



Gestion des risques dans le réseau québécois de la santé publique

**RAPPORT DE LA CONSULTATION SUR LES PRÉOCCUPATIONS
ET LES AMÉLIORATIONS À APPORTER**

INSTITUT NATIONAL
DE SANTÉ PUBLIQUE
DU QUÉBEC

Québec 

Gestion des risques dans le réseau québécois de la santé publique

RAPPORT DE LA CONSULTATION SUR LES PRÉOCCUPATIONS ET LES AMÉLIORATIONS À APPORTER

Direction des risques biologiques
et de la santé au travail

Mai 2013

AUTEURS

Paul Bouchard, agent de recherche
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

Valérie Cortin, agente de recherche
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

RÉDACTION

Paul Bouchard, agent de recherche
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

SOUS LA COORDINATION DE

Marc Dionne, directeur scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

MISE EN PAGES

Julie Douville et Lynda Ratté, agentes administratives
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

REMERCIEMENTS

Cette consultation n'aurait pu être réalisée sans l'appui des directeurs de santé publique qui ont ainsi manifesté leur intention d'améliorer la gestion des risques à la santé tant dans leur région qu'au niveau national. Dans chacune des régions une personne a été désignée pour animer les rencontres et pour compléter le questionnaire. Leur collaboration a été très précieuse. Nos plus sincères remerciements aux directeurs de santé publique, aux animateurs des rencontres et à toutes les personnes qui ont participé aux rencontres pour exprimer leurs commentaires et suggestions. Nous remercions particulièrement Mmes Hélène Dupont, Blandine Piquet-Gauthier et MM. Daniel Bolduc, Raynald Cloutier, Philippe Lessard qui ont accompagné le groupe de travail dans ses travaux. Enfin nos remerciements à la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale qui a affecté un membre de son équipe à la réalisation de ce projet.

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/>.

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.

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

DÉPÔT LÉGAL – 1^{er} TRIMESTRE 2014
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-69985-9 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2014)

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	III
LISTE DES FIGURES.....	III
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....	V
INTRODUCTION.....	1
1 OBJECTIFS DE LA CONSULTATION.....	3
2 MÉTHODE.....	5
2.1 Approche utilisée.....	5
2.2 Collecte des données.....	5
2.2.1 Questionnaire à compléter en équipe	5
2.2.2 Entrevue avec le directeur de santé publique	6
2.3 Analyse des résultats	6
2.3.1 Consensus entre les équipes d'une région	6
2.3.2 Poids de chacune des régions dans les compilations provinciales	6
3 RÉSULTATS.....	7
3.1 Les principes	7
3.1.1 Importance relative des principes	7
3.1.2 Importance relative des principes selon l'équipe	9
3.1.3 Importance des principes selon la situation	10
3.1.4 Préoccupations et suggestions selon le principe	12
3.1.5 Ajout de principes	18
3.1.6 Commentaires généraux sur les principes	19
3.2 Le processus de gestion des risques	20
3.2.1 Niveau de difficulté rapporté	20
3.2.2 Préoccupations et suggestions selon la phase du processus	23
3.2.3 Commentaires généraux à propos du processus	30
3.3 Les besoins exprimés	32
3.3.1 Besoins concernant la formation	32
3.3.2 Besoins concernant les outils	32
3.3.3 Autres besoins exprimés	33
4 DISCUSSION.....	35
4.1 Champ d'application du Cadre.....	35
4.2 Devoirs et pouvoirs de la santé publique en gestion des risques	36
4.3 La nature des principes	36
4.3.1 Des principes éthiques.....	36
4.3.2 Principes directeurs versus mission, obligations déontologiques ou légales	37
4.4 La conception du risque	38
4.5 Les principes pris individuellement.....	38
4.5.1 L'appropriation de ses pouvoirs.....	38

4.5.2	L'équité.....	39
4.5.3	L'ouverture	40
4.5.4	Primauté de la protection de la santé humaine	40
4.5.5	Prudence.....	41
4.5.6	Rigueur scientifique	42
4.5.7	Transparence.....	43
4.6	Le processus.....	43
4.6.1	Communication sur les risques	43
4.6.2	Définition du problème et du contexte.....	44
4.6.3	Évaluation des risques à la santé.....	45
4.6.4	Identification et examen des options	45
4.6.5	Choix de la stratégie	46
4.6.6	Mise en œuvre des interventions	46
4.6.7	Évaluation du processus et des interventions.....	46
5	CONCLUSION	49
5.1	Les principes	49
5.2	Le processus.....	50
5.3	L'opérationnalisation pour les problématiques suprarégionales	50
6	RECOMMANDATIONS.....	53
6.1	Intégrer davantage la dimension éthique à nos travaux et décisions.....	53
6.2	Développer un guide méthodologique et des outils pour la gestion des risques.....	53
6.3	Renforcer la concertation et le travail en collaboration	54
6.4	Soutenir la gestion du changement	54
6.5	Soutenir le développement des compétences	55
6.6	Communiquer à nos partenaires nos valeurs, méthodes et recommandations	55
	RÉFÉRENCES.....	57
ANNEXE 1	QUESTIONNAIRE À COMPLÉTER PAR LA DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE	59
ANNEXE 2	GRILLE D'ENTREVUE AVEC LE DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE.....	67

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Nombre de réponses sur l'importance accordée au principe selon le principe et l'équipe	7
Tableau 2	Nombre de fois où le principe a été identifié parmi les trois plus importants selon la situation	11
Tableau 3	Nombre de réponses sur le niveau de difficulté selon la phase et l'équipe	21
Tableau 4	Valeurs, principes éthiques et stratégies retenues dans le PNSP	37

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Niveau moyen d'importance selon le principe	8
Figure 2	Fréquence du niveau d'importance selon le principe	8
Figure 3	Niveau moyen d'importance accordée aux principes selon l'équipe	9
Figure 4	Niveau moyen d'importance selon le principe et l'équipe	9
Figure 5	Nombre de nominations du principe parmi les trois plus importants, pour toutes les situations	12
Figure 6	Niveau moyen de difficulté selon la phase	21
Figure 7	Niveau moyen de difficulté selon l'équipe	22
Figure 8	Niveau moyen de difficulté selon la phase et l'équipe	22

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
BAPE	Bureau d'audiences publiques sur l'environnement
CHU	Centre hospitalier universitaire de Québec (CHU de Québec)
CIQ	Comité d'immunisation du Québec
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du Québec
DRSP	Direction régionale de santé publique
DSP	Directeur de santé publique
ÉIS	Évaluation d'impact sur la santé
INSP	Institut national de santé publique du Québec
IRGC	International Risk Governance Council
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
JASP	Journées annuelles de santé publique
LSP	Loi sur la santé publique
LSST	Loi sur la santé et la sécurité du travail
MADO	Maladies à déclaration obligatoire
MEV	Maladies évitables pour la vaccination
MI	Maladies infectieuses
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PNSP	Programme national de santé publique
PP	Prévention/Promotion
PMSD	Programme de maternité sans danger
PSSE	Programme de santé spécifique à l'établissement
QAI	Qualité de l'air intérieur
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SAT	Santé au travail
SE	Santé environnementale
TCNSP	Table de coordination nationale en santé publique
TCNM	Table de concertation nationale en maladies infectieuses
TCNS	Table de concertation nationale en surveillance
TCNPP	Table de concertation nationale en prévention/promotion
TCNSAT	Table de concertation nationale en santé au travail
TCNSE	Table de concertation nationale en santé environnementale

INTRODUCTION

En janvier 2003, la Table de coordination nationale en santé publique (TCNSP) a adopté sur proposition du directeur national de santé publique le Cadre de référence en gestion des risques pour la santé dans le réseau québécois de la santé publique (Cadre, 2003). Ce Cadre présente une description du processus et des principes de gestion des risques à la santé.

En 2010, une formation a été donnée aux membres de la TCNSP sur l'approche de gestion des risques (Dionne, La gestion des risques : Qu'en dit le Conseil International sur la Gestion des Risques, 2010). Cette formation reposait sur l'approche proposée par l'International Risk Governance Council (IRGC, 2005). Une autre formation a été donnée aux membres de la TCNSP en 2011. Celle-ci portait spécifiquement sur le principe de précaution (Dionne, Poulin, Bolduc, & Gauvin, 2011).

En 2011, la Table de concertation nationale en santé environnementale (TCNSE) et la Table de concertation nationale en santé au travail (TCNSAT) ont exprimé leur intérêt pour avoir ces formations sur la gestion des risques et sur le principe de précaution.

Cependant, avant d'élargir la formation à l'ensemble des professionnels, les directeurs de santé publique ont souhaité s'assurer de l'actualité des principes présentés dans le Cadre de 2003 et sur l'approche de gestion des risques qui y est proposée. Afin de répondre à ces préoccupations, la TCNSP a convenu d'entreprendre une démarche visant à :

1. Obtenir un consensus sur les principes de gestion des risques (Cadre de 2003).
2. Obtenir un consensus sur une démarche de gestion des risques.
3. Soutenir le déploiement de la démarche dans le réseau québécois de la santé publique en développant les outils, la formation et le soutien de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

La consultation traitée dans ce document a été réalisée dans le Cadre de cette démarche. Elle constitue une première étape en vue d'obtenir un consensus et d'améliorer les méthodes de gestion des risques à la santé dans le réseau québécois de la santé publique.

1 OBJECTIFS DE LA CONSULTATION

Les principes

1. Recueillir les préoccupations et les suggestions pour améliorer les principes proposés.
2. Vérifier si d'autres principes devraient être ajoutés à ceux retenus en 2003.

Les processus proposés et la mise en œuvre

3. Recueillir les préoccupations et les suggestions pour améliorer le processus proposé.
4. Vérifier l'intérêt pour l'élaboration d'une description plus détaillée du processus de gestion des risques.
5. Pour les problématiques régionales, identifier les préoccupations et les suggestions concernant la définition des rôles et responsabilités, les compétences et autres ressources nécessaires aux directions régionales en santé publique (DRSP) qu'elles proviennent de l'interne ou de l'externe.
6. Vérifier les besoins d'outils et de formation pour les personnes impliquées en gestion des risques.
7. Identifier les préoccupations et les suggestions d'amélioration concernant les liens avec les partenaires (Sécurité civile, ministère du Développement durable, de l'Environnement, de la Faune et des Parcs (MDDEFP), Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ), ministère des Transports et autres).
8. Recueillir les objectifs prioritaires d'amélioration du processus de gestion des risques et les moyens proposés pour les atteindre.

L'opérationnalisation pour les problématiques suprarégionales

9. Pour les problématiques suprarégionales, identifier les préoccupations et les suggestions concernant les rôles et responsabilités (ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), INSPQ, TCNSP, tables professionnelles, DRSP ou autres).

2 MÉTHODE

2.1 APPROCHE UTILISÉE

L'approche utilisée est inspirée d'une formation en gestion du changement (Charbonneau, 2010) qui nous invite à recueillir les préoccupations des personnes touchées par un processus de changement. L'identification de ces préoccupations et suggestions devrait faciliter l'adaptation des guides, des outils, de la formation et du soutien afin de favoriser un processus de changement qui répond aux préoccupations et besoins des personnes touchées par ce changement. Ici l'adhésion aux principes et la mise en œuvre du processus proposé dans le Cadre sont considérés comme le changement.

Pour chacun des sept principes présentés dans le Cadre, nous avons mesuré le niveau d'importance accordée à chaque principe et nous avons recueilli les préoccupations et suggestions pour améliorer leur définition et leur mise en œuvre.

Pour chacune des six phases du processus et pour la communication sur les risques, nous avons mesuré le niveau de difficulté rencontré dans leur mise en œuvre et demandé les préoccupations et les suggestions pour améliorer chacune des phases. Celles-ci pouvaient porter sur les connaissances, les habiletés, les attitudes des membres des équipes de la DRSP de même que sur les ressources externes (documentation, outils, bases de données, soutien ou autres ressources).

Enfin, les préoccupations et suggestions ont aussi été recueillies concernant spécifiquement la gestion des risques à portée suprarégionale. Soulignons que cette dimension n'était pas traitée dans le Cadre.

2.2 COLLECTE DES DONNÉES

Deux moyens ont été utilisés pour la collecte des données : un questionnaire à compléter en équipe et une entrevue téléphonique avec le directeur de santé publique (DSP).

2.2.1 Questionnaire à compléter en équipe

Le questionnaire utilisé est présenté à l'annexe 1. Pour la collecte des données, chacune des DRSP devait désigner une personne pour colliger dans un seul questionnaire les réponses de l'ensemble de la DRSP. Il était recommandé de prévoir environ 3 h 30 pour les questions portant sur les principes et de 2 à 3 heures pour les autres questions.

Il était suggéré de demander aux participants de prendre connaissance avant la rencontre des principes et du processus présentés dans le Cadre. À cette fin, une annexe présentant les principaux éléments de ce dernier avait été ajoutée au questionnaire. De plus, un résumé était également disponible dans une présentation envoyée aux responsables. Dans certaines régions, une version complète du Cadre a été distribuée.

Il était demandé de tenter d'obtenir un consensus sur une réponse pour l'ensemble de la DRSP. Cependant, lorsqu'une équipe ne se ralliait pas au consensus de la DRSP, il était demandé d'indiquer la réponse spécifique de l'équipe et celle de la DRSP. Enfin, lorsqu'aucun consensus n'avait pu être obtenu, on demandait d'inscrire seulement les réponses spécifiques de chacune des équipes et aucune réponse consolidée pour la DRSP.

Presque toutes les rencontres pour remplir le questionnaire ont été tenues au cours de juin 2012. Une seule région a rempli le questionnaire en juillet 2012.

2.2.2 Entrevue avec le directeur de santé publique

Une entrevue téléphonique a été réalisée avec treize des quinze DSP. Le guide d'entrevue est présenté à l'annexe 2. Ces entrevues ont été réalisées de la fin août jusqu'au début octobre 2012.

2.3 ANALYSE DES RÉSULTATS

2.3.1 Consensus entre les équipes d'une région

Il était recommandé aux régions de tenir une rencontre pour la DRSP et de tenter d'en arriver à une réponse commune pour la DRSP. Si, après délibérations, une équipe n'adhérait pas à une réponse commune, il était demandé d'inscrire aussi la réponse spécifique de l'équipe. Cependant, dans certains cas, il n'y a pas été possible de tenir une rencontre pour l'ensemble de la DRSP, donc l'absence d'une réponse commune pour la DRSP n'indique pas nécessairement l'impossibilité d'en arriver à un consensus dans une région.

2.3.2 Poids de chacune des régions dans les compilations provinciales

Pour les questions quantitatives, les moyennes et les fréquences ont été calculées pour l'ensemble des réponses obtenues. Pour les résultats nationaux présentés, le nombre variable de réponses spécifiques par équipe d'une région à l'autre a pour effet d'accorder un poids plus grand aux régions où le nombre de réponses spécifiques par équipe est plus élevé. Cependant, compte tenu du peu d'écart entre les réponses, nous ne croyons pas que ce phénomène a un impact significatif.

3 RÉSULTATS

3.1 LES PRINCIPES

3.1.1 Importance relative des principes

La première partie du questionnaire portait sur l'importance que les acteurs de santé publique accordent aux principes. L'énoncé de la question était :

« Veuillez indiquer dans quelle mesure vous jugez important de respecter chacun des principes présentés dans le Cadre de 2003 pour orienter la prise de position face à un risque pour la santé [...]. Si une équipe se démarque du consensus de la DRSP, indiquez aussi la réponse pour cette équipe. S'il est impossible d'avoir un consensus pour la DRSP, n'indiquez que les réponses par équipe. »

Les choix de réponses pour le niveau d'importance étaient : aucune, faible, moyenne, grande et très grande importance.

Parmi les quinze régions ayant rempli le questionnaire, dix ont fourni une réponse consolidée de la DRSP pour l'ensemble des sept principes, quatre pour une partie des principes et une région n'a fourni aucune réponse consolidée pour la DRSP. Sept régions ont fourni des résultats pour les équipes MI, SAT et SE. Deux de celles-ci ont aussi fourni des résultats pour l'équipe prévention/promotion (PP) et une pour l'équipe de direction.

Tableau 1 Nombre de réponses sur l'importance accordée au principe selon le principe et l'équipe

PRINCIPE	ÉQUIPE						TOTAL
	DRSP	MI	SAT	SE	PP	DIR	
Pouvoirs	11	3	3	4			21
Équité	11	4	5	5			25
Ouverture	10	4	5	4	1	1	25
Santé	12	3	3	3			21
Prudence	12	1	3	3		1	20
Rigueur	13	2	2	2			19
Transparence	11	5	4	3	1		24
TOTAL	80	22	25	24	2	2	155

La figure 1 présente, pour chacun des principes, le niveau moyen d'importance calculé à partir de toutes les réponses fournies par l'ensemble des régions. Une importance légèrement plus grande est accordée aux principes de primauté de la santé et de rigueur scientifique.

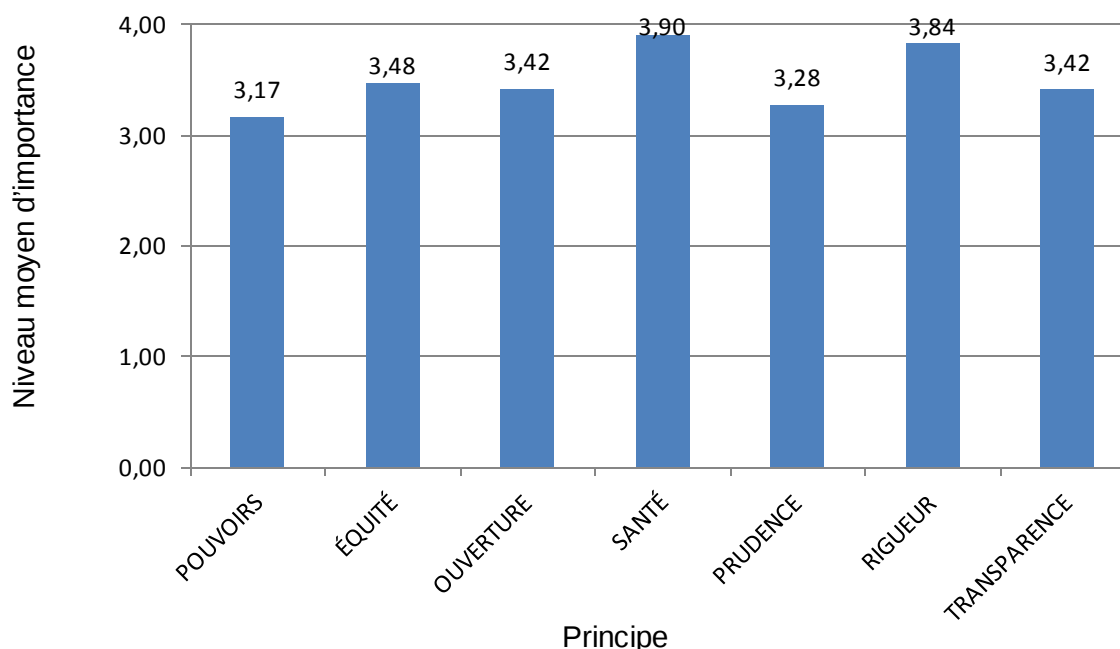


Figure 1 Niveau moyen d'importance selon le principe

La figure 2 présente la fréquence du niveau d'importance accordée à chaque principe. Cette fréquence est calculée à partir de toutes les réponses fournies par l'ensemble des régions. On remarque un consensus pour accorder une « *Très grande importance* » aux principes de primauté de la santé et de rigueur scientifique. Ils sont suivis des principes d'ouverture, d'équité et de transparence. On remarque une certaine variabilité de l'importance accordée à l'appropriation de ses pouvoirs et à l'ouverture.

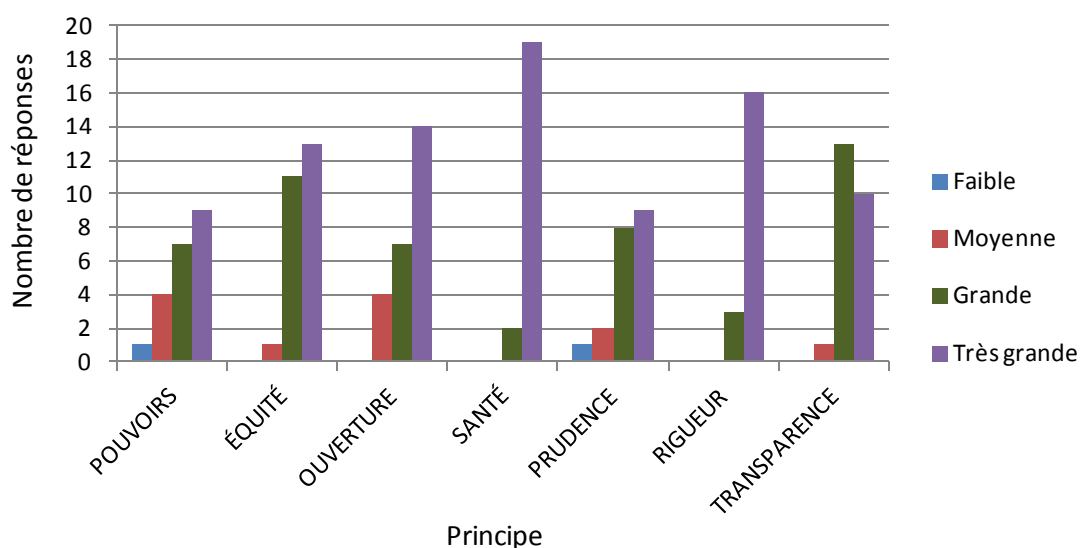


Figure 2 Fréquence du niveau d'importance selon le principe

3.1.2 Importance relative des principes selon l'équipe

La consultation visait aussi à vérifier si l'importance variait selon l'équipe. La figure 3 présente le niveau moyen d'importance accordée selon l'équipe pour tous les principes confondus. On y constate que l'adhésion aux principes est élevée pour toutes les équipes. Elle semble légèrement supérieure au sein des équipes SE.

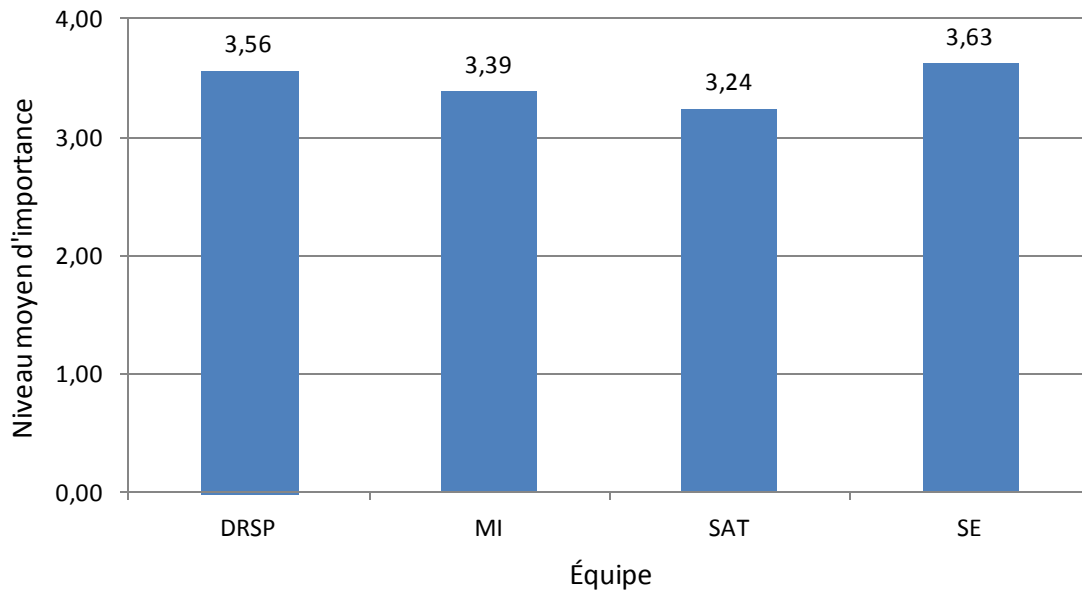


Figure 3 Niveau moyen d'importance accordée aux principes selon l'équipe

La figure 4 présente le niveau moyen d'importance accordée à chaque principe par chacune des équipes. On y remarque que les équipes MI accordent une importance légèrement plus faible que les autres équipes aux principes d'appropriation des pouvoirs et d'ouverture.

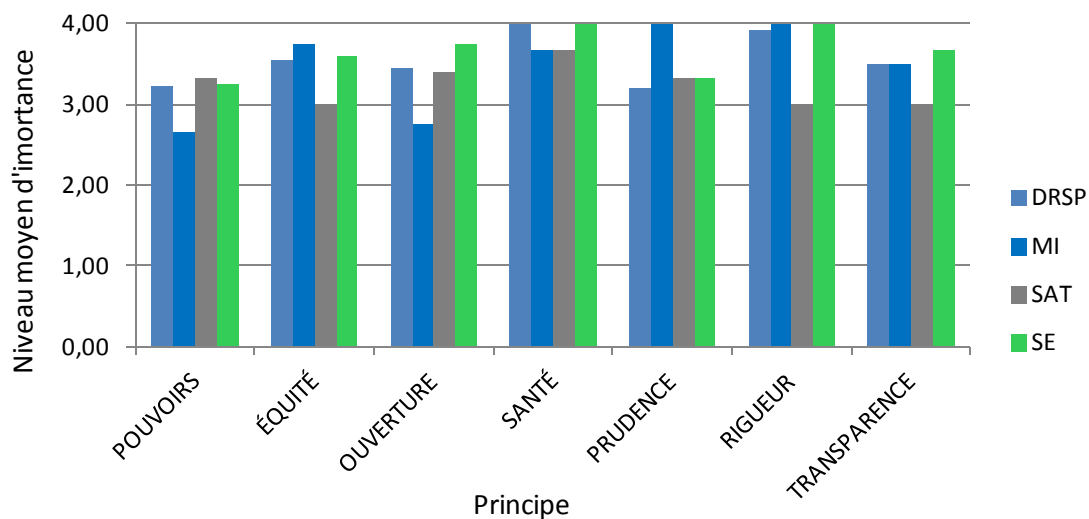


Figure 4 Niveau moyen d'importance selon le principe et l'équipe

3.1.3 Importance des principes selon la situation

Lors de la préparation de la consultation, on nous avait indiqué que l'importance accordée à chacun des principes variait probablement selon la situation. La seconde question de la consultation visait à vérifier cette hypothèse. Elle était formulée comme suit :

« Veuillez indiquer les trois principes que vous jugez les plus importants de respecter pour orienter la prise de position face à un risque pour la santé selon la situation. Si possible, indiquez l'ordre de priorité de 1 à 3. Pour l'éclosion de rougeole, nous vous demandons de considérer séparément le cas de l'enseignante et celui de l'étudiante. Ensuite vous choisissez un cas parmi les trois suivants : le déploiement des compteurs intelligents, l'exploitation des gaz de schiste et le déploiement d'un parc d'éoliennes. Enfin nous vous demandons de choisir un cas qui vous est familier, si possible dans le domaine de la prévention/promotion. Si vous ne trouvez pas un tel cas, vous pouvez traiter un des deux qui n'a pas été traité précédemment. »

Les réponses à cette question qui, rappelons-le, visait d'abord à d'identifier les trois principes les plus importants selon la situation, nous informe sur la diversité des situations considérées par les répondants comme faisant partie du champ de la gestion des risques (tableau 2). Outre les cinq situations proposées dans le questionnaire, les répondants en ont ajouté huit qui leur étaient familières. Ajoutons que lors des entrevues avec les directeurs, d'autres situations ont été évoquées : algues bleues, légionellose, port méthanier.

Soulignons d'abord que les situations traitées ne sont pas seulement des sources potentielles de risque naturelles ou créées par l'homme (algues bleues, compteurs intelligents, extraction du gaz de schiste, parc d'éoliennes, exploitation d'hydrocarbure, port méthanier). Il peut aussi s'agir d'un danger ou d'un facteur de risque spécifique (nuage orange, bactérie *Campylobacter*), d'une population touchée (enseignante, étudiante), d'un risque (noyade, légionellose) ou d'une option pour réduire un risque (limite de l'alcoolémie > 0,05, taxe sur boissons gazeuses, dépistage).

Les deux situations imposées dans le questionnaire sont celles du retrait préventif de la travailleuse enceinte et de l'étudiante enceinte. Le tableau 2 indique que l'importance relative des principes est semblable pour les deux situations sauf une légère différence pour le principe d'équité qui est relativement plus souvent identifié pour l'étudiante que pour la travailleuse enceinte alors que la tendance est inverse pour le principe de prudence.

Pour les trois situations optionnelles (compteurs intelligents, extraction du gaz de schiste et parc d'éoliennes) les principes d'appropriation de ses pouvoirs, d'ouverture et de transparence sont identifiés relativement plus fréquemment que dans les situations de retrait préventif alors que le principe d'équité n'est pratiquement pas évoqué contrairement au retrait préventif. Par ailleurs, les principes de santé et de prudence sont presque absents dans le cas du parc d'éoliennes.

Parmi les huit situations ajoutées par les répondants, le principe de prudence est identifié seulement une fois. Le principe d'appropriation de ses pouvoirs est identifié dans trois situations qui sont des solutions qui ont des conséquences pour le citoyen (fluoration, niveau d'alcoolémie et taxe sur les boissons gazeuses).

Les réponses obtenues indiquent que les principes jugés parmi les trois plus importants dépendent de la situation.

Tableau 2 Nombre de fois où le principe a été identifié parmi les trois plus importants selon la situation

<u>Situation</u>	<u>Pouvoir</u>	<u>Équité</u>	<u>Ouverture</u>	<u>Santé</u>	<u>Prudence</u>	<u>Rigueur</u>	<u>Transparence</u>	<u>Total</u>
Enseignante enceinte	2	6	1	15	10	16	2	52
Étudiante enceinte	2	8		13	7	14	2	46
Compteurs intelligents		1	3	5	2	7	3	21
Extraction du gaz de schiste	2	1	1	5	4	8	5	26
Parc d'éoliennes	4		2	1	0	4	2	13
Dépistage du cancer				1		1	1	3
Fluoration de l'eau potable	1	1				1		3
Interdiction de conduite alcoolémie > 0,05	1			1		1		3
Noyade en piscines résidentielles		1		1		1		3
Nuage orange à Malartic			1	1			1	3
Taxe sur boissons gazeuses	1	1	1					3
Exploitation des hydrocarbures	1				1	1		3
Campylobacter en abattoir			1	1		1		3
TOTAL	14	19	10	44	24	55	16	182

La figure 5 indique le nombre de fois où un principe a été retenu parmi les trois plus importants pour toutes les situations présentées confondues. On y remarque que les principes de rigueur scientifiques et de protection de la santé conservent le premier et le second rang. Suivent ensuite la prudence et l'équité.

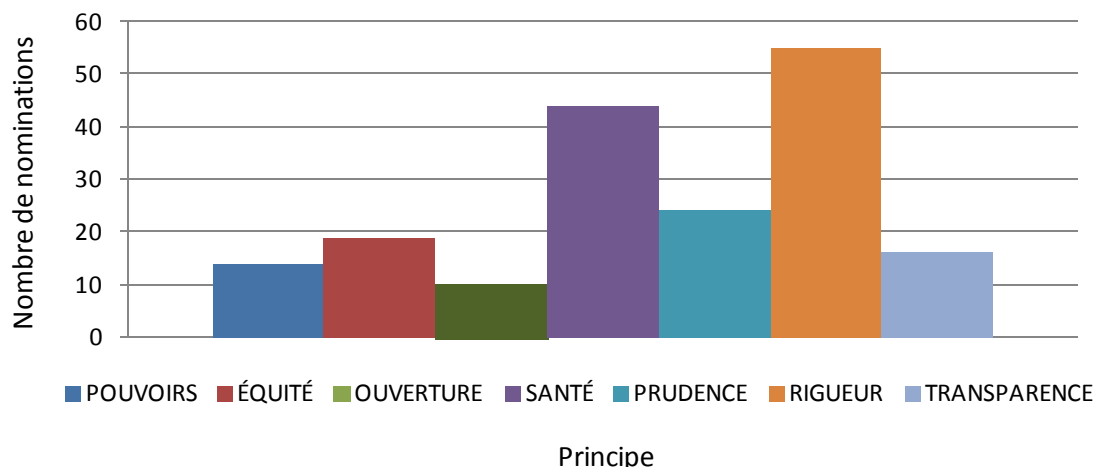


Figure 5 Nombre de nominations du principe parmi les trois plus importants, pour toutes les situations

3.1.4 Préoccupations et suggestions selon le principe

Cette section présente pour chacun des principes les préoccupations et les suggestions recueillies. Un encadré sur fond gris rappelle le libellé du principe tel qu'il apparaît dans le Cadre. Un second encadré présente les principales préoccupations et suggestions telles que rapportées par les participants à la consultation.

3.1.4.1 Appropriation de ses pouvoirs

La gestion des risques par la santé publique doit favoriser le renforcement de la capacité des individus et des collectivités à prendre des décisions éclairées et à agir quant aux risques qui les concernent.

Les répondants abordent le principe d'appropriation de ses pouvoirs selon trois perspectives. La première est une perspective individuelle. Elle fait référence à l'autonomie de la clientèle visée pour l'application de la solution. Par exemple, du choix d'une personne de se faire vacciner ou non. La seconde est une perspective collective. Elle fait référence à la capacité d'une personne ou un groupe d'influencer les décisions d'un processus de gestion des risques. La dernière perspective fait référence à la responsabilité des professionnels dans la gestion des risques.

Principales préoccupations et suggestions des participants pour le principe d'appropriation de ses pouvoirs	
Préoccupations ¹	Améliorations suggérées
• Importante, mais souvent négligée • Nécessite de l'ouverture et de la transparence • Pertinence varie selon la situation • Dépend de la perception du risque par la population • Risque de « noyautage » par certains groupes • Conflit entre bien collectif et individuel (pas dans ma cour) • Dépend de l'attitude du gestionnaire du risque	• Baliser son utilisation selon la situation • Accompagner la population à toutes les étapes • En faire la promotion auprès des partenaires • Améliorer les capacités du réseau en communication, en animation

3.1.4.2 L'équité

La gestion des risques par la santé publique doit garantir la juste répartition des bénéfices et des inconvénients des risques au sein des communautés.

Les répondants abordent l'équité selon trois perspectives. Une première considère l'équité du point de vue de la répartition des inconvénients et des bénéfices entre la population touchée et les promoteurs. La seconde consiste à proposer le même traitement à tous les exposés. Par exemple, on évoque l'équité interrégionale dans le traitement du Programme pour une maternité sans danger (PMSD). Enfin, les répondants soulignent que l'équité doit s'ajuster aux besoins des populations vulnérables pour lesquelles un même danger entraîne un risque plus important pour leur santé.

Principales préoccupations et suggestions des participants pour le principe d'équité	
Préoccupations	Améliorations suggérées
• En SAT, le niveau de prévention varie selon le secteur, l'entreprise (prise en charge) et la pratique des professionnels (PMSD) • Tenir compte des clientèles vulnérables ou plus exposées	• Préciser la définition du principe (équité vs égalité, groupes vulnérables) • Souligner les limites à son application (ressources de la communauté, données probantes) • Promouvoir des modifications législatives en SAT • Se donner une vision globale des bénéfices et inconvénients pour tous • Distinguer les responsabilités du réseau de celles des partenaires concernant l'application du principe

¹ Les encadrés contiennent les propos tels qu'exprimés par les répondants. Autant que possible, nous avons tenté de ne pas dupliquer les propos similaires.

3.1.4.3 Ouverture

La gestion des risques par la santé publique doit permettre aux parties intéressées et touchées de participer au processus afin qu'elles puissent exprimer leur point de vue, faire connaître leurs perceptions et leurs préoccupations face à la situation, contribuer à la recherche de solutions et influencer les décisions de gestion.

Les préoccupations rapportées concernant le principe d'ouverture portent surtout sur les aspects de faisabilité. On invoque en particulier les contraintes de temps comme obstacle à la mise en application de l'ouverture. Par ailleurs, le processus de gestion des risques est souvent géré par un partenaire. C'est alors celui-ci qui décide de l'implication des parties dans le processus. Le principe serait plus facile à appliquer en SAT où la participation du milieu est prévue dans la loi.

Principales préoccupations et suggestions des participants pour le principe d'ouverture	
Préoccupations	Améliorations suggérées
• Contraintes de temps • Plus difficile à appliquer dans certains contextes (ex. : vaccination) • Les mécanismes de consultations relèvent souvent d'autres instances (ex. : Bureau d'audiences publiques sur l'environnement [BAPE]) • Parfois confondue avec l'approche individuelle et les considérations cliniques lorsque la décision diffère de la recommandation populationnelle	• Préciser les conditions d'application (ex. : situations d'urgence) • Clarifier les limites de la responsabilité du réseau • Renommer le principe « <i>ouverture et partenariat</i> » • En SAT, impliquer autant les travailleurs que l'employeur

3.1.4.4 Primauté de la protection de la santé humaine

La gestion des risques par la santé publique doit accorder la priorité à la protection de la santé humaine.

Pour mieux comprendre les préoccupations et suggestions des répondants, rappelons que dans le Cadre, la santé est considérée comme la « *capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie.* »

Les participants ont souligné que la protection de la santé humaine était notre mission. Notre contribution n'est pas justifiée s'il ne s'agit pas de protéger la santé humaine.

Principales préoccupations et suggestions des participants pour le principe de primauté de la protection de la santé humaine	
Préoccupations	Améliorations suggérées
• Notre devoir absolu, notre raison d'être • Attentes des citoyens : • Parfois « <i>prendre leur défense contre</i> » • Parfois veulent que la santé publique se calme... • Souvent bafoué au profit des contraintes économiques • Difficulté d'opérationnaliser l'évaluation du risque avec une définition large de la santé	• Suggestions contradictoires concernant le concept de santé : • Rappeler que le concept de santé doit être pris dans son sens large (capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir....) • S'en tenir au concept « présence/absence de maladie » • Vérifier si on peut la considérer sous l'angle du développement durable

3.1.4.5 Prudence

La gestion des risques par la santé publique doit, prôner la réduction et l'élimination des risques, chaque fois qu'il est possible de le faire et l'adoption d'une attitude vigilante afin d'agir de manière à éviter tout risque inutile. Cette attitude s'exerce tant dans un contexte de relative certitude (prévention) que d'incertitude scientifique (précaution).

La définition du principe de prudence semble parfois difficile à interpréter et à appliquer d'une manière cohérente et rigoureuse. C'est le concept de précaution qui suscite la majorité des préoccupations. Les positions sont partagées. Certains sont favorables au principe de précaution et suggèrent un renforcement de son application. D'autres, tout en étant en accord avec le principe, soulignent les difficultés de son application lorsqu'il n'est pas partagé par les partenaires. Cependant certains répondants ne semblent pas adhérer au principe de précaution. Ils ne sont pas confortables de faire des recommandations dans un contexte d'incertitude scientifique. En fait quelques répondants sont même irrités par le concept. Certains vont même jusqu'à suggérer de mettre fin à son utilisation tant à cause de la difficulté de son application que des conséquences pour la crédibilité de la santé publique. Les améliorations suggérées portent sur la définition du principe et les critères de son utilisation.

Principales préoccupations et suggestions des participants pour le principe de prudence	
Préoccupations	Améliorations suggérées
• Qu'est-ce qu'un « <i>risque inutile</i> »? Que veut dire « <i>éviter l'inaction</i> » • L'enjeu est entre la distinction du risque individuel et du risque collectif • Le concept de précaution : • N'est pas compris de la même façon • Peut entraîner des actions pour un risque extrêmement faible et théorique • Signifie pour certains le risque « 0 » • Contradiction entre risque potentiel et gravité du risque • Peut devenir paralysante et réduire l'équité • Trop de prudence peut avoir des impacts économiques importants • Occasionne trop d'attentes de la population • En l'absence de littérature scientifique, on ne peut faire d'arguments solides • Possibilité de dérapage; on s'expose toujours à la critique • En SAT, le principe n'est pas partagé par la CSST	• Revoir la définition : distinguer prudence, précaution et prévention; distinguer prudence du risque « 0 »; définir risque avéré • Mieux circonscrire les critères d'application du principe de précaution • Établir des actions selon le degré d'incertitude scientifique et l'ampleur potentielle des effets • Considérer les avantages et les inconvénients de l'action et l'inaction • S'assurer de la cohérence : interdire un risque alors que d'autres risques plus importants sont présents • Suggestions contradictoires... • Difficile à appliquer; envisager de ne plus l'appliquer; ne pas perdre trop de temps sur des choses vagues sans conséquence potentielle sérieuse • Renforcer le principe en majorant son aspect de précaution (en conférant un poids important au contexte d'incertitude scientifique)

3.1.4.6 Rigueur scientifique

La gestion des risques par la santé publique doit être basée sur les meilleures connaissances disponibles, doit reposer sur des avis scientifiques d'experts issus de toutes les disciplines pertinentes, doit considérer les points de vue minoritaires et les opinions provenant de diverses écoles de pensées, et doit suivre une démarche structurée et systématique.

Les répondants ont fait ressortir trois perspectives pour aborder la rigueur scientifique. La première porte sur une situation de relative certitude. La seconde porte sur les situations d'incertitude, où il faut faire preuve de rigueur dans l'application du principe de précaution. Enfin on a souligné l'importance de la rigueur dans l'étude des perceptions et des préoccupations des acteurs concernés dans un processus de gestion des risques.

Les participants ont souligné le caractère essentiel et incontournable de la rigueur scientifique du travail des acteurs de santé publique. En fait il s'agirait davantage d'une règle de conduite que d'un principe.

Principales préoccupations et suggestions des participants pour le principe de rigueur scientifique	
Préoccupations	Améliorations suggérées
En présence de données scientifiques : • Pas toujours l'expertise en région (varie selon le sujet) • Manque de ressources externes • Peu de balises de l'INSPQ et du MSSS en SAT • Demande beaucoup de temps (court-circuitée pour cette raison) • Tenons-nous compte des avis divergents? Des opinions minoritaires? • La rigueur de la santé publique n'est pas toujours partagée par les partenaires • Le Comité d'immunisation du Québec (CIQ) est un bon exemple de rigueur scientifique En situation d'incertitude : • Faire attention de spéculer sur les risques potentiels, si aucune donnée ne va dans ce sens • Quel est le niveau de preuve jugé suffisant pour intervenir? • Parfois, le principe est utilisé de façon quasi instrumentale pour apaiser les inquiétudes de la population • Souvent le cas pour le PMSD, ce qui cause les différences interrégionales Études des perceptions (concerns) : • Doivent aussi être rigoureuses	Définition : • Clarifier les termes « <i>pertinente</i> » et « <i>critique</i> » • Mentionner les études qualitatives des préoccupations et perceptions doivent aussi être rigoureuses • Proposer des outils opérationnels Mise en œuvre : • Faire appel à diverses disciplines (pas seulement à l'épidémiologie) • Le délai pour la production d'un avis doit être raisonnable (sinon, la décision se prend sans l'avis) • Développer les outils et soutenir les intervenants • S'assurer des bases scientifiques des organismes et écoles de pensée • Continuer de faire circuler l'information quand la menace est passée

3.1.4.7 Transparence

La gestion des risques par la santé publique doit assurer un accès facile et le plus rapide possible à toute l'information critique et à toutes les explications pertinentes pour les parties intéressées et touchées, tout en respectant les exigences légales de confidentialité.

Plusieurs préoccupations concernant la transparence sont plutôt opérationnelles : difficulté à identifier l'information critique, le manque de temps et le manque de ressources. D'autres sont davantage stratégiques : crainte d'alarmer inutilement la population, contraintes imposées par les partenaires qui n'adhèrent pas au principe ou intention de ne pas diffuser toute l'information pour des fins stratégiques.

Principales préoccupations et suggestions des participants pour le principe de transparence	
Préoccupations	Améliorations suggérées
• Difficile à appliquer en situation d'urgence • Demande beaucoup de temps • Difficile de déterminer quelle information est critique • Difficile à appliquer pour une région dans le cadre de dossiers provinciaux avec enjeux politiques • Parfois les partenaires veulent retenir l'information • Parfois nous voulons faire une utilisation stratégique de l'information en choisissant le moment et le moyen de transmission • Parfois difficile d'interpréter la notion de confidentialité	• Clarifier ce qu'est une information critique • Élaborer des outils de communication efficaces • Outiller les professionnels du réseau de la santé publique • Faire attention de ne pas alerter inutilement la population • S'en tenir à l'information critique et pertinente • L'information doit être vulgarisée pour le public néophyte • Travailler davantage en collaboration avec les partenaires • S'assurer du bon canal de partage de l'information • Que les acteurs soient conscients de leurs rôles et responsabilités selon la loi

3.1.5 Ajout de principes

Un des objectifs de la consultation était de vérifier la pertinence d'ajouter un ou des principes au Cadre de référence. D'une part le questionnaire proposait d'ajouter un principe de conciliation des approches populationnelle et individuelle. Par ailleurs, bien que la majorité des répondants trouvait le nombre de principes suffisant, certains ont proposé d'ajouter de nouveaux principes ou d'élargir la portée de principes existants.

3.1.5.1 Ajout d'un principe de conciliation des approches populationnelle et individuelle

En général, les solutions recommandées par la santé publique face à un risque à la santé sont des solutions applicables à une population. Pensons à la fluoration de l'eau potable, les normes de qualité des aliments ou au contrôle à la source en santé au travail. Cependant pour certaines situations, en particulier pour les travailleuses enceintes, il y a une gestion individuelle du risque effectuée par un médecin du travail ou un médecin traitant. Ceci amène une certaine variabilité dans les solutions choisies alors que l'exposition est semblable. Dans bien des cas, cette variabilité peut s'expliquer par le contexte légal ou par la condition médicale de la travailleuse. Dans le cadre de la consultation, nous avons demandé l'opinion des participants sur l'ajout d'un principe de conciliation des approches populationnelle et individuelle. La définition proposée était la suivante :

« Les directions régionales de santé publique gèrent les risques en adoptant une approche populationnelle qui se traduit par des recommandations pour des groupes cibles. Cependant, ces mêmes recommandations doivent laisser une certaine latitude décisionnelle aux professionnels qui sont tenus de considérer les caractéristiques des individus ou des sous-groupes concernés, incluant des dimensions administratives ou réglementaires spécifiques. »

Parmi les quinze régions, onze étaient en complet désaccord avec l'ajout de ce principe alors que quatre étaient indifférentes ou plutôt en accord.

Principales raisons invoquées à l'encontre de l'ajout du principe de conciliation des approches collective et individuelle

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• La santé publique doit s'en tenir à l'approche populationnelle• Ce nouveau principe aggraverait le problème d'harmonisation• La problématique soulevée est causée par des législations différentes selon le secteur |
|---|

3.1.5.2 Ajout d'autres principes

Même si les répondants étaient quasiment unanimes sur le fait que le nombre de principes était suffisant, certains ont toutefois proposé des principes qui pourraient éventuellement être ajoutés.

Principes pouvant éventuellement être ajoutés
--

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• « Bienfaisance » afin de réitérer l'importance du bien-être collectif• « Cohérence » entre les domaines de la santé publique, les régions et les dossiers• « Faisabilité » de la solution proposée afin de prendre en compte les coûts et les ressources humaines et matérielles nécessaires• « Adhésion » afin de s'assurer que les personnes qui participent à l'élaboration et la mise en œuvre des interventions adhèrent aux décisions• « Éthique » : est-ce que c'est éthique ou est-ce raisonnable d'un point de vue éthique• « Proportionnalité » afin que les coûts et exigences des solutions soient proportionnels aux risques avéré ou soupçonné |
|---|

3.1.6 Commentaires généraux sur les principes

Les principaux commentaires généraux soulignaient que les principes actuels étaient pertinents. Que le Cadre était très utile et aidant, mais qu'il n'était malheureusement pas assez connu et utilisé par les intervenants.

Quelques-uns ont proposé de hiérarchiser les principes par importance alors que d'autres ont indiqué que leur importance dépendait de la situation.

Beaucoup de suggestions concernent l'appropriation des principes autant par les membres du réseau que par nos partenaires.

Principales suggestions concernant les principes

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Formation• Harmonisation des pratiques• Préciser les conditions d'application de chaque principe• Mieux définir le principe de précaution• Préciser notre rôle et celui des partenaires lors d'un processus de gestion des risques• Promouvoir le Cadre (principes) auprès des partenaires• Intégrer les principes dans les divers guides• Mieux faire ressortir la complémentarité des principes de transparence, d'ouverture et d'appropriation des pouvoirs |
|---|

3.2 LE PROCESSUS DE GESTION DES RISQUES



3.2.1 Niveau de difficulté rapporté

Sept régions ont fourni une réponse consolidée pour les six phases et pour la communication², quatre pour une partie des phases alors que quatre régions n'ont fourni aucune réponse consolidée. Par ailleurs, dans trois régions, les équipes MI, SAT et SE ont fourni des réponses pour les six phases et la communication, dans six régions ces équipes ont donné des réponses pour quelques phases alors que dans six régions, il n'y a aucune réponse par équipe.

Le tableau 2 présente le nombre de réponses obtenues selon la phase et l'équipe. On remarquera que le nombre de réponses par équipe est près du double du nombre obtenu pour les principes.

² Dans le Cadre, la communication n'est pas considérée comme une phase. Cependant pour des raisons pratiques, dans le questionnaire et dans ce rapport, la communication est traitée comme une phase.

Tableau 3 Nombre de réponses sur le niveau de difficulté selon la phase et l'équipe

PHASE	ÉQUIPE						TOTAL
	DRSP	MI	SAT	SE	PP	DIR	
Communication	7	6	8	8	2		31
Préévaluation	9	6	5	6	1		27
Évaluation du risque	9	5	6	7	1		28
Identification des options	8	6	6	8	1		29
Choix de la stratégie	8	5	6	8	1		28
Mise en œuvre	8	5	6	6	1		26
Évaluation du processus et des interventions	8	5	6	6			25
TOTAL	57	38	43	49	7		194

La figure 6 présente le niveau de difficulté rapporté selon la phase du processus. Elle montre que le plus haut niveau de difficulté est rapporté pour la phase d'évaluation du processus et des interventions alors que le plus bas niveau de difficulté est rapporté pour la phase de définition du problème et du contexte.

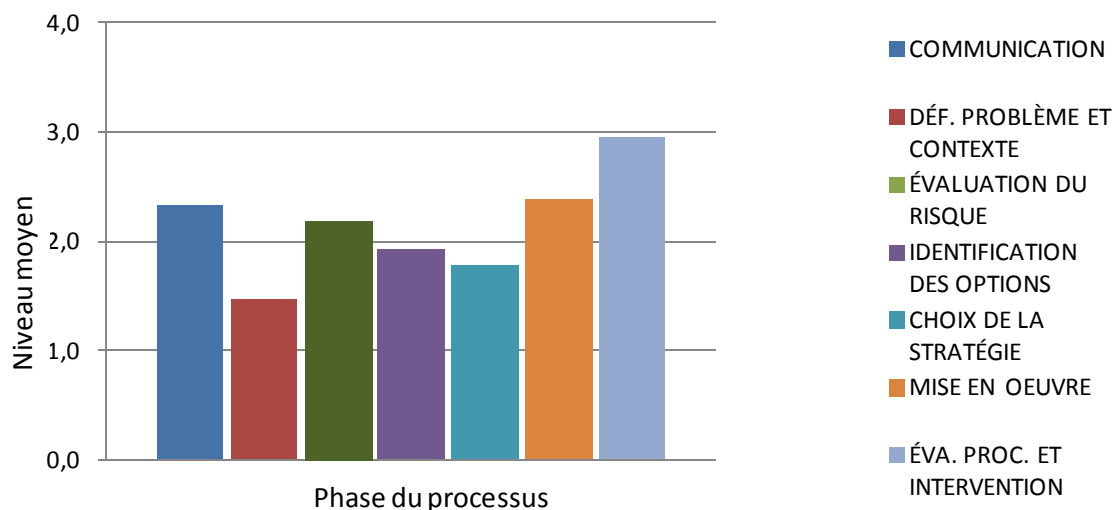


Figure 6 Niveau moyen de difficulté selon la phase

La figure 7 présente le niveau moyen de difficulté pour toutes les phases du processus confondues selon l'équipe et pour l'ensemble de la DRSP. Elle indique que le niveau moyen de difficulté rapporté par les équipes SAT est légèrement inférieur à celui rapporté par les équipes SE et MI.

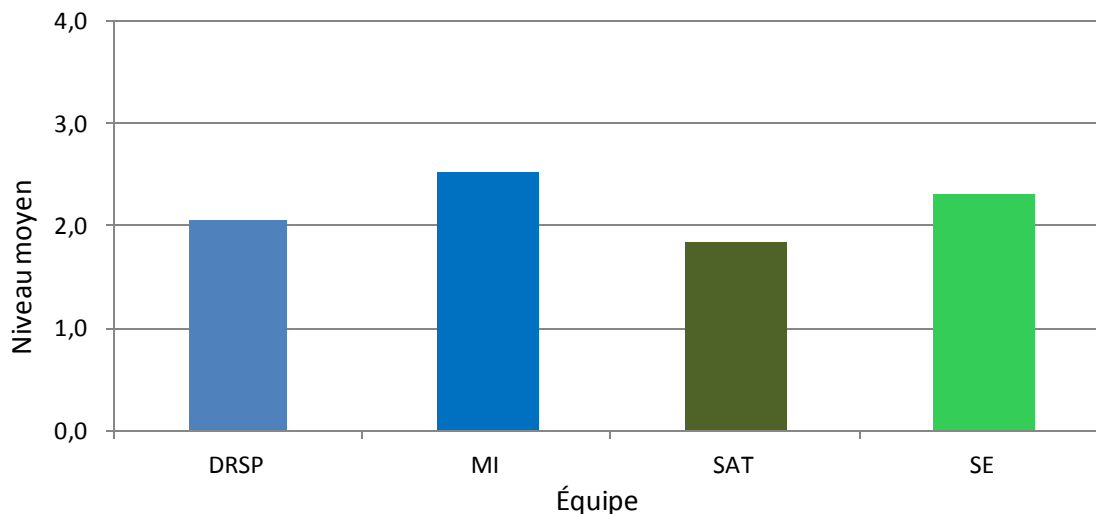


Figure 7 Niveau moyen de difficulté selon l'équipe

Le plus faible niveau de difficulté rapporté par les équipes SAT s'explique surtout par les résultats observés pour la communication et pour l'évaluation des risques (figure 8).

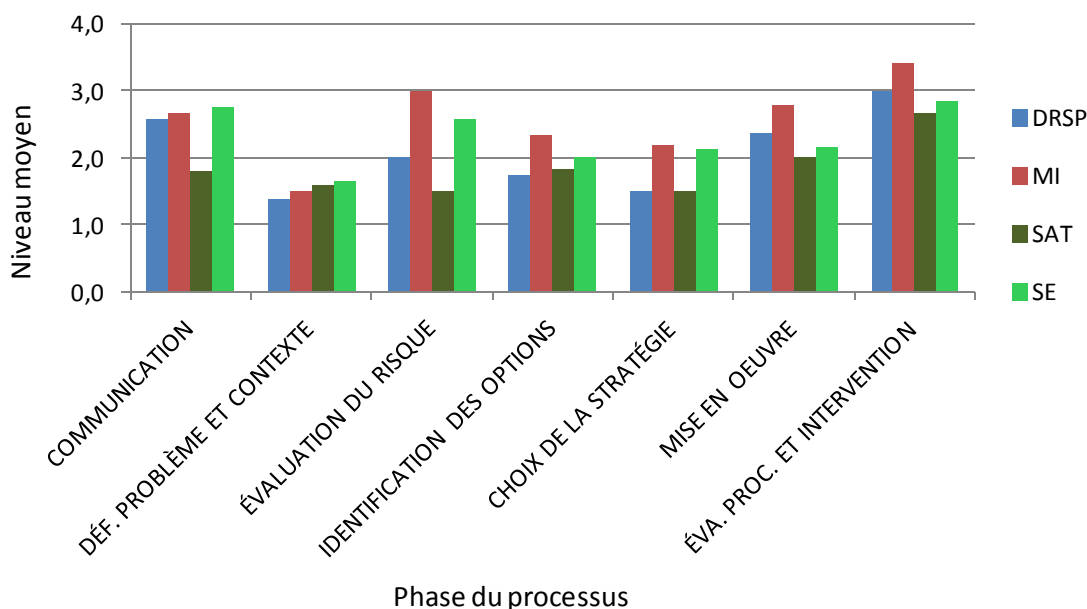


Figure 8 Niveau moyen de difficulté selon la phase et l'équipe

3.2.2 Préoccupations et suggestions selon la phase du processus

3.2.2.1 Communication sur les risques

Les préoccupations exprimées portent non seulement sur l'information, mais aussi sur la persuasion et l'influence des décideurs. Il se dégage trois niveaux dans les intentions de la communication : un premier niveau consiste à favoriser la transparence en rendant accessible l'information; le second niveau serait d'informer les acteurs et la population de manière à ce qu'ils prennent une décision éclairée; alors que le troisième niveau serait d'influencer les acteurs afin qu'ils agissent selon les recommandations de la santé publique. Certains soulignent même l'importance d'utiliser les stratégies politiques afin d'influencer les décisions.

Par ailleurs, lors des entrevues, les directeurs de santé publique ont fait ressortir leurs responsabilités en matière d'information de la population et de promotion de la santé. Ils ont souligné que ces responsabilités s'accompagnaient d'une plus grande liberté d'action que celles dont disposent les autres acteurs gouvernementaux.

Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, la DRSP fait la promotion de l'adoption par municipalité d'une « *Charte municipale de la communication du risque* » (ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2011). En adoptant la charte, la municipalité s'engage à identifier les risques liés aux matières dangereuses, à adapter son plan d'urgence et à recourir aux stratégies et moyens nécessaires pour communiquer les risques.

Principales préoccupations et suggestions des participants concernant la communication	
Préoccupations	Améliorations suggérées
• Présente de nombreux défis (message, émetteur, public visé...) • C'est énergivore et « <i>chronophage</i> ». Souvent les échéances ne permettent pas un processus interactif • Nous sommes peu outillés pour utiliser les méthodes modernes de communication (ex. : réseaux sociaux), évaluer les impacts collatéraux et tenir compte de l'aspect politique • En MI, c'est difficile de convaincre les gens de se protéger d'un risque qui n'existe presque plus • En SAT, la communication d'influence est importante. Il faut être conscient de la tension entre les enjeux économiques et la santé des travailleurs • En SAT, les interventions initiales sont toujours difficiles, car notre mandat est mal connu et notre légitimité mal établie • Parfois difficile d'établir des liens avec des partenaires qui retiennent l'information et tentent de nous influencer • Méconnaissance des activités de communication des partenaires de l'ASSS • Méconnaissance des partenaires externes	• Développer des formations et former les professionnels • Développer des outils d'analyse et d'aide à la décision • Distinguer deux niveaux de communication : - Obligation de transparence, ce qui implique de bien définir le problème et les solutions - Persuader et influencer les décideurs, ce qui implique d'identifier les cibles, identifier leur connaissance, développer un message en conséquence • Prévoir des campagnes nationales pour promouvoir notre rôle en SAT • Que nos activités de communication ne portent que sur les aspects santé. (Ne pas chercher à remplacer les autres acteurs)

3.2.2.2 Définition du problème et du contexte

Étapes qui concernent la définition du problème et de son contexte
• Identifier et caractériser le problème de santé • Analyser le problème dans un contexte élargi approprié • Évaluer l'urgence de la mise en œuvre de l'intervention • Identifier les gestionnaires de risques, leurs rôles, leurs responsabilités et leur imputabilité • Déterminer les objectifs de gestion des risques • Établir le plan d'évaluation des interventions
Action de communication de cette phase
• Identifier les perceptions de la population et des experts reliées au risque • Identifier les préoccupations de la population face au risque • Planifier la mise en œuvre d'un processus de participation du public et des parties intéressées et touchées

Beaucoup d'équipes ont confessé le fait de consacrer peu de temps à cette phase. On a souligné que cette étape variait selon le domaine de la santé publique et du rôle de la santé publique dans le processus : est-ce qu'elle en est le maître d'œuvre ou si elle n'intervient que pour l'évaluation du risque et l'identification et l'examen des options?

Concernant les actions de communication, les répondants ont indiqué être à l'aise pour communiquer l'information sur l'estimation du risque, mais l'évaluation des perceptions demandait une expertise spécialisée dont ils ne disposent pas nécessairement.

On a souligné la difficulté dans certaines situations d'impliquer la population dans le processus. On a donné l'exemple des changements climatiques où une bonne partie de la population ne partage pas la vision des experts.

Principales préoccupations et suggestions des participants concernant la phase définition du problème et du contexte	
Préoccupations	Améliorations suggérées
• L'évaluation des perceptions demande une expertise spécialisée et peu accessible • Difficulté à évaluer le degré d'urgence • Souvent le contexte de la demande ne permet pas une définition large du problème (c'est-à-dire : BAPE) • Il faudrait pouvoir cesser le processus à cette étape si le risque est jugé faible ou inexistant	• Améliorer la formation des professionnels • Faire circuler l'information de situation particulière entre les régions de manière plus structurée

3.2.2.3 Évaluation des risques

Étapes qui concernent l'estimation du risque
• Identification du danger • Évaluation des hypothèses de causalité • Estimation de l'exposition • Estimation du risque
Étape qui concerne les perceptions
• Évaluation des perceptions (des préoccupations et des valeurs³)
Étape qui concerne l'évaluation
• Caractérisation du risque

Quelques commentaires ont souligné qu'à l'occasion cette phase a été escamotée, ce qui fait que la santé publique s'est impliquée dans une problématique sans s'assurer qu'il y avait un risque à la santé (ex. : cyanobactéries).

³ Notons que, dans le Cadre, la phase de définition du problème et de son contexte, comprend aussi des activités qui portent aussi sur les perceptions et les préoccupations.

On a souligné que c'est à cette phase que l'expertise de la santé publique est essentielle. Elle exige cependant des ressources spécialisées et l'accès aux banques de données. Les plus grosses régions se sont dites à l'aise pour la réaliser. Cependant les plus petites régions ont indiqué que ces ressources n'étaient pas toujours disponibles dans leur équipe et que la collaboration des autres régions et de l'INSPQ était essentielle.

De plus, on a souligné l'importance de l'échange entre les régions afin d'obtenir des consensus sur l'évaluation des risques. Cet échange était jugé utile par la région impliquée dans l'évaluation afin de valider ses travaux avec les collègues des autres régions. Il l'était également par les régions non impliquées afin de ne pas être placées devant un fait accompli et devoir défendre une décision avec laquelle elles ne sont pas à l'aise.

Concernant l'évaluation des perceptions, préoccupations et valeurs, elle semble rarement effectuée et on a souligné le manque d'expertise pour le faire.

Principales préoccupations et suggestions des participants concernant la phase évaluation des risques	
Préoccupations	Améliorations suggérées
• Manque d'expertise et de moyens pour répondre au besoin (dans beaucoup de régions) • Les paradigmes des équipes sont différents : risque « 0 », risque acceptable, protection et proaction • La région est tributaire de la qualité et la quantité d'information disponible. Dans le cas de la qualité de l'air intérieur (QAI) aucun partenaire ne se sent responsable d'évaluer l'exposition • Accès aux données probantes, à la littérature scientifique • Les publications de l'INSPQ ne sont pas toujours applicables sur le terrain (évaluations du risque et identification des options) • Importance de distinguer un risque pour l'environnement et un risque pour la santé (notre vision est la santé)	• S'assurer que cette étape n'est pas escamotée et qu'il y a vraiment un risque à la santé (ex. : cyanobactéries) • Améliorer la formation des professionnels • Pouvoir avoir recours à des équipes centralisées spécialisées • Mieux connaître les compétences des autres disciplines et favoriser le travail interdisciplinaire • Que l'INSPQ puisse fournir le soutien rapidement • Que l'INSPQ soit davantage en lien avec les régions pour mieux connaître les besoins • Avoir accès à des experts • Briser les silos entre les équipes et soutenir le partage des connaissances • Améliorer l'accès à l'information scientifique et aux bases de données de l'INSPQ

3.2.2.4 Identification et examen des options

Étapes qui concernent l'identification et l'examen des options
• Formuler les objectifs de gestion des risques • Identifier un éventail d'options potentielles • Effectuer une analyse coûts-bénéfices des diverses options • Examiner les options en considérant l'urgence et les ressources disponibles • Tenir compte de l'acceptabilité sociale du risque, des options et du risque résiduel tant pour les personnes touchées que pour la société • Tenir compte des perceptions, des préoccupations et des valeurs des personnes touchées et de la société

On a souligné qu'il est exigeant de faire une analyse coûts-bénéfices exhaustive de plusieurs options. Cette étape est encore plus complexe lorsqu'il faut appliquer les principes du développement durable, parce qu'il faut évaluer les impacts à long terme. Cependant on a indiqué qu'il s'agissait d'un outil très utile pour promouvoir des options auprès des décideurs.

Principales préoccupations et suggestions des participants concernant la phase identification et examen des options	
Préoccupations	Améliorations suggérées
• Souvent, il n'y a qu'une option de documentée • Lorsque c'est la DRSP qui applique les mesures : moins de déceptions • Notre capacité à évaluer les coûts-bénéfices est cruciale pour influencer • La région de Montréal dispose de l'expertise, mais en SE : - Parfois difficile de concilier les conclusions des experts et des décideurs - Parfois difficile de déterminer l'étendue des pouvoirs du directeur • Une perspective de développement durable complexifie l'examen des options (impact à long terme) • En SAT, il peut y avoir un manque d'ouverture de l'employeur face aux options les plus favorables pour la santé	• S'assurer que plus d'une option est documentée et présentée aux décideurs • Développer nos capacités à faire les analyses coûts-bénéfices • En SAT, cet exercice devrait se faire systématiquement en collaboration avec le milieu de travail

3.2.2.5 Choix de la stratégie

Phase au cours de laquelle les décideurs révisent les résultats de l'évaluation des risques et l'information recueillie pendant l'examen des options afin de sélectionner les solutions les plus appropriées.

On a indiqué que lorsque le processus de gestion des risques est sous la responsabilité de la santé publique, comme elle n'a pas à convaincre les décideurs d'autres secteurs, il n'y a alors, le plus souvent, qu'une seule option qui est documentée. Lors des entrevues, quelques directeurs ont déploré ce fait car ils doivent alors approuver une option sans pouvoir la comparer à d'autres.

Plusieurs préoccupations et suggestions portent sur la capacité de la santé publique à influencer les décisions des partenaires. On a souligné que la présence de données probantes facilitait l'acceptation des recommandations par les décideurs, que les compétences des professionnels en communication était essentielle et qu'il fallait parfois avoir recours à des stratégies politiques.

Principales préoccupations et suggestions des participants concernant la phase choix de la stratégie	
Préoccupations	Améliorations suggérées
• Dans bien des cas, le nombre d'options documentées est trop faible (une seule...) • Facilité par la qualité des phases précédentes • Le plus souvent la santé publique n'est pas décisionnelle • En SAT, manque d'harmonisation selon le médecin et l'établissement • Des principes importants ne sont pas inclus dans le Cadre (ex. : impacts économiques) • Pour influencer les décideurs, la DRSP doit identifier, considérer les leviers d'influence et la capacité d'agir	• S'assurer que les professionnels aient la formation pour véhiculer leur message pour influencer les décideurs • Préciser l'importance d'identifier les leviers d'influence et la capacité d'agir des parties prenantes relativement au risque • En SAT, cet exercice devrait se faire systématiquement en collaboration avec le milieu de travail (comme la phase précédente) • Avoir des données probantes et des professionnels formés pour influencer la prise de décision (non seulement pour émettre des recommandations)

3.2.2.6 Mise en œuvre des interventions

Le Cadre n'identifie pas d'étapes spécifiques pour cette phase. Il souligne l'importance de la planification et du suivi de l'exécution de la mise en œuvre des solutions. Il souligne qu'une attention particulière doit être portée sur la coordination intersectorielle des activités de communication.

Les répondants ont souligné que c'était rarement la santé publique qui était responsable de la mise en œuvre des interventions. Le plus souvent, le rôle de la santé publique est d'influencer les responsables de la mise en œuvre. En SAT on a souligné l'importance de favoriser l'implication de la CSST.

Principales préoccupations et suggestions des participants concernant la phase mise en œuvre des interventions	
Préoccupations	Améliorations suggérées
• Notre rôle est souvent limité à cette phase. Différence entre « faire » et « recommander que soit fait » • Plus difficile en SE et SAT qu'en MI • Résulte d'un choix politique que nous aurons réussi ou non à influencer • Dépend des partenaires, des coûts et de la volonté politique • En SAT, l'environnement réglementaire et les positions de la CSST ne favorisent pas toujours la mise en place de certaines mesures correctives par les employeurs récalcitrants	• Mieux prendre en considération l'impact de la mise en œuvre sur les ressources en place • Développer et intensifier les passerelles de collaboration intersectorielles • En SAT, favoriser l'implication de la CSST pour influencer le contrôle des risques

3.2.2.7 *Évaluation du processus et des interventions*

Cette phase porte sur le processus de gestion des risques, sur les interventions et aussi sur l'évaluation des objectifs de réduction des risques pour la santé. Elle implique généralement la mise en place d'un mécanisme de surveillance de l'état de santé.

En général, les répondants ont indiqué que cette phase était peu réalisée. On invoque des limites de temps, de manque de ressources, la difficulté d'évaluer les actions des partenaires.

Cependant, trois expériences d'évaluation ont été portées à notre attention. D'abord, dans son rapport annuel de 2003, la DRSP de Montréal-Centre (DRSP de Montréal-Centre, 2003) étudie 17 cas de gestion des risques. Pour chacun des cas, le rapport identifie les besoins d'améliorations. Le rapport se termine en présentant ce qu'il faut retenir de ces cas, ce qu'il faut améliorer et comment arriver à ces améliorations.

Une évaluation, réalisée dans la région de l'Outaouais, porte sur l'application des principes directeurs en situation d'urgence (Poissant & Plante, 2006). Après avoir présenté comment les principes ont été appliqués dans cette situation, les auteurs discutent surtout de la problématique de la communication du risque.

La troisième expérience d'évaluation portée à notre attention ne concerne pas directement les principes du Cadre, mais sur une expérience d'évaluation des aspects éthiques de l'acte médical en santé publique. Un comité formé à cette fin par le département de santé publique du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHU de Québec) a développé un outil (Guilbert, April, Landry, Roy, & Lavoie, 2012) contenant une quinzaine de critères éthiques. Il utilise cet outil pour vérifier l'aspect éthique d'un échantillon de dossiers d'intervention en santé publique.

Principales préoccupations et suggestions des participants concernant la phase évaluation du processus et de s interventions	
Préoccupations	Améliorations suggérées
• Manque de connaissances, d'habiletés, d'outils simples • C'est une nécessité, mais rarement faite. Sauf en situation d'urgence en SE lors d'un « débriefing » • Souvent perçue comme une perte de temps • Difficile à réaliser (implique plusieurs acteurs avec chacun ses préoccupations, contraintes et priorités) • Difficile d'avoir un point de vue critique sur ses propres interventions • Problème de légitimité (devoir s'imposer à un partenaire) • Difficulté à recueillir l'information	• Inclure dans les programmes ou plans d'action des indicateurs temporels pour le suivi des recommandations • Commencer l'évaluation dès le début du processus et le poursuivre jusqu'à la fin • Prévoir un soutien méthodologique (Rossignol, 2011) et un soutien technique (collecte des données) • En SAT, revoir le rôle des directeurs de santé publique dans les milieux de travail • Dans le document, distinguer l'évaluation du processus de gestion des risques de l'évaluation des effets et impacts de l'intervention • Les ressources étant limitées, plutôt que d'évaluer toutes les situations traitées, former un comité d'évaluation qui choisirait d'évaluer un ou deux projets. Il s'agirait d'une évaluation de l'acte de gestion des risques • On propose aussi la technique du journal de bord à trois colonnes. Dans la première colonne, on inscrit ce qui a bien été, dans la seconde, ce qui a moins bien été et dans la troisième, les améliorations à apporter

3.2.3 Commentaires généraux à propos du processus

Les répondants ont souligné l'importance de prévoir l'intégration des principes à toutes les phases du processus et de bien souligner l'importance de la communication. Quelques répondants ont souhaité que le Cadre conserve son caractère générique afin de pouvoir s'appliquer à toutes les situations dont les situations plus complexes comme les projets urbains. D'autres ont proposé d'ajouter une étape spécifique pour l'analyse des préoccupations et des perceptions des parties prenantes et une étape pour le transfert des connaissances. On a demandé de situer le Cadre par rapport à d'autres cadres éthiques ou méthodologiques.

Commentaires généraux concernant les contenus à améliorer ou à développer

- Le Cadre doit être souple et doit pouvoir s'adapter à de multiples situations
- Assurer la cohérence avec les principes à toutes les étapes du processus
- Souligner l'importance de prévoir le temps nécessaire pour la communication
- Les aspects de perception (concerns) et de caractérisation pourraient faire l'objet d'activités structurées
- Tenir compte de la complexité des risques des projets urbains qui nécessitent un découplage des pratiques, des expertises et des façons de faire
- Ajouter au processus une étape de transfert des connaissances et de l'apprentissage
- Prévoir que le Cadre doit être utilisé en complément d'autres cadres (dépistage, développement durable, Charte d'Ottawa, évaluation d'impact sur la santé...)
- Définir dans quelle situation le processus doit être utilisé (Champ d'application du Cadre)
- Préciser les liens avec les cadres éthiques en santé publique

Un ensemble de commentaires ont porté sur les besoins de collaboration entre les équipes d'une même région, entre les régions et avec l'INSPQ afin de favoriser la qualité et la cohérence des prises de position.

Commentaires généraux concernant la mise en application

- Les ressources en régions sont limitées
- Difficultés présentes lors du travail « *interéquipe* »
- La planification provinciale d'un dossier facilite le travail des régions
- S'assurer que les prises de position d'une région ou de l'INSPQ sont partagées : ne pas mettre les autres devant un fait accompli

Compte tenu du rôle essentiel des partenaires dans la gestion des risques, on a souligné l'importance de la collaboration avec les partenaires internes du réseau et avec les partenaires externes (DRSP de Montréal-Centre, 2003, p. 19).

Commentaires généraux concernant les partenaires

- Préciser au départ le mandat et le rôle de la santé publique dans le processus. (La plupart des dossiers de SE portent sur l'évaluation et la communication du risque)
- Favoriser une bonne relation avec la clientèle et les partenaires
- Faire connaître le Cadre aux partenaires
- Que les autres ministères intègrent l'aspect santé dans leurs stratégies de gestion des risques
- Développer/intensifier les passerelles de collaboration intersectorielle
- Préciser le rôle des CSSS dans l'information et le soutien aux citoyens

On a souligné l'importance de référer au Cadre dans les différents dossiers de gestion des risques et dans les guides de pratique et guides d'interventions spécifiques.

Autres commentaires généraux concernant le processus

- Les documents provinciaux (guides d'intervention, guides de pratique ou autres) devraient référer au Cadre
- Dans nos rapports sur la gestion des risques faire référence aux principes et au processus du Cadre

Note : afin d'éviter trop de répétitions dans le rapport, certains commentaires généraux ont été regroupés avec les besoins exprimés et sont présentés à la section suivante.

3.3 LES BESOINS EXPRIMÉS

3.3.1 Besoins concernant la formation

Il y a un assez large consensus sur les besoins de formation sur les principes et les méthodes de gestion des risques autant pour les nouveaux intervenants que pour les intervenants en place. Cependant, on souhaite que la formation soit spécifique et basée sur des cas concrets.

Besoins exprimés concernant la formation

- Formation initiale et continue
- Générale à tous les intervenants, gestionnaires et principaux partenaires
- Spécifique par domaine d'intervention aux spécialistes
- Formateurs dans chaque région
- Mentorat
- Basée sur des études de cas concrets en atelier

3.3.2 Besoins concernant les outils

Les outils souhaités par les intervenants sont des outils spécifiques à leur domaine. Ils devraient être simples, conviviaux, et opérationnels. On souhaite l'utilisation de différentes technologies.

Besoins exprimés concernant les outils

- Cadre général
- Outils conviviaux, simples, opérationnels
- Guide spécifique adapté au domaine (ex. : gestion des éclosions)
- Guide pour animer le processus dans un groupe de travail
- Fiches techniques d'aide à la décision
- Modèles d'avis et de communiqués
- Listes de vérification, rappel de style « post-it » ou affiches
- Vidéo avec des démos pratiques
- Site Internet, forum de discussion
- Logiciel d'analyses géospatiales, logiciel de cartographie
- Fiche synthèse « *Analyse de risques* » pour faciliter la prise de décision à la TCNSP

3.3.3 Autres besoins exprimés

Les directeurs sont soucieux de préserver leurs responsabilités en gestion des risques. Cependant, ils semblent prêts à sacrifier une partie de leur autonomie afin d'assurer l'harmonisation des pratiques et la crédibilité du réseau. Ils souhaitent améliorer la collaboration et la concertation entre les régions.

Besoins exprimés concernant les DRSP

- Mise en place d'un coût normé pour définir une masse critique d'experts par région
- Partager les résultats de leurs travaux avec les autres régions
- Favoriser le travail en réseau
- Création d'une communauté de pratique regroupant les praticiens de la gestion de risques
- Prendre des positions communes (à la TCNSAT) sur des lignes de conduite dans certaines situations

À des degrés divers, les répondants ont souligné l'importance du soutien de l'INSPQ. On souhaite que ce soutien soit bien structuré, que les services de l'INSPQ soient bien communiqués et que l'on sache à qui s'adresser pour les obtenir. On a aussi souligné l'importance de la capacité de l'INSPQ de répondre rapidement à certaines demandes.

L'importance du soutien attendu dépend de la complexité du problème. On comprendra que le besoin est plus criant pour les plus petites régions.

Besoins exprimés concernant l'INSPQ

- Doit assumer un leadership
- Formaliser une entente précise entre les régions et l'INSPQ
- Meilleur soutien de l'INSPQ au MSSS, aux régions et aux tables professionnelles
- Aller plus loin que la revue de littérature et inclure l'examen des options
- Ressources pour soutenir l'analyse des perceptions
- Augmenter les ressources dédiées au répertoire toxicologique, aux guides de pratique, revues critiques, synthèses de littérature, inventaires des bonnes pratiques
- Mise en place d'un mécanisme permanent de veille afin d'être prêt à aider les régions pour les problématiques en émergence
- Soutien dans l'évaluation des projets industriels
- Consolider le soutien pour les problématiques de pollution atmosphérique

La gestion des risques se fait le plus souvent en collaboration avec des partenaires. On a souligné l'importance qu'ils connaissent l'approche de la santé publique et que la santé publique connaisse celle des partenaires.

Besoins exprimés concernant les partenaires

- Renforcer l'appropriation de notre Cadre par nos partenaires
- Proposer des mécanismes pour mieux consulter les partenaires (sectoriels et intersectoriels), mieux comprendre leurs perspectives
- Mieux comprendre et influencer les priorités du MSSS

Enfin, les répondants ont souligné l'importance d'obtenir la collaboration des experts externes au réseau de la santé publique. Différentes ressources ont été suggérées.

Autres besoins exprimés

- Mise en place d'un forum d'experts
- Accès à une équipe d'économistes indépendants pour l'évaluation de coûts des options
- Équipes provinciales, pas nécessairement basées à l'INSPQ, pour soutenir les régions dans les situations précises et relativement urgentes
- Maillage avec les universités, accès rapide à des groupes de référence ou à une banque de consultants reconnus
- Accès à un comité-conseil à qui on peut faire appel au besoin
- Accès à une ressource en éthique pour des situations particulières

4 DISCUSSION

4.1 CHAMP D'APPLICATION DU CADRE

Le choix des équipes qui ont participé aux rencontres pour répondre au questionnaire est révélateur du jugement que portent celles-ci sur sa pertinence pour leur équipe. Il semble y avoir un consensus sur la pertinence du Cadre pour les domaines des MI, de la SAT et de la SE. Toutefois, seulement une équipe de PP a participé aux rencontres et aucune équipe de surveillance.

Lors des entrevues avec les directeurs, les points de vue étaient plus partagés sur le domaine d'application du Cadre. Quelques-uns souhaitent un élargissement du Cadre à l'ensemble de la santé publique alors que d'autres demandent que son champ d'application soit mieux circonscrit à certaines situations. Il nous semble que ceux qui souhaitent élargir l'utilisation du Cadre à l'ensemble de la santé publique font surtout référence aux principes alors que ceux qui souhaitent circonscrire son application à certains types de situations font surtout référence au processus.

La diversité des situations évoquées par les répondants (tableau 2) et les directeurs révèlent l'ampleur du champ de la santé publique considéré comme étant de la gestion des risques. En effet, outre les situations en SAT, en SE et en MI, on évoque des situations aussi variées que la bactérie *Campylobacter* en abattoir, les noyades dans les piscines résidentielles, la fluoruration de l'eau potable, l'interdiction de conduire avec alcoolémie > 0,05, la taxe sur les boissons gazeuses et le dépistage du cancer. En plus de cette ampleur du champ considéré comme étant de la gestion des risques, nous constatons une diversité dans les questions abordées dans chacune des situations. Si dans plusieurs situations la question porte sur les risques à la santé résultant d'une exposition naturelle ou causée par l'homme, dans d'autres situations, la question porte sur l'efficacité d'une option ou d'une stratégie (fluoruration, niveau d'alcoolémie permis, taxes sur aliments ou autre réglementation). Donc, dans le développement d'un guide, d'outils et du soutien pour la gestion des risques, il faudra se rappeler que le type de problème traité dans un processus de gestion des risques n'est pas seulement une source naturelle de risque ou créée par l'homme, mais peut aussi porter sur l'évaluation d'un risque en particulier ou d'une solution particulière.

Par ailleurs, certains ont souligné l'existence d'autres cadres, modèles, ou guides pour orienter l'intervention et ont insisté sur l'importance de circonscrire le champ d'application du Cadre par rapport à ceux-ci. Par exemple, on a évoqué la Charte d'Ottawa, le Programme national de santé publique (PNSP) et le processus de gestion des risques en sécurité publique. Un document provenant de la région de la Montérégie présente un aide-mémoire sous forme de tableau les différentes ressources pouvant être utilisées pour chacune des phases de la gestion des risques (Cambron-Goulet, 2010). Cet exercice illustre qu'un grand nombre de méthodes et outils de la santé publique peuvent être utilisés aux différentes phases de la gestion des risques. Cet aide-mémoire pourrait être utile pour la création d'une boîte à outils pour la gestion des risques.

4.2 DEVOIRS ET POUVOIRS DE LA SANTÉ PUBLIQUE EN GESTION DES RISQUES

Plusieurs régions ont souligné l'importance de tenir compte des mandats légaux de la santé publique dans le processus de gestion des risques. Par exemple, dans les cas de maladies à déclaration obligatoire (MADO) et de signalements, la loi confie aux directeurs de santé publique des responsabilités et lui accorde des pouvoirs (Groupe de travail sur les MADO et signalements d'origine chimique ou physique, 2012) qui sont particuliers à ce contexte. De la même manière, dans le contexte du PMSD, les recommandations du médecin-conseil ont une influence déterminante sur le retrait ou non de la travailleuse enceinte ou qui allaite. Dans le cas de la mise en place d'un programme de vaccination, la santé publique dispose d'une autonomie et de pouvoirs qui lui permettent d'assurer la mise en application de la solution (dans les limites de l'autonomie des individus). Cependant, dans d'autres situations, la santé publique disposera de moins de pouvoirs pour influencer les actions permettant d'éliminer ou réduire le risque comme c'est le cas, par exemple, pour les projets de développement urbains ou les salons de jeux.

Le Cadre ne fait pas suffisamment référence aux responsabilités légales du directeur en santé publique dans les situations de protection et de promotion de la santé. Il ne fait pas référence non plus aux pouvoirs conférés au directeur de santé publique par la Loi sur la santé publique (LSP) dans les cas de signalement et MADO. Dans un éventuel guide méthodologique de gestion des risques, il serait souhaitable de mieux tenir compte de la variabilité des responsabilités et des pouvoirs du directeur de santé publique selon la situation et d'adapter les activités en conséquence.

4.3 LA NATURE DES PRINCIPES

4.3.1 Des principes éthiques

Le Cadre, ne présente pas explicitement les principes directeurs comme des principes éthiques. Ils sont qualifiés de « *règles générales théoriques guidant et encadrant la conduite dans la démarche de gestion des risques* » (p. 13). On indique que certains des principes « *sont basés sur des valeurs ou des principes éthiques* » (p. 13). Plus loin dans le document ils sont qualifiés de « *valeurs ou de concepts* » (p. 6).

Quelques directeurs ont souligné la pertinence des principes pour l'ensemble de la santé publique. Un directeur nous a suggéré de tenter d'élargir la réflexion vers un cadre éthique en santé publique et nous a fait parvenir un article récent présentant une revue de la littérature à ce sujet (Lee, 2012).

Le fait de considérer les principes présentés dans le Cadre comme des principes éthiques nous invite à considérer d'autres principes éthiques qui interpellent les professionnels de la santé publique. Ils peuvent provenir du réseau de la santé publique, comme c'est le cas pour le PNSP qui contient neuf valeurs et principes éthiques (MSSS, 2003, p. 19) (tableau 5) ou des partenaires avec lesquels nous avons à collaborer comme le BAPE qui affiche aussi un certain nombre de valeurs éthiques (BAPE, 2010).

Tableau 4 Valeurs, principes éthiques et stratégies retenues dans le PNSP

Valeurs et principes éthiques	Stratégies retenues
• Le bien commun • La bienfaisance • La non-malfaisance • L'autonomie • Le respect de la confidentialité et de la vie privée • La responsabilité • La solidarité • La protection des individus, des groupes et des communautés vulnérables • La justice	• Renforcer le potentiel des personnes • Soutenir le développement des communautés • Participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être • Soutenir les groupes vulnérables • Encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces

L'intérêt d'examiner les principes de gestion des risques dans une perspective éthique permettrait de mieux encadrer la réflexion. En SAT, par exemple, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) aborde les questions éthiques dans le cadre de colloque sur la communication des risques (Potvin, 2011).

Ajoutons que le fait de considérer les principes du Cadre sous une perspective éthique permet d'envisager que le Comité d'éthique de santé publique puisse contribuer à l'évolution des principes et au soutien de leur mise en œuvre dans le réseau de la santé publique. Cette contribution pourrait notamment consister en l'émission d'avis sur des situations particulières comme il l'a déjà fait pour la fluoration de l'eau potable (Comité d'éthique de santé publique, 2011), en la production de documents d'aide à la réflexion comme celui produit pour la surveillance de l'état de santé de la population (Bouthillier & Filiatrault, 2003) ou en organisation d'ateliers méthodologiques comme il l'a fait dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP) 2012 (Lacroix, 2012).

Par ailleurs, lors des entrevues, on a attiré notre attention sur les autres principes par lesquels sont interpellés les acteurs de la santé publique. Il peut s'agir des principes mis de l'avant par le BAPE (BAPE, 2010) ou des seize principes identifiés dans la Loi sur le développement durable (MDDEFP). Il serait donc souhaitable que les intervenants de la santé publique connaissent les principes qui guident les actions de nos partenaires.

4.3.2 Principes directeurs versus mission, obligations déontologiques ou légales

La grande importance accordée au principe de protection de la santé humaine et au principe de rigueur scientifique a été expliquée en bonne partie par le fait que le premier est considéré comme « *la mission de la santé publique* » et le second comme « *notre manière de travailler* ». En effets, les commentaires sur le principe de rigueur scientifique révélaient que le principe de rigueur n'est pas considéré par plusieurs seulement comme un principe, mais plutôt comme une obligation professionnelle qui n'est pas vraiment discutable contrairement à un principe.

Ajoutons que quelques répondants ont souligné l'importance de distinguer les principes des obligations légales. Par exemple, en SAT, l'élimination des risques pour la travailleuse enceinte serait une obligation légale et n'est donc pas discutable contrairement à un principe.

Comme piste de solution, nous pourrions nous inspirer du BAPE qui distingue ses valeurs éthiques (BAPE, 2010) de ses règles déontologiques (BAPE, 2012). Il regroupe dans son code de déontologie les comportements attendus des commissaires comme l'acquisition des connaissances, la réserve, la courtoisie, la sérénité, la considération des participants, le respect, la participation des intéressés, l'accès à l'information et le respect de confidentialité.

4.4 LA CONCEPTION DU RISQUE

Plusieurs préoccupations exprimées par les répondants portent sur la difficulté de communiquer à nos partenaires et à la population l'importance du risque et la pertinence des solutions. Selon les préoccupations rapportées, le défi est de communiquer la vision de la santé publique aux partenaires et à la population. Il y a aussi quelques préoccupations exprimées concernant la compréhension par la santé publique des perceptions et préoccupations des partenaires et de la population.

Soulignons que le Cadre de l'IRGC présente le risque comme une « *construction mentale* ». Il indique que le risque n'est pas un phénomène réel, mais origine de la pensée humaine (IRGC, 2005, p. 23). Les acteurs organisent de façon créative les signaux du monde réel pour construire leur réalité (traduction libre). Considérer le risque comme une construction mentale a pour conséquence d'accorder une attention plus grande aux perceptions des différents acteurs.

Le Cadre actuel répartit cette investigation entre deux phases : la phase d'analyse du problème et du contexte et la phase évaluation des risques. Pour sa part, le processus de l'IRGC comprend une phase appelée « *risk appraisal* » qui est subdivisée en deux étapes : le « *risk assessment* » et le « *concern Assessment* ». Cette dernière étape comprend l'étude des perceptions, des préoccupations et des impacts économiques (IRGC, 2005, p. 13). Il nous semble que l'ajout de ces activités à la phase d'évaluation des risques du Cadre actuel pourrait contribuer à mieux comprendre les conceptions et préoccupations des partenaires et de la population et à leur accorder plus de place dans le processus décisionnel.

4.5 LES PRINCIPES PRIS INDIVIDUELLEMENT

4.5.1 L'appropriation de ses pouvoirs

Dans le Cadre, l'énoncé du principe indique que « *la santé publique doit favoriser le renforcement de la capacité des individus et des collectivités à prendre des décisions éclairées et à agir quant aux risques qui les concernent* ». Cependant, dans les explications qui suivent l'énoncé, il est surtout question de l'autonomie qui doit être laissée aux individus et aux collectivités dans les décisions les concernant. Il est souligné que l'ouverture et la transparence sont des conditions préalables à la mise en œuvre de ce principe.

La consultation révèle que ce principe est celui qui obtient le moins haut niveau d'importance et est parmi les moins souvent nommés parmi les trois plus importants principes.

Dans leurs commentaires, les répondants évoquent trois perspectives pour ce principe : l'autonomie quant à ses comportements individuels, l'implication collective pour influencer les décisions et la responsabilité professionnelle.

L'implication collective pour influencer les décisions a fait l'objet de plusieurs préoccupations, qui proviennent surtout des équipes de SE. On craint que les groupes de pression aient d'autres objectifs que la réduction des risques à la santé ou qu'ils ne soient pas représentatifs. Par contre, quelques préoccupations ont porté sur la difficulté à mobiliser la population pour des situations environnementales non aiguës comme les conséquences du réchauffement climatique.

Soulignons les trois perspectives rapportées dans la consultation sont traduites par trois principes différents dans le PNSP qui sont : l'autonomie, la responsabilité et la solidarité. On peut se demander si la compréhension et l'application de ces principes ne seraient pas facilitées par une harmonisation de sa définition avec celles du PNSP.

Par ailleurs, le Cadre ne traite pas de l'analyse du pouvoir des acteurs dans un processus de gestion des risques. Certaines préoccupations des répondants pourraient probablement être atténuées par une meilleure capacité à analyser le rôle des acteurs et leur pouvoir dans un processus comme celui de la gestion des risques (Lemieux, 2009).

4.5.2 L'équité

Dans le Cadre, l'énoncé du principe indique que l'équité consiste en la juste répartition des bénéfices et des inconvénients des risques au sein des communautés. Dans les explications qui suivent l'énoncé, plusieurs dimensions sont abordées. D'abord on traite de la nécessité d'adapter les interventions aux groupes vulnérables, ensuite on souligne l'importance de tenir compte de l'impact sur les générations futures, en troisième lieu on aborde la problématique de l'harmonisation interrégionale et enfin on ajoute qu'il vise la juste répartition des bénéfices et des inconvénients entre la population touchée et les promoteurs.

Dans la consultation, le principe d'équité se retrouve au troisième rang pour ce qui est du niveau d'importance et au quatrième rang comme principe le plus souvent nommé parmi les trois plus importants.

Les préoccupations rapportées dans la consultation concernent surtout le domaine de la SAT. On a souligné la différence du service selon le professionnel (certains médecins du travail signalent une menace à la santé, d'autres non), la région (différences de critères pour le PMSD), le secteur d'activité de l'entreprise (les secteurs non prioritaires n'ont pas droit aux services de santé au travail) et de l'entreprise elle-même (niveau variable de la prise en charge). Il nous semble que ces préoccupations vont au-delà du domaine de la gestion des risques. Elles concernent l'harmonisation des pratiques, les décisions politiques qui encadrent la SAT et les processus de prise en charge dans les milieux de travail. Elles illustrent la pertinence du principe pour guider d'autres activités de la santé publique.

On a aussi souligné l'importance de tenir compte des clientèles vulnérables. Par ailleurs, la difficulté de pondérer les bénéfices d'un projet et les risques pour la population touchée a aussi été rapportée. Ces aspects devraient probablement être abordés dans un guide méthodologique.

4.5.3 L'ouverture

L'énoncé du principe est un des plus détaillés du Cadre. Il indique que « *la santé publique doit permettre aux parties intéressées et touchées de participer au processus afin qu'elles puissent exprimer leur point de vue, faire connaître leurs perceptions et leurs préoccupations face à la situation, contribuer à la recherche de solutions et influencer les décisions de gestion.* »

Dans cette consultation, le principe d'ouverture se retrouve au quatrième rang pour son importance moyenne, ex æquo avec la transparence. Cependant, il est le moins souvent nommé parmi les trois plus importants dans des situations spécifiques.

Les résultats de la consultation indiquent que les mécanismes de consultation et de participation relèvent de l'instance qui est le maître d'œuvre du processus. Ils dépendent aussi du mandat et des responsabilités de la santé publique dans la situation traitée. Par exemple, dans le cas des signalements et des MADO la législation indique que c'est la responsabilité de la santé publique de décider et d'agir, donc dans ces situations, l'ouverture aux parties prenantes, pour leur laisser influencer la prise de décision, serait moins justifiée. Par ailleurs, on a souligné qu'il est plus difficile de manifester de l'ouverture en situation d'urgence.

Les résultats proposent donc que l'application du principe d'ouverture dépend de la situation. Il faut tenir compte des obligations légales de la santé publique, de l'urgence de la situation et du rôle de la santé publique dans la situation : est-ce qu'elle agit comme expert scientifique ou comme gestionnaire du processus?

Soulignons que l'IRGC insiste sur l'importance de comprendre la perception sociale du risque par les parties touchées et intéressées. Comme nous l'avons souligné plus haut, il propose un bloc spécifique d'activités dans le processus pour l'investigation de leurs perceptions et préoccupations. Nous verrons plus loin qu'il propose de moduler la participation des parties prenantes en fonction de la catégorie de la situation (simple, complexe, incertaine ou ambiguë).

4.5.4 Primauté de la protection de la santé humaine

Dans le Cadre, c'est le principe dont l'énoncé est le plus bref. On y dit que la santé publique « *doit accorder la priorité à la protection de la santé humaine* ». Cependant, dans les explications qui suivent, il est indiqué que la santé humaine doit être « *vue de manière globale en incluant les notions de maintien et d'amélioration de la santé et de la sécurité des populations et de prévention des maladies* » et que la santé doit être considérée comme la « *capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour*

elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie ». Après avoir donné cette définition du concept de santé, on indique que « *ce principe est lié au principe éthique de bienfaisance et à son corollaire, la non-malfaisance* ». La suite de la description porte sur la méthode de faire l'évaluation des risques et sur le fait que c'est le rôle du MSSS et des directeurs de santé publique.

La primauté de la protection de la santé humaine est le principe auquel les répondants accordent le plus haut niveau d'importance. Il arrive cependant après le principe de rigueur pour ce qui est du nombre de nominations parmi les trois principes les plus importants dans des situations spécifiques.

Certains ont questionné le fait qu'il s'agisse d'un principe. Plusieurs ont souligné qu'il s'agissait de notre rôle, de notre mandat, de notre raison d'être, que la présence d'un risque à la santé est une condition de notre implication dans le processus de gestion des risques. On a donné l'exemple des algues bleues où la santé publique s'est impliquée sans d'abord s'assurer qu'il y avait un risque pour la santé.

Par ailleurs, d'autres préoccupations portent sur les difficultés méthodologiques d'opérationnaliser une évaluation des risques avec une conception aussi large de la santé. On a suggéré de s'en tenir à une définition plus opérationnelle.

À la lumière des préoccupations et commentaires, on peut se demander si ce principe ne devrait pas être amené en introduction du Cadre où on présenterait le rôle de la santé publique dans la gestion des risques.

4.5.5 Prudence

L'énoncé du principe présenté dans le Cadre indique qu'il s'applique autant en situation de relative certitude (prévention) qu'en situation d'incertitude (précaution). La situation de relative certitude n'est pas très développée dans le document. Ce sont les situations d'incertitudes qui sont les plus discutées. Il est indiqué que « *la précaution fournit des indications sur la voie à suivre lorsque la science ne peut apporter de réponses suffisantes et précises* », mais que « *la précaution n'est toutefois pas une alternative à la science; elle exige au contraire beaucoup de rigueur dans l'application du processus.* »

Dans nos résultats, le principe de prudence se retrouve au sixième rang pour ce qui est du niveau d'importance et en cinquième rang pour le nombre de nominations parmi les trois plus importants.

Le principe de prudence est celui qui suscite le plus de préoccupations. Ces préoccupations concernent surtout les situations d'incertitudes scientifiques où on applique le principe de précaution. Elles portent sur la définition du principe et sur sa mise en œuvre. Certains questionnent même la pertinence du principe et les conséquences de sa mise en œuvre.

Nous pouvons probablement parler d'un sentiment d'incompétence de la part de certains répondants concernant l'application du principe. Cette perception s'explique probablement par le fait que la formation scientifique indique que la rigueur consiste à s'appuyer sur des données probantes, alors qu'en situation d'incertitude, il faut décider et agir sans cet appui.

Dans un essai publié en 2009, Beloin (Beloin, 2009) insiste sur l'importance de disposer d'une formulation précise du principe de précaution afin de faciliter son application. Cependant, elle conclut que la meilleure des formulations ne dispensera pas de tenir compte des valeurs et des marques culturelles lors de son application. De plus, le recours à l'expérience et à la réflexion critique restent également indispensables.

Par ailleurs, l'IRGC propose une méthode qui pourrait probablement répondre en partie à certaines préoccupations concernant l'application du principe de précaution. Il propose de distinguer les situations selon le type de connaissances disponibles sur les risques. Il distingue quatre catégories : simple, complexe, incertaine et ambiguë (voir la définition à la section 4.6.3) (IRGC, 2005, p. 6). Pour chacune des catégories, il en découle une stratégie pour l'évaluation, la gestion, l'implication des parties prenantes, les méthodes et les outils (IRGC, 2005, p. 12). De plus, il est indiqué qu'en situation d'incertitude, où il faut recourir au principe de précaution, l'expert devrait laisser plus de place au gestionnaire du risque et aux parties prenantes (IRGC, 2005, pp. 49-54). Donc, compte tenu de la complexité du traitement des cas d'incertitude et d'ambiguïté il est probable que les méthodes proposées par l'IRGC pourraient apporter une solution aux préoccupations observées dans la consultation.

Certaines préoccupations portaient sur la différence du niveau de risque jugé acceptable selon le secteur de la santé publique. Soulignons que dans certaines situations, comme pour la travailleuse enceinte, pour laquelle la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) spécifie qu'il faut éliminer les « *dangers physiques pour l'enfant à naître ou à cause de son état de grossesse, pour elle-même* [la travailleuse] », il reste peu de marge de latitude à l'intervenant pour juger d'un niveau de risque acceptable. Le contexte légal spécifique à un domaine peut rendre plus difficile l'harmonisation entre les secteurs de la santé publique.

4.5.6 Rigueur scientifique

Le principe de rigueur scientifique obtient le second rang d'importance, tout juste après le principe de primauté de la santé. La rigueur scientifique est le principe le plus souvent nommé parmi les trois plus importants.

L'énoncé de ce principe indique que la gestion des risques doit être basée sur les « *meilleures connaissances disponibles* », sur des « *avis scientifiques d'experts* » issus de toutes les disciplines pertinentes. Il est aussi indiqué que la gestion des risques doit considérer les points de vue minoritaires et les opinions provenant de diverses écoles de pensée. Il est aussi indiqué que la démarche doit être structurée et systématique. Donc la rigueur s'applique tant à la production d'information qu'au processus de gestion.

Les participants ont indiqué que la rigueur devait s'appliquer non seulement dans les situations où des données probantes sont disponibles, mais aussi dans les cas d'incertitude.

De plus, la rigueur devait aussi s'appliquer à l'étude des préoccupations et des perceptions des parties prenantes et de la population. Les préoccupations ne portent pas sur le principe lui-même, mais sur son opérationnalisation en particulier dans les situations d'incertitude. On a souligné la difficulté d'accéder aux connaissances, d'obtenir du soutien scientifique, de considérer les points de vue minoritaires et les opinions provenant de diverses écoles de pensée. Notons que les répondants n'ont pas associé la rigueur scientifique à la rigueur du processus.

Par ailleurs, lors des entrevues avec les directeurs de santé publique, la problématique de l'harmonisation entre les régions était souvent abordée du point de vue de la rigueur et de la crédibilité. Les directeurs de santé publique étaient très préoccupés par l'harmonisation entre les régions des avis sur les risques à la santé pour des situations pouvant se présenter dans leur région.

Nous pensons que la catégorisation des situations selon le niveau des connaissances disponibles et l'adaptation des stratégies à chacune des catégories comme le propose l'IRGC contribuerait à améliorer la rigueur de la gestion des risques. Par ailleurs, un meilleur réseautage des DRSP et l'amélioration du soutien de l'INSPQ pourraient répondre à une bonne partie des préoccupations exprimées.

4.5.7 Transparence

Comme indiqué plus haut, le principe de transparence arrive quatrième en terme d'importance, ex æquo avec le principe d'ouverture. Il est parmi les principes le moins souvent nommés parmi les trois plus importants avec les principes d'appropriation des pouvoirs et d'ouverture.

Les éléments essentiels de ce principe présentés dans l'énoncé portent sur l'accès à l'information pertinente et aux explications pour les parties intéressées tout en respectant les exigences légales de la confidentialité. Dans les explications, il est indiqué que le principe constitue une condition indispensable au principe d'appropriation de ses pouvoirs.

Les préoccupations des répondants sont surtout opérationnelles : difficulté d'appliquer le principe en situation d'urgence, le temps nécessaire à son application, identification des informations critiques, interprétation de la notion de confidentialité, compétences des intervenants en communication, vulgarisation de l'information. Certaines préoccupations sont davantage stratégiques : accord des partenaires pour diffuser l'information, risque d'alerter inutilement la population, réserver l'information en vue d'une utilisation stratégique.

Soulignons que le principe de transparence est appuyé par la Loi de l'accès à l'information et que les moyens devraient être mis en œuvre pour assurer son application.

4.6 LE PROCESSUS

4.6.1 Communication sur les risques

Les répondants ont souligné l'importance de tenir compte du rôle de la santé publique dans le processus. Selon qu'elle agisse comme responsable de la protection de la santé, comme

expert en estimation des risques ou comme promoteur de la santé, la santé publique pourra se contenter soit de transparence en rendant l'information accessible, soit être plus proactive afin de s'assurer de la compréhension des messages ou encore viser à persuader afin de favoriser des décisions et des actions favorables à la santé humaine. En fonction de son rôle, la santé publique passera donc de la simple transparence, à la communication structurée, à la communication persuasive et même à l'utilisation de stratégies politiques.

Nous avons indiqué plus tôt que l'IRGC conçoit le risque comme une « *construction mentale* ». Le risque n'est pas un phénomène réel, mais origine dans l'esprit humain. Ainsi le risque représente ce que les gens observent comme réalité et ce qu'ils vivent. (IRGC, 2005, p. 23) Cette conception du risque a des conséquences autant pour la communication que pour la place qui sera faite aux parties prenantes dans toutes les phases du processus. Nous pensons que la réflexion proposée par l'IRGC devrait être grandement considérée dans un guide méthodologique.

4.6.2 Définition du problème et du contexte

Les répondants ont indiqué qu'ils consacraient souvent peu d'énergie à cette phase. Cette situation s'explique probablement en partie par le fait que l'intervention est souvent réalisée dans un contexte relativement précis : MADO, signalements, PSSE, ou autres. Dans plusieurs cas, il existe des guides spécifiques pour ces situations. Par exemple, un guide de traitement des déclarations de MADO et des signalements d'origine chimique ou physique a récemment été publié (Groupe de travail sur les MADO et signalements d'origine chimique ou physique, 2012). L'analyse des programmes de vaccination a aussi son propre processus.

Certains répondants MI impliqués dans la mise en œuvre d'un programme de vaccination, ont indiqué qu'ils ne considéraient pas participer à un processus de gestion des risques. Ceci s'explique probablement par le fait que pour certains domaines les phases et même des étapes de la gestion des risques sont réalisées par d'autres instances que la DRSP. Par exemple, dans le cas de la vaccination, l'estimation du risque et le choix des vaccins se font au niveau national alors que la mise en œuvre se fait régionalement et localement. Dans le cas du PMSD une partie de l'estimation du risque est effectuée par l'INSPQ, une partie par le Comité provincial d'harmonisation du PMSD et une autre partie par l'équipe locale qui peut se rendre dans le milieu de travail alors que la mise en œuvre est assurée par l'employeur et la CSST. Il serait probablement utile d'analyser différents domaines afin de décrire le rôle des différents acteurs dans le processus.

Le Cadre proposé par l'IRGC nous invite à distinguer deux dimensions : l'*évaluation* [analyse et compréhension] et la *gestion* [décision et action]. Cette distinction nous semble utile pour mieux définir dès le départ le mandat de la santé publique dans un processus. Dans certains cas, elle apportera seulement son expertise en contenu, alors que dans d'autres elle agira également comme gestionnaire du processus.

4.6.3 Évaluation des risques à la santé

On a souligné qu'à quelques occasions des interventions n'ont pas été basées sur une analyse de risque approfondie. Quelquefois, on a confondu problème environnemental et risque à la santé. Afin d'éviter cette situation, on a insisté pour que cette étape soit toujours réalisée de manière rigoureuse.

On a cependant souligné les défis que pose la réalisation de cette étape. Elle nécessite de disposer des compétences nécessaires autant humaines qu'informationnelles. Le sentiment de compétence des régions pour cette étape semble associé à la taille de l'équipe. Le travail en réseau et la collaboration de l'INSPQ sont plus importants pour les petites équipes.

Il faut souligner que la gouvernance de ces risques se fait déjà beaucoup en réseau. Pensons au PMSD où sont impliqués : un groupe scientifique de l'INSPQ, un Comité provincial d'harmonisation, les DRSP et des équipes des CSSS. On pourrait aussi donner l'exemple des MADO pour lesquelles le fait d'être inscrites dans le règlement suppose déjà tout un travail d'analyse de lien de causalité entre des facteurs de risque et la maladie. Cette situation change la nature de l'évaluation du risque effectuée lors du traitement d'une MADO. En fait, pour la plupart des situations en santé publique on pourrait analyser les étapes réalisées par des instances différentes du réseau. Afin que l'intervenant puisse comprendre cette structure de gouvernance, il faudrait dans chaque cas mieux la décrire.

Par ailleurs, concernant l'aspect méthodologique, il nous semble que la catégorisation des situations selon le niveau de connaissances disponibles comme le propose l'IRGC permettrait probablement de réduire les difficultés associées à cette phase. Ces quatre catégories sont : simple, complexe, incertaine et ambiguë.

L'IRGC désigne comme étant « *simple* » les situations pour lesquelles les problèmes sont habituels et bien documentés. Normalement, pour ces situations les équipes se sentent compétentes et peuvent fonctionner de façon relativement autonome.

La seconde catégorie est dite « *complexe* ». Il s'agit de situations où des connaissances scientifiques sont disponibles, mais qui doivent être résolues avec des méthodes scientifiques rigoureuses comme la méta-analyse.

La catégorie « *incertaine* » est celle où les données probantes ne sont pas disponibles et où on a recours au principe de précaution. C'est dans cette situation que les intervenants ont rapporté le plus de préoccupations. Il faudra donc mieux préciser les façons de faire dans ces situations. Il faudra aussi s'assurer du partage des décisions entre les régions afin que tous se sentent à l'aise pour défendre la position.

La quatrième catégorie, qualifiée de « *ambiguë* » concerne les situations où l'interprétation de l'information et les représentations sont différentes entre les acteurs.

4.6.4 Identification et examen des options

Notons que l'évaluation des options peut demander une expertise très pointue. Par exemple, dans le domaine de la SAT, un cadre de référence a été développé spécifiquement pour

aider à évaluer la pertinence de la surveillance médicale en santé au travail (Comité d'experts sur le dépistage et la surveillance médicale en santé au travail, 2009).

En 2006, le MSSS a publié un document présentant une Carte de la santé et de ses déterminants (MSSS, 2012) qui peut probablement aider à la réflexion sur les déterminants de la santé et à l'identification d'options pour réduire les risques à la santé.

Soulignons que le Cadre ne fait pas référence à l'évaluation des options dans un contexte de développement durable où il faut tenir compte de l'impact pour les populations futures. Ajoutons qu'il ne traite pas non plus du contexte des évaluations environnementales stratégiques où l'on doit discuter des options plus fondamentales se situant plus en amont dans la chaîne de causalité. Le Cadre de l'IRGC pourrait aussi nous aider dans la réflexion sur l'identification des options. (IRGC, 2005, p. 21).

Compte tenu de la complexité de cette étape dans certaines situations, il faudrait envisager d'utiliser l'approche de l'évaluation d'impact sur la santé (ÉIS) qui se définit comme « *une combinaison de procédures, méthodes et outils qui permettent de juger des effets possibles d'une politique, d'un programme ou projet sur la santé de la population et la distribution de ces effets au sein de la population* » (Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 2009) (MSSS, 2006).

4.6.5 Choix de la stratégie

On a davantage souligné la nécessité de disposer de moyens pour pouvoir influencer les décideurs à cette phase. On a également souligné l'importance de disposer d'information de qualité sur les risques et les options, d'être crédible et d'avoir les compétences en communication.

Aucun répondant n'a souligné les pouvoirs dont dispose le directeur de santé publique dans les cas de MADO et de signalements pour influencer les décisions d'autres acteurs. Cependant dans les situations de menace à la santé, la LSP attribue aux directeurs de santé publique des pouvoirs particuliers (Filiatrault, Brassard, & Brazeau, 2002).

4.6.6 Mise en œuvre des interventions

Les répondants ont souligné que le rôle de la santé publique est généralement plus limité à cette phase, en particulier dans le cas de la SE et de la SAT, où ce sont les partenaires qui sont impliqués dans la mise en œuvre des solutions.

Il faut cependant souligner que dans plusieurs cas, les acteurs du réseau sont impliqués. Pensons aux programmes de dépistage, de vaccination et aux activités d'information et de surveillance médicale du PSSE.

4.6.7 Évaluation du processus et des interventions

Comme on l'a vu, les répondants disent avoir réalisé peu de suivi et d'évaluation de leurs interventions. Cependant certaines expériences rapportées peuvent inspirer une réflexion sur l'amélioration des pratiques. Les travaux de la DRSP de Montréal-Centre en 2003

illustrent qu'un rapport annuel peut être l'occasion de porter un regard sur les interventions réalisées, de faire ressortir les apprentissages et les idées pour améliorer les interventions futures.

L'expérience de la DRSP de l'Outaouais a porté essentiellement sur la mise en application des principes. Elle illustre cependant ce qui peut être fait comme bilan d'une intervention par une équipe de projet. Par ailleurs l'expérience du département de santé publique du CHU de Québec, illustre comment le processus d'évaluation de l'acte médical en santé publique peut contribuer à la réflexion sur l'application des principes.

Par ailleurs, on peut se demander dans quelle mesure certains suivis ne devraient pas être considérés comme des évaluations de l'intervention. Pensons aux suivis effectués suite au traitement d'une MADO ou d'un signalement qui consiste à vérifier si les mesures mises en place sont adéquates.

5 CONCLUSION

Le Cadre est peu connu par les intervenants de la santé publique. La consultation a été l'occasion pour beaucoup de se le remémorer ou d'en prendre connaissance. Ceux qui connaissent le Cadre font surtout référence aux principes.

Les types de situations jugées par les répondants comme étant du domaine de la gestion des risques sont variées : il peut s'agir d'un projet ou une situation existante, d'une exposition particulière, d'un problème de santé qui se manifeste où d'un moyen de prévention dont on questionne l'efficacité.

Les intervenants souhaitent d'une part un guide générique qui sert de référence commune pour la gestion des risques en santé publique, mais souhaitent aussi des outils et des activités de formation spécifiques à leur domaine d'intervention.

Afin de faciliter le travail avec les partenaires, beaucoup ont souligné l'importance de bien leur faire connaître notre mandat, nos principes et nos méthodes afin de faciliter le travail en collaboration.

5.1 LES PRINCIPES

Le niveau d'adhésion aux principes est élevé parmi l'ensemble des intervenants du réseau.

Les principes de primauté de protection de la santé humaine et de rigueur scientifique sont systématiquement placés aux premiers rangs. Certains ont souligné que ces principes s'imposaient. « La primauté de la santé est notre raison d'être alors que la rigueur scientifique est notre façon de travailler. »

Les principes d'appropriation de ses pouvoirs, d'ouverture et de transparence forment une trilogie et sont complémentaires. Il y a cependant certaines préoccupations lorsqu'il s'agit d'impliquer les parties prenantes dans la gestion des risques. Ces préoccupations concernent surtout la représentativité et les objectifs poursuivis par les groupes d'intérêts.

Le principe de précaution, qui est traité avec le principe de prudence dans le Cadre, fait l'objet de nombreuses préoccupations. Plusieurs demandent de préciser sa définition et d'encadrer son utilisation.

Comme les principes jugés parmi les trois plus importants dépendent de la situation, il est important de laisser une certaine latitude dans le choix des principes à appliquer selon la situation.

Les principes du Cadre font référence à des valeurs et principes éthiques de la pratique de santé publique. Les répondants ont souligné que d'autres documents traitent aussi d'approche éthique en santé publique. Il apparaît important d'intégrer ces valeurs et principes dans un référentiel qui pourrait être utilisé pour l'ensemble des pratiques en santé.

5.2 LE PROCESSUS

La grande majorité ont rapporté ne pas se référer systématiquement aux phases du processus.

La phase préévaluation ne semble pas poser de problème important. Cependant, certains considèrent qu'elle n'est pas toujours réalisée de façon exhaustive. On a insisté sur l'importance de s'en tenir aux rôles et responsabilités de la santé publique qui portent sur l'évaluation des risques pour la santé.

Le niveau de difficulté rapporté pour la phase d'évaluation des risques pour la santé varie selon la taille de la région. Les plus petites régions, n'ont pas toutes les ressources et l'expertise pour analyser toutes les situations et dépendent souvent de la collaboration des autres régions et du soutien de l'INSPQ.

L'identification des options et le choix des stratégies ne semblent pas problématiques. Quelques directeurs ont cependant déploré le fait qu'il y a rarement plus d'une option qui leur est présentée par les professionnels. Il est également mentionné que l'évaluation coûts/bénéfices des interventions envisagées n'est pas documentée. Un soutien d'expertise en économie serait souhaité. On souhaiterait aussi que pour chaque option on évalue mieux et plus globalement les bénéfices et inconvénients.

La mise en œuvre des solutions dans les problématiques de SAT et en SE relève en général des partenaires. La santé publique peut influencer les choix stratégiques et la mise en œuvre par la communication persuasive et l'on souhaite être bien outillé pour le faire.

On a souligné l'importance de bien utiliser les pouvoirs légaux dont dispose le directeur de santé publique en particulier dans les cas de MADO et de signalement.

La phase qui semble la plus problématique est l'évaluation du processus et des interventions. La majorité des régions conviennent qu'elles ne consacrent pas assez d'attention au suivi et à l'évaluation de leur intervention par manque de ressources et de temps.

Plusieurs ont souligné l'importance de disposer des compétences et des ressources pour soutenir la communication du risque et la communication persuasive pour la mise en place des solutions.

5.3 L'OPÉRATIONNALISATION POUR LES PROBLÉMATIQUES SUPRARÉGIONALES

Toutes les régions consultées souhaitent garder la responsabilité décisionnelle face aux problèmes qui concernent leur population.

On souhaite plus de travail en collaboration entre les régions et avec l'INSPQ. Ce travail en réseau pourrait compenser pour la différence de ressources disponibles dans les régions.

On souligne que beaucoup de travaux entourant la gestion des risques se font déjà en mode projet par des équipes comprenant des personnes provenant de différentes instances du réseau. Les répondants souhaitent le renforcement de ce mode de fonctionnement.

On souhaite une grande cohérence des décisions et des actions entre les régions pour faire face aux risques. On a insisté sur l'importance des échanges entre les régions afin de favoriser cette cohérence.

Plusieurs régions sont préoccupées par le maintien et le transfert des connaissances et souhaitent du soutien des autres régions et de l'INSPQ.

6 RECOMMANDATIONS

La consultation a permis de constater le haut niveau d'adhésion aux principes du Cadre et au processus proposé. Cependant plusieurs besoins et suggestions ont été exprimés concernant la mise en œuvre des principes et du processus. Nos recommandations visent donc à favoriser leur mise en œuvre.

6.1 INTÉGRER DAVANTAGE LA DIMENSION ÉTHIQUE À NOS TRAVAUX ET DÉCISIONS

Compte tenu de la grande importance accordée aux principes par les membres du réseau, des besoins exprimés pour améliorer leur mise en application dans le processus de gestion des risques et du souhait exprimé par plusieurs d'élargir leur application à l'ensemble de la santé publique, nous recommandons, d'une part, que le guide méthodologique indique comment s'assurer de l'application des principes dans les processus de gestion des risques et, d'autre part, nous recommandons l'élaboration d'un référentiel de valeurs ou principes applicables à l'ensemble de la santé publique.

Afin d'assurer l'application des principes à la gestion des risques, le guide méthodologique devrait expliciter les questions à se poser et les façons de faire à chacune des phases du processus. Le guide devra accorder une attention particulière à la mise en œuvre du principe de précaution.

Pour l'élaboration d'un référentiel de valeurs ou principes, nous recommandons d'explorer la possibilité d'impliquer la permanence et la présidence du Comité d'éthique en santé publique (CESP). Ce référentiel devrait être utile non seulement en gestion des risques mais pour l'ensemble des actions de santé publique. D'autres valeurs ou principes pourraient être ajoutés aux sept principes présentés dans le Cadre. Le référentiel présenterait la distinction entre valeur et principe; présenterait une définition de chacune des valeurs ou principe; distingueraient les valeurs qui s'inscrivent dans une perspective déontologique; suggérerait des façons d'intégrer les délibérations éthiques aux travaux et processus décisionnels de santé publique. Ce référentiel devrait porter une attention particulière aux besoins de la TCNSP.

6.2 DÉVELOPPER UN GUIDE MÉTHODOLOGIQUE ET DES OUTILS POUR LA GESTION DES RISQUES

Dans le Cadre, le processus de gestion des risques est peu développé. La consultation a révélé que ce processus était peu connu. Malgré ce qui avait été annoncé lors de la publication du Cadre, il n'y a pas eu d'outils ou de guide de développés pour faciliter sa mise en œuvre.

Nous recommandons l'élaboration d'un guide méthodologique pour soutenir le processus de gestion des risques. Ce guide se référerait au processus proposé dans le Cadre, mais les phases et activités pourraient être modifiées ou ajoutées afin qu'il réponde davantage aux préoccupations exprimées lors de la consultation. Le guide devrait intégrer certains aspects de l'approche proposée par l'IRGC (IRGC, 2005), en particulier en ce qui concerne la

conception du risque, la catégorisation des situations selon le niveau de connaissances, l'évaluation des préoccupations et l'implication des parties prenantes dans les décisions.

Le guide méthodologique devrait être accompagné d'outils utiles à la gestion des risques.

Une version complète du guide sera rendue disponible en format « PDF ». Lorsque possible, une version Web du guide sera produite afin de pouvoir faciliter les liens vers les connaissances, les outils et les diverses autres ressources pertinentes à la gestion des risques.

Un comité-conseil sera mis sur pied pour accompagner l'élaboration du guide méthodologique et des outils.

6.3 RENFORCER LA CONCERTATION ET LE TRAVAIL EN COLLABORATION

Lors de la consultation les répondants ont exprimé le besoin que le réseau de la santé publique partage une vision commune des risques pour la santé et des solutions recommandées. Par ailleurs, plusieurs équipes ont exprimé le besoin d'obtenir la collaboration des autres régions et de l'INSPQ pour traiter certaines situations.

À cette fin, nous recommandons la mise en place de mécanismes de partage de l'information et de délibération sur des situations afin de favoriser les consensus sur l'importance du risque pour la santé et les recommandations. Cette procédure devrait prévoir une façon d'identifier les situations à débattre, une façon d'identifier l'information nécessaire au débat, de partager cette information, d'animer la discussion, de prendre les décisions et d'en communiquer les résultats.

Pour les situations qui demandent la collaboration entre les régions et l'INSPQ pour la production de l'information, améliorer les mécanismes de travail en collaboration et voir à la création d'un espace (Lotus Notes ou site Web) pour faciliter le partage de l'information et les échanges sur ces situations.

6.4 SOUTENIR LA GESTION DU CHANGEMENT

La consultation a permis de constater que plusieurs participants ne connaissaient pas le Cadre malgré le fait qu'il soit publié depuis près de 10 ans. On comprendra donc, que même s'il y a un accord important sur son contenu, l'intégration des principes et du processus dans la pratique de gestion des risques nous semble relativement faible.

Nous recommandons donc que la réalisation du référentiel de valeurs et du guide méthodologique soit suivie par l'élaboration d'un plan de gestion du changement qui supporterait leur déploiement. Ce plan devrait d'abord viser les situations dans lesquelles l'INSPQ et les tables nationales sont impliquées. Il pourrait éventuellement couvrir les situations traitées régionalement.

6.5 SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES

Le besoin de développer les compétences du personnel actuel et du nouveau personnel dans les domaines éthiques et de gestion des risques a été exprimé par plusieurs répondants. Ceux-ci ont suggéré différents moyens pour développer ces compétences : formations par les pairs, formations en ligne, aide-mémoire, sites Web, communautés de pratique, séminaires, etc.

À cette fin, nous recommandons aux personnes impliquées dans le développement des compétences, d'accorder une attention particulière à la dimension éthique et aux méthodes de gestion des risques.

Par ailleurs, nous recommandons que les tables professionnelles et les différents groupes de travail intègrent dans leurs travaux les dimensions éthiques et les méthodes de gestion des risques.

6.6 COMMUNIQUER À NOS PARTENAIRES NOS VALEURS, MÉTHODES ET RECOMMANDATIONS

Lors de la consultation, beaucoup de répondants ont souligné l'importance que nos partenaires connaissent, et autant que possible partagent, nos principes et nos méthodes pour la gestion des risques à la santé. Par ailleurs, on a souligné la difficulté de mettre en œuvre les principes de transparence et d'appropriation de ses pouvoirs.

À cette fin, nous recommandons que des résumés « grand public » soient tirés du référentiel de valeurs ou principes et du guide méthodologique.

Il serait aussi souhaitable que soient produites des versions compréhensibles par le grand public des rapports d'évaluation des risques et des recommandations de la santé publique. Ces documents devraient être disponibles en ligne.

RÉFÉRENCES

ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec. (2011). *Charte municipale de la communication des risques liés aux matières dangereuses*.

BAPE. (2012). *Code de déontologie des membres du Bureau d'audiences publiques sur l'environnement*.

BAPE. (2010). *Déclaration des valeurs éthiques du Bureau d'audiences publiques sur l'environnement*.

Beloin, V. (2009). *Des politiques publiques guidées par le principe de précaution*. INSPQ.

Bouthillier, L., & Filiatrault, F. (2003). *Repères pour une réflexion éthique en surveillance continue de l'état de santé de la population*. MSSS.

Cambron-Goulet, É. (2010). *Gestion des risques populationnels (Aide-mémoire)*. DRSP, ASSS de la Montérégie (non publié).

Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. (2009). *Qu'est-ce que l'évaluation d'impacts sur la santé (ÉIS)*. INSPQ.

Charbonneau, S. (2010). *Agir efficacement dans le déploiement du changement*. HEC, Montréal.

Comité d'éthique de santé publique. (2011). *Avis sur un projet de fluoration de l'eau potable*. INSPQ.

Comité d'experts sur le dépistage et la surveillance médicale en santé au travail. (2009). *Cadre de référence pour le dépistage et la surveillance médicale en santé au travail*. INSPQ.

Dionne, M. (2010, Août 19). *La gestion des risques : Qu'en dit le Conseil International sur la Gestion des Risques*. INSPQ.

Dionne, M., Poulin, M., Bolduc, D., & Gauvin, D. (2011, Août 31). *Le principe de précaution : Ses principales caractéristiques, des exemples d'application et exercice de compréhension et de positionnement des DSP*. INSPQ.

DRSP de Montréal-Centre. (2003). *Rapport annuel 2003 sur la santé de la population Gestion des risques et santé : Un filet de protection pour notre temps*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Filiatrault, F., Brassard, S., & Brazeau, D. (2002). *Mieux comprendre la Loi sur la santé publique. Une synthèse des principales questions soulevées lors de sa présentation de janvier à juin 2002*.

Groupe de travail en gestion des risques. (2003). *Cadre de référence en gestion des risques pour la santé dans le réseau québécois de la santé publique*. INSPQ.

Groupe de travail sur les MADO et signalements d'origine chimique ou physique. (2012). *Guide de traitement des déclarations de MADO et des signalements d'origine chimique ou physique*. MSSS.

Guilbert, É., April, N., Landry, D., Roy, G., & Lavoie, M. (2012). *Grille d'évaluation des aspects éthiques en santé publique*. Département de santé publique du CHU de Québec (non publié).

IRGC. (2005, Septembre). *Risk governance Toward and Integrative Approach*. Genève, Suisse.

Lacroix, A. (2012, Septembre 26). *Un atelier méthodologique pour mieux intégrer l'éthique au jugement professionnel*. Consulté le 30 Janvier 2013.

Lee, L. M. (2012, Printemps). Public Health Ethics Theory : *Review and Path do Convergence*. Journal of Law, Medecine & Ethics, pp. 85-98.

Lemieux, V. (2009). *L'étude des politiques publiques. Les acteurs et leur pouvoir*. Les Presses de l'Université Laval.

MDDEFP. *Loi sur le développement durable*, chapitre II, article 6.

MSSS. (2006). *Guide pratique. Évaluation d'impact sur la santé lors de l'élaboration des projets de loi et règlement au Québec*. MSSS.

MSSS. (2012). *La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir*.

MSSS. (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*.

Poissant, L.-M., & Plante, R. (2006). *Une mise en pratique des principes directeurs de la gestion du risque en situation d'urgence; Évacuation préventive lors de l'extinction d'un incendie dans un dépôt de matériaux secs*. DRSP, ASSS de l'Outaouais (non publié).

Potvin, M.-J. (2011). *Éthique et communication du risque*. Consulté le Janvier 30, 2013, sur www.risst.qc.ca: <http://www.irsst.qc.ca/webtv-defis-professionnels-decideurs-citoyens.html>.

Rossignol, M. (2011). *L'évaluation de l'acte médical en santé publique*. DRSP, ASSS de Montréal.

ANNEXE 1

**QUESTIONNAIRE À COMPLÉTER PAR LA
DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE**

QUESTIONNAIRE À COMPLÉTER PAR LA DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE

À propos des principes présentés dans le Cadre de référence de 2003

A-1 Veuillez indiquer dans quelle mesure vous jugez important de respecter chacun des principes présentés dans le Cadre de 2003 (annexe I) pour orienter les prises de position face à un risque pour la santé. Indiquez aussi vos préoccupations et suggestions pour améliorer leur définition ou leur application. Indiquez ce qui doit être amélioré et si possible le moyen, le plus adapté à votre contexte de travail, pour le faire. Pour le niveau d'importance, s'il y a un consensus dans votre DRSP sur l'importance d'un principe, ne complétez que la case « DRSP ». Si une équipe se démarque du consensus de la DRSP, indiquez aussi la réponse pour cette équipe. S'il est impossible d'avoir un consensus pour la DRSP, n'indiquez que les réponses par équipe.

PRINCIPES	IMPORTANCE (0=aucune, 1=faible, 2=moyenne, 3=grande et 4=très grande)					VOS PRÉOCCUPATIONS Si vous considérez que l'application d'un principe est difficile, notamment avec les partenaires, veuillez le préciser dans vos préoccupations	SUGGESTIONS POUR AMÉLIORER
	MI	SAT	SE	PP	DRSP		
Appropriation de ses pouvoirs							
Équité							
Ouverture							
Primauté de la protection de la santé humaine							
Prudence							
Rigueur scientifique							
Transparence							

Importance relative de chacun des principes dans un contexte spécifique

A-2 Veuillez indiquer les trois principes que vous jugez les plus importants de respecter pour orienter la prise de position face à un risque pour la santé selon la situation. Si possible, indiquez l'ordre de priorité de 1 à 3. Pour l'éclosion de rougeole, nous vous demandons de considérer séparément le cas de l'enseignante et celui de l'étudiante. Ensuite, vous choisissez un cas parmi les trois suivantes : le déploiement des compteurs intelligents, l'exploitation des gaz de schiste et le déploiement d'un parc d'éoliennes. Enfin nous vous demandons de choisir un cas qui vous est familier, si possible dans le domaine de la prévention/promotion. Si vous ne trouvez pas un tel cas, vous pouvez traiter un des deux qui n'a pas été traité précédemment.

PRINCIPES	ÉCLOSION DE ROUGEOLE Risque pour une femme enceinte, enseignante ou étudiante, dans une école où sévit une éclosion de rougeole		☐ COMPTEURS INTELLIGENTS ☐ GAZ DE SCHISTE ☐ PARC D'ÉOLIENNES Indiquez les trois plus importants (1, 2 ou 3)	Prendre une situation de votre choix (si possible en prévention/promotion) ou une des deux non traitées précédemment Indiquez les trois plus importants (1, 2 ou 3)
	Enseignante Indiquez les trois plus importants (1, 2 ou 3)	Étudiante Indiquez les trois plus importants (1, 2 ou 3)		
Appropriation de ses pouvoirs				
Équité				
Ouverture				
Primauté de la protection de la santé humaine				
Prudence				
Rigueur scientifique				
Transparence				

Principes à ajouter

A-3 Un éventuel principe de conciliation des approches populationnelle et individuelle de gestion des risques en santé publique pourrait être défini ainsi :

Les DRSP gèrent les risques en adoptant une approche populationnelle qui se traduit par des recommandations pour des groupes cibles. Cependant, ces mêmes recommandations doivent laisser une certaine latitude décisionnelle aux professionnels qui sont tenus de considérer les caractéristiques des individus ou des sous-groupes concernés, incluant des dimensions administratives ou réglementaires spécifiques.

	NIVEAU D'ACCORD (0 = complet désaccord vs 4 = accord complet)	S'il vous plaît, expliquez votre réponse
Est-ce que vous trouvez que cette définition pourrait correspondre à un principe pour la gestion des risques en santé publique au Québec	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	
Quel est votre niveau d'accord avec la pertinence de ce principe?	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐	

A-4 Pensez-vous que d'autres principes devraient être ajoutés à ceux du Cadre de 2003? Si oui, pourriez-vous les nommer?	
A-5 Avez-vous des commentaires généraux sur les principes?	

À propos du processus de gestion des risques de portée régionale

B-1 Pour les problématiques que vous avez traitées dans votre région, veuillez indiquer le niveau de difficulté que vous avez rencontré pour appliquer le processus de gestion des risques, ainsi que vos préoccupations et les suggestions pour faciliter votre travail. Vos préoccupations et suggestions peuvent porter sur les connaissances, l'habileté, les attitudes des membres de votre équipe ou sur les ressources externes (documentation, outils, base de données, soutien interne ou externe ou autres). Soyez le plus explicite possible dans vos suggestions, indiquez ce qui doit être amélioré et si possible le moyen pour le faire le plus adapté à votre contexte de travail. Pour le niveau de difficulté, s'il y a un consensus dans votre DRSP, ne complétez que la case « *DRSP* ». Si une équipe se démarque du consensus de la DRSP, indiquez aussi la réponse pour cette équipe. S'il est impossible d'avoir un consensus pour la DRSP, n'indiquez que les réponses par équipe.

PROCESSUS	NIVEAU DE DIFFICULTÉ RENCONTRÉ (0=aucune, 1=faible, 2=moyenne, 3=grande et 4=très grande)					VOS PRÉOCCUPATIONS	SUGGESTIONS D'AMÉLIORATION
	MI	SAT	SE	PP	DRSP		
Communication							
Préévaluation							
Évaluation du risque							
Identification et examen des options							
Choix de la stratégie							
Mises en œuvre des interventions							
Évaluation du processus et des interventions							

B-2 Avez-vous des commentaires généraux sur le processus?	
--	--

Besoins d'outils, de formation et d'autres ressources

	Oui/non	Si oui, description et commentaires
B-3 Pensez-vous que des outils supplémentaires devraient être développés pour soutenir la démarche de gestion des risques?		
B-4 Pensez-vous que de la formation devrait être développée pour les personnes impliquées en gestion des risques?		
B-5 Pensez-vous à d'autres ressources qui devraient être développées ou mises en place?		
B-6 Pouvez-vous donner un ordre de priorité parmi les besoins et attentes exprimées aux questions B-3, B-4 et B-5 ?		

À propos de la gestion des risques à portée suprarégionale

C-1 La gestion des risques à portée suprarégionale (ex. : gaz de schiste, compteurs intelligents) nécessite une harmonisation entre les régions et l'implication d'acteurs nationaux. Veuillez exprimer les préoccupations de votre équipe et vos suggestions concernant la gestion des risques dans ces situations. Soyez le plus explicite possible dans vos suggestions, indiquez ce qui doit être amélioré et si possible le moyen, le plus adapté à votre contexte de travail, pour le faire.

Préoccupations	Suggestions

ANNEXE 2

GRILLE D'ENTREVUE AVEC LE DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

Guide d'entrevue avec le directeur de santé publique

1. Avez-vous des observations à nous faire concernant cette consultation, entre autres, sur le questionnaire utilisé et la dynamique que cela a créée dans votre direction?
2. Quelles sont maintenant vos attentes sur les résultats de cette démarche entreprise par l'INSPQ pour soutenir les directions de santé publique dans l'harmonisation de leurs pratiques en gestion des risques dans l'application des principes et des méthodes?
3. Quels sont d'après vous les points sur lesquels devraient porter les échanges à la TCNSP suite à la présentation des résultats de la consultation?
 - Plus particulièrement, croyez-vous que l'on doive mettre la priorité :
 - Sur la révision des principes de gestion des risques?
 - Sur des outils méthodologiques et du soutien d'expertise pour analyser les situations qui vous interpellent et établir des positions consensuelles?
4. Croyez-vous que l'on devrait aborder, dans cette démarche collective de développement des compétences des DRSP, les stratégies et les modalités de collaboration avec les partenaires concernés par la gestion des risques en santé publique?
5. Toutes autres questions que vous jugez utiles d'aborder avec nous.



EXPERTISE
CONSEIL



INFORMATION



FORMATION

www.inspq.qc.ca



RECHERCHE
ÉVALUATION
ET INNOVATION



COLLABORATION
INTERNATIONALE



LABORATOIRES
ET DÉPISTAGE

Institut national
de santé publique

Québec

