et l'urbanité, etc.

<sup>54</sup> L'obésité est un sujet multidimensionnel lié à d'autres termes et déterminants sociaux – p. ex. le mode de vie sain, les questions entourant l'alimentation, la pauvreté, les iniquités, etc. Le taux de diabète associé à l'obésité était un sujet de préoccupation pour les provinces atlantiques.

<sup>55</sup> Les répondants ont souligné le besoin d'information sur les *processus* politiques plutôt que des thèmes propres aux politiques. Par exemple, méta analyse, méta politique, connaissance des processus de développement de politiques efficaces, instauration et évaluation, politiques publiques et privées, etc.

<sup>56</sup> Le CCNPPS ne peut pas agir directement sur le financement puisque cela reviendrait à défendre une cause. Cependant, il peut fournir des informations sur les meilleures façons de procéder à ces changements de politiques (\*voir Processus politiques).

<sup>57</sup> Pourrait être considéré comme un déterminant social de la santé, mais ne correspond pas aux « catégories » définies. Voir aussi « Approches en matière de politiques institutionnelles ».

<sup>58</sup> Contexte de l'interaction entre les « politiques privées » et la santé (p. ex. l'alimentation); comment persuader le secteur privé de modifier les politiques (voir Processus).

<sup>59</sup> Mention spéciale de « l'effet du transfert de la responsabilité » des services aux communautés.

<sup>60</sup> Surtout mentionné par la région de l'Atlantique.

<sup>61</sup> Particulièrement, les milieux de travail favorables à la famille; la culture des ministères et des organisations.

<sup>62</sup> L'iniquité est un thème majeur. Discussion sur l'utilisation des mots « disparités » ou « iniquités » à cause des connotations de chaque terme.

- **Alimentation – voir notes de bas de page<sup>63</sup>**
- **Pauvreté — voir notes de bas de page<sup>64</sup>**
  - Revenu
- Salaire-subsistance
- Imposition<sup>65</sup> et politique d'aide sociale
- Itinérance<sup>66</sup>
- Sécurité alimentaire et accessibilité<sup>67</sup> voir aussi : enjeux urbains; *health literacy*, iniquités (surtout pour les Autochtones), etc.
- **Thèmes relatifs à l'urbanité**
  - Urbanisme/design
  - Transport<sup>68</sup>
  - Logement<sup>69</sup>
- **Enfance et jeunesse**
  - Développement des jeunes enfants
  - Services de garde
  - Jeunes à risque
  - Grossesse à adolescence
  - Éducation
  - Maturité scolaire et taux de décrochage
  - Acquisition continue du savoir et éducation continue
- **Famille**
  - \*voir Pauvreté — Imposition et politique d'aide sociale
  - Familles monoparentales

<sup>63</sup> Dans les provinces de l'Ouest, l'alimentation a été mentionnée pour ce qui a trait à l'accès à la nourriture – la pauvreté, la faim, la sécurité alimentaire, les politiques relatives aux chartes alimentaires et les diètes saines (rôle du secteur privé, politiques relatives aux distributeurs automatiques). Les répondants des provinces atlantiques ont souligné les liens avec l'alimentation saine – obésité, politique, et l'impact sur la santé au plan communautaire et populationnel. Les deux principaux regroupements de thèmes concernent, donc, des sujets liés à la pauvreté et à l'accès d'une part, et à l'alimentation saine et à l'obésité d'autre part.

<sup>64</sup> La pauvreté a été un thème principal. Les répondants ont souligné les liens entre la pauvreté et des sujets comme la nourriture, le revenu, la faim, l'itinérance, la santé des Autochtones, les politiques de lutte contre la pauvreté (aide sociale, salaire minimum, initiatives en matière d'emploi, suppléments de revenus) et le rôle du secteur privé. Les répondants ont porté une attention particulière aux iniquités.

<sup>65</sup> Par exemple, la Prestation fiscale canadienne pour enfants.

<sup>66</sup> Lié au logement et aussi dans un contexte plus large à la pauvreté et à l'iniquité.

<sup>67</sup> Liens importants avec les iniquités, la faim, les politiques alimentaires et l'obésité.

<sup>68</sup> Lié aux questions environnementales et urbaines; par exemple, les pistes cyclables, les règlements sur la circulation (lié à la prévention des blessures).

<sup>69</sup> La question du logement a été soulevée dans différents contextes, y compris l'itinérance et la pauvreté, la qualité de vie et divers déterminants sociaux de la santé.



**ANNEXE IV**

**STRUCTURE DE SANTÉ PUBLIQUE ET ACTEURS IMPLIQUÉS**

**DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES FAVORABLES À LA SANTÉ**

**DANS HUIT PROVINCES CANADIENNES :**

**GUIDE D'ENTREVUE**



## **Annexe IV : Structure de santé publique et acteurs impliqués dans les politiques favorables à la santé dans huit provinces canadiennes : guide d'entrevue**

### **INTRODUCTION :**

Information contextuelle à propos du CCNPPS :

- Qui suis-je (de INSPQ)
- Qui je représente (CCNPPS)
  - Que sont les CCN (si nécessaire)
  - Notre CCN s'adresse aux politiques publiques favorables à la santé
- But de l'appel :
  - Analyse environnementale du système de santé publique dans chaque province.
  - Objet : Le niveau d'intégration des politiques publiques favorables à la santé à l'extérieur du secteur de la santé, qui ont un impact sur la santé (déterminants sociaux de la santé, inégalités de santé, etc.)
  - Rôle de la santé publique par rapport à la promotion et l'implantation de politiques publiques favorables à la santé en (nommer province).
  - Évaluation des besoins de la communauté de santé publique à travers le pays par rapport aux politiques publiques favorables à la santé, ce qui déterminera les recherches et les actions futures du Centre.

### **QUESTION 1 : Le système de santé publique actuel**

1.1 De notre revue de littérature préliminaire, nous percevons que l'infrastructure dans votre province est composée des éléments suivants :

- 1.1.1 Pour chaque province, nomme les éléments principaux (lois, départements, agences de santé régionales, autres niveaux, programmes, etc.)
- 1.1.2 Valider ces éléments avec l'interlocuteur; vérifier que les informations reflètent bien la réalité et qu'elles sont à jour.
- 1.1.3 Est-ce qu'il manque des éléments?

1.2 Selon vous, quels sont les événements principaux en santé publique depuis 1995?

- 1.2.1 Changements au niveau des politiques
- 1.2.2 Changements au niveau de la Loi de la santé publique
- 1.2.3 Changements organisationnels
- 1.2.4 Autres événements

**QUESTION 2 : Politiques publiques favorables à la santé en (nommer province)**

2.1 Selon votre expérience et dans le cadre de la Loi de la santé publique en cours, diriez-vous que le secteur de la santé publique fait la promotion de politiques publiques à l'extérieur du secteur de la santé (par exemple, dans les secteurs de l'économie, l'éducation, logement, alimentation, environnements ou autre?)

**2.2 Si oui :**

- 2.2.1 Dans quels secteurs?
- 2.2.2 Depuis quand?
- 2.2.3 Quels sont, les processus/mécanismes formels ou informels qui sont en place, afin de promouvoir et adopter les politiques publiques favorables à la santé ?
  - 2.2.3.1 Consultation interministérielle?
  - 2.2.3.2 Politiques intersectorielles?
- 2.2.4 Quels sont les secteurs organisationnels à l'intérieur du gouvernement qui facilitent ces processus?
  - 2.2.4.1 Rôle particulier du ministère de la Santé?
  - 2.2.4.2 Autres ministères ou organismes impliqués?
- 2.2.5 Est-ce qu'il y a des agences de santé régionales qui sont impliquées dans la promotion et l'implantation de politiques publiques favorables à la santé?
- 2.2.6 Parmi les partenaires et acteurs à l'extérieur du gouvernement, quels sont (ou serait) les organismes intéressés par ou impliqués dans la promotion et l'implantation de politiques publiques dans votre province?
  - 2.2.6.1 O.N.G.
  - 2.2.6.2 Recherche et universitaires
  - 2.2.6.3 Municipalités
  - 2.2.6.4 Gouvernement fédéral
- 2.2.7 Comment qualifieriez-vous le degré actuel de l'intégration des politiques publiques favorables à la santé dans votre province?
- 2.2.8 Dans votre province, est-ce que les politiques publiques sont évaluées par rapport à leur impact sur la santé ?
- 2.2.9 Est-ce qu'il y a un ou deux politiques ou enjeux à l'extérieur du secteur de la santé qui, à votre avis, a un impact négatif sur la santé et aura besoin d'être l'objet d'une intervention?

**2.3 Si non :**

- 2.3.1 Êtes-vous au courant de processus provincial de développement de politique publique, ou de projet qui porte sur les politiques publiques favorables à la santé?
- 2.3.2 A-t-il déjà eu de processus de développement de politiques publiques favorables à la santé par le passé?
- 2.3.3 Dans votre province, est-ce que les politiques publiques sont évaluées par rapport à leur impact sur la santé?

- 2.3.4 Est-ce qu'il y a un ou deux politiques ou enjeux à l'extérieur du secteur de la santé qui, à votre avis, a un impact négatif sur la santé et aura besoin d'être l'objet d'une intervention?
- 2.3.5 Parmi les partenaires et acteurs à l'extérieur du gouvernement, quels sont (ou serait) les organismes intéressés par ou impliqués dans la promotion et l'implantation de politiques publiques dans votre province?

**QUESTION 3 : Interlocuteurs clés/O.N.G./acteurs en santé publique en (nommer province)**

- 3.1 A-t-il d'autres personnes dans le secteur de la santé publique / communautaire qui sera impliquées ou particulièrement intéressées par les politiques publiques favorables à la santé? Dans les :
  - 3.1.1 Ministère de la Santé ou autres ministères
  - 3.1.2 O.N.G.
  - 3.1.3 Municipalités
  - 3.1.4 Recherche et universitaires
  - 3.1.5 Agences de santé régionales

**QUESTION 4 : Intérêt à participer à une conférence ou focus group**

- 4.1 Seriez-vous intéressé à participer à une conférence ou un focus groupe portant sur les politiques publiques favorables à la santé?

