Les monographies du Centre québécois collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour le développement des Villes et Villages en santé

The Monographs of the Québec WHO Collaborating Center for the Development of Healthy Cities and Towns

Organisation mondiale de la santé

PRO SALUTE NOVI MUNDI OPAS

Organisation panaméricaine de la santé

RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE S ET VILLAGES SANTÉ

UNIVERSITÉ LAVAL

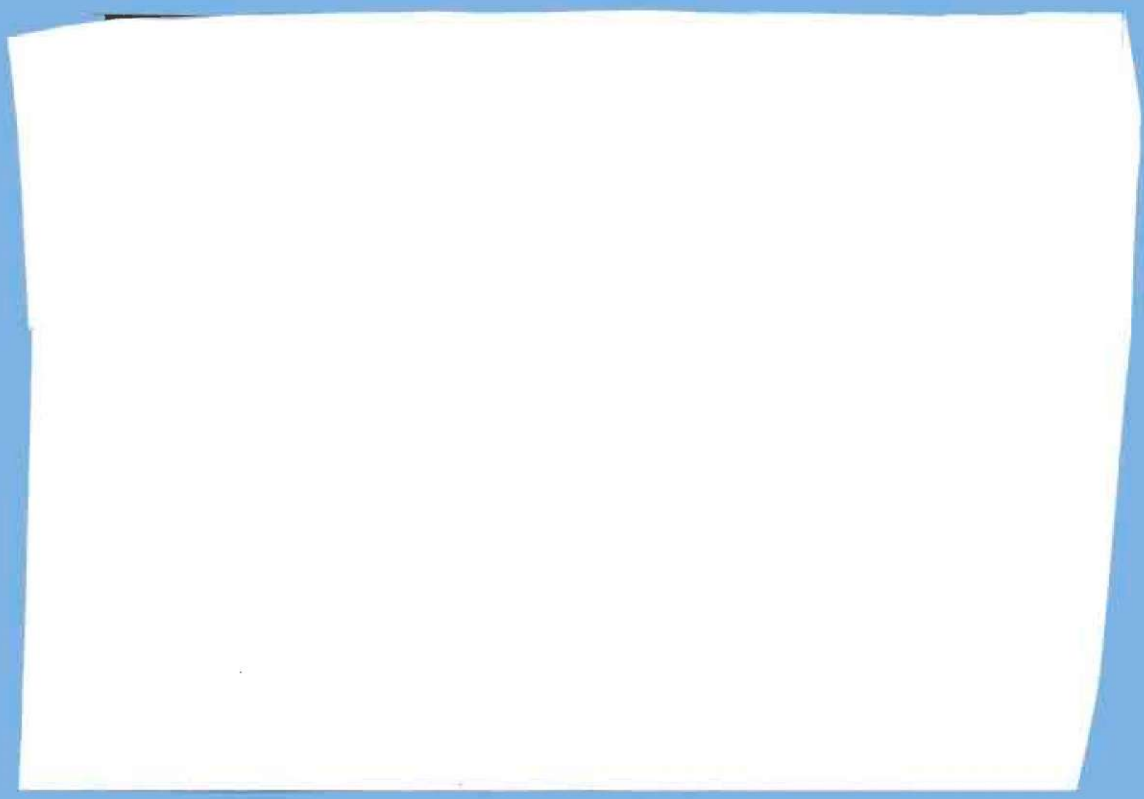
ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIÈRES

Groupe de recherche et d'intervention en promotion de la santé

WA
540
DC2.1
Q44
S234
1997

INSPQ - Montréal
3 5567 00001 5955

SANTÉCOM



Institut national de santé publique du Québec
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 2
Montréal (Québec) H2J 3G8
Tél.: (514) 597-0606

**Les monographies du
Centre québécois collaborateur
de l'Organisation Mondiale de la Santé
pour le développement
des Villes et Villages en santé**

Monographie No. 3

LA SANTÉ POLITIQUE

**Petit manuel d'analyse et
d'intervention politique dans le
domaine de la santé**

sous la direction de

Michel O'Neill, Pierre Gosselin, Michel Boyer

avec la collaboration de

André Dontigny, Étienne Labillois, Madeleine Breton

© Michel O'Neill, Pierre Gosselin et Michel Boyer

Mai 1997

ISBN : 2-9804329-4-6

ISSN : 1209-4900

© Michel O'Neill, Pierre Gosselin et Michel Boyer, 1997.

Des copies supplémentaire de cet ouvrage peuvent être commandées au coût unitaire de 17 $ (taxes et frais postaux inclus) en envoyant un chèque fait au nom du : Réseau québécois des villes et villages en santé (en $ Can. tiré sur une banque canadienne) au :

Centre québécois collaborateur de l'OMS sur VVS
2400 d'Estimauville
Beauport (Québec)
Canada, G1E 7G9

Téléphone : (+1)-418-666-7000, # 461

Télécopieur : (+1)-418-666-2776

Courrier électronique : vvs@esi.ulaval.ca

Cet ouvrage est dédié à titre posthume à Claude Lachapelle, militant politique de la première heure autour des enjeux du Sida. Claude est décédé en mai 1995, quelques jours après avoir fait parvenir ses dernières corrections au chapitre 4. Son départ a laissé un grand vide chez les militants dans ce domaine.

REMERCIEMENTS

Nous tenons d'abord à remercier Marc Dionne et Denis L'Heureux du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec qui, par l'intermédiaire d'une subvention dans le cadre du volet provincial du programme de recherche en santé communautaire, ont injecté dans ce projet suffisamment de ressources pour qu'il passe du stade de rêve à celui de réalité. Nous voulons ensuite remercier Madeleine Breton, André Dontigny et Étienne Labillois qui, à titre d'auxiliaires de recherche ont particpé à un processus qui s'est étalé sur une dizaine d'années. Nous voulons aussi souligner l'apport des auteurs-collaborateurs qui, pour la seconde moitié de l'ouvrage, ont fourni les exemples concrets qui illustrent les éléments plus théoriques de la première partie; leur patience, dans un processus beaucoup plus lent que prévu, a été exemplaire. La méthode d'analyse et d'intervention politique présentée ici serait loin d'être ce qu'elle est maintenant si plusieurs cohortes d'étudiantes et d'étudiants n'avaient accepté avec enthousiasme de la mettre à l'épreuve et de nous faire part de leurs commentaires et critiques; nous tenons à les remercier ici une fois de plus. Elle serait aussi différente si elle n'avait reçu un accueil empressé, nous reconfirmant à chaque fois l'impérieuse nécessité de développer un outil de la sorte, lorsque nous l'avons présentée à divers auditoires dans des congrès, colloques, ou séminaires au cours des années où elle a été élaborée. Finalement, nous tenons à remercier tout spécialement Georgette Boudreau, secrétaire à l'École des sciences infirmières de l'Université Laval, qui a fondu en un manuscrit impeccable des informations provenant de divers supports informatiques et manuels.

Michel O'Neill
Pierre Gosselin
Michel Boyer

Québec et Montréal, mai 1997

PRÉFACE I

L'action politique est un concept que les infirmières(iers) ont récemment accepté comme faisant partie de leur réalité professionnelle. Historiquement, plusieurs infirmières ont utilisé l'action politique pour amener des changements sociaux et organisationnels favorables à leurs clients/patients. Depuis l'époque de Florence Nightingale et Jeanne Mance jusqu'à ce jour les chefs de file tels Florence Emory, Dr Alice Girard et bien d'autres ont utilisé l'action politique comme moyen d'intervention. Le fait peut aussi être relevé pour les chefs de file des regroupements d'infirmières tels les syndicats et les associations professionnelles. Mais les professionnelles en sciences infirmières ont accepté, seulement depuis la fin des années 70, que le défi de l'action politique doit faire partie de leur bagage professionnel. Une revue de littérature, spécifique aux soins infirmiers, confirme que les premiers articles sur le sujet de l'infirmière et l'action politique datent de 1977. Progressivement au cours des années 80 l'intérêt s'est accru. Au cours des années 90 la littérature est abondante et le concept fait aussi l'objet de cours dans les universités et collèges et de formation en cours d'emploi. De plus, l'action politique est un des sujets vedettes pour les colloques ou conférences professionnelles au niveau local, provincial/territorial, national ainsi qu'au niveau international. Les infirmières utilisent l'action politique de plus en plus pour amener des changements sociaux ou organisationnels.

Une des difficultés la plus souvent rencontrée est l'absence de guide concernant le " comment " de l'action politique. Je définis l'action/processus politique comme " l'implantation d'une série d'actions concertées qui a pour but d'influencer les individus (ou groupes) à poursuivre un objectif convoité. " Dans ce contexte la seule connaissance du concept n'est pas suffisante. La connaissance et l'implantation de méthodologies sont des éléments clés qui font la différence entre l'atteinte ou non d'un but. Malgré une littérature abondante sur le concept de l'action politique il y a peu de documentation sur les méthodes d'approche, plus particulièrement les méthodes adaptées au monde de la santé ou au monde des soins infirmiers. Cette limite est d'autant plus évidente dans la littérature française. Le manuscrit La santé politique : petit manuel d'analyse et d'intervention politique dans le domaine de la santé, rédigé sous la direction de M. O'Neill, P. Gosselin et M. Boyer, est une contribution importante à ce chapitre.

La méthode d'analyse et d'intervention est développée de façon très détaillée plus particulièrement en ce qui concerne l'analyse des acteurs principaux dans l'enjeu politique. Ce manuscrit offre aux infirmières tant dans la pratique, que l'administration, l'éducation ou la recherche des façons concrètes de procéder à des changements planifiés. Une des forces du manuscrit est sa deuxième partie qui relate les expériences vécues et les critiques d'intervenants qui ont utilisé la méthodologie. Donc les auteurs nous offrent une approche réaliste.

Ce manuscrit démontre que l'action politique bien faite est une tâche ardue mais stimulante. Au cours de mon expérience, j'ai pu constater que lorsque les infirmières(iers) et les professionnelles de la santé ont un objectif clair, une approche systématique comme celle proposée ici et de la détermination, ils ont toujours du succès.

Ginette Lemire Rodger
Associée principale
Lemire Rodger et Associés
Edmonton, Alberta

PRÉFACE II

Un des politologues qui a le plus travaillé sur le pouvoir, Robert Dahl, a écrit que rien n'était plus néfaste pour la stratégie politique qu'une insuffisante compréhension du pouvoir et qu'une ignorance de la structure du pouvoir. Il ajoutait que les cimetières de l'histoire sont remplis de réformateurs ratés qui échouèrent non seulement à cause du rapport de forces, mais parce que leurs conceptions du pouvoir étaient à la fois simplistes et inexactes.

Cet ouvrage propose une méthode qui vise à éviter de telles erreurs. Il y a des acteurs favorables à une intervention, d'autres qui sont défavorables, d'autres encore qui sont indifférents par rapport à elle. Ces acteurs ont plus ou moins d'atouts de pouvoir et accordent une priorité plus ou moins grande à leur action pour ou contre l'intervention. De plus, il y a entre les acteurs de l'affinité ou de l'hostilité, ou encore de la neutralité, tout cela composant des alliances et des contre-alliances plus ou moins concertées. Les calculs proposés par la méthode pour mesurer ces phénomènes peuvent être améliorés. Ils apparaissent lourds et fastidieux aux utilisateurs. On peut se demander si des techniques plus légères et plus structurales, inspirées de la théorie des graphes, ne feraient pas mieux l'affaire.

Il demeure que la méthode a le mérite de bien cerner quelques-unes des principales composantes d'une situation politique, à l'exception peut-être des règles du jeu entendues au sens large, et des raffinements stratégiques qui sont le fait des acteurs les plus habiles. Il ne faut pas rejeter pour autant la voie proposée, mais travailler à la rendre plus adéquate, sans tomber dans une trop grande complication.

Souhaitons que les utilisateurs de la méthode, tout en améliorant grâce à elle leur action politique, contribueront également à améliorer l'outil, en vue d'une action politique encore plus efficace.

Vincent Lemieux, professeur titulaire
Département de Science politique
Université Laval, Québec

PRÉFACE III

Quel beau titre !

Quel beau titre en effet que *La santé politique* ! Et surtout évoquant, interpellant ! Avant même d'en entreprendre la lecture, on se dit : enfin des renforts pour admettre, redire, réaffirmer que la santé, avant d'être virus, lits d'hôpitaux, maladies, comportements malsains, groupes-cibles, etc. est un fait social qui entretient avec le politique des rapports complexes, rapports qu'il convient d'analyser, à partir desquels il faut travailler et sur lesquels il faut intervenir. Enfin et encore une fois, rivé leur clou à ceux et celles qui nient le rapport au politique (le président de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, le Dr Marier (1993) n'affirmait-il pas il n'y a pas si longtemps encore que *l'équation pauvreté égale maladie est fausse et coûte cher*) ou qui veulent garder la neutralité, ou encore ne pas se mouiller au nom du caractère soit-disant scientifique de la médecine ou de cette relativement nouvelle profession que serait la prévention/promotion de la santé. Enfin d'autres auteurs pour redire que la santé est tricotée serrée dans le tissu dense de l'économie politique et que la seule médicalisation des problèmes physiques et surtout sociaux constitue l'une des plus grandes mystification des dernières décennies. Enfin rétablis les droits et responsabilités du politique dans un contexte où l'on tend à ne responsabiliser que l'individu ou sa " communauté proche " i.e. principalement les femmes, et dans une conjoncture où certains ont dénoncé *l'insidieuse dérive personnaliste* contenue dans la réforme gouvernementale de la santé et du bien-être (Corin et als. 1990). Enfin replanté publiquement un appel à l'exercice de la citoyenneté car qu'est-ce au fond que ce *petit guide d'analyse et d'intervention sur les aspects politiques de la santé* si ce n'est un rappel que nous avons à nous occuper collectivement et solidairement des affaires et du bien-être de la cité, bien au-delà de nos intérêts personnels et/ou corporatifs.

Une méthode pour changer de cap ?

Les auteurs proposent donc une méthode d'analyse et d'intervention dans le domaine de la santé qui en privilégie la dimension politique i.e. qui met en cause les relations de pouvoirs. C'est énorme ! En ce sens, la méthode proposée par O'Neill, Gosselin et Boyer et leurs collaborateurs-trices constitue une prise de position qu'on pourrait certes qualifier de radicale dans certains milieux et dans le contexte actuel de " dépolitisation ". Impossible disent-ils de parler santé sans parler politique. Impossible d'intervenir en santé sans intervenir politiquement. Voilà qui invite certes à changer de cap !

Cette affirmation/position demeure la passion, l'intuition de base qui ont animé les auteurs et les ont fait tenir bon, cette passion étant d'ailleurs présentée comme une des clés du succès.

Une conception fonctionnaliste du politique

Ceci dit le bât commence à blesser dès l'introduction et la première partie où les auteurs situent les éléments de problématique reliés à la santé publique et expliquent pour qui, pourquoi et comment il faut intervenir politiquement en santé. Leur conception du politique défini en terme de relations de pouvoir, si elle demeure vraie, me semble complètement dégagée de ce dans quoi nous vivons aujourd'hui et maintenant; elle est décontextualisée, et donc purement formaliste et fonctionaliste. Elle est réductrice en ce qu'elle ignore les valeurs, les idéologies, les cultures dont toute politique et "la" politique est imprégnée.

Cette façon de concevoir le politique incite les auteurs à une extrême timidité dans l'énonciation des enjeux reliés à la problématique de la santé publique. On a l'impression que le fait de se référer à la " science politique " a incité les auteurs à faire l'économie d'une solide analyse du contexte social, économique et politique du Québec contemporain. Ce n'est qu'à la fin du premier chapitre que la problématique - éminemment politique et actuelle - de l'exclusion et de la marginalité, la seule qui compte véritablement pour nos générations, est mentionnée.

En ce sens on se serait attendu à ce que soit davantage campée et pris à parti la politique néolibérale qui à l'heure actuelle heurte, blesse, tue psychologiquement quand ce n'est pas physiquement des milliers de personnes, le quart de la population québécoise sans parler des pays " sous-développés ". On se serait attendu à ce que les auteurs parlent durement de la santé chancelante des politiques publiques et des acquis de la solidarité sociale et pas seulement des politiques publiques de santé. On se serait attendu à une perspective critique sur la *Politique de santé et de bien-être* qui constitue la charpente de l'intervention gouvernementale en matière de santé : or, il n'y a dans ce livre aucune référence à cette politique ! Pourquoi ? On se serait attendu à une critique redoutable de la médicalisation et de l'individualisation des problèmes de santé et des problèmes sociaux ... pour fonder solidement l'incontournable nécessité d'intervenir politiquement. On peut certes lire quelques affirmations ici et là qui vont dans ce sens mais rien de systématique, d'organisé et de structuré. Cette vision de fond fait cruellement défaut et nous laisse avec la désagréable impression qu'il s'agit d'une méthode qui se situe " hors du temps " ou encore qui relève du laboratoire.

De même, la séquence proposée des stratégies et le fait d'en privilégier une, la coopération, plus que les autres, la mobilisation et la contestation, aurait bénéficié de l'apport des expériences communautaires et des pratiques récentes de " collaboration conflictuelle " : les conclusions auraient pu être différentes. À cet égard, la Marche des Femmes contre la pauvreté constitue un modèle du genre où on a négocié en même temps qu'on mobilisait et où on a pu négocier parce qu'on mobilisait. D'autres expériences de confrontation-contestation qui demeurent dans l'ordre démocratique mais qui ne craignent pas d'en repousser les limites auraient pu être analysées avec profit.

Un langage philosophico-psychologisant agaçant ...

Le propos du livre et de la méthode vise à rendre les personnes affectées par une situation problématique, les intervenant-e-s, " acteurs ", sujets de leur propre histoire et de l'histoire collective. Or, le recours à un discours philosophico-psychologisant va à l'encontre de ce propos. Ce recours à des références de " nature humaine " ou aux arguments de " bons sens " est d'ailleurs surprenant sous la plume d'intervenants/professeurs qui prônent le contraire. On se

retrouve dans des lieux communs, des affirmations qui relèvent d'un simplisme décourageant ou des aphorismes présentés comme arguments ... Impossible de ne pas remarquer et d'être choqué par le ton condescendant, paternaliste et moralisateur qui marque plusieurs passages du livre.

Dans la lignée des pratiques de conscientisation

Ce livre par certains de ses aspects (et par certains seulement car la " timidité " politique des auteurs les en éloigne par d'autres aspects) s'inscrit dans la lignée, ô combien déterminante pour nombre de militant-e-s de plusieurs générations, des pratiques de conscientisation dont *La pédagogie des opprimés* de Paolo Freire (1980) demeure le livre-phare. Au Québec et plus récemment, le Collectif québécois de conscientisation a ouvert la voie et proposé une démarche qui s'y apparente (Ampleman et als. 1983). Il est donc étonnant de constater que ces références ne figurent pas dans la bibliographie et donc dans la réflexion critique des auteurs. Dommage : il y a là tout un bagage de réflexions théoriques et de pratiques concrètes d'intervention politique qui font partie de l'histoire et de la culture du mouvement communautaire québécois et qui auraient certes pu nourrir le cheminement des auteurs. De même il est étonnant de ne trouver aucune référence aux travaux de Ronald Labonté.

L'intérêt pour les organismes communautaires

La méthode proposée par les auteurs demeure sans conteste d'intérêt pour les organismes communautaires. Comment ? En ce qu'elle permet de faire produire à la " passion " et à " l'intuition " tout ce qu'elles contiennent de potentiel de transformation. Or, il ne manque aux organismes communautaires ni la passion, ni l'intuition, ni l'immersion totale et quotidienne dans la problématique de l'exclusion et de la marginalité. Il peut manquer parfois par ailleurs de méthode d'analyse, de rigueur, de continuité : l'outil proposé par les auteurs peut combler cette lacune ... si les groupes savent l'utiliser selon leurs moyens et leurs visées politiques. Certaines étapes et moyens apparaissent en effet très sophistiqués et nécessitent un matériel, (on pense aux supports informatiques), une expertise et des ressources financières que les groupes n'ont pas pour la plupart. On adaptera la méthode tout simplement !

Lorraine Guay, conseillère
Regroupement des alternatives en santé mentale du Québec
Montréal

RÉFÉRENCES

Ampleman, Gisèle, Doré, Gérald, Gaudreau, Lorraine, Larose, Claude, Leboeuf, Louise, Ventelou, Denise (1983) *Pratiques de conscientisation*. Montréal. Nouvelle Optique.

Ampleman, Gisèle, Barnabé, Jocelyne, Comeau, Yvan, Doré, Gérald, Duhaime, Ronald, Gaudreau, Lorraine, Humbert, Colette, Lacroix, Jacques, Leboeuf, Louise, Matte, Michel (1987) *Pratiques de conscientisation 2*. Québec. Collectif québécois d'édition populaire.

Corin, E., Bibeau, G., Martin J.-C., Laplante, R. (1990) *Comprendre pour soigner autrement : repères pour régionaliser les services de santé mentale*. Les Presses de l'Université de Montréal, p. 34.

Freire, Paulo (1980) *Pédagogie des opprimés* suivi de *Conscientisation et Révolution* La Découverte/Maspéro. Petite Collection Maspero (PCM). Paris. Aussi du même auteur: *L'éducation pratique de liberté*. Édition du Cerf, Paris, 1971.

Marier, Dr (1993) *Le Devoir*, 13 mars.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements iii
Préfaces v
Table des matières xiii
Liste des tableaux et figures xxi

****

Introduction : La santé politique : Pour qui ? Pourquoi ? Comment ? par Michel O'Neill, Pierre Gosselin et Michel Boyer 1

A) La santé politique : pour qui ? 2

B) La santé politique : pourquoi ? 4

C) La santé politique : comment ? 7

Références 11

****

PREMIÈRE PARTIE : INTERVENIR POLITIQUEMENT EN SANTÉ : POURQUOI ? COMMENT ? ... 13

CHAPITRE 1 : La santé politique : éléments de problématique par Pierre Gosselin . 15

Introduction : l'importance des politiques 15

A) Quelques éléments de contexte pour l'intervention politique en santé 17

a) La " nouvelle " santé publique et l'intervention politique dans les sociétés humaines 17

b) Les politiques publiques favorables à la santé : peut-on vraiment intervenir par le biais des politiques gouvernementales ? 20

B) Facteurs d'échec ou de réussite dans l'intervention politique 24

a) Les treize façons de manquer son coup 24

b) Sept façons de réussir 27

C) L'éthique de l'action : quelques dangers fréquents 33

Conclusion : quelques règles de conduite pour intervenir politiquement en santé 40

Remerciements 42

Références 43

CHAPITRE 2 : Naissance, développement et expérimentation d'une méthode d'analyse et d'intervention politique en santé par Michel O'Neill, Michel Boyer, Étienne Labillois, André Dontigny, Pierre Gosselin et Madeleine Breton 45

Introduction 45

A) Naissance et évolution du projet 46

B) L'expérimentation à l'Université Laval 49

a) Éléments de contexte 49

b) Origine professionnelle des personnes ayant expérimenté la méthode 50

c) Thèmes et milieux d'expérimentation 51

d) Principaux commentaires faits à l'égard de la méthode 53

C) Expérimentation de l'approche au lobbying développée par Michel Boyer 54

a) Introduction 54

b) Contexte universitaire 55

c) Contexte communautaire 58

Références 61

Annexe 2.1 - Liste des étudiantes et étudiants ayant expérimenté à l'Université Laval la méthode d'intervention politique entre 1991 et avril 1994 63

CHAPITRE 3 : Une méthode d'analyse et d'intervention politique en santé par Michel Boyer, Michel O'Neill et Pierre Gosselin 65

Introduction 65

A) Phase 1 : Choix d'un sujet d'intervention 66

a) Étape 1 : L'analyse de la problématique 66

1.1 La nature et l'étendue de la situation problématique en cause 67
1.2 Les conséquences de la situation problématique 67
1.3 Les groupes de population touchés par cette problématique 67
1.4 Les déterminants et les facteurs de risques 67

b) Étape 2 : l'objectif de l'intervention 68

2.1 La population visée par l'intervention 68
2.2 L'endroit où réside la population visée 68
2.3 Le résultat spécifique attendu de l'intervention 68
2.4 Le critère de succès de l'intervention 68
2.5 Le moment où l'objectif doit être atteint 68

c) Étape 3 : le choix de stratégies intervention 69

3.1 Choisissez la ou les stratégies de prévention 69
3.2 Choisissez la ou les stratégies de promotion de la santé 69
3.3 Énoncer les moyens que vous voulez mettre en oeuvre afin d'arriver à votre objectif 70

d) Étape 4 : L'identification d'un précédent 70

B) Phase 2 : Analyse de l'environnement politique de l'intervention 71

a) Étape 5: Identification des acteurs susceptibles d'avoir un impact direct ou indirect sur la mise en oeuvre de l'intervention 71

5.1 Identification des acteurs potentiels 71
5.2 Les acteurs à retenir 74

b) Étape 6 : L'analyse des faits, arguments et conséquences entourant la mise en oeuvre de l'intervention 77

6.1 Les faits et arguments 78
6.2 Les conséquences 80
6.3 Tableau synthèse des faits arguments et conséquences entourant la mise en oeuvre de l'intervention 81

c) Étape 7 : La quantification de l'impact des acteurs 82

7.1 Établir la position ou l'attitude de l'acteur face à l'intervention projetée 82
7.2 Établir le pouvoir de l'acteur, c'est-à-dire son efficacité potentielle à bloquer ou faciliter la mise en oeuvre de l'intervention 83
7.3 Déterminer la priorité de l'intervention pour chaque acteur 83
7.4 Calcul des chances de démarrer l'intervention sans opposition majeure 84

d) Étape 8: Utilisation de la " carte politique Prince " et de la " matrice des alliances " pour positionner les acteurs les uns par rapport aux autres 87

8.1 Utilisation de la « Carte Prince » 87
8.2 Utilisation de la " matrice des alliances " pour positionner les acteurs 95

e) Étape 9 : Prise de décision quant à la faisabilité politique d'entreprendre ou non l'intervention 102

9.1 L'analyse des faits, arguments et des conséquences sur la mise en oeuvre de l'intervention 102
9.2 Probabilité d'être capable de démarrer l'intervention sans opposition 103
9.3 Considération des liens entre les acteurs 103
9.4 Considération du niveau de priorité de l'intervention pour notre organisation ou nous-mêmes ainsi que de la possibilité d'un compromis 104
9.5 Prise de décision finale quant à l'intervention 106

C) Phase 3 : Planification de la dimension politique de l'intervention 107

a) Introduction : stratégies, tactiques et décideurs 107

1. Les stratégies 108
2. Les tactiques 108
2.1 Ajouter des acteurs favorables ou enlever des acteurs " indésirables " 108
2.2 Changer l'attitude de certains acteurs envers l'intervention 108
2.3 Changer notre pouvoir ou celui des autres acteurs 109
2.4 Changer l'ordre de priorité chez un acteur 109
3. Les acteurs en tant que décideurs 110

b) Étape 10 : La concertation 111

c) Étape 11 : La préparation de votre plate-forme politique 112

d) Étape 12 : Stratégie de coopération 113

12.1 Objectifs 114
12.2 Tactiques 117

e) Étape 13 : La stratégie de campagne 123

13.1 Objectifs 125
13.2 Tactiques 128

f) Étape 14 : La stratégie de contestation 130

14.1 Objectifs 130
14.2 Tactiques 131

Conclusion 133

Annexes 135

Annexe 3.1 : Outil de planification du travail : activités à réaliser 137
Annexe 3.2 : Éléments d'évaluation de l'étape 139

Annexe 3.3 : Outil de planification du travail de recherche complémentaire à effectuer 141
Annexe 3.4 : Proposition de grille de cueillette d'information pour chacun des acteurs retenus 143

Références 149

****

DEUXIÈME PARTIE : QUELQUES EXEMPLES D'ANALYSES ET/OU D'INTERVENTIONS POLITIQUES EN SANTÉ 153

CHAPITRE 4 : Quelques exemples d'utilisation par des organismes communautaires de l'approche au lobbying proposée par Michel Boyer, par Claude Lachapelle, Renée Pinard, Monique Beaulieu et Pierre Bergeron 157

Introduction 157

A) L'obtention de médicaments gratuits pour les personnes affectées par le VIH/SIDA .. 158

a) Problématique 158

b) Contexte 159

c) L'objectif 159

d) L'analyse politique du milieu 159

e) Arguments et conséquences 160

f) Stratégies et tactiques 162

g) Résultats 163

B) Abolition de la vente de bière à .5% par un terrain de jeu 163

a) Problématique 164

b) Objectifs 164

c) Stratégies mises en oeuvre 165

d) Résultats 166

C) L'accompagnement en milieu scolaire élémentaire d'élèves ayant des difficultés d'apprentissage 167

a) Problématique 167

b) Contexte 168

c) L'objectif 169

d) Analyse politique du milieu 169

e) Arguments et conséquences 169

f) Déroulement de l'action 170

g) Résultats 172

D) L'utilisation du lobbying dans le maintien des garderies 172

Références 175

Annexe 4.1 177

Annexe 4.2 179

CHAPITRE 5 : Le démarrage d'un projet Villes et villages en santé dans une municipalité rurale par Luc Côté 181

Introduction 181

A) Le contexte 182

B) Objectif 185

C) Analyse politique du milieu 185

a) Identification des acteurs importants 185

b) Calcul du poids politique des acteurs importants 186

c) Prise de décision quant à la possibilité d'intervenir 194

D) Planification et mise en oeuvre de l'intervention 195

a) La stratégie retenue 196

b) Résultats 197

E) Critiques face à l'utilisation de la méthode dans d'autres contextes 197

Références 201

CHAPITRE 6 : La sélection d'une modalité d'organisation de l'expertise en promotion de la santé dans une région du Québec par Donald Déry. 203

Introduction 203

A) Le contexte 204

B) Objectif de l'analyse 205

C) Analyse politique du milieu 205

a) Le poids des acteurs 206

b) Les liens entre les acteurs 211

D) La prise de décision 214

E) Planification de l'action politique 216

F) Critiques face à l'utilisation de la méthode 217

Références 219

CHAPITRE 7 : Mise en oeuvre du programme Kino-Québec dans une Régie régionale de la santé et des services sociaux par Alain Desranleau et Édith Dumont 221

Introduction 221

A) Le contexte 222

B) L'objectif 223

C) Analyse politique du milieu 223

a) Le poids politique individuel des acteurs 224

b) Les liens entre les acteurs 227

D) Prise de décision 232

E) Planification et mises en oeuvre 232

a) Simulation du scénario d'intervention politique envisagé 233

b) Planification opérationnelle de l'action politique 234

F) Critiques face à la méthode 235

Références 237

CHAPITRE 8 : Une analyse des principaux acquis infirmiers de la réforme Côté par Clémence Dallaire 239

Introduction 239

A) Le contexte 239

B) Objectif 240

C) L'analyse politique du milieu 241

a) Le choix des acteurs 241

b) La quantification de l'impact politique de chaque acteur 242

c) Les alliances entre les acteurs 246

D) Critiques face à l'utilisation de la méthode 248

Références 251

****

CONCLUSION: 253

****

NOTES BIOGRAPHIQUES SUR LES AUTEUR-E-S 257

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAUX

Tableau 1.1 : Aide-mémoire d'interventions en promotion de la santé 30

Tableau 2.1 : Origine professionnelle des intervenants ayant expérimenté la méthodologie 50

Tableau 2.2 Thèmes et milieux d'expérimentation de la méthodologie 51

Tableau 2.3 : Objectifs du cours TXM 485 " Le lobbying au service de la prévention en toxicomanie " 55

Tableau 2.4 : Évaluation par les étudiant-e-s du cours TXM485 57

Tableau 2.5 : Interventions communautaires où le modèle de lobbying a été expérimenté . 59

Tableau 5.1 : Énumération de quelques caractéristiques de la mentalité selon le secteur de la municipalité 183

Tableau 5.2 : Perceptions concernant la présence de problèmes dans l'environnement physique selon le secteur de la municipalité 184

Tableau 5.3 : Réponses des informateurs clés concernant l'importance du leadership des principaux acteurs de la communauté 186

Tableau 5.4 : Calcul du pouvoir en fonction du leadership, du statut légal et du contrôle des ressources de chaque acteur 187

Tableau 5.5 : Calcul du poids politique de chaque acteur selon la " Grille de calcul Prince " 187

Tableau 5.6 : Calcul de l'importance des alliances entre l'ensemble des acteurs prix deux à deux 192

Tableau 5.7 : Intégration des résultats du calcul d'importance des alliances pour les quatre acteurs principaux 193

Tableau 5.8 : Calcul du poids en alliance de chaque acteur 193

Tableau 6.1 : La " Charte Prince " dossier régional prévention-promotion 207

Tableau 6.2 : L'intensité des alliances entre les acteurs 212

Tableau 6.3 : Le poids en alliances selon les paires d'auteurs 213

Tableau 7.1 : " Grille de calcul Prince " Kino-Québec 224

Tableau 7.2 : La matrice des alliances 231

Tableau 7.3 : Calcul du poids en alliance de chaque acteur 231

Tableau 8.1 : La grille de calcul Prince à propos du CII 246

Tableau 8.2 : L'importance des alliances entre les acteurs 247

Tableau 8.3 : Le poids en alliances des acteurs 247

Tableau 8.4 : Comparaison des scores des acteurs avant et après l'utilisation de la méthode 248

FIGURES

Figure 3.1 : Les zones d'interprétation de la carte Prince 89

Figure 3.2 : Exemple d'utilisation de la carte politique " Prince " 91

Figure 3.3 : " Carte Prince " pour votre dossier 93

Figure 5.1 : " Carte Prince " pour Ste-Gabrielle à Claude 189

Figure 6.1 : La carte politique " Prince ", dossier prévention-promotion 209

Figure 7.1 : Carte politique Prince incluant la position des acteurs avant et après une simulation de scénario 229

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La santé politique : Pour qui ? Pourquoi ? Comment?

par Michel O'Neill, Pierre Gosselin et Michel Boyer[1]

Ce guide pratique d'intervention sur les aspects politiques du domaine de la santé est l'aboutissement d'un vieux rêve et s'inscrit en continuité directe avec nos préoccupations depuis de nombreuses années. En effet, l'un d'entre nous a déjà publié deux textes (O'Neill, 1987 et 1989) où une problématique et un début de méthode d'intervention politique étaient esquissés. Le second a été l'un des co-directeurs de **La santé contagieuse : petit manuel pour rendre la santé communautaire,** ouvrage qui, dans une perspective pratique, introduisait un algorithme décisionnel où les dimensions socio-politiques étaient très présentes pour aider à planifier des interventions dans le domaine de la santé (Chapdelaine et Gosselin, 1986); de plus, il travaille quotidiennement depuis de nombreuses années sur les aspects politiques de la santé environnementale. Le troisième, finalement, a de son côté développé une approche pratique au lobbying (Boyer, 1991) qu'il a commencé à diffuser sous forme de cours, dans le cadre du certificat en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke, et sous forme d'outil de travail, auprès de différents groupes communautaires avec lesquels il travaille depuis plusieurs années en tant qu'agent de projet au ministère fédéral de la santé.

Dans cette introduction, nous voulons d'abord spécifier **pour qui** ce livre a été conçu, **pourquoi** nous sommes convaincus de l'importance centrale de l'intervention sur les facteurs politiques dans le domaine de la santé et **comment** utiliser cet ouvrage. Précisons d'entrée de jeu que la méthode d'analyse et d'intervention sur les aspects politiques de la santé que nous proposons ici **n'a rien d'une recette miracle**. Elle ne peut garantir pas que les personnes qui l'utiliseront réussiront automatiquement leur projet ou leur programme. Toutefois, nous sommes certains, parce qu'elle a été expérimentée et raffinée à partir de la pratique et de l'expérience de dizaines de personnes dans des dizaines de situations concrètes, qu'elle permet d'éviter de grossières erreurs et d'augmenter raisonnablement la chance de succès de toute intervention effectuée dans le domaine de la santé. Surtout, nous avons réalisé qu'une telle méthode modifie chez ses utilisatrices et utilisateurs la perception du fonctionnement politique en société des personnes

---

[1] Le contenu du présent ouvrage n'engage que ses auteurs et ne représente pas nécessairement le point de vue des organisations qui les emploient.

et organisations dont les actions ont un rapport avec la santé. Nous prenons de plus pour acquis, tel que nous avons pu l'observer durant son expérimentation, que la méthode présentée plus loin sera utilisée avec prudence et discernement par des gens intelligents qui la prendront pour ce qu'elle est: un outil d'intervention **à adapter selon les besoins et le contexte particulier à chaque situation.**

A) La santé politique: pour qui ?

Nous avons conçu notre méthode d'analyse et d'intervention politique en ayant principalement en tête quatre groupes de personnes qui pourront l'utiliser avec profit. Le système de santé québécois a connu des transformations profondes depuis le début des années 1970. Depuis ce temps, plusieurs milliers de **professionnel-le-s** oeuvrent avec une approche de **santé communautaire ou de santé publique** dans les organismes dispensant ou planifiant les services dans le domaine de la santé ou des services sociaux. Ces personnes travaillent principalement dans les Centres locaux de services communautaires (CLSC) et les Directions de la santé publique des Régies régionales de la santé et des services sociaux créées par la réforme du début des années 1990. De façon générale, nous avons pu constater à leur contact, depuis une vingtaine d'années, que les professionnel-le-s de la santé communautaire (à nouveau appelée santé publique depuis la réforme de 1992), ont été formé-e-s principalement avec une vision clinique ou encore avec une vision de santé publique basée surtout sur l'épidémiologie et les techniques de gestion administrative. En conséquence, ils tendent généralement à sous-estimer l'existence et l'importance des facteurs politiques dans leurs interventions; cela a sans aucun doute contribué à l'échec ou au demi-succès de plusieurs de leurs programmes et à de nombreuses frustrations. Une méthode d'intervention politique répond ainsi à un besoin majeur pour eux, qu'ils soient aux études ou encore déjà sur le marché du travail.

Le besoin d'outils concrets permettant d'intégrer la dimension politique aux interventions en santé a aussi été manifesté par certains **professionnel-le-s de la santé et des services sociaux** oeuvrant **ailleurs qu'en santé communautaire**. Les infirmières, en particulier, sont un groupe de praticiennes dont la voix au chapitre quant aux orientations et au mode de fonctionnement du système de santé est beaucoup moindre que ce que leur nombre pourrait laisser supposer (Dallaire et als., 1994). Bien que récente, la conscience de la nécessité d'une

action politique plus soutenue est clairement manifeste au sein de cette profession (Dallaire, 1989, 1990a, 1990b, 1990c), de même qu'au sein des **nombreuses autres professions** (médecine, diététique, etc.) qui interviennent au sein du système officiel ou des systèmes parallèles de thérapies douces de toute nature qui prennent en charge les problèmes de santé des québécoises et québécois. Ici encore, nous avons pu observer que notre méthode est utile autant aux personnes déjà sur le marché du travail qu'aux étudiant-e-s.

Finalement, le Québec fourmille de **groupes communautaires** de toutes sortes (Fortin, 1994) et **d'autres types d'organismes** qui, tels les projets municipaux de Villes et Villages en santé (Fortin et als., 1991) ou certains groupes écologistes, oeuvrent avec une perspective intersectorielle dans des dossiers qui ont un rapport direct avec la santé de la population.

C'est principalement pour ces quatre types d'intervenants que notre méthode a été développée. Toutefois, elle repose sur des bases suffisamment larges pour inspirer des groupes ou des personnes oeuvrant dans d'autres domaines que celui de la santé et des services sociaux. En effet, comme on le montrera plus loin, les rapports de pouvoir qui définissent la dimension politique du fonctionnement en société des individus et des groupes sont une partie constituante de toute relation humaine, qu'elle ait ou non un lien avec la santé.

Dans cet ouvrage, nous prenons pour acquis le fait que les personnes utilisant la méthode présentée plus loin ne sont que peu ou pas familières avec les aspects politiques des dossiers dans lesquels elles oeuvrent. Toutefois, les personnes plus habituées à ces aspects y trouveront aussi leur compte. En effet, l'expérience nous a montré que même pour les gens qui sont politiquement sensibles ou même habiles, l'intervention politique est souvent davantage laissée à l'intuition qu'à une planification un tant soit peu systématique. Loin de nous l'idée de vouloir nier ou encadrer toute intuition. Nous demeurons cependant convaincus, et l'accueil reçu par notre méthode jusqu'ici dans différents milieux nous l'a confirmé, que d'avoir en main un outil simple et pratique est d'une très grande utilité, même pour les personnes politiquement expérimentées. C'est pourquoi, après de nombreuses recherches infructueuses dans divers ensembles de littérature, nous avons décidé de nous mettre à la tâche et d'en élaborer un, à partir des démarches décrites dans le chapitre 2.

Nous sommes donc convaincus que la méthode d'analyse et d'intervention politique présentée plus loin sera utile à un public vaste et diversifié et ce non seulement au Québec, mais n'importe où ailleurs. Avant de passer à **comment** utiliser ce livre, voyons toutefois d'abord **pourquoi** nous croyons à l'importance d'avoir un outil de ce genre pour intervenir dans le domaine de la santé.

B) La santé politique : pourquoi ?

Durant les vingt dernières années, le peu de présence des disciplines des sciences sociales dans la formation et dans la pratique des intervenant-e-s québécois-e-s en santé (et en particulier en santé communautaire) a eu à notre point de vue une double conséquence. D'une part, en rationalisant la pratique et les programmes avec une approche par " population cible ", on a eu tendance à oublier que les groupes et communautés sont des entités vivantes et organisées. On les aborde trop souvent comme la médecine spécialisée aborde le corps humain, en les découpant en petits morceaux que l'on approche sans référence à l'ensemble (O'Neill,1978). D'autre part, et c'est sur quoi nous insistons particulièrement dans le présent ouvrage, les praticien-ne-s de la santé ont dans la grande majorité des cas complètement oublié la dimension politique de la vie humaine, bien qu'on commence à y être un peu plus sensible qu'il y a cinq ou dix ans (Dontigny, 1991).

Par **dimension politique**, on entend dans ce livre **l'existence, dans tout regroupement humain, de relations de pouvoir qui déterminent de façon significative, quoique non-exclusive, les comportements des individus, des groupes ou des collectivités. La relation de pouvoir**, fait référence à **la capacité de certains individus ou de certains groupes à contraindre d'autres individus ou groupes à agir d'une manière déterminée** (O'Neill, 1987). Il ne s'agit donc pas ici exclusivement de politique partisane, mais de l'ensemble des rapports de force, présents dans toute société, qui ont inévitablement un impact important sur le travail des professionnel-le-s et des autres personnes oeuvrant dans le domaine de la santé. Un exemple illustrera ce que nous voulons dire.

Depuis plusieurs années, une emphase est mise au Québec sur la promotion d'une saine alimentation par les organismes de santé communautaire. Plusieurs de ces organismes ont eu

des programmes à cet effet, construits par du personnel compétent (nutritionnistes en particulier) qui agit en harmonie avec des interventions provinciales en nutrition et à l'aide d'outils souvent élaborés de concert avec l'entreprise privée produisant des aliments sains (le Bureau laitier du Canada, par exemple).

Or, il y a quelques années, les programmes de nutrition en milieu scolaire mis de l'avant par le personnel de santé communautaire ont en plusieurs endroits été fortement concurrencés par Ronald McDonald lui-même. En effet, un des services " communautaires" offerts aux écoles par de nombreuses succursales de la puissante chaîne de restauration rapide, était la " visite industrielle " d'un restaurant McDonald. Guidée par le clown mascotte, la classe s'y rendait en compagnie du professeur; on allait derrière le comptoir, dans les réfrigérateurs, la cuisine etc.; et le tout se terminait bien entendu par une dégustation de ces aliments dont les nutritionnistes dénoncent la trop fréquente présence dans nos menus et par un encouragement à venir renouveler la dégustation en compagnie des parents. Une séance de dessins en classe servait parfois de complément pédagogique (et de renforcement du message McDonaldien...) à cette visite.

Que faire de ces visites ? Voilà le problème concret auquel plusieurs professionnel-le-s de la santé communautaire ont été confronté-e-s. Devait-on les ignorer ? Devait-on tenter de les empêcher, quand on sait que le pouvoir du message de Ronald est très important et qu'il est renforcé par des campagnes médiatiques qui sont des modèles du genre, éminemment plus populaires que les exposés des nutritionnistes sur les quatre groupes du guide alimentaire canadien ? Voilà un type de situation politique courant dans la pratique quotidienne de la santé communautaire au niveau local, qui désarçonne significativement des professionnel-le-s que leur formation ne prépare pas à affronter de telles situations.

Cet exemple suffit à montrer que l'omniprésence de la dimension politique dans les interventions en santé, à quelque niveau du système que ce soit, est un facteur clé à prendre en considération si l'on veut prétendre à une quelconque efficacité dans la mise en oeuvre de programmes ou de services dans ce domaine. On notera, dans l'exemple précédent, qu'une analyse politique plus systématique de la situation n'aurait probablement pas changé grand chose aux événements. Il existe toutefois plusieurs cas où le fait de travailler plus politiquement

a donné des résultats aussi importants qu'inattendus; par exemple, la politique d'arrosage des forêts du Québec contre un insecte destructeur (la tordeuse du bourgeon d'épinette) a été modifiée de fond en comble suite à une approche politisée de ce dossier par deux Départements de santé communautaire convaincus des dangers que présentait pour la santé de la population ce mode de gestion de la forêt (Gosselin, 1986). Les interventions des organismes communautaires sont aussi fréquemment entreprises sur le mode politique, avec des taux de succès variables mais souvent importants.

De plus en plus, les personnes intervenant dans le domaine de la santé, à force d'échecs, se rendent ainsi compte que ce n'est pas parce que leur analyse de la situation est mal faite, ni parce que leur programme ou leur service sont mal conçus qu'ils ont peu réussi. C'est souvent parce qu'elles n'ont pas su comprendre ni utiliser de façon appropriée les forces politiques en présence. Cela ne les incite toutefois pas nécessairement à se lancer dans l'intervention politique car, il existe souvent un préjugé négatif envers l'intervention politique. Cela est particulièrement vrai pour les professionnel-le-s de la santé qui, pour diverses raisons idéologiques, structurelles et techniques, sont peu enclins à intervenir sur la dimension politique des problèmes.

En effet, la motivation *idéologique* première qui les incite à embrasser le type de carrière qu'ils ou elles ont choisi est généralement un " idéal de service " où la compassion et l'aide aux individus affectés par la maladie sont des éléments centraux. Dans cette optique, les professionnel-le-s de la santé ont généralement tendance à ne pas vouloir se préoccuper, ou même à nier, les rapports de pouvoir qui les entourent : ces rapports heurtent de manière fondamentale les valeurs de base qui les ont attirés vers le métier qu'ils ou elles pratiquent. Il y a bien sûr des exceptions notables, mais Milio (1970) montre avec éloquence les dilemmes intérieurs profonds qui confrontent les professionnel-le-s de la santé qui se décident à agir plus politiquement.

Le second ordre de raisons est *structurel*. À une époque de démantèlement de l'État providence, de crise fiscale des gouvernements et de coupures de plus en plus dramatiques dans les services publics, le climat dans les organisations qui embauchent la plupart des professionnel-le-s de la santé n'est pas tellement à la visibilité. Or, les interventions politiques ont souvent beaucoup

d'éclat et elles risquent d'attirer les foudres des autorités qui veulent réduire les services; cela ne rend donc pas les interventions politiques très populaires par les temps qui courent où un " profil bas " est souvent perçu comme nécessaire à la survie.

Finalement, le dernier ordre de raisons qui freinent l'intervention plus politique des professionnel-le-s de la santé est *technique*. En effet, alors qu'on dispose d'un appareillage technique sophistiqué pour analyser les besoins de la population, pour dispenser de nombreux services préventifs, curatifs ou de réadaptation, et même pour évaluer des interventions de diverses nature, il n'existe que très peu d'outils de travail concrets permettant aux personnes ayant fait le choix d'intervenir politiquement de le faire.

C) La santé politique : comment ?

Pour conclure cette introduction, quelques mots sur la manière d'utiliser ce livre. Comme on peut le constater à la lecture de la table des matières, l'ouvrage est divisé en deux grandes parties. Dans la première, on présente d'abord au **chapitre 1** quelques éléments de problématique quant au lien entre politique et santé, en insistant sur les aspects éthiques : le fait de disposer d'un outil politique plus efficace nous autorise-t-il à imposer nos vues à tout le monde ? Le **chapitre 2** est en quelque sorte notre chapitre méthodologique : il explique comment nous avons procédé pour construire et expérimenter l'outil d'analyse et d'intervention politique en santé que nous proposons. Quant au **chapitre 3**, c'est le coeur de l'ouvrage. C'est de loin le chapitre le plus long, et c'est là que nous présentons de manière détaillée les trois phases et 14 étapes de notre outil d'intervention.

Le contenu du chapitre 3, même si nous l'avons conçu de manière à ce qu'il soit le plus clair possible, pourra toutefois sembler un peu abstrait et difficile à comprendre pour la personne peu familière avec les aspects politiques de la réalité. C'est pour cela et aussi pour faire écho à **La santé contagieuse** publiée sous la co-direction de l'un d'entre nous (Chapdelaine et Gosselin, 1986) que la seconde partie de notre livre contient neuf exemples d'applications pratiques de notre outil. C'est peut-être par là, en lisant un ou deux de ces exemples, que la personne peu familière avec les aspects politiques du domaine de la santé devrait commencer; les technicalités

de notre méthode n'étant pas expliquées dans ces exemples, cela obligera probablement à un va-et-vient avec le chapitre 3, ce qui favorisera une approche moins abstraite de la méthode.

Les exemples de la seconde partie sont des illustrations concrètes de l'utilisation qui a été faite de notre outil, à divers stades de son raffinement, par des personnes oeuvrant dans des situations variées. Nous avons volontairement choisi des situations montrant la variabilité d'utilisation qui a été faite de notre méthode. De plus, nous avons laissé dans ces chapitres les critiques, positives ou négatives, que ces collaboratrices et collaborateurs ont formulées à l'égard de notre approche, critiques dont la plupart ont été prises en considération dans la reformulation de l'outil faite au chapitre 3. Nous espérons ainsi que cela donnera aux groupes et individus qui utiliseront notre ouvrage une bonne idée de l'adaptation de la méthode faite par différents intervenant-e-s dans différents milieux, et les incitera à faire de même. Ces adaptations soulignent à nouveau ce que nous avons déjà dit, et que nous répétons plusieurs fois au cours du présent ouvrage : ce livre ne contient pas la recette miracle qui fera automatiquement fonctionner tout projet, programme ou politique; il peut être utilisé d'une multitude de façons et il doit être adapté intelligemment à la situation en cause. La seconde section du livre permet notamment de tirer les leçons suivantes :

1) Notre méthode peut être utilisée **conjointement avec d'autres méthodes**. Le chapitre 5, par Luc Côté, est un cas intéressant d'utilisation de notre approche en conjonction avec le modèle PRECEDE-PROCEED de Green et Kreuter (1991). D'autres personnes (voir le chapitre 7) l'ont utilisée avec la stratégie de planification de Pineault et Daveluy (1986).

2) Notre outil peut être utilisé pour faire **rétrospectivement** l'analyse de dossiers ou de situations passés, afin d'en avoir une image plus claire (voir par exemple le chapitre 8 par Clémence Dallaire) ou **prospectivement**, comme c'est le plus souvent le cas, afin d'aider à planifier les interventions futures comme en témoignent la plupart des chapitres d'exemples.

3) Même s'il a avantage à être utilisé d'un bout à l'autre, l'outil peut aussi être utilisé **partiellement**; notre expérience nous a prouvé qu'il est préférable de n'utiliser qu'une partie de l'outil, plutôt que de le rejeter en bloc parce que son utilisation apparaît trop longue, trop complexe ou trop exigeante en termes de temps requis. Souvent, la première phase (choix d'un

sujet d'intervention) nous sera dictée soit par notre patron, soit par les circonstances, ou par un événement sur lequel nous n'avons aucune prise. On n'aura pas le temps de se demander si des précédents utiles et intéressants existent et l'on devra procéder rapidement ! Qu'à cela ne tienne; la seconde et la troisième phase de la méthode demeurent alors utilisables. Quant à la seconde phase, nous nous sommes fait souvent dire que seuls des chercheurs avaient le temps de tout documenter aussi consciencieusement; en particulier, l'arithmétique nécessaire aux calculs des poids en alliances des acteurs semble en rebuter plusieurs. Le chapitre 6, par Donald Déry, montre comment on peut, avec un peu d'imagination, contourner cette difficulté en créant un petit programme de calcul sur micro-ordinateur comme il l'a lui-même fait. De même, la suggestion faite, à la troisième phase de l'outil, de calculer des simulations ou encore de reprendre la phase 2 pour tenir compte de l'évolution du dossier dans le temps peut sembler trop lourde à plusieurs; elle aussi peut être grandement facilitée par un petit programme de calcul automatique. Finalement, certains n'utilisent que la phase 3 de la méthode, i.e. la séquence d'étapes de collaboration, contestation et campagne, sans passer par le détail de l'analyse des phases 1 et 2 de notre modèle. À chacun-e donc de l'adapter selon ses besoins même si, idéalement, compléter dans l'ordre l'ensemble des trois phases permet de faire ressortir tout le potentiel de l'outil que nous proposons. Si, grâce à cet ouvrage, nous réussissons ne serait-ce que partiellement à faire acquérir une meilleure sensibilité et certaines des habiletés qui facilitent le travail sur la dimension politique des situations dans le domaine de la santé, nous aurons largement atteint notre objectif.

En terminant cette introduction, nous tenons à souligner que nous serons toujours intéressés, au cours des prochaines années, à entendre de la part de personnes ayant utilisé l'outil présenté ici, ce qu'elles ont aimé, ce qu'elles n'ont pas aimé, et en quoi il leur a été utile ou nuisible, etc. Nous considérons notre méthode comme suffisamment au point pour la mettre en marché à ce moment-ci, mais nous savons qu'elle demeure perfectible; nous tiendrons compte des réactions et suggestions de personnes l'ayant utilisée dans les révisions ultérieures et nous y incorporerons des exemples plus récents, provenant d'autre domaines ou d'autres endroits que le Québec. Vous pouvez donc transmettre vos commentaires aux soins de :

Michel O'Neill
École des Sciences infirmières
Université Laval, Québec (Québec)
Canada, G1K 7P4
Téléphone : (418) 656-2131, poste 7431; télécopieur : (418) 656-7747
internet : michel.oneill@esi.ulaval.ca

Bonne lecture et, surtout, bonne intervention politique !

RÉFÉRENCES

Boyer, Michel (1991); Le lobbying au service de la prévention et de la promotion de la santé dans le domaine des toxicomanies; Sherbrooke, Université de Sherbrooke, cours TXM-485.

Chapdelaine, A. et Gosselin, P. (dirs.) (1986); La santé contagieuse: petit manuel pour rendre la santé communautaire; Montréal, Boréal, 167p.

Dallaire, Clémence (1989); " L'action politique "; L'Appui, 6(2):3-5.

Dallaire, Clémence (1990a); " L'influence politique "; L'Appui, 7(1):3-5.

Dallaire, Clémence (1990b); " Les réseaux de relations "; L'Appui, 7(2):3-6.

Dallaire, Clémence (1990c); " Le lobbying "; L'Appui, 7(3):5-7.

Dallaire, C., O'Neill, M., Lessard, C. (1994); " Les enjeux majeurs pour la profession infirmière ", in Lemieux, V. et als. (dirs.); Le système de santé au Québec: organisations, acteurs, enjeux; Québec, Presses de l'Université Laval, pp. 254-278.

Dontigny, André (1991); " Analyse d'une méthodologie d'intervention politique "; travail non publié réalisé dans le cadre d'un stage de résidence en santé communautaire, Québec, DSC de l'hôpital de l'Enfant-Jésus, novembre 1991, 51 p.

Fortin, Andrée (1994); " Les organismes communautaires "; in Lemieux, V. et als. (dirs.); Le système de santé au Québec : organisations, acteurs, enjeux; Québec, Presses de l'Université Laval, pp. 148-172.

Fortin, J.P.; O'Neill, M.; Groleau, G.; Lemieux, V.; Cardinal, L.; Racine, P. (1992); Les conditions de succès du mouvement québécois de Villes et villages en santé; Québec; Réseau de recherche sociopolitique et organisationnel en santé et Unité de recherche en santé communautaire du CHUL; 181 pages.

Gosselin, Pierre (1986); " Des dioxines et des hommes "; in Chapdelaine, A. et Gosselin, P. (dirs.), (1986); La santé contagieuse: petit manuel pour rendre la santé communautaire; Montréal, Boréal, 167p.

Green, L.W. et Kreuter, M.J. (1991); Health Promotion Planning on Environmental and Educational Approach; Mountain View, Ca.; Mayfield; 527 p.

Milio, Nancy (1970); 9226 Kercheval, The storefront that dit not burn; Ann Arbor; Ann Arbor Paperbacks; 212 p.

O'Neill, Michel (1978); A case to reorganize the practice of community health around communities: the implications of a theory of the community for the Province of Québec; Unpublished paper; Boston University Department of Sociology; 31 pages.

O'Neill, Michel (1987); " Les contraintes imposées par les facteurs politiques aux interventions gouvernementales en promotion de la santé "; Hygie, 6(4):32-37.

O'Neill, Michel (1989); " The political dimension of Health Promotion Work "; in Martin, C. et McQueen, D.V. (eds.), Readings for a New Public Health; Edinburgh, University of Edinburgh Press, 1989, pp. 222-234.

Pineault, Raynald et Daveluy, Carole (1986); La planification de la santé, concepts, méthodes, stratégies; Montréal; Agence d'arc, 480 p.

PREMIÈRE PARTIE :

INTERVENIR POLITIQUEMENT EN SANTÉ :

POURQUOI ? COMMENT ?

CHAPITRE 1

La santé politique : quelques éléments de problématique

par Pierre Gosselin

Introduction : de l'importance des politiques

Plusieurs personnes constatent souvent le fait que leurs projets ne réussissent pas à démarrer, que leurs interventions sont inefficaces ou moins efficaces que prévu, ou encore qu'elles sont mal acceptées par la population. On peut entendre la même complainte dans la plupart des domaines de l'activité humaine, incluant ceux reliés à la santé; c'est aussi le constat que font les analystes des politiques publiques ou les entrepreneurs privés : le taux de réussite dans toute entreprise humaine demeure généralement bas parce que les conditions à réunir pour le succès sont multiples, difficiles à synchroniser et volatiles dans le temps. Mais si vous avez encore le goût de changer les choses, si vous êtes encore d'un optimisme incurable, s'il vous reste encore un peu de flamme intérieure, ce livre s'adresse à vous ! Nous y proposons quelques suggestions pour tenter d'augmenter le succès des interventions dans le domaine de la santé. Ces suggestions se basent sur les constats majeurs des sciences politiques ces dernières années et, bien sûr, sur l'expérience des auteurs, sur leurs croyances personnelles et sur plusieurs années d'expérimentation.

La défense habituelle, face à l'échec d'un projet, consiste souvent à dire que c'est la faute du système, qu'on manque de moyens, que les objectifs ne sont pas clairs, ou encore, si vous êtes plutôt sur un mode masochiste, que vous manquez de formation. Toutes ces explications peuvent bien sûr s'avérer exactes, sans compter les autres possibilités... Mais nous croyons qu'une connaissance un peu plus réaliste de la nature humaine peut être très utile pour améliorer les interventions qui visent à promouvoir une meilleure santé. La connaissance du fonctionnement de la nature humaine en société est l'objet des sciences sociales, qui constituent une grande famille où l'on retrouve notamment les sciences politiques. Comme le disait Aristote il y a déjà 2 500 ans, l'homme est politique. Nous traitons donc dans le présent chapitre de l'analyse politique et des façons de l'utiliser de manière efficace dans la vie de tous les jours;

nous ne parlerons toutefois pas de constitution, rassurez-vous ! Un autre membre de la famille des sciences sociales dont nous avons utilisé les éclairages a pour nom la psychologie sociale; il s'agit de l'ensemble des théories qui visent à comprendre les déterminants majeurs du comportement humain individuel et, dans la mesure du possible, à le prédire.

Nous voulons surtout, dans ce livre, rappeler une étape souvent oubliée ou escamotée dans la conception et la mise en oeuvre d'une intervention en santé : il s'agit de l'analyse politique de l'environnement où s'inscrit l'intervention. Nous faisons tous, chaque jour, des gestes d'analyse politique dans notre vie personnelle, gestes qui tiennent compte de notre contexte particulier, des préférences de nos enfants ou conjoints, de ce que nous connaissons des personnes que nous aimons ou que nous côtoyons. Pour obtenir une autorisation de son patron, par exemple, il est sage de procéder par étapes : d'abord lancer une idée, si possible dans l'ambiance détendue du vendredi après-midi, puis revenir à la charge quelques jours plus tard avec la même idée soumise par une autre personne. Généralement, cette idée germe dans l'humus cérébral, prend racine, et devient l'idée du patron qui quelques semaines plus tard, vous demandera peut-être de mettre le tout par écrit ! En autant que vous acceptiez avec humilité l'idée " originale " du patron, vous avez alors obtenu ce vous vouliez !

Les mêmes situations se retrouvent dans la vie des institutions que dans la vie familiale. Les enfants savent bien jouer l'amour de maman pour convaincre papa (ou vice-versa), et les alliances d'affaires se découvrent facilement à la lecture des pages financières de n'importe quel quotidien. Pourquoi ne ferait-on pas de même dans le domaine de la santé ? C'est pourtant encore une pratique peu courante, et les outils pour s'y attaquer demeurent rares. On peut lire dans la plupart des bouquins de planification qu'il s'agit d'un élément important, mais les auteurs glissent rapidement au chapitre suivant, sans proposer vraiment de moyens pratiques. Il ne faut pas s'en étonner : la science politique demeure dans un état assez primitif malgré qu'elle ait intéressé les sociétés de tout temps. On peut donc encore aujourd'hui lire Machiavel (1537) et y apprendre beaucoup, même si **Le Prince** date de quelques siècles. Il ne faut pas s'en surprendre : la science politique traite des rapports humains à l'échelle d'une société. Et comme nous ne nous comprenons pas toujours nous-mêmes en tant qu'individus, il ne faut pas espérer de miracles en tentant d'en comprendre des millions à la fois.

Malgré ces embûches réelles et importantes, on commence à parler davantage depuis quelques années, dans le jargon de la promotion de la santé, de mettre en oeuvre des politiques publiques favorables à la santé, d'appuyer le renforcement des communautés, de supporter les citoyens défavorisés, d'instaurer un lobby en faveur de la santé (Charte, 1986; Epp, 1986; Kickbusch, 1986). Peut-être s'agit-il là de rêves grandioses dont nous ne verrons pas souvent les fruits ? Ou peut-être devrions-nous tenter de déterminer ce qui est faisable maintenant, et ce qui sera faisable avec le temps. Quant à l'impossible, nul n'y est tenu !

Dans les prochaines pages, nous proposons donc quelques réflexions sur le politique autour de trois grands thèmes. D'abord, nous discutons des notions à la mode de " nouvelle santé publique " et de " politiques publiques favorables à la santé ", qui servent de toile de fond à l'intervention politique en santé. Dans un second temps, nous parlons des facteurs de succès et d'échec de l'intervention politique en santé, regroupés autour des " treize façons de manquer son coup " et des " sept atouts pour réussir ". Finalement, nous abordons l'épineuse question éthique de l'intervention politique, sur laquelle nous offrons notre position.

A) Quelques éléments de contexte pour l'intervention politique en santé

a) La « nouvelle » santé publique et l'intervention politique dans les sociétés humaines.

Depuis quelques années, on affuble du mot « nouvelle » la pratique de la santé publique (au sens d'interventions visant la santé de la communauté). On veut agir avec la population, être à son service et travailler sur les environnements qui peuvent favoriser une meilleure santé. Ce sont les leitmotiv de différentes chartes ou déclarations qui traitent de promotion de la santé (Charte, 1986; ASPQ, 1993), d'environnements sains (OMS et PNUE, 1991), ou encore de développement durable (ONU, 1992). Il ne s'agit pas d'idées nouvelles (O'Neill et Cardinal, 1994) mais elles refont surface périodiquement. L'emphase varie d'une époque à l'autre : le fameux rapport Lalonde (1974) a amené à surtout agir sur les individus, la mode actuelle veut surtout toucher les environnements. Et cela crée bien sûr des querelles de clochers, les progressistes d'hier devenant les réactionnaires d'aujourd'hui. Comme d'habitude, la vérité se situe probablement entre les deux pôles, et selon chaque situation, le mélange individu/environnement doit varier pour obtenir une intervention optimale.

Dans l'histoire québécoise récente, les CLSC (Centre locaux des services communautaires) ont été créés au début des années '70 en voulant favoriser la participation et le contrôle du public sur certaines institutions; ces mêmes principes sont réapparus ces dernières années dans les réformes des systèmes de santé au Québec ou d'ailleurs (O'Neill, 1991). On nous propose aujourd'hui des politiques de santé qui veulent s'attaquer aux problèmes de la pauvreté, de la violence conjugale, ou encore de l'environnement biophysique. Le Plan vert canadien, ou mêmes les institutions mondiales de l'ONU telles l'OMS ou le PNUD, tentent de faciliter cette implication du public dans la définition des problèmes, dans la recherche de solutions et dans leur mise en oeuvre.

Être au service des autres, de la population, demande une bonne dose d'écoute respectueuse et implique d'avoir accepté sa propre faillibilité. Pour réussir, il faut donc généralement être une personne ou une institution qui soit mature, qui connaisse ses limites, ses forces et ses faiblesses. Il faut une personne ou une institution qui respecte l'expertise de la population, sa capacité à comprendre ce qu'il y a à expliquer, à proposer les meilleures façons de définir un problème et ses solutions. Cela suppose aussi beaucoup de confiance en soi pour écouter, comprendre et agir de façon conséquente afin de pouvoir inspirer confiance. Cette situation ne nous semble pas très courante. On voit plutôt encore régner l'omniprésent expert, qui connaît la meilleure solution avant même d'avoir discuté du problème ! Le corollaire de l'expert, c'est bien sûr le règne de la technologie contrôlée par l'expert, laquelle réglera tous les problèmes.

Ce qu'on oublie souvent, c'est que l'expert est au même niveau que tout le monde lorsqu'il s'agit d'autre chose que sa spécialité : on peut facilement le constater en voyant comment un architecte sans ses plans peut se perdre sur un chantier de construction, ou comment un garagiste peut en remontrer à la plupart d'entre nous lorsqu'on parle d'automobile. Il en est de même en santé : le fait de bien connaître la physiopathologie des maladies transmises sexuellement ne rend personne spécialiste en comportements humains ou en communication de masse pour informer sur ce sujet. On oublie de plus que toute technologie repose, à toutes les étapes depuis sa conception jusqu'à son utilisation, sur des humains faillibles.

La leçon la plus importante que nous auront léguée la science de l'écologie et le mouvement écologiste actuel, qui commencent à nous imprégner même inconsciemment est qu'aucune intervention n'est isolée. Tout s'inscrit dans un (éco)système. Pour nous aider encore davantage à respecter les gens, l'écologie nous enseigne que les systèmes possèdent des règles qu'il ne faut pas trop s'amuser à tripoter, et qu'il y a des limites à respecter. Nous vivons dans un monde fini, avec un fonctionnement délicat. Francis Bacon disait déjà au 16ième siècle que pour commander à la Nature, il faut d'abord lui obéir. Tout n'est pas possible, et ce qui est possible ne l'est pas n'importe comment. La lenteur des changements notamment, fait partie des modalités importantes d'ajustement des (éco)systèmes, et cela s'applique aussi à toute intervention touchant des humains. Le savoir et l'accepter pourra permettre de ne pas tenter l'impossible, et de tenter le possible de la façon la plus adéquate pour maximiser ses chances de succès. Cela nous ramène donc à la prudence et à l'ouverture d'esprit qui sont nécessaires dans toute intervention humaine pour laquelle on a décidé de considérer la dimension politique.

L'analyse politique demande une bonne dose de réalisme et un bon jugement, basés sur une connaissance de certains traits (parfois difficiles à accepter) de la nature humaine. Les politiciens possèdent souvent intuitivement ces qualités, et les meilleurs d'entre eux pratiquent avec dextérité l'art qui en résulte. Cette connaissance de la société dans laquelle nous vivons implique de prendre pour acquis que les absolus et les idéaux, s'ils sont utiles pour inspirer une vision et donner une direction, ne sont jamais entièrement réalisables dans la vraie vie. Les humains peuvent se montrer envieux, compétitifs, agressifs, bons, paresseux, honnêtes ou imaginatifs. Certains montrent plus de dispositions aux changements, d'autres veulent préserver un statu quo confortable, et une grande majorité apprécie sa sécurité la plupart du temps. Presque tout le monde abhorre les changements, et on n'est prêt à des modifications majeures qu'en situation de crise, réelle ou appréhendée. L'esprit humain, de façon générale, s'éveille en effet facilement aux modifications brusques de l'environnement, mais il saisit mal les changements qui s'installent lentement. C'est probablement un trait légué par notre évolution : il était plus utile de réagir vite devant l'attaque d'un fauve que de se préoccuper des changements climatiques reliés à la glaciation. Aujourd'hui, les fauves sont disparus, et l'effet de serre s'installe; nous n'avons pourtant que les mêmes cerveaux pour réagir. Il faut donc commencer à en tenir compte lorsqu'il s'agit de travailler à améliorer nos sociétés.

Les constatations précédentes peuvent sembler bien générales dans le contexte de la promotion de la santé. Mais tel n'est pas le cas : la nouvelle santé publique s'inscrit dans la société, et doit puiser ses modèles et ses méthodes à même les courants actuels. La pratique de la santé publique doit cesser de se réaliser en vase clos, et faire partie intégrante des activités quotidiennes de la société.

b) Les politiques publiques favorables à la santé : peut-on vraiment intervenir par le biais des politiques gouvernementales ?

Pour le lecteur curieux qui aime sortir un peu des sentiers battus de sa propre spécialité, il est toujours intéressant de parcourir des domaines différents pour apprendre comment les autres pensent, et ce qu'ils pensent. Dans cette optique, pour quelqu'un qui a une formation en sciences de la santé, il peut être un peu décourageant de lire en science politique. La tendance générale dans ce domaine conclut en effet que des politiques gouvernementales, dans quelque domaine que ce soit, s'avèrent souvent inefficaces, voire dangereuses (Bénetton 1983; Kingdon 1984). On dépense beaucoup d'argent, on crée une bureaucratie qui a tendance à se perpétuer, et on ne règle rien, ou presque. Les programmes ont un impact, bien sûr, mais souvent loin de ce qui était attendu, ou encore tout à fait différent de ce qui était prévu, généralement en pire. Précisons qu'il s'agit là d'une vision des politiques publiques qui domine le paysage depuis une quinzaine d'années, et qui suit bien les courants de pensée économique et politique dominants de la même période, qui sont très critiques envers les gouvernements.

Surpris ? Pas vraiment, il faut bien l'avouer. Les gens qui travaillent dans le système de santé sont bien placés pour savoir que ce ne sont pas les milliards qui y sont dépensés qui influencent beaucoup notre état de santé. Nous sommes en mesure de recevoir beaucoup de soins, de voir différents spécialistes d'un petit bout de notre anatomie ou de nous faire examiner par des supertechniciens d'une quincaillerie ésotérique. Mais ce n'est pas souvent cela qui nous remet en forme. Cela soulage, quelquefois. Cela peut aussi nous sauver la vie, en situation d'urgence. Mais pour la plupart des maladies chroniques, des maladies mentales et pour les maladies de civilisation, qui constituent les principaux problèmes de santé actuels des sociétés industrialisées, l'efficacité de la quincaillerie médicale est très limitée.

Les grandes méta-analyses épidémiologiques de Thomas McKeown (1976) et des McKinlay (1977) nous ont en effet appris que les taux de tuberculose, par exemple, avaient diminué presqu'aux niveaux actuels **avant** la découverte des antibiotiques, vraisemblablement grâce à l'amélioration générale des conditions de vie. Les maladies cardio-vasculaires tuaient déjà beaucoup moins de gens **avant** que ne s'installent toutes les nouvelles chirurgies, les médicaments spécifiques ou les programmes de santé publique sur le cholestérol ou l'activité physique. Ces constats permettent à l'observateur un peu détaché de prendre avec un grain de sel la publicité des compagnies pharmaceutiques, par exemple, qui veulent nous faire croire que la recherche sur les médicaments d'ordonnance améliorera radicalement notre vie. Si on peut être sûr d'une chose à l'heure actuelle, c'est qu'elle améliorera les profits de ces compagnies qui ont obtenu de meilleures protections légales pour leurs brevets ! Mais faut-il vraiment s'étonner de ces manifestations concrètes du fonctionnement de l'humain, qui mélange toujours ses intérêts personnels et ses intérêts sociaux ? Cela nous touche tous, y compris ceux qui oeuvrent à promouvoir la santé : un bénéfice personnel (comme la satisfaction d'avoir raison, une certaine reconnaissance sociale, ou un meilleur poste), aideront généralement à motiver des promoteurs de la santé à se lancer à l'aventure dans un projet.

Un contexte politique et social différent explique souvent que des politiques, apparemment bonnes en elles-mêmes se développent ou meurent, tout simplement. Que ce soit au niveau local, à l'échelle d'une région ou à celle d'un pays, les forces politiques en présence, leurs intérêts, et la priorité accordée à un problème vont déterminer la possibilité et la vitesse du changement. Les systèmes de gouvernement, ou les systèmes de gérance d'une entreprise, visent avant tout à gérer dans l'ordre les évolutions nécessaires au cours des années. Et la définition même de l'ordre implique de sauvegarder un arrangement de la société déjà établi. Il ne faudra donc pas se surprendre de rencontrer des situations conflictuelles en voulant changer les choses : changer un ordre établi dérange nécessairement des individus, des privilèges, des sources de revenu.

Est-il possible dans ce contexte de concevoir et de mettre en oeuvre des politiques publiques favorables à la santé ? La réponse à cette question est simple : habituellement, ces politiques existent déjà, ici et là, et ne demandent qu'à être généralisées, à devenir la norme sociale. Nous ne manquons pas tellement de connaissances sur les bonnes choses de la vie, celles qui rendent

heureux, qui maintiennent la santé et y contribuent positivement. Ces informations sont connues depuis longtemps : il faut bien dormir, bouger, bien manger, se réaliser dans une occupation intéressante, aimer et s'amuser, avec un certain niveau de confort matériel. Quelques vaccins en bas âge et quelques services de support en vieillissant, et la recette réussit la plupart du temps, si la génétique tient le coup. Mais que de problèmes à organiser et à promouvoir tout cela pour le plus grand nombre, dans une société !

L'une des difficultés majeures à la réalisation de politiques publiques favorables à la santé est celle des tabous dans la société. Ces tabous concernent les sujets qu'il est permis d'aborder et aussi les moyens d'action qu'il est convenable de proposer. Le sujet de la sexualité des adolescents, par exemple, suscite toujours des polémiques : nous touchons là, en même temps, le sexe, la moralité, l'avortement, le plaisir, le contrôle familial, la religion et la santé, particulièrement face à la question des grossesses non désirées. Courageuse la personne qui se jette dans cette fosse aux lions ! Il s'agit pourtant de comportements humains qui pourraient faire l'objet d'analyses avec un esprit ouvert. On ne s'excite pas tant pour les préférences culinaires ! Et pourtant, il faut manger avant de pouvoir penser au sexe ...

Les moyens socialement acceptables ont aussi colorer l'arsenal des solutions possibles à un problème. L'autocensure sociale impose de ne pas considérer certaines avenues, qui pourraient s'avérer prometteuses. Le cas de la pollution de l'environnement par les industries en est un bel exemple. La majeure partie de notre système économique fonctionne sur le principe du profit. Quelle est la meilleure façon de réaliser un profit ? Il s'agit bien sûr de faire payer à l'ensemble de la société les coûts, comme la pollution, et d'empocher, privément, les bénéfices. C'est ce que font une majorité d'entreprises, qui polluent les rivières pendant que les gouvernements doivent payer pour la restauration des cours d'eau, de l'atmosphère ou des sols. On crée ainsi des fonds pour les sites contaminés, des fonds de décontamination des sédiments, des dégrèvements d'impôt accélérés pour les équipements de dépollution, et le reste, à même les taxes et impôts collectifs. Les déficits gouvernementaux s'accumulent, et les entreprises continuent à empocher les bénéfices. Nos dettes collectives, les tristement fameux déficits de nos gouvernements, ne sont probablement que l'effet miroir des profits antérieurs des entreprises industrielles. Et pour camoufler le tout, on utilise généralement des mots pour bloquer la pensée (Hardin, 1985). La pollution est comptabilisée dans les exercices de coûts/bénéfices, (lorsqu'elle l'est, ce qui s'avère

encore très rare), comme une **externalité** : quel beau mot pour ce qui n'est, finalement, qu'une excrétion ! Il en est de même pour les **effets secondaires** avec les médicaments. Lorsqu'ils deviennent principaux, on regroupe ces effets secondaires sous le vocable de **iatrogénèse**, ce qui permet encore une fois de camoufler le fait que des centaines de milliers de personnes sont malades d'être soignées, chaque année...

Nous utilisons tous, tous les jours, certains mots qui bloquent la pensée. Nous avons des **droits inaliénables, des libertés de choix**. Pourtant, chacun d'entre nous doit se contenter de choisir parmi ce qui est disponible sur le marché, au prix que nous pouvons payer. De la même façon, nous refusons quelquefois de discuter certaines possibilités en utilisant des mots qui bloquent toute discussion : il faut préserver la **croissance** de l'économie, cela n'est **pas négociable**. Et lorsqu'on commence, après des décennies de pressions par les environnementalistes et bien d'autres, à se demander quelle croissance, pourquoi la croissance, pourquoi ce système de comptabilité du produit intérieur brut et pas un autre, les mots tabous tombent; d'autres solutions, d'autres moyens apparaissent comme réalistes. Les mots **politique** et **science politique** font aussi partie de ces mots tabous pour plusieurs, comme s'ils impliquaient la présence d'un vice. Tel que mentionné dans l'introduction, nous les concevons simplement comme l'étude et la mise en pratique de la dimension " pouvoir " des sociétés humaines, sans que nous portions pour autant de jugement de valeur sur cette dimension. Platon, quant à lui, ne s'est pas gêné pour porter un jugement de valeur sur ceux qui dénigrent le politique en signalant, il y a quelques millénaires, que tout ce qu'on gagne à s'en désintéresser, c'est d'être gouverné par des gens pires que soi...

Il demeure possible de concevoir des politiques publiques favorables à la santé. Mais il faut s'attendre à beaucoup de travail pour lutter contre la force d'inertie institutionnelle et contre la tendance des individus à aimer la sécurité. La fabrique même de notre système économique génère des iniquités : après tout c'est la motivation du profit personnel qui stimule l'effort individuel; l'éclatement des communismes est là pour nous le rappeler ! Inévitablement, le système économique générera des distributions inégales dans la société; il faut une volonté commune et constante dans le sens inverse pour combattre cette caractéristique intrinsèque. La " nouvelle " santé publique, si elle veut demeurer cohérente, doit lutter contre les effets de cette loi immuable de l'économie. À cet effet, il ne faut pas se laisser leurrer par les

mots-étiquette qui peuvent décourager les bonnes questions. Ces bonnes questions, au-delà des déclarations de principes et des engagements solennels, ce sont :

- Qu'est-ce qui se fait au niveau opérationnel, sur le terrain ?
- Qui est responsable ?
- Qui retire les bénéfices ?
- Qui paie ?
- Qui contrôle ?
- Qui évalue ?

Les conflits apparaîtront plus souvent au moment de la mise en oeuvre des projets ou des politiques qu'au moment de leur planification car il est toujours plus facile de s'entendre sur les principes. Et il y a tellement de moyens à la disposition d'un simple mortel pour faire échouer un projet ! En voici quelques-uns.

B) Facteurs d'échec ou de réussite dans l'intervention politique

a) Les treize façons de manquer son coup

Pour toute bonne idée, la difficulté n'est pas de l'avoir mais bien de la mettre en pratique. Passer à l'action présente toujours des myriades de difficultés, dont la principale conséquence demeure bien sûr de se tromper, de manquer son coup. La plupart des programmes réussissent à faire quelque chose, mais pas nécessairement ce qui était prévu, ou pas aussi bien que prévu. On peut échouer dans la mise en oeuvre d'un projet, ou d'une politque, nous disent les politicologues (Hogwood et Gurm, 1984; Morah, 1990), pour au moins treize bonnes raisons :

1- La *nature même du projet* ou de la politique : certains projets impliquent des changements majeurs en termes de comportement individuel ou corporatif, ce qui crée souvent des situations à haut potentiel de conflit.

2- Une *théorie causale erronée* : tout projet se fonde sur une théorie sous-jacente qui suppose qu'en faisant telle action, on obtiendra tel résultat.

3- Des *conditions environnantes incertaines* : les gouvernements changent, les conditions socio-économiques aussi, de même que les valeurs et les priorités. Tout projet s'étalant sur quelques années se verra influencé par ces ondulations normales mais souvent très dérangeantes.

4- Des problèmes de *contrôle administratif* : il demeure difficile de transmettre correctement les directives nécessaires à la réalisation du projet tout au long de la chaîne de l'appareil administratif. Il en est de même pour la vérification, pour le contrôle.

5- Des *ressources inadéquates* : soit en termes d'argent, soit en termes de personnel qualifié, disponibles au moment voulu. On pourra aussi manquer de temps, de support politique, ou d'informations utiles.

6- Des *relations interinstitutionnelles difficiles* : toute action intersectorielle qui implique des organismes avec des objectifs, des cultures et des pratiques différents pourra rencontrer cet écueil.

7- Un *manque de pressions à long terme* de la part des groupes touchés par un projet ou une politique : ces groupes, de qui souvent origine le projet, doivent exercer une surveillance constante sur son déroulement. Faute de souffle, l'oublier ou ne pas pouvoir le faire condamne souvent à une mort lente les meilleures initiatives.

8- Une *mésentente sur les buts* poursuivis : à mesure que les circonstances changent et que les gens modifient leurs priorités au sein d'organisations mouvantes, les mésententes s'installent.

9- Un *manque d'intérêt* de la part des personnes chargées de la mise en oeuvre : cela peut se faire consciemment ou pas, mais lorsque les responsables d'un programme ne font pas preuve d'un minimum d'enthousiasme, la réalisation concrète en souffre.

10- La *complexité des actions communes* : quand il n'y a pas de leader, ou qu'il y en a trop, les rivalités s'installent, et l'énergie se dissipe.

11- Des *objectifs et des échanges ambigus* : une certaine flexibilité est souhaitable dans tout projet, mais trop d'imprécision dans la définition ou la programmation peut nuire à une bonne compréhension.

12- Une *évaluation inadéquate* des résultats : l'évaluation (qui détermine le succès ou l'échec) peut être mal faite, trop tôt par exemple. Et dépendant du point de vue où l'on se place, le même projet peut s'avérer un échec ou une réussite : un projet pilote réussi

parfaitement peut ne pas être généralisable à l'ensemble de la société, par exemple, en raison des coûts prohibitifs qu'il entraînerait alors.

13- Un *processus non-participatif* : il peut être difficile de générer de l'enthousiasme et du support pour une politique ou un projet imposés, pour quelque chose qui tombe du ciel.

Les trois premières raisons invoquées (qui touchent la nature même du projet, ses bases théoriques et les conditions environnantes) peuvent échapper au contrôle de la plupart d'entre nous. Souvent, le projet dans lequel nous nous impliquons origine, pour sa conception, d'un autre palier administratif, et nous devons le mettre en pratique. Il peut sembler difficile de modifier un programme, même s'il vous semble mal conçu. De même, si un projet ou une politique se fondent sur une conception théorique fautive dès le départ, les meilleurs efforts du monde ne réussiront pas à mener à bien l'entreprise. De plus, il demeure difficile de prévoir les récessions, les crises budgétaires ou les guerres, qui vont changer les priorités de tous, du jour au lendemain. Mais les dix autres facteurs en ligne de compte demeurent du ressort immédiat des acteurs sur le terrain, et plusieurs sont inclus dans notre analyse et nos suggestions de stratégies politiques présentées au chapitre 3.

On oublie souvent de tenir compte du facteur **temps** dans la mise en oeuvre des projets. Pourtant, beaucoup de réussites ne sont dues qu'à la ténacité de certains à persister, à attendre le bon moment pour devenir ou revenir à la mode. Ce n'est pas parce qu'une politique est officielle qu'elle est valable, ou qu'elle se réalisera sur le terrain. Ce n'est pas non plus parce que la mode est au profit individuel que les besoins de la communauté s'estompent pour autant : leur présence finit toujours par se réaffirmer. De la même manière, ce n'est pas parce qu'il y a eu à Rio une conférence globale de la dernière chance pour sauver la planète, que beaucoup de choses auront changé demain matin. Il faut éviter le syndrome du c'est-la-faute-au-système-et-réglons-le-tout-globalement : ça ne mène généralement nulle part. Il vaut mieux faire un peu localement que de ne rien faire globalement !

En somme, l'erreur est humaine et nous l'oublions trop souvent. Il ne faut pas abandonner pour autant. Apprendre à mieux cibler, ou encore savoir ne rien faire ou retarder l'action deviennent, avec l'expérience, des façons de faire qui permettent de garder son équilibre mental. Et il faut, aussi, bien se préparer pour réussir.

b) Sept façons de réussir

On entend à l'occasion l'histoire de l'homme d'affaires qui a fait deux ou trois faillites avant de connaître la fortune. Il y a une part d'apprentissage dans les échecs qui peut transformer une tentative ultérieure en réussite. Les conditions extérieures, celles qu'on contrôle moins, se transforment elles aussi, et un jour, l'ensemble de cette nouvelle situation peut permettre une réussite.

On peut noter des similitudes en étudiant certains projets qui réussissent mieux que d'autres à passer la rampe. Évidemment si vous voulez changer toute la société de façon radicale et rapide, les remarques suivantes ne s'appliquent sans doute pas. Mais si votre objectif de réforme est plus modeste, ces quelques pistes (Morris, 1991; Gosselin, 1992) sauront sans doute rendre plus claires des choses que vous intuitionnez déjà. Ces quelques pistes ont pour nom : vivre une passion, s'organiser, définir son problème/solution, faire ses devoirs, trouver et générer des appuis crédibles, jouer d'opportunisme, savoir négocier et surveiller longtemps. Regardons-les de plus près.

b.1) *Vivre une passion*

Tout projet, toute entreprise humaine demande une bonne dose d'idéalisme, d'enthousiasme. Et cela passe généralement par la passion d'un ou de quelques individus qui décident de passer à l'action face à une situation dérangeante. La passion peut vous tomber dessus durant vos temps libres, ce qui vous range alors dans le camp des groupes de pression. Cette passion peut même se manifester dans votre milieu de travail.

Il faut cette passion parce que toute entreprise de changement en société nécessite, au moins à ses débuts, des démarches multiples, des contacts nombreux, des efforts importants, des déplacements fréquents. Il faudra aussi souvent investir de sa poche, que ce soit en heures supplémentaires non payées ou en argent. Il y aura nécessairement des réponses négatives à des demandes d'aide, des échecs, des affronts personnels. C'est que les gens peuvent devenir méchants quand on les agace ! Il faut croire à ce que l'on fait, mais tenter au même moment de ne pas trop se prendre au sérieux, ce qui facilite le sommeil.

b.2) *S'organiser*

À part pour quelques génies solitaires et bourreaux de travail impénitents, l'être humain voit ses capacités améliorées s'il travaille avec d'autres personnes pour supporter ses efforts. Ce support prendra généralement la forme d'un groupe de travail de personnes convaincues d'un même objectif, prêtes à investir leurs énergies dans une aventure commune. Ces groupes peuvent exister déjà, et tout simplement embrasser une cause nouvelle. Ou encore se former spontanément, dans une municipalité ou une institution, par exemple. Il est généralement souhaitable d'avoir autour d'une même table des personnes pouvant apporter des éclairages différents à un même objectif, pouvant assurer une certaine relève avec le temps qui use les énergies et mine quelquefois le moral. L'expérience prouve que ce n'est pas toujours immédiatement autour de soi que l'on trouve le groupe approprié et il faut parfois songer en termes provinciaux, nationaux ou même internationaux pour trouver ses partenaires.

b.3) *Définir son problème / solution*

Un problème n'existe pas vraiment s'il n'y a pas de solution perçue par les intervenants. Sans solution, un problème risque d'être classé comme sujet de recherche à long terme, et il pourra faire l'objet de conférences globales un peu plus tard. La prévention des tremblements de terre tombe dans cette catégorie. Les problèmes les plus courants, ceux sur lesquels nous travaillons tous les jours, surgissent plutôt parce qu'une opportunité réaliste d'intervention se présente. Les solutions prendront une couleur différente selon les personnes, d'où l'intérêt du groupe de travail cité précédemment. L'ouverture d'esprit permettra donc de définir le problème/solution de différentes façons, d'obtenir un meilleur portrait du problème/solution, de présenter une variété d'options possibles. Cette approche permettra de présenter différentes facettes qui intéresseront à divers titres les membres du groupe de travail, dans un premier temps, et les futurs alliés par la suite.

L'exemple classique de l'ascenseur d'hôtel qui fait l'objet de plaintes des clients pour sa lenteur peut nous éclairer. Si le gérant de l'hôtel demande à un ingénieur de régler le problème, on risque de devoir changer l'ascenseur, et son moteur, sans compter les portes. Un psychologue pourra plutôt proposer d'installer des miroirs, avec des plantes et un peu de musique à chaque

étage, pour mieux faire passer le temps d'attente aux clients. Les solutions varient et peuvent s'avérer tout aussi efficaces pour régler le problème de plaintes des clients; seul le coût différera.

La complexité des actions possibles croit habituellement avec les connaissances de chacun, et avec la compréhension du problème/solution qui demeure un processus circulaire : chaque solution amènera des problèmes, qui demanderont des solutions... Plusieurs hypothèses de solution seront donc généralement envisagées, dont on voudra soupeser l'efficacité potentielle. On tentera alors de trouver le **dosage** idéal, d'optimiser le résultat pour un investissement donné. Tout ceci prend cependant du temps, et certains aiment bien étudier longtemps, longtemps, quelquefois jusqu'à la retraite. Et l'inverse est vrai : l'ignorance pourra amener à ne proposer qu'une solution (il faut une solution tout de suite !), et à vouloir une action rapide, voire radicale. L'ignorance pousse au changement, et ne tolère pas le conservatisme. Souvent on retrouvera l'ignorance et l'enthousiasme chez les jeunes, ou encore chez les spécialistes d'une recette particulière qui se ferment les yeux (volontairement ou pas) sur le reste. C'est ainsi que le problème de l'augmentation du trafic automobile peut être solutionné par plus d'autoroutes, qui stimulent l'étalement urbain, qui nécessite plus de transport, qui augmente le trafic, etc. Mais le problème initial de régulation de la circulation, réglé pendant quelques années par les autoroutes, réapparaîtra de façon plus aiguë plus tard, avec d'autres problèmes accompagnateurs qui nécessiteront d'autres solutions.

L'utilisation d'une grille aide-mémoire (O'Neill et al., 1990), inspirée de celle de Haddon (1981, 1989), permet d'envisager des possibilités d'action de divers types inspirées de la Charte d'Ottawa (sur l'individu, la communauté, l'environnement biophysique ou socio-économique, les services de santé, et les politiques) à trois moments par rapport au problème (avant qu'il ne surgisse, pendant qu'il survient, et après son apparition).

Tableau 1.1

Aide-mémoire d'interventions en promotion de la santé

	Développer les attitudes personnelles	Renforcer l'action communautaire	Créer des environnements favorables à la santé	Réorienter les services de santé	Établir des politiques publiques favorables à la santé
AVANT l'apparition du problème de santé; *prévention primaire*					
PENDANT l'apparition du problème de santé; *prévention secondaire*					
APRÈS l'apparition du problème de santé; *prévention tertiaire*					

Source : O'Neill et al. (1990).

La définition des problèmes/solutions demeure donc un processus dont la complexité sera mieux gérée par la priorisation des tâches à accomplir. La compétition de nos valeurs et objectifs personnels avec ceux du groupe de travail avec ceux des autres groupes concernés par le sujet ou ceux de la population touchée influencera cette priorisation. Encore là les ressources disponibles, Dieu merci, décideront souvent à notre place de ce qui est faisable et de ce qu'il est réaliste d'entrevoir comme résultat.

b.4) *Faire ses devoirs*

Bien connaître le dossier dont on traite demeure la clé d'une action efficace. C'est la base de la crédibilité future du groupe de travail, et ce qui permettra de proposer des solutions adéquates. Il faut aussi apprendre à présenter ses positions de différentes façons, pour s'adapter aux différentes personnes et organisations qu'il faudra rencontrer et convaincre. Il ne faut pas s'attendre, par exemple, à ce qu'un politicien ou un homme d'affaires aient un horizon temporel

dépassant beaucoup les cinq ans. Quand on s'adressera à l'écologiste, qui pense en termes de 50 ou 100 ans et aux générations futures, le discours devra s'adapter, les arguments changer. La culture de la pauvreté a aussi ses lois : seul le présent compte, parce que le futur présente toujours un risque élevé; la confiance en l'avenir n'existe pas, et l'expérience montre que demain sera probablement pire. La pauvreté, c'est comme vivre en état d'inflation élevée de façon permanente, disent les économistes : on se doit de consommer ici et maintenant, parce que demain les prix à payer ne pourront qu'être plus élevés. Encore là, les arguments doivent s'adapter.

Une analyse politique des alliés actuels, des alliés potentiels, et des opposants avoués ou non permettra de passer aux étapes suivantes; une telle analyse permet aussi d'envisager des façons de faire, des stratégies pour en arriver à ses objectifs. Nous élaborerons sur tout ceci au chapitre 3. Signalons toutefois la nécessité de refaire ses devoirs de temps à autre, selon l'évolution du dossier, tout processus de ce type se caractérisant par son dynamisme, sa fluidité.

L'approche retenue pour intervenir dépendra de l'analyse de la situation. Les approches de type collaboratif, non agressives, donnent généralement de bons résultats dans la plupart des situations simples. Des situations plus complexes pourront impliquer des approches différentes; si vous voulez éradiquer la pauvreté, par exemple, il faut s'attendre au combat... Certaines situations déjà envenimées peuvent nécessiter des relations plus tendues, une approche moins douce. Mais on règle rarement les problèmes sans en revenir à une étape de négociations plus civilisées, quelque part en cours de route. On en reparlera plus loin car c'est l'approche que nous préconisons dans notre méthode.

b.5) *Trouver et générer des appuis crédibles*

L'analyse évoquée au point précédent aura généralement permis d'identifier des alliés potentiels, qu'il faudra convaincre de supporter le projet et garder bien au chaud pour que leur enthousiasme ne s'envole pas avec le temps. On aura ensuite à trouver des supports de toute nature pour le projet dont nous faisons la promotion. Ces supports doivent être variés, et entourer en quelque sorte la personne ou le groupe qui prendront la décision d'un cocon d'avis favorables au projet. Il faudra rechercher l'appui de la population touchée par le projet, de ses

élus, des fonctionnaires impliqués, des institutions publiques ou privées concernées, et des autres commentateurs de la scène publique. On se rend compte, à ce moment, que le fait de connaître personnellement beaucoup de gens pourra être essentiel et le groupe de travail permettra de répartir les tâches. Et pour les opposants ? Eh bien, il faut les considérer comme des alliés potentiels à plus long terme, ce qui permettra de préserver au maximum des relations civilisées qui drainent généralement moins d'énergie qu'une approche franchement antagoniste. On y reviendra au chapitre 3.

b.6) *Jouer d'opportunisme*

La seule façon d'obtenir quelque chose, c'est bien sûr de le demander, et cela vaut autant pour les appuis que pour l'argent. Jouer d'opportunisme implique d'accepter de laisser de côté sa timidité, et de foncer. Il faudra beaucoup de rencontres privées, ou de contacts avec les journalistes, pour vendre son point de vue au bon moment, selon les nouveaux développements qui se présentent. Il faut savoir attendre le contexte institutionnel ou social favorable pour proposer une innovation, ce que les analystes appellent souvent la " fenêtre politique ", où un dossier peut progresser. Les périodes électorales, la situation financière d'une entreprise, les sujets importants à l'ordre du jour présentement : voilà des éléments de contexte essentiels dont on doit jauger l'effet potentiel sur notre projet. Cela nécessite aussi une capacité à se " revirer vite de bord ", à profiter d'un événement déclencheur particulier.

b.7) *Savoir négocier*

Il existe un principe de base lorsqu'on souhaite la réalisation d'un projet : il faut d'emblée accepter que le résultat final sera moindre que celui espéré. Il sera utile d'avoir préparé quelques positions de repli, quelques alternatives de compromis qui nous seraient acceptables par rapport aux demandes initiales. Et accepter d'en discuter...

Les quelques règles précédentes peuvent sembler un peu vagues et difficiles d'application, comme recettes pour réussir à mener à bien un projet. Et pourtant il n'en existe pas beaucoup d'autres. La façon dont elles seront élaborées ou leur niveau de détail varieront beaucoup selon les ressources dont vous disposerez. Une organisation riche pourra se payer des conseillers en

relations publiques pour monter un plan de campagne élaboré, engager des lobbyistes pour rencontrer les décideurs importants, acheter de l'espace publicitaire pour mousser une option. Si les moyens sont plus modestes, on se montera un plan maison, on mettra à contribution ses connaissances, on jouera du téléphone le soir, on distribuera un dépliant photocopié en cachette au bureau, et on comptera sur la sympathie des média et sur l'imagination du groupe. La séquence des événements reste toutefois semblable et la pierre d'achoppement sera toujours la même : vouloir et pouvoir durer, soutenir l'action assez longtemps, et trouver l'énergie nécessaire pour le faire. Marguerite Yourcenar le résumait bien en soulignant que les grands moments de la vie se passent généralement à attendre ...

C) L'éthique de l'action : quelques dangers fréquents

Il peut sembler difficile pour des praticiens dans le domaine de la santé, qu'ils soient professionnels ou non, de porter un jugement sur les règles éthiques à observer quand il s'agit de s'impliquer dans un projet qui vise à intervenir politiquement. Les questions s'enfilent vite. Voici quelques exemples.

Doit-on appuyer un groupe d'environnementalistes en accédant à leur demande de support technique pour une gestion plus écologique des déchets ? Cela ne vient-il pas à l'encontre du mandat des organismes publics qui vise à une certaine neutralité quant à leurs avis sur la santé publique ? Et les relations avec la municipalité là-dedans ? Et le directeur du site d'enfouissement qui siège sur le bureau de direction de la Chambre de commerce qui subventionne un de nos projets en prévention des maladies du coeur ?

Et le Ministère de la santé, qui veut promouvoir une saine alimentation mais qui n'en a pas nécessairement les moyens financiers : doit-il s'associer à une compagnie de céréales ? À toutes les compagnies de céréales qui le voudraient ? Aux producteurs laitiers ? En autant qu'ils ne parlent pas du beurre mais seulement du lait 2% ?

Et si l'on veut arrondir ses fins de mois comme individu, peut-on accepter des contrats personnels de compagnies privées si l'on sait qu'on aura possiblement affaire à ces mêmes compagnies dans le cadre de notre travail ? Cela dépend-il des honoraires offerts ? De la

compagnie ? Devrait-on accepter plus facilement si la compagnie en question fait des efforts louables en santé/sécurité du travail, en environnement, ou en activité physique ?

Pas évident, n'est-ce pas ? Les individus sont pourtant confrontés tous les jours à ce genre de dilemmes. Et ils y répondent, plus ou moins bien, plus ou moins consciemment. Il n'existe pas de règles universelles en morale : les principes par lesquels nous vivons varient selon les individus, les sociétés, les situations. Mais il demeure possible de signaler quelques dangers importants et de proposer quelques règles de conduite, face à chacun, qui demeurent bien sûr discutables; ce sont néanmoins celles que nous proposons pour l'utilisation de ce livre, en fonction de notre expérience, celles qui nous semblent pragmatiquement les plus réalistes. Six dangers sont donc évoqués ici.

a.1) *Ne pas travailler sur les choses importantes pour la communauté*

Ce n'est pas le lot de tous que de pouvoir déterminer ses priorités. Plusieurs intervenant-e-s doivent fournir un service direct à la population, et il n'est pas question, habituellement, de le remettre en question. À la longue, on peut même en venir à refuser d'en évaluer l'efficacité, d'en questionner la nécessité. Il devient important, dans le contexte actuel de ressources en constante diminution, de garder un esprit ouvert face aux remises en question sur les interventions menées en promotion de la santé, ou ailleurs dans le système de santé.

Ceux et celles qui peuvent critiquer et évaluer leur travail, proposer de nouvelles avenues, ou suggérer des approches différentes se doivent d'exercer cette opportunité de façon intelligente. Les exercices de priorisation pratiqués dans les établissements de santé demeurent souvent encore assez fermés aux avis extérieurs; on consulte rarement la population ou ses groupes organisés sur ce que doit faire une direction régionale de la santé publique, par exemple. Même les partenaires institutionnels sont souvent mis dans le coup pour établir des priorités une fois qu'elles sont bien ancrées et difficiles à modifier. Et pourtant, il s'agirait d'une étape logique que de vérifier auprès de la communauté quels sont ses vrais besoins, ses propres priorités. Dans le domaine de la santé, on travaille encore généralement en vase assez clos, en ne faisant confiance qu'aux statistiques muettes et en oubliant celles qui peuvent aussi parler et penser...

Travailler sur des sujets importants pour la communauté demande un examen sérieux des données de mortalité et de morbidité, des facteurs de risque et des déterminants sociaux, mais aussi une implication directe avec cette communauté. C'est le legs de la nouvelle santé publique, qui veut modifier les environnements, renforcer les capacités de la population à analyser et gérer ses problèmes, et promouvoir le bien-être plutôt que l'absence de maladies ou de blessures. Promouvoir la santé, ce n'est pas que distribuer des dépliants sur le cholestérol, si bien faits soient-ils ! Cela demande une volonté arrêtée de la part des organisations et des individus qui les composent de mettre au service de la population les connaissances scientifiques récentes, de participer à leur interprétation, et de bâtir **ensemble** les actions efficaces.

De façon concrète, il peut devenir difficile pour les individus qui oeuvrent au sein d'une institution de devoir se remettre en question. Après tout il n'est pas évident, si par exemple on travaille dans le domaine des maladies infectieuses depuis 15 ans, de passer à autre chose si l'on se rend compte que ce que l'on faisait n'est plus vraiment nécessaire, ou n'était pas vraiment efficace. Les intérêts personnels peuvent alors être priorisés avant les intérêts d'une organisation. On pensera à son avenir comme administrateur, ou aux recherches qui nous intéressent, ou encore aux meilleures conditions de travail. Rien de plus normal que de préférer profiter de ses fins de semaine et de ses soirées, ou d'être tranquille face à son ordinateur plutôt que d'écouter crier quelque radical quelque part dans un sous-sol d'église, tard le soir. Le problème surgit lorsque tous les membres de l'institution pratiquent en même temps ces comportements. La mise en place de mécanismes institutionnels, comme le partage des engagements de soirée, devient alors une nécessité pour être fonctionnels.

a.2) *Se mettre en conflit d'intérêt*

On ne devrait pas travailler à promouvoir la santé pour devenir riche ou pour profiter d'autres avantages personnels particuliers. La promotion de la santé, par exemple, en comparaison avec les services curatifs de la biomédecine, n'est pas un domaine où l'argent coule à flots. Cela rend les aspirations aux avantages matériels périlleuses. Mais, surtout, c'est un peu à l'encontre même de la philosophie à la base de tout l'exercice, qui vise à une meilleure égalité des ressources et des opportunités dans la communauté.

Au-delà des intérêts individuels, il faut envisager aussi les conflits d'intérêts de type institutionnel. Entre le désir de réaliser des interventions de masse qui font la promotion de tel comportement plutôt que de tel autre, et la réalisation concrète de ces interventions, il y a bien sûr l'argent. Et bien des compagnies, qui vendent justement ce que vous jugez être un bon produit après une analyse honnête, pourront vouloir se porter volontaires pour vous donner un coup de main. Beaucoup de ces conflits d'intérêts peuvent se classer sous la rubrique **partiellement inconscients**. Surgiront alors peut-être quelques journalistes, qui sont souvent formés à avoir l'esprit retors (ou peut-être naissent-ils ainsi ?), pour vous imputer toutes sortes d'intentions. Certains de vos collègues pourront, à l'occasion, participer au carnage, en vous remettant sous le nez que vous êtes effectivement en conflit d'intérêt.

Ces situations demeurent fréquentes, qu'il s'agisse des médecins de compagnie, des études sur le cholestérol subventionnées par les fabricants de margarine, ou des études sur les traumatismes à bicyclette supportées par une compagnie de casques à vélo. La tendance naturelle demeurera bien sûr de ne pas mordre la main qui nous nourrit. À défaut de pouvoir s'offrir la paix de l'âme par l'exclusivité d'un service dans votre établissement et par le financement intégral de sources publiques, il faudra prévoir des mécanismes institutionnels pour éviter les situations problématiques. La déclaration par les individus des relations d'affaires avec des compagnies externes, la revue des commandites privées par un comité externe (incluant des citoyens), l'utilisation de sources multiples de financement pour éviter une trop grande dépendance vis-à-vis d'un seul commanditaire et la divulgation publique des liens d'affaires d'institutions représentent de telles mesures. La crédibilité des institutions repose sur un comportement responsable; et elle se perd très vite, quelquefois pour une seule faute, comme beaucoup de politiciens l'ont appris à leurs dépens.

a.3) *Utiliser des méthodes illégitimes ou illégales*

Sans vouloir passer pour des anges, il nous faut préciser que dans les interventions politiques, nous croyons souhaitable, là où il existe, de respecter le cadre démocratique des sociétés; cela implique le respect des règles de conduite généralement acceptées. Les lois et règlements constituent les normes, souvent bien imparfaites, que l'on se donne pour tenter de vivre ensemble avec un minimum d'harmonie. Mais si vous voulez travailler à des dossiers délicats

impliquant la réduction d'inégalités, de quelque nature qu'elles soient, vous serez probablement tentés de comparer vos normes de conduite avec celles du système économique environnant. Les pratiques illégales y sont courantes : normes environnementales bafouées, pratiques financières douteuses, informations sur la nocivité de produits camouflées, etc.; quant à la légitimité des privilèges fiscaux ou financiers des entreprises par rapport aux individus, on peut quelquefois douter de leur bien fondé. Faut-il combattre le feu par le feu ?

Nous sommes plutôt partisans d'une approche imaginative dans ce contexte, dans le respect de la légalité. Il sera bon, à l'occasion, d'étirer les règles administratives en vigueur pour permettre de remettre en balance les moyens dont peuvent disposer certains individus ou organismes dans leurs luttes contre les Goliath de ce monde; les administrateurs dynamiques et innovateurs pratiquent couramment les prêts de personnel, les échanges d'informations ou les transferts de colonnes comptables, en autant qu'ils visent à favoriser l'intérêt commun plutôt que particulier. Il pourra aussi s'avérer utile de manifester publiquement, notamment dans les média, lors de certaines situations plus désespérées ou désespérantes. On voit surgir de telles réactions ces années-ci dans plusieurs régions défavorisées du Québec et le monde de la santé y participe souvent, ce que nous trouvons sain.

L'égalité des chances constitue un idéal qu'on a tenté de transformer en programmes sociaux ces dernières 30 années, mais qui bat de l'aile présentement. Pousser plus loin que le type de pratiques décrites ci-dessus les moyens à utiliser pour intervenir politiquement en santé nous semble dangereux, à court et à long termes pour la société où nous vivons. Cela ne veut pas dire que d'autres sociétés, où la vie démocratique et la pratique de la justice sont moins favorisés qu'ici, ne doivent pas envisager des moyens plus radicaux. Ou que nous ne vivons jamais de telles situations, ici même, qui nécessiteraient des modes d'intervention moins légaux : le jugement personnel, et l'engagement qui en découle, demeurent pour chacun les balises ultimes en ce domaine. Cependant, nous ne souhaitons pas systématiquement proposer la spirale d'une escalade de moyens de pressions conflictuels, compte tenu du grand éventail de moyens d'action disponibles dans la société où nous vivons et compte tenu aussi que s'ils ont pu connaître un succès certain à une certaine époque, les moyens conflictuels ont de plus en plus tendance à générer des résultats contre-productifs.

Il demeure que nos sociétés, comme les individus qui les composent, ne progressent pas de façon linéaire dans les processus de changement. Tout comme dans l'histoire de l'évolution, il semble que les changements majeurs se produisent souvent par à-coups, de façon brusque. C'est au détour d'une crise majeure, qui permet une remise en question plus approfondie des modes de vie, que se cristallisent souvent des décisions importantes. On l'a vu ces dernières années avec les chocs pétroliers des années 1970, avec le SIDA et maintenant avec la récession, la pauvreté et les émeutes qu'elles suscitent. Les dégradations environnementales comme la chute des stocks de morue, ou de saumon, la contamination des sources d'eau potable et les sécheresses à répétition, vont aussi nous amener à embrasser certaines avenues nouvelles. Les solutions élaborées par les partisans d'une meilleure santé, dans son sens large, deviennent tout à coup plus acceptables pendant de telles crises. Est-ce pour autant le rôle du promoteur de la santé de créer un état de crise propice à l'adoption de ses principes et de ses propositions ? Cela serait pour le moins difficile à défendre, d'autant plus que tous peuvent se tromper, y compris les partisans de la promotion de la santé. Nous croyons plutôt à la nécessité de savoir profiter de telles situations critiques pour proposer des solutions plus propices à la santé, plus supportantes pour les citoyens défavorisés et plus respectueuses de l'humain et de ses environnements.

a.4) *Ne pas respecter le cadre légal et réglementaire des institutions*

Sans constituer à proprement parler un problème d'éthique, le fait de ne pas connaître ou de ne pas respecter les missions et les responsabilités des institutions occasionne habituellement une foule de situations désagréables dont il peut être difficile de s'extirper. Il s'agit plus d'une question de respect de la nature humaine, et des egos qui peuvent irrémédiablement se froisser lorsqu'on traite une institution d'incompétente, d'irresponsable ou que l'on tente de faire le travail à sa place. Souvent, le simple fait d'annoncer ce qui s'en vient un peu à l'avance, aux personnes ou organisations qui seront touchées par un avis ou une action de santé plus politique, permet de sauvegarder une attitude respectueuse de part et d'autre, tout en évitant les conflits basés sur des perceptions erronées.

Il peut arriver que l'incompétence ou la malhonnêteté caractérisent un individu; il se peut aussi que les agissements de quelques individus ternissent un comportement institutionnel. Il sera généralement plus utile, dans un premier temps, de tenter une réforme ferme d'une institution

que de se satisfaire du plaisir fugace d'une condamnation finale. La raison justifiant cette approche s'explique facilement : les institutions ont la vie dure, défendent leur situation et requièrent, du moins dans le cas des institutions publiques, des modifications légales ou réglementaires longues et ardues à obtenir pour effectuer un changement majeur. La situation peut sembler différente pour les compagnies privées, où une certaine diversité existe. Mais là aussi, l'esprit de clan pourra faire que la condamnation de l'un sera perçue comme la condamnation potentielle de tous. Agir avec diplomatie peut donc s'avérer une nécessité si l'on veut durer dans un environnement politique où l'on aura toujours avantage à apprendre les règles du jeu, administratives ou autres, ne serait-ce que pour mieux les utiliser.

a.5) *La partisanerie politique*

Nous avons tous des préférences idéologiques, et nous avons tous, selon la loi, le loisir de nous impliquer activement au sein d'un parti politique. Il pourra aussi arriver, même si vous ne pratiquez pas la politique comme hobby, que vous remarquiez que les gens qui vous donnent un coup de main se retrouvent tous dans le même parti. On pourra même un jour vous inviter à vous joindre au mouvement. Votre décision demeure personnelle, et pourra vous être utile, si vous êtes du " bon bord ", ou nuisible, dans le cas contraire. Mais même si les choses sont claires, bien énoncées, et que les rôles ou " chapeaux " sont départagés pour tout le monde, il est normal d'avoir à payer un certain prix pour un engagement de ce type (et d'en retirer certains bénéfices), comme pour n'importe quel type d'engagement social. Généralement, si les situations sont claires, notre société n'est pas trop revancharde à ce propos. Les problèmes surviendront plutôt lorsque la partisanerie politique vient colorer indûment les décisions et les programmes sans que cela ne soit clairement explicité. Si cette influence se réalise avec un sourire malicieux, les objectifs s'éloignent de plus en plus de la promotion de la santé pour se rapprocher de la politicaillerie partisane. La transparence sera donc le condom permettant de minimiser l'exposition au virus (quelquefois) mortel de la partisanerie.

a.6) *Le contrôle social*

Ce danger existe-t-il vraiment ? On peut lire, à l'occasion, que les normes de santé publique et que les comportements proposés par les programmes de promotion de la santé constituent

autant d'exemples de tentatives de contrôle social d'une certaine classe de la société sur les autres (Conill et O'Neill, 1984, par exemple). La tradition moderne de la santé publique s'est développée à l'origine sur le mode policier, notamment en Allemagne, puis dans toute l'Europe. Les Centers for Disease Control américains demeurent encore aujourd'hui sous autorité militaire en cas de besoin. On imposait autrefois *manu militari* les quarantaines et d'autres mesures d'hygiène publique aujourd'hui passées dans les moeurs et reconnues, en partie du moins, comme efficaces pour la prévention des maladies. Il est aussi indéniable que la médicalisation accélérée de la santé vécue tout au cours du 20e siècle constitue un autre exemple du danger de contrôle social. Les multinationales du médicament constituent aujourd'hui des corporations parmi les plus importantes de la planète, et parmi les plus profitables aussi elles ont tendance à favoriser certaines choses, et pas d'autres. Heureusement, un mouvement s'est développé pour contrer les influences démesurées de la médecine et des industries qui y sont liées, comme cela a été le cas pour l'industrie pétrochimique ou l'industrie de l'automobile. Dans ces deux cas, les consommateurs ont gagné des batailles, tout en devant continuer à se battre. La même situation existe-t-elle en santé ?

Nous croyons que les praticiens de la santé doivent demeurer vigilants face aux multinationales aux moyens invasifs et à l'effet persuasif que McKinlay (1974) nommait fort justement les " manufacturiers de maladies ". Le rôle de chien de garde de la santé du public, et celui d'avocat des initiatives communautaires et des populations les plus démunies devraient être renforcés encore davantage chez les organismes de santé. L'évaluation des nouvelles technologies et des pratiques médicales, ainsi que l'appréciation de l'impact sur la santé des produits, projets, programmes et politiques (y compris de la promotion de la santé) demeurent encore des champs largement inexplorés. S'il y a un danger, c'est celui d'afficher un sourire béat face à la technologie, et de continuer à croire au progrès continu. L'état de notre planète et des humains qui y vivent nous prouvent éloquemment le contraire, à tous les jours.

Conclusion : quelques règles de conduite pour intervenir politiquement en santé

Nous avons exposé, tout au long de ce chapitre des comportements qui nous semblent davantage appropriés si l'on veut intervenir politiquement dans le monde de la santé, en particulier si l'on

est un ou une professionnel-le à l'emploi d'une institution publique. Ces règles de conduite peuvent se synthétiser dans le cadre suivant.

Après une période plutôt réductionniste au 19e et durant presque tout le 20e siècle, la pensée philosophique concernant la santé a subi, ces dernières vingt années, des changements majeurs. L'influence des courants relativistes et écologistes a eu pour effet de repositionner la santé de manière beaucoup plus élargie, en lien avec des facteurs influençant tant le niveau individuel que celui des environnements qui façonnent les individus. Les systèmes économiques de nos sociétés demeurent des créateurs d'inégalités, que ce soit au niveau des revenus individuels ou des revenus des pays, ou encore pour ce qui est des effets sur la santé ou sur l'environnement. Des mutations internationales majeures de la pensée surviennent actuellement, et continueront inéluctablement pendant de nombreuses années; ces mutations tentent notamment de proposer des ajustements aux les systèmes économiques de façon à diminuer les impacts négatifs importants qu'ils ont sur la santé, le revenu, l'équité et l'environnement biophysique, tout en permettant bien sûr leur survie. En même temps, les lieux majeurs de pouvoir basculent, se déplacent des sociétés industrialisées occidentales vers l'Asie du Pacifique et le " Nouvel Ordre Mondial " ramène à l'avant-scène des comportements économiques à courte vue visant la maximisation des profits à tout prix.

Dans ce contexte, l'action politique pour promouvoir la santé nous semble non seulement justifiée, mais nécessaire. L'action politique est une fonction normale utilisée largement dans tous les secteurs de nos sociétés. Son utilisation dans le domaine de la santé vise à contribuer à réformer les politiques et pratiques en vigueur et à renforcer les individus et les communautés moins favorisés. Cette action politique doit cependant éviter une partisanerie malsaine, et respecter les règles en vigueur dans nos sociétés et nos institutions; elle doit aussi s'inscrire dans le cadre d'un engagement honnête de service à la communauté, doublé du souci de mettre en pratique les connaissances scientifiques actuelles. Cette action politique doit de plus respecter les règles de base de la civilité, dans une optique démocratique qui accepte les opinions divergentes; cela implique la transparence et le respect des règles administratives des institutions, tant à l'intérieur du réseau de la santé qu'avec les autres segments de la société. Elle ne vise pas le pouvoir en soi, mais le pouvoir d'amener la société vers une meilleure qualité de vie, vers une meilleure santé.

Il serait présomptueux de vouloir faire ici la liste finale et définitive des choses à faire ou à ne pas faire quand on intervient politiquement. Nous préférons nous fier au jugement des individus qui oeuvrent dans le domaine de la santé; ils peuvent évaluer à leur mérite des situations variables selon l'endroit et le moment, en espérant qu'ils gardent en mémoire l'Évangile selon Saint-Luc (ou son équivalent dans une douzaine d'autres livres sacrés), où il est dit d'aimer son prochain comme soi-même ! Ou encore, si l'on utilise une formulation plus philosophique, telle la célèbre citation d'Emmanuel Kant qui est encore plus exigeante que celle de St-Luc, le principe suivant devrait guider l'action : *Agis de manière que tu puisses vouloir que la maxime d'après laquelle tu te détermines devienne une loi générale.*

Une fois mis en pratique, ces principes mènent à ce que les écologistes appellent l'analyse de soutenabilité. L'action que vous menez, les méthodes que vous employez, qu'arriverait-il si tous les utilisaient ? Quel serait le résultat ? C'est l'application de ce principe qui nous fait proposer une approche politique recherchant davantage le consensus que le conflit au départ. Faire autrement, si l'on mène une étude de soutenabilité, conduirait à une société où tout le monde serait coloré de façon partisane et passerait son temps à faire des coups bas, tout en tirant la couverture à son propre profit. Un peu loin de la santé, quoi !

Finalement, l'action politique demande, comme toute activité humaine, une bonne préparation. Certains de ces préparatifs concernent l'analyse du contexte environnant la mise en place d'un projet, d'une politique ou d'une solution que vous voudrez mettre de l'avant. De cette analyse pourra germer une stratégie d'action qui, elle aussi, aura avantage à être bien préparée. En conséquence, après avoir expliqué dans le prochain chapitre comment nous avons procédé pour élaborer et valider notre méthode, nous présentons de manière détaillée, au chapitre 3, comment on peut analyser le contexte politique de toute intervention en santé et comment on peut par la suite planifier une action pour influencer ce contexte.

Remerciements

Merci à Pierre Deshaies pour ses commentaires judicieux sur une version antérieure de ce chapitre.

RÉFÉRENCES

ASPQ (1993); La déclaration québécoise en promotion de la santé; Montréal; Association pour la Santé publique du Québec; 2 p.

Bénetton P. (1983); Le fléau du bien; Paris, Laffont, 319 p.

Charte (1986); La charte d'Ottawa pour la promotion de la santé; OMS, ACSP et SBESC; Ottawa, 8 p.

Conill, E. et O'Neill, M. (1984); "La notion de santé communautaire, éléments de comparaison internationale"; Canadian Journal of Public Health, 75 (2) :166-175.

Epp, J. (1986); La santé pour tous, plan d'ensemble pour la promotion de la santé; Ottawa; Santé et bien-être social Canada; 16 p.

Gosselin, P. (1992); Communication aux étudiants du cours Promotion de la santé; Québec, Écoles des sciences infirmières de l'Université Laval.

Haddon W. et S.P.Baker (1981); "Injury Control", in Clark et B. McMahon (ed.) Preventive Medicine and Community Medicine; Boston, Little Brown and Co., pp. 109-140.

Haddon W. (1989); "Options for the Prevention of Motor Vehicle Crash Injury", Israel J. Medical Sciences, 16 : 45-65.

Hardin, G. (1985); Filters against Folly; New York, Penguin Books, 240 p.

Hogwood, B.W., Gunn, L.A. (1984); Policy Analysis for the Real World; London, Oxford University Press, 289 p.

Kickbush, I. (1986); "Health Promotion, a Global Perspective"; Canadian Journal of Public Health; 77(5) : 321-26.

Kingdon, J. (1984); Agendas, Alternatives, and Public Policies; New York, Harper Collins Publishers, 237 p.

Lalonde, M. (1974); Nouvelle perspective de la santé des Canadiens; Ottawa, Ministère des services et approvisionnements, 64 p.

Machiavel, N. (1537); The Prince; N.Y.; Mentor Paperback; 1952 Translation; 127 p.

McKinlay, J.B. and S. McKinlay, (1977); "The questionable effect of medical measures on the decline of mortality in the USA in the 20th century"; Health and Society, 53 (3) : 405-428.

McKinlay, J.B. (1974); "A case for refocusing upstream : the political economy of illness"; in Enelow, B. et als. (eds.); Applying behavioral science to cardiovascular risk; Seattle; American Heart Association Conference; pp. 7-17.

McKeown T. (1976); The role of Medicine : Dream, Mirage or Nemesis; London, Nuffield Provincial Hospitals Trust.

Morah, E.U. (1990); Why Policies Have Problems Achieving Optimal Results : A Review of the Literature on Policy Implementation; U.B.C. School of Community and Regional Planning, U.B.C. Planning Papers, DP#20, 28 p.

Morris, S. (1991); A Guide for Communities to Enact Health-Promoting Policies; Victoria, B.C. Ministry of Health; Office of Health Promotion and Social Planning; Research Council of B.C.; 40p.

ONU (1992); Déclaration de Rio.

OMS et PNUE (1991); La Déclaration de Sundsvall sur les environnements favorables à la santé, Conférence internationale sur les environnements favorables à la santé, Sundsvall, Suède, juin 1991; 6 p.

O'Neill, M. et Cardinal, L. (1994); "Health Promotion in Québec, did it ever catch on ?"; in Pederson, A. et als. (eds.); Health Promotion in Canada; Toronto; W.B. Saunders; pp. 262-283.

O'Neill, M. (1991); "La participation dans le secteur des affaires sociales : le Québec face aux récentes suggestions de l'Organisation mondiale de la santé"; Questions de culture; 17:79-118.

O'Neill, M., Gosselin, P., Messeley, M.-C. (1990); La promotion de la santé dans la législation et la structure gouvernementale québécoises; Québec; Université Laval; Équipe de recherche sur les aspects sociopolitiques et environnementaux de la promotion de la santé; École des sciences infirmières; 21 p.

CHAPITRE 2

Naissance, développement et expérimentation d'une méthode d'analyse et d'intervention politique en santé

par Michel O'Neill, Michel Boyer, Étienne Labillois, André Dontigny, Pierre Gosselin et Madeleine Breton

Introduction

Dans ce chapitre, nous décrivons comment, sur une période d'environ dix ans, la méthode présentée au chapitre suivant a été élaborée. Ceci est fait dans un double but. D'une part, cela permet d'illustrer comment, même sans fonds de recherche faramineux, on peut en arriver si l'on est tenace et opportuniste à produire des connaissances utiles. Dans un contexte universitaire de valorisation des connaissances produites à partir de méga recherches subventionnées par des organismes externes, il est parfois utile de se rappeler qu'avec des moyens modestes on peut à l'occasion produire des choses valables. D'autre part, cela fournit aux usagers de la méthode l'occasion d'apprécier la valeur de la démarche proposée, en comprenant comment elle a été élaborée, et ainsi permet de garder à son égard un bon sens critique.

Le chapitre est divisé en trois sections. Dans la première, un bref historique de la naissance et du développement de la méthode est présenté. Dans la seconde, un certain nombre de caractéristiques des personnes et situations dans lesquelles l'approche a été expérimentée à l'Université Laval sont fournies. Finalement, dans la troisième, certains éléments de l'expérimentation de l'approche au lobbying de Michel Boyer sont décrits. Soulignons dès maintenant que la méthode proposée au chapitre 3 est une intégration de deux approches (celles de O'Neill, Gosselin et de Boyer), qui se sont modifiées au fil des ans suite aux commentaires fournis par leurs utilisatrices et utilisateurs pour être finalement jointes en une seule. Rappelons aussi que la présente édition du document est vue comme une étape dans un processus qui se continuera sans doute durant plusieurs autres années.

A) Naissance et évolution du projet

À l'hiver 1987, une subvention de démarrage d'environ 3 000 $ permettant d'embaucher à temps partiel une auxiliaire de recherche, Madeleine Breton, était octroyée à Michel O'Neill par le Budget spécial de la recherche, le fonds interne de développement de la recherche de l'Université Laval. Trois années d'expérience de travail en Département de santé communautaire au cours des années 1970 et un contact suivi d'une dizaine d'années avec la pratique de la santé communautaire au Québec et aux États-Unis l'avaient convaincu hors de tout doute du besoin crucial d'un outil concret d'intervention politique dans ce domaine. Le travail de Madeleine Breton permit de commencer à identifier et à fouiller divers ensembles de littérature où une telle méthode aurait pu se retrouver mais ne permit d'identifier rien de précis. Diverses demandes de subvention, soumises à l'automne 1987 à des organismes externes classiques et moins classiques, furent donc préparées afin de permettre de fouiller davantage et, au besoin, d'élaborer et d'expérimenter un tel outil. Même si les commentaires accompagnant les refus de subventions étaient unanimes à reconnaître le besoin pour une telle approche, tous les organismes sollicités trouvaient hors de leur mandat le financement d'une démarche de cette nature.

Malgré une réception enthousiaste dans deux congrès internationaux, suivie de deux publications (O'Neill, 1988; O'Neill, 1989) où la problématique et une première ébauche d'outil étaient suggérés, le projet entra fin 1987 dans une période de léthargie de presque deux ans. La finalisation d'une thèse de doctorat, la réalisation de deux autres projets de recherche qui eux avaient été subventionnés, la mise en oeuvre des tâches requises pour obtenir la permanence universitaire, et une année sabbatique hors-Québec, accaparèrent en effet toutes les énergies disponibles. À l'automne 1989, deux événements allaient toutefois permettre de réactiver le projet d'élaboration d'un outil d'intervention politique en santé; en effet, un séjour d'un an en Europe à l'Organisation mondiale de la santé, dans un milieu à la fine pointe internationale dans le domaine de la promotion de la santé, avait reconfirmé à Michel O'Neill la cruelle absence d'un tel outil.

Le premier de ces événements fut l'embauche par l'École des Sciences infirmières de l'Université Laval d'une professeure très sensible à la dimension politique de la pratique infirmière

(Dallaire; 1989). Les activités de cette professeure, dont l'organisation à l'École des sciences infirmières, entre 1989 et 1992, d'une série de colloques, rencontres et activités de formation continue sous le thème général de " Infirmières et politique " auxquels participèrent plusieurs centaines de personnes, vinrent confirmer très clairement qu'un outil d'intervention politique en santé serait utile non seulement aux praticiennes et praticiens de la santé communautaire, mais encore à tous les intervenants du domaine de la santé, quelque soient leur discipline et le milieu où ils oeuvrent.

Le second événement fut le lancement, en septembre 1989, du programme de maîtrise en santé communautaire de l'Université Laval. L'arrivée d'une clientèle de praticiennes et praticiens venus parfaire leurs habiletés professionnelles, à l'aide entre autres d'un projet de fin de programme de 12 crédits, ramena rapidement, notamment pour celles et ceux qui s'intéressaient aux dimensions environnementales de la promotion de la santé, le besoin d'un outil pratique d'intervention politique. À compter de l'hiver 1991, un nouveau cours gradué intitulé " Promotion de la santé : l'environnement ", sous la responsabilité de Michel O'Neill, allait permettre de recommencer à travailler concrètement au développement de l'outil, qui, en plus d'être expérimenté dans le cadre de ce cours, allait être utilisé par des étudiantes et étudiants pour leur travail de fin de maîtrise, en santé communautaire ou en sciences infirmières. Entre 1991 et 1994, 60 personnes, oeuvrant individuellement ou en équipe dans une quarantaine de situations d'intervention, ont gracieusement accepté de mettre à l'épreuve et de faire une analyse critique de versions successives de la méthode. Leurs noms se retrouvent en annexe au présent chapitre à l'annexe 2.1, et nous les remercions grandement de leur participation à ce projet. Ces étudiant-e-s ont permis que, d'année en année, l'outil se précise et s'améliore au point où on le juge suffisamment prêt pour le diffuser plus largement.

Trois autres événements d'importance sont survenus entre 1989 et 1992, qui ont eu une influence majeure sur le développement de l'outil présenté au chapitre suivant. Le premier est l'implication de Pierre Gosselin dans le dossier. Lui-même un intervenant politique convaincu oeuvrant depuis le milieu des années 1980 dans le domaine de la santé environnementale, il accepta de mettre une partie de ses ressources et de ses talents aux services du projet. C'est sous sa direction, en collaboration avec Michel O'Neill, qu'un étudiant à la résidence médicale en santé communautaire, André Dontigny, allait reprendre au printemps et à l'été 1991, les

travaux d'analyse de la littérature délaissés depuis 1987 (Dontigny, 1991). Cette fois-ci, un outil datant de 1988 et directement compatible avec la méthode déjà ébauchée fut identifié : le **Prince System**, élaboré par deux analystes de politiques américains (Coplin et O'Leary, 1988) qui acceptèrent gracieusement de nous laisser l'adapter. La version assez rudimentaire (O'Neill, 1987) de la méthode proposée aux étudiant-e-s en 1991 pour analyser le contexte politique fut donc grandement améliorée à partir de 1992. On y intégra notamment des éléments adaptés du Prince System et de la stratégie d'analyse des alliances proposée par le politicologue québécois Vincent Lemieux (1989).

Le second événement fut le versement, pour la période 1992-94, d'une subvention de 10,000$ par le Ministère de la santé et des service sociaux du Québec dans le cadre du volet provincial de son programme de subvention à la recherche en santé communautaire. Cette subvention a permis d'entrer en contact avec des collègues de d'autres milieux (notamment de l'University of British Columbia à Vancouver) pour discuter de notre méthode; elle a aussi été l'occasion d'embaucher pour quelques mois, en 1993, un auxiliaire de recherche, Étienne Labillois, qui a eu pour tâches principales d'analyser les commentaires critiques des étudiant-e-s quant à la méthode et de rédiger le premier jet des chapitres de la seconde section du présent ouvrage, à partir du matériel fourni par leurs auteurs.

Finalement, fin 1992, le dernier élément du puzzle tombait en place. En effet, la troisième phase de la méthode, celle de la planification de l'action politique, avait été critiquée par les cohortes étudiantes de 1991 et 1992 comme manquant de précision. La rencontre de Michel Boyer, consultant en programmes à Santé Canada à Montréal depuis des années et chargé de cours à l'Université de Sherbrooke, allait permettre de remédier à cette faiblesse. Comme il avait élaboré et validé auprès d'étudiant-e-s de provenances diverses et auprès de groupes communautaires une stratégie de lobbying bien articulée (Boyer, 1991), Michel Boyer fut en mesure de reprendre la méthode et d'améliorer grandement sa phase " intervention ". La version de la méthode proposée au chapitre 3 a donc été utilisée à l'Université Laval depuis 1993 par les étudiant-e-s inscrit-e-s au cours Promotion de la santé : l'environnement, de même que pour la réalisation de projets et de recherches de maîtrise. Nous la jugeons maintenant suffisamment bien développée pour la proposer, avec les précautions déjà mentionnées, aux

diverses clientèles décrites dans l'introduction du livre et nous comptons continuer à la faire évoluer à partir des commentaires et critiques que nous recevrons à son propos.

B) L'expérimentation à l'Université Laval

a) Éléments de contexte

Dans le cadre du cours «Promotion de la santé : l'Environnement» et d'essais de fin de maîtrise, 60 intervenant-e-s de diverses origines professionnelles et de milieux d'intervention variés ont expérimenté trois versions successives de l'outil. La première version de la méthode, provenant directement des travaux réalisés en 1987 par Madeleine Breton et Michel O'Neill (O'Neill, 1987), fut expérimentée en 1991 par 15 personnes. Cette version comportait deux phases et six étapes.

À la suite des expérimentations sur le terrain, des critiques émises par des étudiant-e-s et des travaux d'André Dontigny, on fut en mesure d'élaborer la seconde version de l'outil, qui comportait trois phases et dix étapes. Ainsi, la phase 1, de cette seconde version, intitulée **Choix d'un sujet d'intervention**, faisait référence à l'identification de la problématique et au choix d'une intervention. La seconde phase, **Analyse de l'environnement politique de l'intervention**, fut modifiée par l'ajout du Prince System. C'est la troisième phase, **Planification, le cas échéant, de la dimension politique de l'intervention**, qui subit toutefois les changements les plus importants. On y ajouta cinq étapes, la dernière demeurant la reprise périodique des étapes précédentes. Cette seconde version fut utilisée par 16 personnes au cours de 1992.

Suite à ces nouvelles applications pratiques, au relevé des différentes critiques et à l'introduction des travaux de Boyer (1991), la troisième version fut créée. Elle comporte toujours trois phases, dont la troisième est désormais intitulée **Continuum de stratégies et de tactiques dans la mise en oeuvre d'une action politique**. Cette version fut expérimentée par 15 personnes en 1993 et par 14 autres en 1994 et utilisée depuis par une trentaine d'autres personnes.

On constate donc, à la lumière de ce qui précède, que la méthode s'est métamorphosée considérablement. En 1997, on est loin de la timide démarche d'analyse politique proposée dix

ans plus tôt ! La version actuelle est mieux structurée, plus exhaustive et plus détaillée. Dans les paragraphes suivants, nous verrons dans quels types de milieux les différentes versions ont été expérimentées et quelles ont été les principales critiques et recommandations émises par les utilisatrices et utilisateurs.

b) Origine professionnelle des personnes ayant expérimenté la méthode entre 1991 et 1994

Avant d'aborder la description des thèmes et des milieux d'intervention, voyons d'abord quelles formations détenaient les intervenant-e-s ayant expérimenté la méthode. Dans le tableau 2.1, on constate que la majorité oeuvre dans le secteur de la santé. Toutefois, quelques-uns proviennent d'autres milieux, allant des relations industrielles à la sociologie en passant par le secteur de l'éducation. Cela reflète fidèlement le type de clientèle que les programmes en cause (Santé communautaire et Sciences infirmières) attirent.

Tableau 2.1 : Origine professionnelle des intervenants ayant expérimenté la méthodologie

Origine	Nombre
Sciences infirmières	28
Médecine	12
Nutrition	6
Éducation physique	4
Ergothérapie	2
Biologie	2
Orthoptique	1
Sociologie	1
Psychologie	1
Sciences de l'éducation	1
Relations industrielles	1
Éducation spécialisée	1
TOTAL	**60**

c) Thèmes et milieux d'expérimentation

Tableau 2.2

Thèmes et milieux d'expérimentation de la méthodologie

Milieux	Thèmes	Total
Centre hospitalier	• Convaincre une responsable de département de redonner à une infirmière des tâches de supervision de stagiaires. • Favoriser un processus pour qu'un syndicat obtienne l'information en regard d'un programme d'évaluation de la qualité des soins infirmiers. • Sensibiliser des chefs d'unité aux problèmes émotifs des infirmières en implantant des moyens de prévention. • Perfectionner un système informatisé d'évaluation de la qualité des soins. • Développer des outils pour dispenser de l'enseignement aux diabétiques et à leur famille par rapport à la maladie. • Explorer les raisons expliquant le succès timide du FRESIQ dans les hôpitaux. • Soutenir l'allaitement maternel (2 actions). • Faire accepter un programme de suivi des patients asthmatiques reçus à l'urgence. • Augmenter l'utilisation des mesures de précautions universelles contre les infections.	10
Département de santé communautaire ou Direction régionale de santé publique	• Favoriser une intervention visant la modification de comportements néfastes associés aux maladies cardio-vasculaires chez un groupe de jeunes en milieu urbain défavorisé. • Faire accepter par la direction d'un centre de détention un projet de promotion de la santé auprès des détenus. • Implanter un programme de formation à l'embauche des infirmières en dispensaire. • Établir la prévalence de la sédentarité chez les personnes âgées regroupées et autonomes. • Sensibiliser une communauté aux facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires. • Implanter un programme de prévention de l'hépatite B et de l'infection au VIH dans un centre de détention. • Favoriser le port du casque chez les cyclistes. • Établir la place de la promotion de la santé dans les nouvelles régies régionales. • Implanter Villes et villages en santé dans un milieu rural. • Améliorer la santé des autochtones dans une région socio-sanitaire.	10
Autres milieux	• Améliorer le système de dépôt des ordures ménagères d'une conciergerie. • Modifier l'avis d'un conseil municipal au sujet d'un site pour l'assainissement des eaux. • Faciliter les relations interprofessionnelles lors de la mise sur pied d'un service de santé informatisé. • Modifier l'organisation du travail dans un service d'une entreprise para-gouvernementale. • Promouvoir la sécurité dans un quartier du Centre-ville de Québec. • Analyser les acquis infirmiers de la Réforme Côté. • Impliquer un organisme dans un programme visant à retracer et répertorier les effets secondaires des vaccins destinés aux enfants. • Implanter un outil d'évaluation de la qualité des soins dispensés à domicile. • Réduire le mauvais usage de médicaments chez les aînés vivant à domicile.	9
Milieu scolaire (Université, Cégep, Primaire)	• Promouvoir de saines habitudes alimentaires en milieu de travail universitaire. • Convaincre les membres d'un cours de participer à la rédaction d'un document exprimant une perspective de santé publique sur la guerre. • Impliquer des infirmières comme personnes-ressources en santé primaire dans une école élémentaire. • Implanter un programme d'aide aux employé-e-s d'une université. • Instaurer une politique départementale de non-fumeur au Cégep.	5

Tableau 2.2 (suite et fin)

Centre local de services communautaires (CLSC)	• Implanter un programme pour le respect des non-fumeurs dans l'établissement . • Mettre en place une équipe multidisciplinaire de réadaptation. • Implanter un service de support visant les adolescentes enceintes. • Intervenir dans la communauté pour contrer l'insécurité alimentaire chez les gens défavorisés.	4
Pays en voie de développement	• Favoriser l'obtention de lois visant l'utilisation de médicaments essentiels et la gestion communautaire des ressources financières au niveau local (3 actions). • Mettre en place des équipes provinciales de santé maternelle et infantile.	4
Centre de réadaptation	• Implanter un programme de répit-dépannage pour les familles ayant un enfant malade. • Implanter un nouveau modèle organisationnel.	2
GRAND TOTAL		**44**

Les thèmes retenus par les intervenant-e-s sont très diversifiés et ont pour la grande majorité fait l'objet d'interventions concrètes. À plusieurs reprises, on aborde la problématique de la qualité des soins dispensés. D'autre part, on s'intéresse beaucoup à la qualité de vie de différents groupes cibles, comme les jeunes défavorisés, les personnes âgées, les cyclistes, les détenus, etc. On analyse également l'application de différents programmes, dans des milieux diversifiés, visant les adolescentes enceintes, les fumeurs, le suivi d'une vaccination chez des enfants, la malnutrition, les habitudes alimentaires, etc. Des expérimentations se font aussi à partir de thèmes situés en dehors des sphères médicale ou communautaire, comme la cueillette des ordures ménagères et l'assainissement des eaux usées. Les quelques situations analysées dans les pays en voie de développement ont davantage constitué une analyse rétrospective de la réalité qu'une intervention dans le milieu; ces situations concernaient surtout l'usage de médicaments essentiels et la participation accrue des communautés dans la prise en charge de leur santé.

Cette panoplie d'interventions illustre bien que la méthode peut être appliquée dans différents milieux, par des intervenant-e-s divers et en abordant des problématiques très variées. Il est de plus apparu fréquemment des modifications qui ont été apportées à l'outil par des intervenant-e-s lors de leur démarche, afin de respecter la réalité de leur milieu.

d) Principaux commentaires faits à l'égard de la méthode

Si on résume les principales conclusions de l'analyse effectuée par Étienne Labillois à propos des commentaires faits sur l'outil par les différentes personnes qui l'ont expérimentée à l'Université Laval, on en arrive à certains constats. Cette analyse a été faite à l'aide de cinq paramètres pour comparer les commentaires sur les diverses versions de l'outil utilisées en 1991, 1992 et 1993.

Côté **avantages** il semble évident que dans sa formulation finale, la méthode est claire, systématique et détaillée. Ses annexes pour planifier la démarche, recueillir l'information et évaluer la situation à chaque étape semblent particulièrement appréciées. L'outil permet une excellente appréhension du contexte politique d'un dossier ou d'un milieu, même si on y évolue depuis un certain temps; il permet de s'y positionner avec précision et d'être beaucoup plus stratégique dans le choix de ses actions et efficace dans ses interventions.

Côté **inconvénients**, plusieurs soulignent qu'en situation de travail réel, on n'a pas toujours le temps requis pour profiter de l'ensemble du potentiel de la méthode, d'où la nécessité d'adapter son utilisation au contexte où elle est appliquée. Pour quelques personnes, les calculs à réaliser semblent longs et fastidieux, surtout si l'on veut faire des simulations; c'est pourquoi certains intervenants ont développé de petits programmes de calculs sur micro-ordinateur afin de se simplifier la tâche une fois pour toutes. Un autre commentaire fréquent concerne l'inconfort soulevé par le fait que des décisions subjectives doivent être prises pour évaluer la position de chaque acteur. Le fait de prendre ces décisions en équipe et de devoir documenter systématiquement les sources d'information à partir desquelles on décide sont perçus comme des manières appropriées de diminuer la subjectivité, mais laissent quand même un certain malaise chez plusieurs.

Finalement, ce qui nous a beaucoup frappés lors de cette analyse des commentaires, c'est la créativité des intervenant-e-s. Plusieurs ont inventé des manières d'opérationnaliser des critères, de présenter des résultats ou encore de calculer de manière plus rapide certains éléments en les informatisant. De plus, certain-e-s nous ont souligné que dès qu'on commence à documenter la position des acteurs politiques dans un dossier, **c'est comme si l'on commençait l'intervention**, même si l'on n'était pas encore complètement prêt à agir. Cela

rappelle donc fortement la nécessité de procéder avec prudence, car se mêler du politique, c'est par définition jouer avec des éléments potentiellement explosifs.

Nous passons ici sous silence des dizaines de recommandations détaillées qui ont été faites et incorporées aux versions successives de l'outil pour n'en garder que l'esprit : les intervenant-e-s ont vraiment eu tendance à utiliser cet outil comme **un moyen à adapter à leur contexte** davantage que comme une **fin en soi**, ce qui nous apparaît comme l'attitude la plus saine à avoir. Les commentaires détaillés fournis par les usagers de la méthode aux chapitres 4 à 8 permettent d'ailleurs de voir le genre de réaction concrète qu'on peut avoir. Avant de passer à la présentation de la méthode elle-même, la dernière section de ce chapitre donne un aperçu plus détaillé de la manière dont la stratégie de lobbying de Michel Boyer a été développée et expérimentée avant de devenir partie intégrale de l'outil proposé au chapitre suivant.

C) Expérimentation de l'approche au lobbying développée par Michel Boyer

a) Introduction

Lors de la première " Conférence internationale pour la promotion de la santé" tenue à Ottawa au mois de novembre 1986, la " d'Ottawa pour la promotion de la santé " a été adoptée par des représentants de 38 pays participant à la conférence. Avec l'adoption de la Charte, un nouvel arsenal de stratégies permettant d'agir sur les déterminants de la santé venait d'être légitimé. Une de ces stratégies s'intitule l'**action politique**. Celle-ci se traduit notamment par des démarches auprès d'une instance décisionnelle afin d'influencer une décision, une loi, un règlement ou une politique pouvant favoriser la santé des individus. Afin d'arriver à influencer les décideurs en fonction d'objectifs de santé, il est évident que la plupart des intervenant-e-s auront à développer des habiletés autres que celles faisant normalement partie de leur formation professionnelle.

En 1990, un modèle d'intervention en promotion de la santé basé sur les grandes stratégies et tactiques utilisées dans le domaine du lobbying a commencé à voir le jour. Les paragraphes qui suivent exposent les contextes dans lesquels ce modèle a été développé et fournissent certains

éléments d'évaluation ainsi que des commentaires de ceux et celles qui en ont fait l'expérimentation.

b) Contexte universitaire

En tant que chargé de cours au Certificat en toxicomanie de la Faculté de médecine à l'Université de Sherbrooke, Michel Boyer enseignait depuis plusieurs années un cours intitulé " Connaissances et habiletés pratiques en prévention " (TXM330). Avec la permission d'une directrice de certificat favorable à l'innovation, un nouveau cours s'intitulant " Le lobbying au service de la prévention en toxicomanie (TXM485) " a été développé en 1990.

Initialement conçu comme un cours de 45 heures, l'Université accepta, à titre exploratoire, qu'il soit offert dans le cadre d'une fin de semaine intensive de 15 heures, correspondant à un crédit universitaire.

Afin de respecter le temps qui était alloué, les objectifs du cours furent énoncés comme suit :

Tableau 2.3 : Objectifs du cours TXM485
" Le lobbying au service de la prévention en toxicomanie "

1.	**OBJECTIF GÉNÉRAL** Acquérir les connaissances et les habiletés minimales pour l'élaboration et la mise en oeuvre d'une campagne de lobbying.
2.	**OBJECTIFS SPÉCIFIQUES** Au terme de ce cours, l'étudiant-e devra être capable de : • décrire le processus de prise de décisions • identifier les étapes clés de l'élaboration d'une campagne de lobbying • décrire le continuum de stratégies inhérentes à une campagne de lobbying • produire un plan d'action d'une campagne de lobbying

Le cours a été dispensé à trois reprises en 1991 et 1992, soit deux fois à Sherbrooke (à 22 et 14 étudiantes, étudiants) et une fois à Longueuil (à 21 étudiantes, étudiants). Aucune donnée quant à la formation disciplinaire des intervenantes et intervenants n'est disponible.

Afin d'atteindre les objectifs énoncés préalablement, l'emphase de la fin de semaine était mise sur un travail d'équipe. Le vendredi soir était consacré à un exposé magistral sur une définition du lobbying et sur le modèle de prise de décision ainsi qu'à un aperçu global de la démarche à suivre.

Un sujet d'intervention était choisi par les étudiant-e-s le samedi matin, par la méthode du groupe nominal. Généralement le sujet choisi était fictif, c'est-à-dire que la situation pouvant nécessiter une campagne de lobbying ne représentait pas nécessairement un dossier d'actualité d'un-e des étudiant-e-s. Les dossiers retenus incluaient notamment : comment influencer un principal d'école afin de permettre la livraison d'un module éducatif sur la toxicomanie; comment influencer un dépanneur local pour qu'il ne vende plus de colle d'avion aux enfants du quartier; ou encore, comment influencer la directrice du certificat en toxicomanie afin qu'elle accroisse le nombre d'heures de formation en lobbying à l'Université ! Une fois la situation choisie, des équipes de cinq à six étudiant-e-s avaient à suivre chaque étape de la démarche proposée afin d'analyser la situation et de planifier les actions de leur campagne de lobbying. Une plénière le dimanche permettait à chaque équipe de présenter le produit de son travail, afin de comparer entre elles les analyses et les planifications des projets. Suite à la présentation des travaux, un dernier exposé magistral avait lieu afin de repréciser le continuum des stratégies et tactiques en lobbying.

Cette approche pédagogique a permis une participation active des étudiant-e-s dans l'apprentissage du modèle proposé. Le rôle du chargé de cours, dans ce contexte, se limitait à observer la démarche d'analyse et de planification des étudiants et à apporter des précisions seulement quand une demande en ce sens était exprimée. Ce rôle d'observateur permettait d'identifier les étapes du modèle nécessitant une révision à inclure la fois suivante où le cours se donnait.

L'évaluation fut effectuée au moyen d'un questionnaire conçu par l'Université de Sherbrooke et distribué aux étudiant-e-s à la fin du cours. Le tableau suivant présente les résultats de cette évaluation pour chaque groupe d'étudiants.

Tableau 2.4 : Évaluation par les étudiant-e-s du cours TXM485

QUESTIONS	COTES MOYENNES		
	SHERBROOKE (22 étudiant-e-s)	**SHERBROOKE** (14 étudiant-e-s)	**LONGUEUIL** (21 étudiant-e-s)
1. Le cours me permet d'acquérir les connaissances et les habiletés visées par les objectifs	3.83	4.50	4.41
2. Le contenu des cours touche des problématiques importantes	4.72	4.79	4.68
3. La structure des cours facilite mes apprentissages	4.06	4.36	4.55
4. La forme d'évaluation utilisée permet de mesurer le degré d'attente des objectifs	4.11	4.29	4.77
5. L'approche pédagogique favorise ma participation au cours	4.44	4.64	4.73
6. L'utilisation d'exemples favorise mes apprentissages	4.06	4.43	4.82
7. Les documents de référence et le matériel nécessaire au cours s'avèrent utiles et pertinents	4.00	4.71	4.77
8. Le professeur démontre des compétences dans le domaine enseigné	4.94	4.64	4.91
9. Le local utilisé s'avère adéquat	3.56	3.86	3.68
10. L'horaire des cours est approprié	3.67	3.71	4.41

COTES :
1 = Pas du tout
2 = Faiblement
3 = Moyennement
4 = Fortement
5 = Tout à fait

On peut considérer, si l'on regarde l'ensemble des résultats, que ce cours (sauf en ce qui a trait aux locaux utilisés), a semblé fortement apprécié à tous points de vue. Si l'on considère de manière plus particulière les éléments qui ont été inclus dans l'outil du chapitre suivant, on peut regarder de plus près la question 7. Cette question fait référence au texte remis aux étudiants où était décrite la démarche à suivre pour l'analyse et la planification d'une campagne de lobbying.

Les réponses à cette question démontrent d'une part que l'ensemble des étudiant-e-s a trouvé utile et pertinent le modèle proposé et d'autre part que la satisfaction envers le document s'améliorait de cours en cours (4.00 - 4.71 - 4.77). Ceci s'explique principalement par le fait qu'en observant les étudiant-e-s lors de leur travail d'équipe, les points faibles du document ont pu être décelés et les correctifs nécessaires apportés au texte avant le cours suivant.

c) Contexte communautaire

Par ailleurs, les expériences de Michel Boyer dans le contexte communautaire ont aussi contribué aux changements apportés au document. De par ses fonctions en tant que consultant en programmes de promotion de la santé pour le compte de Santé Canada, ou en fonction de ses intérêts personnels, Michel Boyer a eu l'occasion d'intervenir auprès de divers organismes communautaires en matière de lobbying durant le processus de développement du modèle décrit plus haut. Le tableau suivant présente les interventions communautaires réalisées avec l'approche de lobbying au cours des dernières années, la période, l'organisme, le type d'intervention ainsi que le nombre d'intervenant-e-s rejoint-e-s.

Tableau 2.5
Interventions communautaires où le modèle de lobbying a été expérimenté

DATE	ORGANISME	TYPE D'INTERVENTION	NOMBRE DE PARTICIPANT-E-S
Mars 90	Comité des personnes atteintes du VIH (CPAVIH)	. Consultation . Document transmis	3
Mars 91	Canadian Network of people living with AIDS	. Atelier de formation . Document transmis	35
Février 92	Centre de réadaptation Relais jeunes est	. Document transmis	1
Février 92	Projet P I C Laval-Laurentides	. Formation . Document transmis	10
Février 92	Concertation inter-régionale des Garderies du Québec	. Formation . Document transmis	22
Avril 93	Regroupement des garderies du Saguenay-Lac-St-Jean	. Formation . Document transmis	15
TOTAL			86

L'évaluation de l'expérimentation du modèle de lobbying en contexte communautaire n'a pu s'effectuer aussi facilement qu'en contexte universitaire. De par la nature diverse des types d'interventions (consultation, transmission du document, atelier et/ou formation formelle), il est plus difficile de dégager des conclusions claires. Par ailleurs, l'utilisation que les organismes communautaires en ont faite varie d'un milieu à l'autre, contrairement au contexte universitaire où l'analyse et la planification s'opérationnalisent dans un contexte de quasi-laboratoire. Par contre, ce qu'il y a de commun dans l'ensemble de ces interventions communautaires c'est que, contrairement au contexte universitaire, le sujet d'intervention choisi était un sujet d'actualité pour l'organisme en question.

Pour rendre plus concrète l'expérience vécue dans ces milieux, un représentant de chaque organisme a été invité à transmettre les résultats de l'utilisation du modèle de lobbying qui a été faite dans leur cas. Quatre de ces témoignages constituent le chapitre 4 du présent livre, le

premier de ceux présentant des utilisations concrètes de la méthode dans la seconde partie de l'ouvrage. Avant d'y arriver, toutefois, le chapitre 3 présente de manière détaillée notre outil d'intervention politique. Venons y donc enfin !

RÉFÉRENCES

Boyer, M. (1991); Le lobbying au service de la prévention et de la promotion de la santé dans le domaine des toxicomanies; Sherbrooke, Université de Sherbrooke, cours TXM-485.

Coplin, W.P. et O'Leary, M.K. (1988); Public Policy Skills; Buffalo; Policy Studies Associates Ed.; 225 p.

Dallaire, Clémence (1989); " L'action politique "; L'appui, 7(1) :3-5.

Dontigny, A. (1991); Analyse d'une méthodologie d'intervention politique; travail non publié réalisé dans le cadre d'un stage de résidence en santé communautaire; Québec, DSC de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, 51 p.

Lemieux, Vincent (1989); " Le pouvoir dans la réalisation des politiques sociales "; Service social, 38(4) :170-195.

O'Neill, Michel (1987); " Les contraintes imposées par les facteurs politiques aux interventions gouvernementales en promotion de la santé "; Hygie, 6(4) : 32-37.

O'Neill, Michel (1989); " The political dimension of health promotion work "; in Martin, C. et McQueen, D.V. (eds.); Readings for a New Public Health; Edinburgh; University of Edinburgh Press, pp. 222-234.

ANNEXE 2.I

Liste des étudiantes et étudiants ayant expérimenté à l'Université Laval la méthode d'intervention politique entre septembre 1991 et avril 1994.

Allard, Francine	Fieschi, Lionella
Baillargeon, Martine	Gagnon, Josée
Bélanger, Monique	Gervais, Robert
Bisson, Diane	Gilbert, Marc-André
Bitter, Nathalie	Henri, Roseline
Blais, Mireille	Hounsa, Assomption
Buissière, Lucie	Labrie, Rosanne
Boivin, Suzanne	Langlais, Richard
Boudreau, Diane	Lavoie, Jocelyne
Boudreau, François	Leblanc, Nicole
Bourassa, Annie	Lepage, Céline
Boutin, Hélène	Luwawa, Ndoza Kulosa
Brisson, Gisèle	Moreau, Line
Bujold, Louise	Mulroney, Nancy
Collette, Maurice	Niangaly, Adégné
Comeau, Monique	Rieu-Jacquet, Anne-Marie
Cormier, Monique	Robichaud, Patricia
Courville, Françoise	Rousseau, Mireille
Dallaire, Clémence	Rousseau, Nathalie
Dancause, Gisèle B.	Sagbohan D.F., Marcel
Demers, Louise	Saint-Gelais, Maryse
Déry, Donald	Saint-Pierre, Louise
de Serres, Marie	Sanogo, Bréhima
Desranleau, Alain	Tanguay, France
Dontigny, André	Tessier, Barbara
Drolet, Marie-Josée	Toupin, Manon
Dubé, France	Turmel, Jean-Guy
Dufour, Renée	Vachon, Solange
Dumont, Édith	Veilleux, Mario
Ferland, Marc	Vermette, Lise

CHAPITRE 3

Une méthode d'analyse et d'intervention politique en santé

par Michel Boyer, Michel O'Neill et Pierre Gosselin

Introduction

Ce chapitre présente les détails d'un outil pratique d'analyse et d'intervention politique en santé construit à partir des approches suggérées par O'Neill (1987[a], 1989), Boyer (1991) et Lemieux (1989a, 1989b), ainsi que du «Prince System» de Coplin et O'Leary (1988). Il propose et explique de manière concrète une méthode en 3 phases et 14 étapes qui sont les suivantes :

PHASE 1 : CHOIX D'UN SUJET D'INTERVENTION

Étape 1 L'analyse de la problématique
Étape 2 L'objectif de l'intervention
Étape 3 Le choix d'une stratégie d'intervention
Étape 4 L'identification d'un précédent (expérience passée)

PHASE 2 : ANALYSE DE L'ENVIRONNEMENT POLITIQUE DE L'INTERVENTION

Étape 5 L'identification des acteurs susceptibles d'avoir un impact direct ou indirect sur la mise en oeuvre de l'intervention
Étape 6 L'analyse des arguments et conséquences entourant la mise en oeuvre de l'intervention
Étape 7 La quantification de l'impact des acteurs
Étape 8 L'utilisation de la " Carte Politique Prince " et de la " Matrice des alliances " pour positionner les acteurs les uns par rapport aux autres
Étape 9 La prise de décision quant à la faisabilité politique d'entreprendre ou non l'intervention

PHASE 3 : CONTINUUM DE STRATÉGIES ET DE TACTIQUES DANS LA MISE EN OEUVRE D'UNE ACTION POLITIQUE

Étape 10 La concertation
Étape 11 La préparation de la plate-forme
Étape 12 La stratégie de coopération
Étape 13 La stratégie de campagne
Étape 14 La stratégie de contestation

Il est à noter que le présent chapitre présente la méthode elle-même; les personnes intéressées par la problématique qui nous a conduits à élaborer une telle méthode pour les interventions politiques en santé, ainsi qu'aux dilemmes éthiques et pratiques que peut éventuellement poser son utilisation, sont invitées à consulter les chapitres précédents. De même, les chapitres suivants présentent une série d'exemples détaillée d'utilisation de cet outil. Finalement, ce chapitre comporte plusieurs grilles et annexes à remplir. Nous vous suggérons de les photocopier pour un usage plus aisé.

A) PHASE 1 : Choix d'un sujet d'intervention

Avant de procéder à l'analyse politique proprement dite, il est important d'établir la problématique sur laquelle vous comptez travailler (étapes 1 et 2), et de dégager des choix d'intervention (étape 3). Cette première phase n'a rien de très original et est typique de toute démarche de planification. Pour ce faire, si vous avez toute liberté de choix, vous pouvez vous inspirer de l'approche systémique proposée par Chapdelaine et Gosselin (1986) ou de tout autre manuel de planification des interventions en santé (par exemple : Pineault et Daveluy (1986), Green et Kreuter (1991), etc.) pour effectuer votre choix d'intervention. Plus prosaïquement, le choix du dossier sur lequel vous avez à travailler peut tout simplement vous être imposé par votre patron ou par la nécessité pour votre organisme de vous pencher sur ce problème. Quelle que soit la modalité de sélection de votre intervention, la méthode d'analyse politique décrite plus loin est utilisable.

N'oubliez pas, pour votre dossier, d'envisager les considérations d'ordre éthique qu'il suscite (McLeroy et al., 1987 ; MacRae et Wilde, 1985) ou, autrement dit, le fait que les interventions identifiées tiennent compte du conflit possible entre la recherche du " bien-être commun " et celle de votre propre intérêt (ou de celui de votre organisation, groupe ou organisme).

a) ÉTAPE 1 : L'analyse de la problématique

Dans un premier temps, vous avez à établir les principaux éléments de la problématique sur laquelle vous désirez intervenir à l'aide d'une revue de littérature, de discussions avec des personnes pertinentes ou toute autre méthode qui apparaît appropriée. Considérez :

1.1 : la nature et l'étendue de la situation problématique en cause (prévalence, incidence, etc.);

1.2 : les conséquences de la situation problématique (auprès de l'individu, de la société; en termes sanitaires, économiques, sociaux, etc.);

1.3 : les groupes de population touchés par cette problématique (caractéristiques : âge, sexe, nombre, localisation géographique, etc.);

1.4 : les déterminants et les facteurs de risques qui contribuent à l'émergence ou au maintien de la situation problématique (l'environnement social et physique, l'hôte, l'agent);

Utilisez l'annexe 3.1 (organisation du travail : étapes à réaliser) et l'annexe 3.3 (travail de recherche à faire) **incluses à la fin du présent chapitre** aux pages 137 à 148 afin de planifier les opérations requises pour faire votre analyse de problématique. Indiquez ici, ou sur d'autres feuilles si requis, le résultat de votre travail sur les quatre séries d'éléments concernant votre problématique :

1.1 Nature et étendue du problème
1.2 Conséquences
1.3 Groupe(s) touché(s)
1.4 Déterminants ou facteurs de risques

Avant de passer à l'étape 2, utiliser l'annexe 3.2 (évaluation), incluse à la page 139 à la fin du présent chapitre, pour faire un bref retour sur votre fonctionnement durant l'étape 1.

b) ÉTAPE 2 : L'objectif de l'intervention

Vous avez maintenant à définir l'objectif de votre intervention selon les caractéristiques suivantes :

2.1 : la population visée par l'intervention (ex : jeunes de 11 à 13 ans; les conducteurs de 16 à 20 ans, etc.);

2.2 : l'endroit où réside la population visée ou l'endroit où se déroulera l'intervention (l'école Notre-Dame; le quartier St-Henri, etc.);

2.3 : le résultat spécifique attendu de l'intervention (verbe d'action : diminuer, augmenter, créer, etc.);

2.4 : le critère de succès de l'intervention (% de changement, etc.);

2.5 : le moment où l'objectif doit être atteint (jour, mois, année).

Exemple : Au 31 mars 1994, avoir diminué de 20% le nombre de fumeurs étudiant-e-s à l'école secondaire St-Henri.

Utilisez l'annexe 3.1 pour planifier les opérations requises pour établir votre objectif. Formulez ici l'objectif de votre intervention une fois déterminé :

Objectif :

Avant de passer à l'étape 3, utiliser l'annexe 3.2 (évaluation) pour faire un bref retour sur votre fonctionnement durant l'étape 2.

c) ÉTAPE 3 : Le choix de stratégies d'intervention

Enfin, vous avez à déterminer la/les stratégie(s) que vous désirez mettre en oeuvre afin d'atteindre l'objectif énoncé à l'étape 2. Ces stratégies peuvent notamment relever de celles utilisées couramment en prévention ou en promotion de la santé. La liste des stratégies en prévention est inspirée de Torjman (1986). Utilisez l'annexe 3.1 (organisation du travail : étapes à réaliser) afin de planifier les opérations requises pour faire votre choix de stratégie(s).

3.1 Choisissez dans la liste suivante la ou les stratégies de prévention que vous désirez mettre en oeuvre :

Stratégies de prévention : CONTRÔLE (ex : éliminer les 5 à 7); INFLUENCE (ex : transmettre de l'information); DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES (ex : éduquer les parents par des programmes de " parents efficaces "); AMÉNAGEMENT DU MILIEU (ex : créer des alternatives telles " parents efficaces ", organismes de loisirs).

Inscrivez ici la ou les stratégies de prévention que vous désirez mettre en oeuvre :

Stratégie(s) de prévention

3.2 Choisissez dans la liste suivante la ou les stratégies de promotion de la santé que vous désirez mettre en oeuvre :

Stratégies de promotion de la santé : ÉDUCATION SANITAIRE (ex : programme de formation personnelle et sociale en milieu scolaire); COMMUNICATION (ex : publicité sociétale); MARKETING SOCIAL (ex : campagne pour le port du condom); DÉVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE (changements positifs au sein de la communauté); ACTION POLITIQUE (ex : revendications contre la publicité tabagique); CHANGEMENTS ORGANISATIONNELS (ex : politique d'aires sans fumée en milieu de travail).

Inscrivez ici la ou les stratégies de promotion que vous désirez mettre en oeuvre :

Stratégie(s) de promotion

3.3 Si ces stratégies ne vous sont pas familières, veuillez tout simplement énoncer ici le/les moyens que vous voulez mettre en oeuvre afin d'arriver à votre objectif :

Moyen(s)

Avant de passer à l'étape 4, utiliser l'annexe 3.2 (évaluation) pour faire un bref retour sur votre fonctionnement durant l'étape 3.

d) ÉTAPE 4 : L'identification d'un précédent

Maintenant que vous avez franchi les trois premières étapes reliées au choix d'une intervention (ou que ce choix vous a été imposé par votre patron ou par l'urgence de la situation...), nous vous suggérons de réfléchir à la possibilité que quelqu'un, quelque part, ait eu à poursuivre une intervention similaire. Aussi curieux que cela puisse paraître, cette étape est trop souvent mise de côté. On a souvent l'impression d'être les premiers à avoir à effectuer tel ou tel travail. L'expérience des autres devrait nous servir. Mais comment trouver ceux ou celles qui ont cette expérience et comment en bénéficier ?

Quelques questions pour nous alimenter :

QUI ?

- Qui (personne ou organisme) aurait pu avoir à mettre en oeuvre une intervention similaire ?
- Si moi je ne le sais pas, est-ce que je connais quelqu'un qui pourrait le savoir ?

- Est-ce qu'une recension d'écrits, une revue de littérature pourrait m'aider au delà de celle faite à l'étape 1 si cela a été le cas ?

COMMENT ?

- Comment ont-ils procédé ?
- Quelles ont été les barrières qu'ils ont eu à contrer ?
- Qu'est-ce qui a facilité leur démarche ?
- Quels ont été les résultats de leur démarche ?
- Comment puis-je bénéficier de cette expérience ?

Au delà de la littérature écrite, l'identification d'une personne ou d'un groupe qui a déjà une expérience pertinente vous serait un atout précieux tout au long de votre propre démarche. En cours de route, vous aurez certainement d'autres questions plus précises à leur poser. Au départ, il s'agit d'identifier ces " experts " et d'établir une relation de travail qui n'abuse pas de leur désir de vous apporter conseil ni de leur temps. Utilisez les annexes 3.1 et 3.3 afin de planifier les opérations requises pour identifier des précédents.

Avant de passer à l'étape 5, utiliser l'annexe 3.2 (évaluation) pour faire un bref retour sur votre fonctionnement durant l'étape 4.

B) PHASE 2 : Analyse de l'environnement politique de l'intervention

a) ÉTAPE 5 : Identification des acteurs susceptibles d'avoir un impact direct ou indirect sur la mise en oeuvre de l'intervention.

5.1 Identification des acteurs potentiels

D'abord, on essaie de repérer l'ensemble des acteurs susceptibles de faciliter ou d'empêcher la réalisation de l'intervention. Un acteur est un individu (acteur individuel) ou un organisme, un groupe, une organisation (acteur collectif) qui a un intérêt et qui peut agir dans la problématique qui nous préoccupe. Quelle que soit l'intervention envisagée, une bonne connaissance des règles de fonctionnement du milieu où l'action est prévue est importante. Pour obtenir l'information

nécessaire, la recherche documentaire peut jouer un rôle important, mais l'accès à des personnes bien informées, des " informateurs-clés " constitue un élément essentiel. En utilisant la technique du " brainstorming ", **de préférence en groupe**, identifiez tous les individus ou groupes susceptibles d'être intéressés par le dossier.

Questions à vous poser :

- Qui est touché par la situation problématique ?
- Qui a ou pourrait avoir intérêt à ce qu'elle change ?
- Qui a ou pourrait avoir intérêt à ce qu'elle ne change pas ?
- Qui exerce du pouvoir dans cette situation ?

Secteurs possibles : Santé et services sociaux, éducation, groupes bénévoles ou communautaires, associations professionnelles, syndicats, églises, industries privées, clubs sociaux, partis politiques, conseils de ville, politiciens, journalistes, fonctionnaires, etc.

Utiliser la grille de la page suivante pour faire une première liste, la plus complète possible, des acteurs potentiels dans votre dossier. À ce stade-ci, mettez-en plutôt plus que moins.

Acteur 1 :
Acteur 2 :
Acteur 3 :
Acteur 4 :
Acteur 5 :
Acteur 6 :
Acteur 7 :
Acteur 8 :
Acteur 9 :
Acteur 10 :
Acteur 11 :
Acteur 12 :
Acteur 13 :
Acteur 14 :
Acteur 15 :
Acteur 16 :
Acteur 17 :
Acteur 18 :
Acteur 19 :
Acteur 20 :
Acteur 21 :
Acteur 22 :
Acteur 23 :
Acteur 24 :
Acteur 25 :
Acteur 26 :

Utiliser d'autres feuilles au besoin.

5.2 Les acteurs à retenir

L'ensemble des acteurs potentiels que vous venez d'identifier par la technique du " brainstorming " doit maintenant être réduit afin de cerner les plus importants, c'est-à-dire les acteurs (groupes ou individus) qui pourront avoir un impact réel sur la mise en oeuvre de votre intervention. Pour qu'un acteur soit retenu, les lignes de conduite suivantes sont proposées :

- L'acteur possède une autorité légale dans le contexte.
- Il possède de l'influence politique, formelle ou informelle, pour promouvoir ou empêcher la mise en oeuvre de l'intervention.
- Il possède une influence formelle ou informelle sur un acteur susceptible d'empêcher la mise en oeuvre de l'intervention.
- Il est important de vous inclure comme acteur dans le dossier.
- Il est aussi important d'ajouter une catégorie " acteurs non-identifiés " pour toujours garder à l'esprit que, si sophistiquée que soit votre analyse, elle a peut-être oublié des acteurs importants (peu connus ou qui se révéleront plus tard dans le dossier alors qu'ils en étaient absents au départ).

Utilisez le tableau suivant pour vous aider à décider quels acteurs vous retiendrez. Si vous avez besoin d'information complémentaire avant de prendre une décision finale, utilisez les outils des annexes 2.1 et 2.3 pour planifier le travail.

	Critères de sélection			Décision	
Acteur potentiel	Autorité légale dans le contexte	Influence politique pour promouvoir ou empêcher l'intervention	Influence sur un autre acteur	Retenu	Non retenu

Si le nombre des acteurs que vous voulez retenir est élevé (plus de 10), vous auriez avantage pour simplifier la suite des opérations, à procéder à des regroupements pour réduire à entre cinq et dix ce nombre (voir Lemieux, 1989a, pour un exemple de regroupement d'acteurs en grandes catégories). Un nombre plus grand d'acteurs peut être retenu si cela apparaît vraiment absolument nécessaire, mais cela rendra plus complexe l'analyse et la planification de

grandes catégories). Un nombre plus grand d'acteurs peut être retenu si cela apparaît vraiment absolument nécessaire, mais cela rendra plus complexe l'analyse et la planification de l'intervention. Pour éviter l'arbitraire lors du regroupement, les lignes de conduite suivantes sont suggérées :

- Regrouper les acteurs ayant les mêmes intérêts économiques.
- Ne pas regrouper des acteurs pouvant opposer un veto à votre intervention.
- Ne pas regrouper des acteurs qui peuvent être en désaccord ou qui possèdent des poids politiques très différents.
- S'assurer que la liste d'acteurs donne un aperçu acceptable de la distribution de pouvoir entre ceux-ci.

Conclusion de l'étape : indiquer ici les ACTEURS RETENUS une fois les regroupements faits; ne pas oublier de vous inclure et de garder une catégorie ACTEURS NON-IDENTIFIÉS. Utilisez ensuite l'annexe 3.2 pour évaluer votre performance au cours de cette étape.

Acteur 1 :
Acteur 2 :
Acteur 3 :
Acteur 4 :
Acteur 5 :
Acteur 6 :
Acteur 7 :
Acteur 8 :
Acteur 9 :
Acteur 10 :
Acteurs non identifiés :

b) ÉTAPE 6 : L'analyse des faits, arguments et conséquences entourant la mise en oeuvre de l'intervention

Chaque acteur concerné par un dossier particulier a généralement une attitude favorable ou défavorable à son égard. Cette attitude est fondée sur des connaissances (faits) et des arguments (valeurs). Par ailleurs, l'opinion des acteurs face à l'intervention que vous proposez sera aussi nourrie de leur perception de ses conséquences à leur égard. Lors de cette étape et des suivantes, vous avez à obtenir de l'information permettant 1) de documenter les faits, arguments et conséquences perçues, pour les acteurs retenus, face à la mise en oeuvre de votre intervention (étape 6), 2) de quantifier l'attitude, le pouvoir et la priorité de ces acteurs face au dossier en cause (étape 7) et 3) de cerner les alliances existant entre les acteurs retenus dans le dossier (étape 8).

Pour recueillir les informations nécessaires, vous pouvez lire, faire des entrevues auprès d'informateurs-clés connaissant bien le milieu ou même interroger les acteurs eux-mêmes. Cette cueillette d'information est cruciale car elle vous servira à poser des jugements sur les faits, les arguments, les conséquences, l'attitude, le pouvoir, la priorité et les alliances entre acteurs. **C'est la qualité, la variété et la quantité de sources d'information utilisées** qui pourront vous permettre de porter un jugement éclairé, de même que le fait que cette information soit interprétée de manière indépendante par **plusieurs personnes** qui confronteront ensuite leurs interprétations de manière à faire consensus. Nous vous suggérons donc fortement de faire ces étapes **en équipe**.

Les informations recueillies vous permettront de mieux saisir les enjeux entourant l'application de votre intervention. Par ailleurs, les faits et arguments que vous allez documenter deviendront des éléments clés dans les étapes subséquentes, soit la préparation de votre plate-forme politique ainsi que la planification et l'exécution de la dimension politique de votre intervention.

Finalement, il est important de noter que poser des questions à un acteur ou à un informateur **a des conséquences**. Dès le moment où vous commencez à recueillir de l'information de manière un peu visible, **c'est comme si vous commenciez déjà votre intervention**; en effet,

vous pourrez être amenés dès ce moment à répondre à des questions ou même à commencer à faire valoir votre point, bien que ce ne soit pas habituellement là que l'essentiel se joue. Soyez donc conscients de cet aspect en recueillant les informations dont vous avez besoin et préparez-vous une série de questions vous permettant de recueillir le plus d'aspects possibles sur tous les éléments requis (les arguments, les conséquences, l'attitude, le pouvoir, la priorité et les alliances) **avant de commencer** la première entrevue ou la première recherche d'informations écrites. Vous trouverez à l'annexe 3.4 une proposition de grille des informations à recueillir pour chacun des acteurs retenus afin de compléter les étapes 6, 7 et 8. Servez-vous de l'annexe 1 pour planifier cette cueillette d'informations.

6.1 Les faits et arguments

Compilez ici tous les faits et arguments dont se servent chacun des acteurs retenus pour justifier leur attitude favorable (F), indécise (I) ou défavorable (D) à la mise en oeuvre de l'intervention désirée, tel que vous les avez recueillis à l'aide de la grille de l'annexe 3.4. Au moment où vous le rencontrez, il se peut qu'un acteur exprime un besoin d'informations additionnelles avant de finaliser son opinion. Notez ces besoins à l'annexe 3.3 et trouvez la réponse avant de retourner le voir. Une fois que vous serez confiants d'avoir recueilli suffisamment d'informations, compilez-les à la page suivante pour avoir une vue d'ensemble du dossier, i.e. tous les faits et arguments invoqués par tous les acteurs en regard de votre intervention :

Acteurs	Faits et arguments	F, D, ou I

Utilisez d'autres feuilles au besoin.

6.2 Les conséquences

Notez ici l'ensemble des conséquences favorables (F) ou défavorables (D) pouvant résulter de la mise en oeuvre de l'intervention pour l'ensemble des acteurs concernés. Que les conséquences prévues par les personnes et groupes concernés soient réalistes ou non importe peu. L'essentiel est de faire un inventaire exhaustif des **perceptions** de ces acteurs à propos des conséquences prévues.

Acteurs	Perception des Conséquences	F ou D

Utilisez d'autres feuilles au besoin.

6.3 Tableau synthèse des faits, arguments et conséquences entourant la mise en oeuvre de l'intervention

Une fois vos recherches terminées, complétez le tableau synthèse suivant en redisposant les faits, arguments et conséquences évoqués en **rang prioritaire** selon l'importance de ceux-ci comme facteurs pouvant supporter ou empêcher la mise en oeuvre de l'intervention. La priorité peut être établie à partir de la fréquence de mention d'un élément et/ou de votre impression suite à vos rencontres. Après avoir complété ce tableau, utilisez l'annexe 3.2 afin d'évaluer votre démarche au cours de l'étape 6.

Faits, arguments, conséquences FAVORABLES à votre intervention	**Faits, arguments, conséquences DÉFAVORABLES à l'intervention**

Utilisez d'autres feuilles au besoin.

c) ÉTAPE 7 : La quantification de l'impact des acteurs

L'étape 6 vous a permis de commencer à cerner le paysage politique où se déroule votre intervention. Pour l'étape 7, nous nous inspirons largement du " Prince System " (Coplin et O'Leary, 1988), qui propose quelques calculs simples permettant d'établir l'importance politique relative des divers acteurs en rapport avec une intervention particulière et d'établir la probabilité de pouvoir démarrer cette intervention sans trop d'opposition dans le contexte politique analysé. Cela se fait en documentant d'abord, pour chaque acteur, son attitude, son pouvoir et le degré de priorité qu'il accorde au dossier qui vous préoccupe.

7.1 Établir la position ou l'attitude de l'acteur face à l'intervention projetée.

À partir notamment des faits, arguments et conséquences documentés à l'étape 6, il s'agit d'abord à établir l'attitude de l'acteur face à l'intervention, qui est exprimée par un nombre entier de +5 à -5, indiquant son degré de soutien ou d'opposition à votre dossier. Un score de +5 est assigné à un acteur totalement en faveur de l'intervention, les scores de +4 à +1 indiquant un soutien de moins en moins solide. Une attitude neutre face au sujet est indiquée par le score 0, tandis qu'un acteur opposé à l'intervention se verra assigner un score négatif, ceux obtenant -5 étant les plus fermement opposés. Si on ne dispose d'aucune information fiable pour cet acteur, le noter à l'annexe 3.3 : Recherche à faire. Pour estimer l'attitude de l'acteur, utiliser la grille de cueillette d'information à l'annexe 3.4. Pour établir le score de l'acteur, vous pouvez :

- Utiliser l'analyse précédente que vous venez d'effectuer sur les arguments invoqués ainsi que sur les conséquences attendues par l'acteur pouvant supporter ou empêcher la mise en oeuvre de l'intervention désirée.

- Estimer sur la base de sa position politique, sociale ou économique, l'attitude probable de l'acteur compte tenu de ses intérêts dans le dossier.

- Rechercher les différences entre individus ou factions au sein d'un groupe ou d'une organisation. Rechercher les contradictions dans les discours des individus. Si les positions contradictoires sont équilibrées au sein d'un acteur collectif, assigner la valeur 0 (attitude neutre) dans le débat. Si cette balance est légèrement positive ou légèrement négative, assigner une valeur (attitude ou position dans le débat) de +1 ou de -1 respectivement à ce groupe.

7.2 Établir le pouvoir de l'acteur, c'est-à-dire son efficacité potentielle à bloquer ou faciliter la mise en oeuvre de l'intervention.

Le pouvoir se définit comme la capacité d'un acteur, en relation avec d'autres acteurs, à exercer directement ou indirectement de l'influence concernant la décision de mise en oeuvre de l'intervention. Le pouvoir d'un acteur repose sur des facteurs tels la taille du groupe ou de l'organisation (si c'est un acteur collectif), la richesse financière, les ressources physiques, l'autorité institutionnelle, le prestige, la compétence à agir politiquement. Pour vous aider à déterminer le pouvoir d'un acteur, vous pouvez aussi vous référer aux distinctions faites par Lemieux (1989a) entre les enjeux du pouvoir et les atouts de pouvoir. Dans les calculs du " Prince system ", le pouvoir est exprimé par un score positif variant de 1 à 5. La valeur " 1" correspond à un pouvoir faible; " 2 " signifie que l'acteur possède un peu plus que le pouvoir minimum; " 3 " et " 4 " représentent un pouvoir substantiel et " 5 " représente un pouvoir absolu (équivalent d'un droit de veto) d'empêcher ou de décider de la mise en oeuvre de l'intervention sans interférence (ou avec interférence minime) des autres acteurs. Comme vous avez déjà décidé à l'étape 5.2 de ne garder que les acteurs qui vous semblaient significatifs, il est ici postulé qu'ils ont tous au moins un pouvoir minimal (i.e. plus grand que 0).

Pour estimer le pouvoir de l'acteur, utilisez la grille de cueillette d'information à l'annexe 3.4.

7.3 Déterminer la priorité de l'intervention pour chaque acteur.

La priorité peut se définir comme étant l'importance qu'attache l'acteur à s'opposer ou à soutenir cette intervention particulière compte tenu des autres décisions qui le concernent. La priorité est exprimée par un score de 1 à 5. Une valeur de 1 indique un très faible intérêt pour l'intervention, indépendamment de l'attitude et du pouvoir de l'acteur au regard de cette intervention. Une valeur de 2 indique un certain intérêt, une valeur de 3 ou 4 implique un intérêt de plus en plus marqué, la valeur 5 signifiant que cette intervention est de première importance ou constitue la priorité la plus élevée pour cet acteur.

Pour estimer la priorité, utiliser la grille de l'annexe 3.4 en tenant compte des éléments suivants :

- Déterminer la fréquence et l'intensité des déclarations publiques de l'acteur concernant l'intervention.
- Prendre en considération les intérêts économique, social et politique de l'acteur.

- Être à l'affût des événements externes qui peuvent entraîner rapidement des changements dans l'ordre des priorités d'un acteur (se rappeler que l'acteur est confronté à d'autres situations ou décisions qui sont ou peuvent aussi devenir prioritaires).

7.4 Calcul des chances de démarrer l'intervention sans opposition majeure.

Après avoir évalué l'attitude, le pouvoir et la priorité pour chaque acteur, il est possible d'estimer, suite à quatre calculs effectués à partir des scores attribués à chaque acteur tel que décrits dans les paragraphes précédents, une probabilité globale de démarrage de l'intervention sans opposition significative. Le mode de calcul de cette estimation est illustré à l'aide d'un exemple fictif, par l'utilisation de la " Grille de calcul Prince " explicitée aux sous-sections 7.4.1 à 7.4.4. Une fois que vous aurez bien compris le principe des calculs à l'aide de l'exemple fictif, vous ferez les calculs pour votre propre intervention à la sous-section 7.4.5.

Grille de calcul Prince : exemple fictif

ACTEUR	ATTITUDE	X	POUVOIR	X	PRIORITÉ	SCORE	
	- 5 à + 5		1 à 5		1 à 5		
A	+ 2	X	3	X	3	=	+ 18
B	(0)	X	2	X	2	=	(4)
C	-3	X	1	X	2	=	-6
D	+2	X	3	X	2	=	+12
E	-2	X	2	X	1	=	-4
F	+2	X	1	X	3	=	+6

7.4.1 Calcul 1 : Attitude x Pouvoir x Priorité = Score par acteur

On multiplie d'abord la valeur déterminée pour chaque élément (attitude, pouvoir, priorité) pour obtenir le score global de chaque acteur. Par exemple, dans le tableau, l'acteur A présente une attitude de +2, un pouvoir de 3 et une priorité de 3, ce qui donne un score de +18. Si l'attitude est de 0, on indique cette valeur entre parenthèse, car à ce moment, étant donné qu'une valeur multipliée par 0 donne 0, on multiplie seulement le pouvoir et la priorité (la valeur de l'attitude ne faisant pas partie de la multiplication) et on indique le résultat entre parenthèse (voir acteur B dans le tableau). Dans cet exemple, prenez pour acquis que l'acteur F est vous, i.e. la

personne ou l'organisation qui fait la promotion du dossier. Il est déjà intéressant d'observer qui est favorable ou défavorable au dossier, ainsi que les poids politiques relatifs !

7.4.2 Calcul 2 : Somme des scores positifs + 1/2 des scores neutres de chacun des acteurs.

Dans l'exemple, cette somme est égale à 38, soit 18 pour l'acteur A, 2 pour l'acteur B (4 divisé par 2), 12 pour D et 6 pour l'acteur F; le score de C étant négatif -6, il n'entre pas dans ce calcul. Lorsque le score neutre donne un nombre impair, on arrondit la valeur obtenue par la division. La raison pour n'additionner que la moitié des scores neutres part du postulat qu'advenant un changement d'attitude, on présume que les acteurs " neutres " ont 50% des chances d'appuyer la décision (donc de passer d'une attitude de 0 à un score positif) et 50% de s'y opposer (passer d'une attitude de 0 à un score négatif).

7.4.3 Calcul 3 : Somme des scores de tous les acteurs en ignorant les signes et les parenthèses.

Ce calcul permet d'obtenir le score total qui servira dans le calcul 4. Dans notre exemple, ce score est de 50.

7.4.4 Calcul 4 : Probabilité de démarrage sans problème de l'intervention : (Calcul 2 ÷ calcul 3).

Pour notre exemple, ce calcul (38/50) donne une valeur de .76 ou 76%. Il s'agit de la somme des scores favorables sur la somme en valeur absolue des scores favorables et défavorables au dossier. Ainsi l'intervention analysée dans cet exemple aurait 76% des chances de pouvoir être lancée sans opposition significative. Il faut cependant noter que l'environnement peut évoluer rapidement et **demeurer extrêmement prudent**; ce calcul ne produit pas une certitude, mais bien une **probabilité raisonnable**, qui sera d'autant meilleure que votre travail de documentation des différents éléments mentionnés plus haut aura été fait avec soin. On peut comprendre intuitivement en quoi ce calcul nous donne une probabilité de démarrage favorable à partir des constatations suivantes :

1) Lorsque chaque acteur a une attitude positive (tous les scores ont un signe positif), le calcul de probabilité donne 100%, indépendamment des valeurs de pouvoir et de priorité. Il ne semble donc y avoir aucune opposition à l'intervention et la lancer ne semble pas poser de problème majeur.

2) Lorsque les valeurs sont équilibrées, c'est-à-dire lorsque le score des acteurs avec une attitude négative est égal au score des acteurs avec une attitude positive, la probabilité calculée sera de 50%. Ainsi, lorsque le poids des acteurs politiques est équilibré, il est plausible de considérer qu'il y a une chance sur deux que l'intervention démarre sans problème majeur.

3) Enfin, lorsque tous les acteurs ont une attitude négative envers l'intervention, le calcul de probabilité sera de 0, signifiant ainsi qu'il n'y a aucune chance de démarrer de cette intervention dans le contexte existant.

7.4.5 Réalisation des calculs pour trouver le score global de chaque acteur et la probabilité de pouvoir démarrer votre intervention sans opposition significative

Il s'agit maintenant pour vous de réaliser les calculs requis dans le cadre de votre dossier. Commencez d'abord par reporter dans la grille de calcul Prince qui suit le score de chacun des acteurs retenus pour chacun des éléments (attitude, pouvoir, priorité) tel que calculé à l'aide de l'annexe 4 et calculez le score global de chacun en multipliant l'attitude par le pouvoir par la priorité :

Grille de calcul Prince pour votre dossier

Acteur	Attitude	Pouvoir	Priorité	= Score

Effectuez ensuite le calcul 2 :
Somme des scores positifs + 1/2 des scores neutres de chacun des acteurs =

Puis le Calcul 3 :
Somme des scores de tous les acteurs en ignorant les signes et les parenthèses =

Puis finalement le Calcul 4 :
Calcul 2 ÷ calcul 3 = Probabilité de démarrage sans problème = %

Vous utiliserez bientôt cette probabilité à l'étape 9 pour décider si oui ou non vous vous lancez dans votre intervention. Avant de prendre cette décision, il est toutefois utile de considérer les acteurs non seulement un à un mais aussi de porter attention aux liens qui les unissent. C'est ce que l'étape 8 vous amène à faire, en considérant la carte Prince et la matrice des alliances. Avant de poursuivre, évaluez l'étape 7 à l'aide de l'annexe 2.

d) ÉTAPE 8 : Utilisation de la « carte politique Prince » et de la « matrice des alliances » pour positionner les acteurs les uns par rapport aux autres

L'étape 7 vous a permis d'identifier le poids politique de chacun des acteurs individuels ou collectifs, de même que la probabilité d'ensemble que le dossier démarre bien. Ces calculs ne tenaient toutefois pas compte du fait que les acteurs n'agissent pas isolément, mais qu'ils ont tendance à créer des liens entre eux, des alliances. L'étape 8 de l'outil vise donc à cerner ces alliances pour pouvoir en tenir compte dans votre prise de décision quant à la réalisation de l'intervention et quant à la planification de la dimension politique de cette dernière.

8.1 Utilisation de la « carte Prince »

Coplin et O'Leary (1988) proposent une première manière de visualiser le positionnement d'ensemble des acteurs dans un dossier à l'aide de la carte politique « Prince » (voir Figures 3.1 et 3.2). Chacun des acteurs est positionné sur la carte en fonction de son attitude (variant entre -5 et +5), située en ordonnée, et du produit (variant entre 1 et 25) de son pouvoir et de la priorité qu'il accorde au dossier (variant chacun entre 1 et 5), situé en abscisse. Ainsi, plus un acteur est situé vers le haut et la droite sur la carte, plus celui-ci est favorable et susceptible d'aider à la mise en oeuvre de l'intervention, donc d'être un allié potentiel; à l'inverse, plus il est situé vers le bas et à droite, plus celui-ci est défavorable. Visuellement, cela permet de voir s'il y a des concentrations d'acteurs et où elles se situent, de manière à avoir déjà une première indication sur les alliances possibles entre divers acteurs, alliances que l'on pourra éventuellement

travailler à créer ou renforcer, ou au contraire, à tenter d'affaiblir ou même de briser lors de notre intervention. Une manière intéressante d'interpréter la carte, c'est de la diviser en quatre quadrants à partir des points milieux de chacun des axes; cela détermine des zones de fort appui, forte opposition, faible appui, ou faible opposition à notre intervention (figure 3.1).

L'exemple de la figure 3.2, qui reprend les données fictives utilisées plus haut, illustre la manière dont se présente une carte politique Prince. Afin d'intervenir dans ce dossier fictif, il importerait de savoir si les acteurs F, D et A de la zone de faible influence ont déjà des liens entre eux ou s'il ne se connaissent pas du tout; de même, si E et C sont déjà en relation, leur influence négative, même si elle semble faible, peut être plus forte que ne serait cette influence si ces acteurs ne se connaissaient pas; il est aussi important de savoir si l'acteur B, qui est neutre face à ce dossier, a déjà des liens avec les partisans ou les opposants au dossier, qui pourraient alors plus facilement l'infléchir de leur côté. La carte Prince permet ainsi une visualisation simple des concentrations d'acteurs, et permet d'utiliser avec plus de discernement le second outil de positionnement relatif des acteurs qui sera abordé plus loin : la matrice des alliances. Auparavant, veuillez disposer vos propres données sur la carte Prince vierge présentée plus loin (figure 3.3) et y noter les conclusions qui vous semblent se dégager de cette première visualisation des liens potentiels entre les acteurs concernés par votre intervention.

Figure 3.1 : les zones d'interprétation de la " Carte Prince "

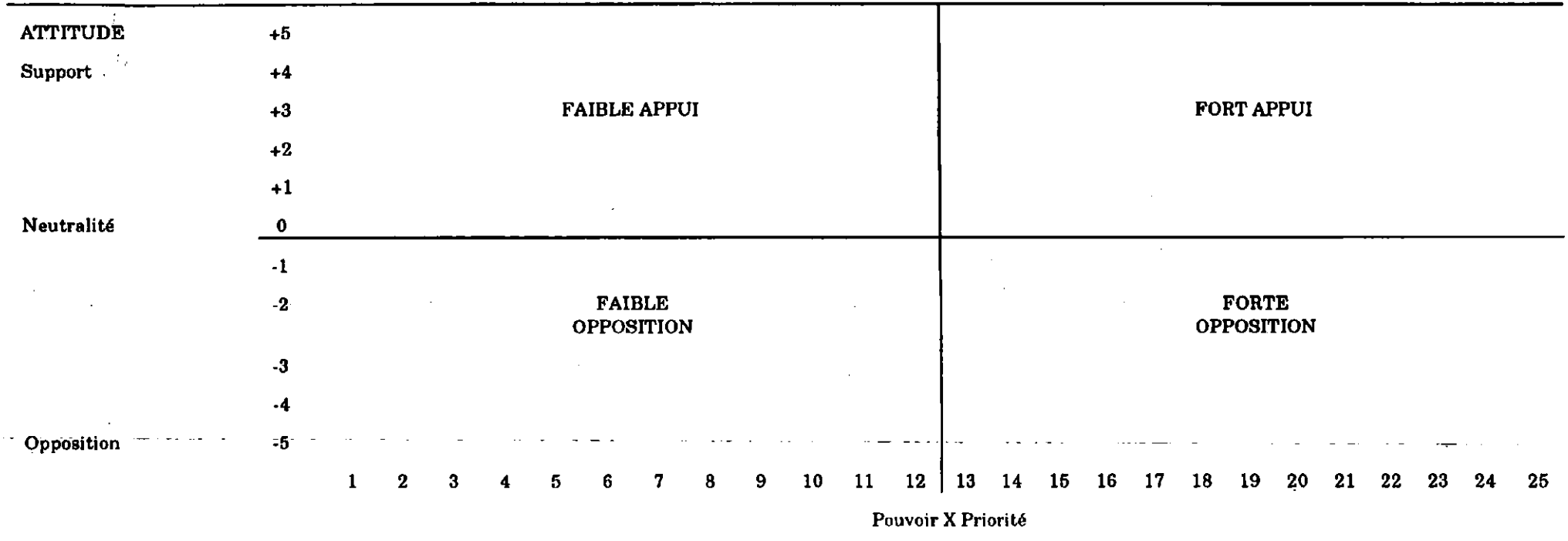


Figure 3. 2 : exemple d'utilisation de la carte politique " Prince "

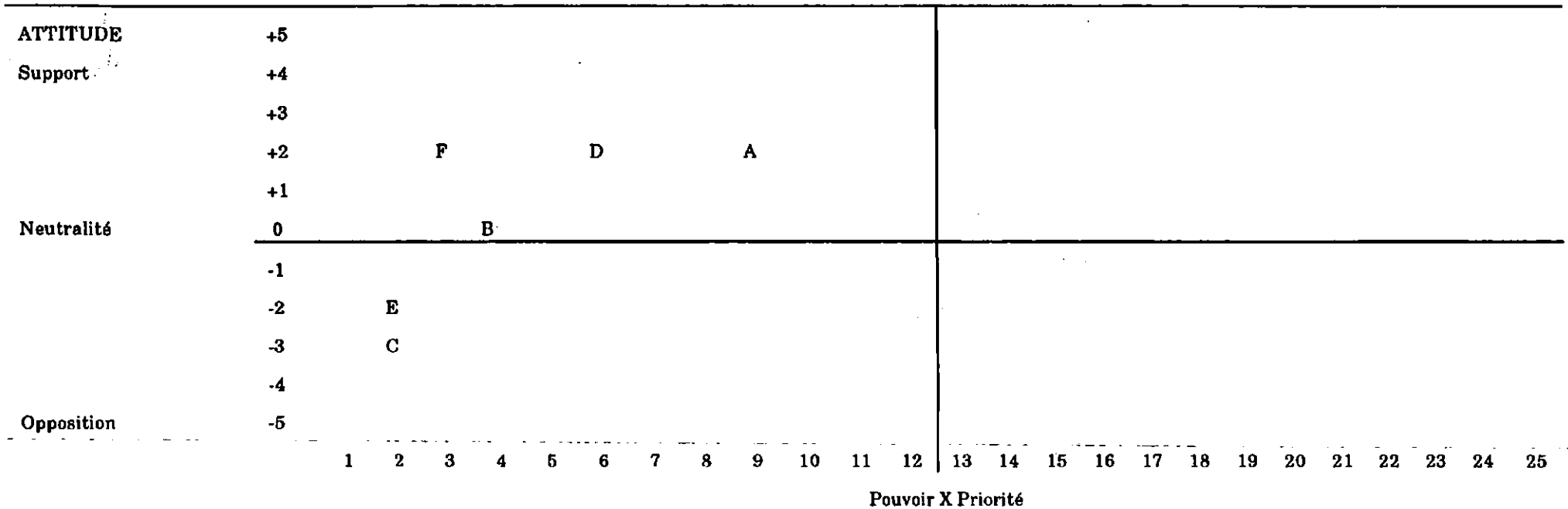
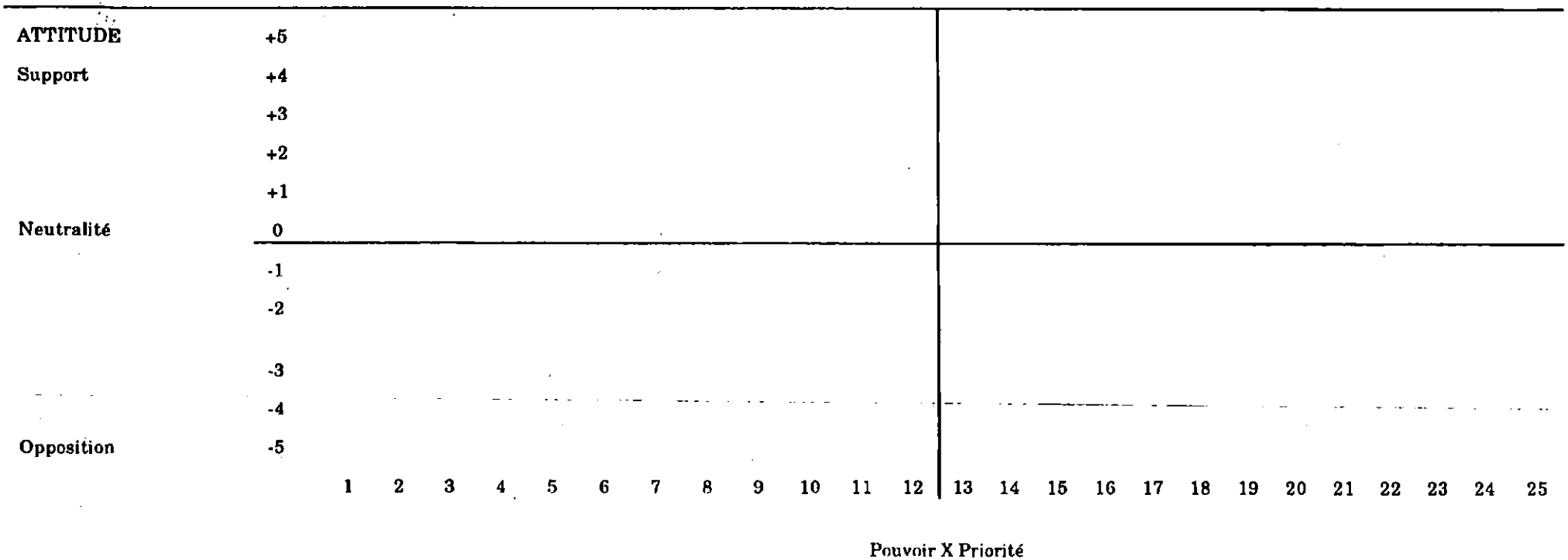


Figure 3.3 : " Carte Prince " pour votre dossier



Notez ici les principales observations que vous dégagez de la Carte Prince pour votre dossier :

8.2 : Utilisation de la «matrice des alliances» pour positionner les acteurs.

Une manière systématique de vérifier si les liens déjà existants entre les acteurs dans un dossier contribuent à augmenter ou à diminuer leur influence individuelle dans ce dossier, c'est d'établir à l'aide d'une matrice l'ensemble des liens entre ces acteurs. Selon la même approche à la cueillette d'information que celle utilisée pour identifier les acteurs et établir leur score individuel, il s'agit pour vous de documenter à l'aide de l'annexe 3.4 les **liens** qui existent entre toutes les paires d'acteurs possibles. Les liens qu'on cherchera à identifier concernent les alliances en rapport direct avec **l'objet particulier** de cette intervention; il ne s'agit donc pas d'alliances en général.

8.2.1 : Identification des paires possibles d'acteurs

Pour identifier ces liens, il s'agit d'abord de créer une matrice où tous les acteurs identifiés aux étapes 2 et 3 sont inclus puis d'identifier toutes les paires possibles d'acteurs. La première grille de la page suivante effectue ces opérations à partir de l'exemple que nous avons utilisé jusqu'à maintenant. À noter que le nombre pertinent de paires d'acteurs ne constitue qu'une partie de l'ensemble des paires possibles de la matrice car, pour des raisons logiques, on élimine toutes les cases où un acteur est allié avec lui-même (par exemple, les cases AA, BB, etc.), de même que l'ensemble des cases situées dans la moitié inférieure gauche de la matrice, car on prend pour acquis que les alliances sont symétriques et que, par exemple, l'alliance entre les acteurs A et B (case AB de la matrice) est similaire à l'alliance entre l'acteur B et l'acteur A (case BA). Dans l'exemple plus bas, sur une possibilité de 36 paires d'alliances entre les acteurs, il ne nous reste donc que 15 paires, donc 15 cases de la matrice (AB, AC, AD, AE, AF, BC, BD, BE, BF, CD, CE, CF, DE, DF, EF) pour lesquelles un calcul de l'importance de l'alliance sera effectué. Une fois le principe compris, établissez les paires d'acteurs, à l'aide de la matrice vierge, pour votre intervention.

	Acteur A	Acteur B	Acteur C	Acteur D	Acteur E	Acteur F
Acteur A		AB	AC	AD	AE	AF
Acteur B			BC	BD	BE	BF
Acteur C				CD	CE	CF
Acteur D					DE	DF
Acteur E						EF
Acteur F						

MATRICE POUR IDENTIFIER VOS PAIRES D'ACTEURS

8.2.2 Calcul de l'importance de l'alliance pour chacune des paires d'acteurs

Une fois déterminé l'ensemble des paires d'alliances possibles, dans le cas de votre intervention, pour recueillir l'information nécessaire auprès de chacun des acteurs il s'agit maintenant d'utiliser la dernière partie de l'annexe 3.4. On quantifiera ensuite l'importance de l'alliance entre chacune de ces paires. On effectuera ce calcul de la manière suivante :

Importance de l'alliance pour la paire d'acteurs XY=
(Score de l'acteur X + score de l'acteur Y) x (intensité de l'alliance)

Le score de chacun des acteurs a déjà été déterminé à l'aide de la charte Prince, à l'étape 7; il s'agit donc de faire la somme de ces scores en utilisant les règles suivantes :

- Tenir compte des signes; par exemple la somme des scores +5 et -12 égalerait -7.
- Dans le cas d'un score entre parenthèse (i.e. où l'attitude de l'acteur était neutre et donc égale à 0 dans le calcul de son score), ne pas tenir compte de la parenthèse et utiliser la moitié de la valeur de ce score : par exemple, si le score de l'acteur est de (4), sa valeur dans le calcul des alliances sera de +2 tel que décrit précédemment pour le calcul 2 à la sous-section 7.4.2.

Quant à l'intensité de l'alliance, elle est établie à l'annexe 3.4, à partir des informations recueillies, sur une échelle de 0 à 5 où 0 signifie aucune alliance et 5 une alliance totale.

Le tableau suivant permet de visualiser le calcul de l'importance de l'alliance de chacune des paires d'acteurs à partir de l'exemple utilisé jusqu'à maintenant.

Exemple de tableau de calcul de l'importance de l'alliance entre l'ensemble des paires d'acteurs concernés dans le dossier fictif utilisé jusqu'à maintenant

Paires	Score du 1er	Score du 2è	Somme	x intensité	= importance
AB	18	2	20	2	40
AC	18	-6	12	5	60
AD	18	12	30	0	0
AE	18	-4	14	1	14
AF	18	6	24	2	48
BC	2	-6	-4	5	-20
BD	2	12	14	3	42
BE	2	-4	-2	4	-8
BF	2	6	8	0	0
CD	-6	12	6	2	12
CE	-6	-4	-10	4	-40
CF	-6	6	0	5	0
DE	12	-4	8	2	16
DF	12	6	18	1	18
EF	-4	6	2	5	10

Calculez maintenant, en utilisant la grille suivante, l'importance de l'alliance pour chacune des paires d'acteurs dans le cas de votre intervention en y insérant l'information de la charte Prince et de la grille de l'annexe 3.4. Si dans l'annexe 3.4 vous avez documenté l'intensité de l'alliance entre deux acteurs auprès de chacun d'entre eux et que vous en arrivez à des résultats différents, prenez la moyenne.

Importance des alliances dans votre dossier				
Paires d'acteurs	Score acteur 1	Score acteur 2	Intensité	= Importance

Utilisez d'autres feuilles au besoin.

Notez ici ce qui vous frappe dans ce tableau sur l'importance des alliances :

8.2.3 Calcul du poids en alliances de chacun des acteurs

Une fois disponibles l'intensité de l'alliance entre chaque paire d'acteurs, on la réinsère dans la matrice et on effectue un dernier calcul afin d'établir le poids en alliances de chacun des acteurs. Pour ce faire, il s'agit d'abord d'insérer dans chacune des cases de la matrice la valeur appropriée. Dans un second temps, il s'agit de faire la somme de ces valeurs pour chacune des lignes et chacune des colonnes de la matrice. Finalement, pour chacun des acteurs, il s'agit d'additionner la somme de la ligne de la matrice avec la somme de la colonne de la matrice où cet acteur se retrouve. Les tableaux suivants effectuent ces opérations à partir des données de l'exemple utilisé jusqu'à maintenant et suite à ces tableaux, vous avez à effectuer ces calculs dans le cas de votre dossier.

Avec cette dernière information sur le poids en alliances de chaque acteur, il est maintenant possible de passer à la neuvième et dernière étape de la seconde phase : la prise de décision quant à la faisabilité politique d'entreprendre ou non l'intervention qui vous intéresse. À noter que nous aurions pu aussi considérer les alliances non seulement entre les acteurs pris par paires, mais aussi pris trois par trois, quatre par quatre, etc.; toutefois, le coût-bénéfice de la complexification des opérations requises pour considérer ces alternatives, en regard de l'amélioration de la capacité à prendre une décision éclairée et à intervenir par la suite, ne nous semble pas positif. On s'en tiendra donc aux paires d'alliances.

Exemple d'insertion dans la matrice des résultats du calcul de l'importance de l'alliance entre toutes des paires d'acteurs dans un dossier

	Acteur A	Acteur B	Acteur C	Acteur D	Acteur E	Acteur F	Sommes
Acteur A	--	40	60	0	14	48	162
Acteur B	--	--	-20	42	-8	0	14
Acteur C	--	--	--	12	-40	0	-28
Acteur D	--	--	--	--	16	18	34
Acteur E	--	--	--	--	--	10	10
Acteur F	--	--	--	--	--	--	0
Sommes	0	40	40	54	-18	76	192

Calcul du poids en alliances de chaque acteur

	Somme ligne	Somme colonne	Somme acteur
Acteur A	162	0	162
Acteur B	14	40	54
Acteur C	-28	40	12
Acteur D	34	54	88
Acteur E	10	-18	-8
Acteur F	0	76	76

Insérez dans la grille les résultats du calcul de l'importance de l'alliance entre toutes les paires d'acteurs de votre dossier (utilisez d'autres feuilles au besoin) :

Effectuez ici le calcul du poids en alliances de chaque acteur (utilisez d'autres feuilles au besoin):

	Somme ligne	Somme colonne	Somme acteur

Notez ici les choses qui vous frappent quant au poids en alliances de chaque acteur :

Concluez cette étape en l'évaluant à l'aide de l'annexe 3.2.

e) ÉTAPE 9 : Prise de décision quant à la faisabilité politique d'entreprendre ou non l'intervention

À partir des informations utilisées aux étapes 5 à 8, nous suggérons ici un processus en cinq temps qui va vous conduire à décider de poursuivre ou d'abandonner votre intervention. Si vous décidez de poursuivre, plusieurs indications utiles à la planification de la dimension politique de cette intervention, dont la phase 3 et les étapes 10 à 14 de la méthode se préoccupent, deviendront apparentes lors de l'étape 9.

9.1 L'analyse des faits, arguments et des conséquences sur la mise en oeuvre de l'intervention

Le tableau synthèse que vous avez complété à l'étape 6.3 de la phase 2 vous permet de constater l'ampleur des faits, arguments et conséquences pouvant appuyer ou nuire à la mise en oeuvre de votre intervention. L'ensemble des faits et arguments pour ou contre cette mise en oeuvre vous permet d'analyser et de juger du bien fondé de vouloir mener votre intervention. À la lumière de ce tableau synthèse, posez-vous entre autres les questions suivantes :

- Les faits et arguments favorables à la mise en oeuvre de l'intervention sont-ils suffisamment importants et convaincants pour permettre l'acceptation de l'intervention ?
- Est-ce que les arguments et conséquences possibles invoqués par les opposants sont plus importants ou plus convaincants que ceux invoqués par les acteurs qui vous approuvent ?

9.2 Probabilité d'être capable de démarrer l'intervention sans opposition

À la fin de l'étape 7, vous en êtes arrivés à une probabilité de démarrage sans problème de l'intervention (dans l'exemple utilisé, cette probabilité était de 76%). Les auteurs du " Prince system " (Coplin et O'Leary, 1988) proposent les règles suivantes pour interpréter cette probabilité :

100% : La situation semble très favorable. Cette valeur signifie qu'il s'agit d'une intervention qui ne suscitera vraisemblablement aucun débat.

60%-99% : La probabilité de démarrage est très bonne, mais nécessitera probablement des compromis de votre part et une modification de l'intervention telle qu'originalement définie à la phase I (la notion de compromis est discutée plus loin au point 9.4)

40%-59% : Incertain. On peut s'attendre à des oppositions significatives qui risquent de rendre difficile, sinon improbable, le démarrage de l'intervention.

1%-39% : Démarrage très peu probable.

0% : Démarrage impossible. Dossier rejeté unanimement sans que cela ne suscite de débat.

9.3 Considération des liens entre les acteurs

Une analyse combinée de la carte politique et de la matrice des alliances à propos d'un dossier permet de nuancer encore davantage la probabilité de succès de l'intervention. Pour en revenir à notre exemple fictif, il est évident si l'on considère la carte Prince présentée plus haut qu'il y a trois éléments à regarder. Nous avions en effet souligné qu'il importe de savoir 1) si les acteurs F, D et A de la zone de faible influence ont déjà des liens entre eux ou s'ils ne connaissent pas du tout; 2) si C et E sont déjà en relation, leur influence négative, même si elle semble faible, étant éventuellement plus forte qu'elle ne serait si ces acteurs ne se connaissaient pas; et 3) si l'acteur B, qui est neutre face à ce dossier a déjà des liens avec les partisans ou les opposants au dossier, qui pourraient alors plus facilement l'infléchir de leur côté.

Les données de la matrice des alliances permettent de constater, pour cet exemple fictif :

1) que l'acteur A est en fort lien favorable à notre intervention avec l'acteur F (AF = 48) mais qu'il ne l'est pas du tout avec l'acteur D (AD = 0) et que les acteurs D et F sont en lien positif d'importance moyenne (DF = 18);

2) que les acteurs E et C sont assez fortement alliés contre notre dossier (CE = -40);

3) que l'acteur B qui est neutre au départ est d'une part allié favorablement à A (AB = 40) et à D (BD = 42) mais ne l'est pas du tout avec F (BF = 0) en ce qui a trait au secteur favorable de la carte, mais est d'autre part aussi allié assez fortement avec des opposants au dossier (BC = -20, et BE = -8).

On pourrait scruter encore plus avant les données sur les alliances en lien avec la carte Prince pour cet exemple, mais déjà la probabilité de succès de 76% se présente sous un jour différent si l'on sait qu'un des trois acteurs positifs n'est pas lié aux autres, que les acteurs négatifs sont liés entre eux et que des liens existent entre l'acteur neutre et des acteurs des deux tendances.

Finalement, le dernier tableau sur les alliances permet de considérer le poids relatif de chacun des acteurs dans l'ensemble du réseau d'alliance en cause. L'acteur A est de loin celui qui est le plus influent (162), ce qui présage relativement bien car il est fortement lié à nous (qui sommes F dans le dossier).

9.4 Considération du niveau de priorité de l'intervention pour notre organisation ou nous-mêmes, ainsi que de la possibilité d'un compromis

Une dernière considération importe. Même un dossier où nos chances sont au départ défavorables peut être retenu à cause de sa priorité pour l'organisation ou pour les personnes qui veulent en faire la promotion; on se lance alors en connaissance de cause, en sachant que ce sera difficile et qu'on devra être prêt à y consacrer les ressources et l'énergie nécessaires tout en étant conscients que, malgré ces investissements, c'est très loin d'être gagné d'avance.

À ce moment, une option importante doit être explorée : le compromis. Advenant le cas où votre intervention, telle que vous l'avez définie, au départ s'avère impossible à mettre en oeuvre, seriez-vous prêt à accepter un compromis ? Bien sûr par compromis nous parlons de concessions de votre part. Par exemple, il se peut que l'évaluation du pouvoir des opposants (étape 7.2) vous indique qu'ils ont énormément plus de ressources financières et physiques que vous, plus d'autorité, de prestige et même de compétence à agir politiquement. Tout n'est pas nécessairement perdu. Si en l'absence de pouvoir, votre force réside dans la logique de vos faits et arguments ainsi que dans les conséquences positives que votre intervention pourrait provoquer, négocier afin d'arriver à un compromis est une option réaliste.

Un processus de négociation requiert plusieurs étapes (Fisher et Ury, 1983). Pour commencer, vous avez à reconsidérer un à un l'ensemble des éléments de votre intervention (les objectifs, les activités, les ressources financières et humaines requises, etc.). Tout en poursuivant l'atteinte de votre objectif global, serait-il possible de modifier un ou plusieurs de ces éléments ? Est-ce que l'intervention initiale dans tous ses détails est vraiment la seule façon de procéder ?

Deuxièmement, ne vous fixez pas de manière définitive un " minimum acceptable " en partant. Souvent, ce minimum est fixé arbitrairement; et ce qui pourrait représenter un minimum pour un membre de votre équipe est peut-être trop élevé (ou trop peu) pour un autre membre de la même équipe. Essayez de laisser la porte ouverte à votre imagination de façon à faire ressortir, en cours de négociation, toutes sortes de nouvelles options.

Troisièmement, en cours de négociation, l'acceptabilité d'un compromis peut être décidée en fonction des deux éléments suivants :

- La raison pour laquelle vous proposez la mise en oeuvre de votre intervention est d'améliorer la situation problématique sur laquelle vous désirez intervenir. Ne perdez jamais cela de vue. Tout compromis doit être évalué sur la base de la situation de départ. Est-ce qu'un compromis contribuerait à améliorer la situation problématique de départ ? Est-ce un pas en avant ? Est-ce que la mise en oeuvre de ce compromis, et en bout de ligne une évaluation positive de ses résultats, pourraient contribuer à permettre un autre pas à l'avenir ?

- Si après avoir répondu aux questions précédentes, vous n'êtes toujours pas certain que ce que vous pouvez obtenir par le biais du compromis est le maximum possible dans les circonstances, il ne vous reste qu'à évaluer vos options. Faites la liste des options possibles, si tant est que parmi celles-ci une alternative autre que l'acceptation du compromis existe... Mais soyez certain que ces options existent, qu'elles sont réalistes et, enfin, désirables.

9.5 Prise de décision finale quant à l'intervention

Établissez maintenant votre décision finale quant à la poursuite ou non de l'intervention originale (ou d'une intervention modifiée à partir de la logique du compromis), en utilisant les informations que vous avez recueillies face à votre dossier, à savoir 1) les arguments et conséquences; 2) la probabilité de démarrage sans problème; 3) les informations sur les liens entre acteurs; et finalement, 4) l'acceptabilité d'une intervention révisée à partir d'une logique de compromis.

À la lumière des considérations précédentes la décision finale devrait généralement être l'une ou l'autre des options suivantes :

- Recueillir des informations supplémentaires sur certains acteurs critiques afin d'affiner davantage notre analyse avant de décider de manière finale.

- Mettre le dossier de l'avant, l'environnement politique étant favorable. Il faudra toutefois rester vigilant et tenir compte des éléments pouvant modifier cet environnement politique.

- Développer une action politique ayant pour but d'améliorer les chances de mise en oeuvre de l'intervention, les chances d'échec étant jugées à ce stade-ci non négligeables. La prise en considération du jeu des alliances devient très importante dans ce contexte. La décision pourra consister ainsi à poser des actions à plus long terme en vue de rendre le contexte politique général plus favorable à l'intervention.

- Laisser tomber le dossier, ou du moins le remettre à plus tard en prenant le risque que l'environnement politique soit devenu plus favorable. Cette décision pourra être prise si l'on juge qu'en faisant avancer le dossier, nous risquons de causer plus de tort que de bien à la population ou à la communauté visées, compte tenu d'un environnement politique très défavorable. C'est une décision particulièrement difficile à prendre dans le domaine de la santé où dans le doute, on a tendance à intervenir plutôt qu'à s'abstenir. C'est toutefois un type de décision qui aurait avantage à être pris plus fréquemment, ce qui éviterait frustrations, pertes de temps et d'énergie.

Si on prend pour acquis qu'une décision d'aller de l'avant est prise, comment procéder pour tenir compte de la dimension politique de l'intervention lors de sa planification ? C'est ce que nous allons explorer en détail dans la troisième phase de la méthodologie proposée.

Avant de procéder à cette 3^{ième} phase, utilisez l'annexe 3.2 pour évaluer comment vous avez procédé pour l'étape 9.

C) PHASE 3 : Planification de la dimension politique de l'intervention

a) Introduction : stratégies, tactiques et décideurs

La troisième phase de l'outil prend pour acquis que lors de l'étape 9 de la phase 2, on en est arrivé à la conclusion qu'il était possible d'entreprendre l'intervention étudiée, ou une version modifiée de celle-ci, ou encore d'intervenir pour modifier le paysage politique de manière à rendre possible ultérieurement une intervention qui semble impossible maintenant. On verra donc dans cette troisième phase comment planifier la portion politique de cette intervention, i.e. la portion qui vise à intervenir sur les acteurs afin d'en faciliter la réalisation. On prend pour acquis que les autres portions de l'intervention (la portion services par exemple) seront planifiées à l'aide des approches habituelles à la planification telles que celles proposées par Pineault et Daveluy (1986), Chapelaine et Gosselin (1986), Green et Kreuter (1991), etc.; on n'insistera donc ici que sur la portion **politique** de l'intervention, qui souvent est laissée au hasard alors que selon nous elle doit être aussi précisément planifiée que le reste.

1. Les stratégies

La portion politique de l'intervention sera mise en oeuvre à l'aide de trois approches stratégiques : **la coopération, la campagne et la contestation** (Warren, 1977), chacune pouvant avoir recours à une série de tactiques particulières. En général, ces trois approches stratégiques sont conçues comme un continuum; on ne devrait donc passer à la campagne qu'après avoir épuisé les recours de la coopération et à la contestation qu'une fois l'ensemble des tactiques de campagne employées sans succès.

2. Les tactiques

Selon Coplin et O'Leary (1988), quatre tactiques de base pour l'action politique sont disponibles. Nous avons indiqué entre parenthèses, en caractères gras, la stratégie à laquelle on peut le plus facilement associer chacune de ces tactiques. À noter toutefois que selon le contexte, une même tactique pourra être utilisable dans différentes stratégies. À vous d'en juger.

2.1 Ajouter des acteurs favorables ou enlever des acteurs «indésirables».

La création d'une nouvelle organisation ou d'un comité favorable à la mise en oeuvre de l'intervention (**coopération**), le soutien d'un candidat favorable lors d'un processus électoral (**campagne**) ou encore un patron qui décide de retirer un dossier à un-e employé-e pour le confier à quelqu'un d'autre (approche indirecte) constituent des tactiques de ce type. Se rappeler que les acteurs «indésirables» ne quitteront pas spontanément; de plus, rappelons que nous sommes d'avis qu'il est important d'utiliser des moyens acceptables sur le plan éthique envers les personnes et les organisations, tel que nous l'avons exposé dans le premier chapitre de ce livre.

2.2 Changer l'attitude de certains acteurs envers l'intervention.

Cette tactique peut suivre quatre voies :

a) promettre quelque chose à un acteur en échange de son appui (**coopération**);

b) modifier l'intervention pour la rendre plus acceptable (**coopération; campagne**) (compromis);

c) menacer un acteur s'il ne change pas de position : par exemple, rendre publics des faits qui peuvent ternir son image (**campagne, contestation**); (compromis);

d) préciser les arguments rationnels et émotionnels pouvant faciliter le changement d'attitude de l'acteur (**coopération**).

2.3 Changer notre pouvoir ou celui des autres acteurs.

Augmenter le pouvoir des alliés ou diminuer celui des opposants exige beaucoup de temps et de travail. Toutefois, il arrive qu'il n'y ait pas d'autre choix. Les meilleurs résultats peuvent être obtenus en dirigeant la tactique sur les acteurs qui ont une attitude ferme et pour qui la décision fait partie des priorités (**coopération, campagne, contestation**).

2.4 Changer l'ordre de priorité chez un acteur.

Il existe trois types d'approches concernant les priorités des acteurs :

a) générer de la publicité, pour augmenter le caractère prioritaire du problème ou de la solution chez les alliés (**campagne**);

b) éviter la publicité, pour que la situation ne devienne pas prioritaire chez les opposants; c'est une tactique à utiliser si cette intervention n'est pas prioritaire pour un opposant puissant (**coopération**);

c) redéfinir l'intervention pour en augmenter ou en diminuer la priorité chez les acteurs (**coopération; campagne**); (compromis).

Les tactiques privilégiées dans le cas d'une stratégie particulière (coopération, campagne, contestation) pourront ainsi varier en fonction de la probabilité de mise en oeuvre de l'intervention et des éléments déterminant cette probabilité (attitude, pouvoir, priorité). Au cours de cette troisième phase, il s'agit donc pour vous d'identifier les acteurs les plus susceptibles d'être influencés et de décider, dans chacun des cas, laquelle (ou lesquelles) des stratégies et tactiques mentionnées précédemment semblent les plus applicables. Plusieurs autres tactiques que celles mentionnées ici sont aussi à votre disposition. Leur nombre n'est limité que par votre créativité et leur application n'est restreinte que par la disponibilité de vos

ressources humaines et financières. Nous vous invitons donc à ajouter vos propres idées à celles présentées. Les tactiques ne sont que des moyens de communiquer votre point de vue; il s'agit donc de bien les appliquer aux circonstances qui se présentent.

3. Les acteurs en tant que décideurs

Durant cette troisième phase, on considérera les acteurs comme des **décideurs** dont on veut influencer la décision dans un sens favorable à notre dossier. Or, tout processus décisionnel requiert de l'information. En général, un décideur doit effectuer intuitivement une estimation similaire à celle que vous venez d'effectuer dans la phase deux de ce chapitre, à savoir identifier l'ensemble des acteurs concernés par la prise de décision menant à la mise en oeuvre ou au blocage de l'intervention désirée, ainsi qu'analyser les arguments et conséquences pour ou contre celle-ci. En bout de ligne, une décision sera prise, plus souvent qu'autrement de façon à déplaire au moins de gens possible. L'objet de la phase 3 est donc de vous présenter un processus de communication qui vous permette, espérons-le, de transmettre vos informations aux décideurs importants dans votre dossier et, le cas échéant, aux personnes qui sont en position d'autorité face à ces décideurs, afin qu'ils adoptent votre point de vue quant à la bonne décision à prendre.

Nous l'avons déjà dit : un des plus grands défis de toute action politique est de **maintenir dans le temps** vos actions afin d'arriver à votre objectif. Une conférence de presse sans suivi, ou une simple lettre au décideur, ne seront habituellement pas suffisantes pour atteindre l'objectif attendu. La phase 2 que vous venez de compléter vous a permis de constater l'ampleur des forces freinant ou favorisant la mise en oeuvre de l'intervention désirée. Vous aurez à planifier vos actions en conséquence. Plus vous jugez que votre objectif sera difficile à atteindre, plus vous aurez à planifier des activités vous permettant de maintenir votre cause visible auprès de ceux et celles concernés. Pour ce faire, avant de débuter votre action, planifiez à l'aide des étapes 10 à 14 la série d'opérations politiques que vous prévoyez mettre en oeuvre, quitte à les modifier selon le succès ou l'insuccès de l'activité précédente. L'outil d'évaluation fourni à l'annexe 3.2 vous sera utile à cette fin. Veuillez le compléter après la mise en application de chacune des étapes 10 à 14.

Deux étapes préalables sont nécessaires avant de vous lancer dans le continuum de stratégies : la concertation et la préparation de votre plate-forme politique; elles sont décrites aux étapes 10 et 11.

b) ÉTAPE 10 : La concertation

En identifiant l'ensemble des acteurs susceptibles d'être concernés par la mise en oeuvre de votre intervention à l'étape 5 de la phase 2, vous avez certainement repéré des individus ou des groupes avec lesquels vous n'avez jamais travaillé auparavant. Avant de vous lancer dans la planification de votre action, le moment est probablement propice pour inviter ceux qui, de façon générale, partagent votre point de vue, à travailler avec vous à l'atteinte de votre objectif. Cette concertation contribuera à augmenter votre pouvoir auprès des acteurs récalcitrants.

Une première réunion pourrait être organisée afin d'identifier les intérêts communs des divers groupes et individus, ainsi que d'explorer la possibilité de consolider vos efforts dans la poursuite d'un objectif commun. La création d'un tel comité, qui pourra éventuellement déboucher sur une coalition d'organismes, vous place cependant devant plusieurs défis (Cromwell et als., 1988) :

- la nécessité de négocier un objectif autour duquel tous les membres se rallient;
- la nécessité de s'entendre sur la stratégie et les tactiques à employer;
- la nécessité d'agir ensemble tout en vous partageant les tâches selon les capacités de chacun;
- la nécessité de permettre à chaque groupe de garder son identité tout en faisant partie d'une coalition; attention en particulier à la question du leadership pour ne pas donner l'impression de vouloir vous approprier un dossier où d'autres acteurs peuvent être actifs depuis longtemps.

Tout cela prendra du temps et de l'énergie. Par contre, les avantages reliés à une telle démarche sont nombreux :

- plusieurs membres génèrent plus d'idées;
- une plus grande quantité de ressources devient disponible;
- une plus grande capacité à accomplir les nombreuses tâches requises est produite;
- la légitimité de votre démarche est augmentée;
- un plus grand impact politique devient possible;
- les chances d'atteindre votre objectif augmentent.

Décidez-donc ici si vous devez commencer par l'organisation d'un premier comité de travail composé de divers partenaires ou si vous allez vous lancer seuls dans la dimension politique de l'intervention. Utilisez l'annexe 3.1 pour établir les tâches à faire et l'annexe 3.2 pour évaluer votre fonctionnement au cours de l'étape 10. Que vous ayiez décidé de procéder seuls ou en coalition, l'étape suivante consiste à structurer sous forme de plate-forme politique le message que vous utiliserez ensuite auprès des décideurs visés, quelles que soient les stratégies ou tactiques retenues.

c) Étape 11 : La préparation de votre plate-forme politique

Il s'agit d'un court écrit de deux ou trois pages **au maximum** qui présente les informations essentielles relatives au dossier où vous voulez intervenir. Bien que les styles puissent varier, les éléments essentiels de cet écrit sont les suivants :

- La situation problématique : décrivez la situation problématique telle qu'elle se présente (gravité, fréquence, cible, conséquences; vous avez recueilli ces informations lors de l'étape 1 de la phase 1).

- Qui êtes-vous ? Décrivez-vous ainsi que votre organisme, groupe ou coalition. Expliquez pourquoi cette situation problématique vous concerne (votre motivation, vos valeurs).

- Les solutions proposées : expliquez l'objectif que vous désirez atteindre. Quelles sont les actions que vous désirez voir appliquer afin d'avoir un impact sur la situation problématique (le choix des stratégies d'actions a été effectué à l'étape 3 de la phase 1).

- Bénéfices des propositions : expliquez, selon vous, quels sont les bénéfices de l'application des actions que vous désirez voir appliquer. S'il existe des expériences antérieures qui ont porté fruit, décrivez-les brièvement (les faits et arguments sont énoncés au tableau synthèse de l'étape 6 de la phase 2; l'identification de précédents a été faite à l'étape 4 de la phase 1).

- Les conséquences potentielles si les propositions ne sont pas appliquées : expliquez, selon vous, quelles sont les conséquences de l'inaction (encore une fois vous pouvez vous référer à l'étape 1 de la phase 1).

- Qui supporte votre initiative ? Décrivez les autres individus ou groupes qui, sans être membres de votre organisme ou coalition, appuient votre action (vous avez dressé une liste exhaustive de vos alliés potentiels lors de l'étape 5 de la phase 2; n'oubliez pas de les consulter avant d'indiquer leur nom sur votre plate-forme).

Préparez maintenant votre plate-forme politique et faites la lire à quelques personnes qui partagent votre point de vue avant de commencer à l'utiliser. Utilisez les annexes 3.1 et 3.3 pour planifier l'ouvrage et l'annexe 2 pour évaluer votre fonctionnement avant de passer à l'étape subséquente. Vous avez maintenant en main tous les éléments qui vous permettent de commencer le continuum des trois stratégies politiques proposées : la coopération, la campagne et la contestation; elles seront vues aux étapes 12, 13 et 14.

d) ÉTAPE 12 : Stratégie de coopération

Comme nous l'avons mentionné au chapitre 1, nous croyons que toute action politique doit débuter par cette stratégie avant de recourir aux stratégies subséquentes. Il est toujours préférable de débuter le processus en offrant de **coopérer avec le décideur** dans la recherche d'une solution appropriée. Cette étape nécessite un dialogue et une approche **directe** auprès de l'acteur (ou des quelques acteurs) qui ont un pouvoir de décision immédiat sur votre intervention, tels que vous les avez identifiés aux étapes 5 et 7 de la phase 2. Le but de cette stratégie est donc de **motiver** directement le décideur à prendre la décision dans le sens désiré. Il est donc important de vous préparer soigneusement avant de rencontrer ces acteurs clés.

Cette préparation sera faite en établissant des objectifs et en choisissant des tactiques précises, tel que décrit dans les pages suivantes. Utilisez l'annexe 1 pour planifier votre travail.

12.1 Objectifs

Par la stratégie de coopération, on veut :

- SUPPORTER les arguments positifs qui permettent au décideur d'effectuer le changement désiré;
- PROPOSER des solutions aux obstacles qui freinent la prise de décision.

La recherche peut s'avérer un outil indispensable à l'exécution de cette stratégie. En effet, elle permet de :

- supporter les arguments favorables;
- contrer les arguments non favorables;
- trouver des solutions aux obstacles.

Afin de SUPPORTER les arguments positifs qui permettent à chacun des acteurs visés d'exécuter le changement désiré, à l'aide du tableau, répondez aux questions suivantes :

Pour chaque acteur visé, quels sont les arguments favorables à la prise de décision (voir étape 6, phase 2) ? Y a-t-il nécessité de recherche supplémentaire afin de supporter les arguments favorables ? Si oui, veuillez les noter dans la rubrique recherche à faire (annexe 3.3) et effectuer la recherche avant de rencontrer le décideur.

Acteurs	Argument(s) favorable(s)	Recherche requise ?

Afin de PROPOSER des solutions aux obstacles qui freinent la prise de décision favorable des acteurs visés répondez, pour chaque acteur, en vous aidant du tableau, aux questions suivantes :

Quels sont les éléments qui freinent la prise de décision ? Quels sont vos arguments / suggestions pour contrer les éléments qui freinent la prise de décision ? Quelles solutions proposez-vous aux obstacles qui freinent la prise de décision ? Y a-t-il nécessité de recherche

supplémentaire ? Si oui, veuillez le noter dans la rubrique recherche à faire (annexe 3.3) et effectuer la recherche avant de commencer votre intervention :

Acteurs	Élément qui freine	Argument/solution pour le contrer	Recherche requise ?

Une fois vos arguments prêts, afin de vous assurer de bien planifier cette stratégie, veuillez formuler pour chacun des acteurs auprès desquels vous croyez qu'il est important d'intervenir un objectif précis selon les mêmes règles qu'à l'étape 2 (exemples : avoir convaincu l'acteur B de faire voter au conseil de ville la proposition X avant le 30 mars 1995; avoir obtenu de l'acteur A qu'il libère à 30% de son temps l'acteur F pour travailler au dossier d'ici le 15 mai 1997, etc.).

Notez dans la grille un objectif précis pour chacun des acteurs retenus comme devant faire l'objet d'une demande de coopération :

Acteur	Objectif

12.2 Tactiques

Nous avons vu que selon Coplin et O'Leary (1988), quatre tactiques de base pour l'action politique sont disponibles (voir sections 2.1 à 2.4 de l'introduction à la phase 3 pour les détails et pour celles suggérées plus particulièrement pour la coopération) :

- ajouter des acteurs favorables ou enlever des acteurs «indésirables»,
- changer l'attitude de certains acteurs envers l'intervention,
- changer notre pouvoir ou celui des autres acteurs,
- changer l'ordre de priorité chez un acteur.

D'autres tactiques sont aussi possibles dans une perspective de coopération, dont par exemple :

- présentation de faits et d'arguments, de solutions ou de recommandations, soit au moyen d'entretiens personnels avec le décideur soit via des pressions exercées sur le décideur par des personnes qui ont été identifiées comme ayant des alliances avec lui;
- proposition aux décideurs de constituer un comité d'étude pour se pencher sur la question tout en assurant votre participation à ce comité;
- etc.

Notons à nouveau que pour la stratégie de coopération, il s'agit d'approcher **directement** les acteurs décisionnels et de tenter de les convaincre d'agir dans la direction que nous souhaitons avec notre appui et notre collaboration.

Pour chaque objectif visant un acteur particulier, indiquer ici la ou les tactiques précises retenues, qui en est responsable, selon quelles échéances elles seront déployées, quelles ressources seront nécessaires et comment on évaluera si elles ont réussi ou échoué (par exemple, s'assurer que l'acteur B rencontrera l'acteur A d'ici le 15 mars afin de lui présenter les avantages de voter dans telle direction; le membre C de la coalition est responsable de contacter l'acteur B à ce propos d'ici le 1er mars; évaluation : l'acteur C a rencontré l'acteur B dans les délais prévus; l'acteur B a bien rencontré l'acteur A dans les délais prévus; l'acteur A a bien voté dans la direction prévue dans les délais prévus). Ici encore l'annexe 3.1 pourra être utilisée au besoin pour planifier le travail.

Acteur (objectif)	**Tactique (responsable)**	**Ressources**	**Échéance**	**Évaluation**

Utilisez d'autres feuilles au besoin.

Une fois les différents choix tactiques arrêtés, il peut être intéressant de tenter de prévoir leur impact, avant même de commencer à les mettre en oeuvre. Si vous le voulez, afin d'évaluer l'impact potentiel de chacune de vos tactiques, vous pouvez exécuter les opérations de simulation suivantes :

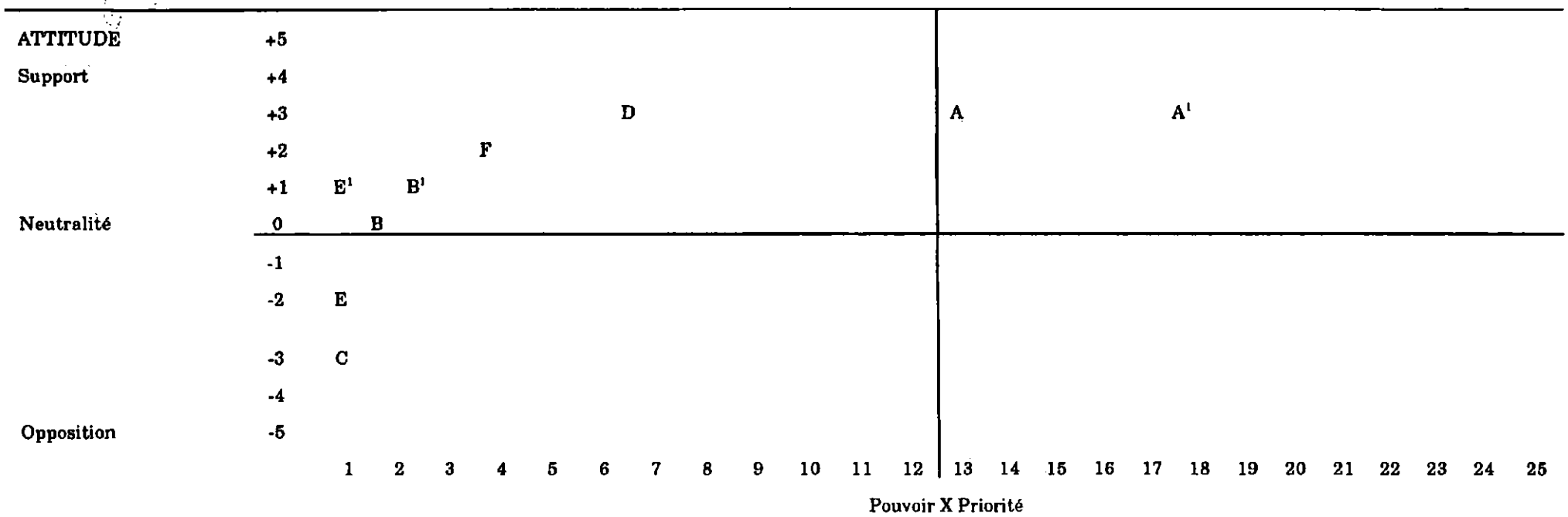
1) Simulez les changements anticipés sur l'attitude, le pouvoir et la priorité de chaque acteur suite à l'application de votre tactique et tentez de voir en quoi elle risque de modifier leurs scores de pouvoir, de priorité ou d'attitude. Essayez aussi d'envisager les " effets pervers " i.e. les effets adverses potentiels de votre action (la technique du «brainstorming» peut être utile à cette fin). Par exemple, il pourrait arriver qu'un opposant, ayant connaissance de vos projets concernant l'intervention, publicise celle-ci et cherche à vous discréditer, alors que vous utilisiez une stratégie où vous ne vouliez pas créer de remous...

2) Réinsérez ces nouveaux scores dans la charte Prince (voir étape 7) et calculez les nouvelles probabilités de mise en oeuvre correspondant à diverses tactiques de manière à vous aider à sélectionner l'ensemble de tactiques qui vous semble le plus rentable. C'est ici que l'utilisation d'un programme informatisé de calcul peut s'avérer particulièrement utile.

3) Indiquez par des flèches sur la carte politique Prince les changements de position des acteurs qui résulteraient de votre action si elle fonctionnait. La figure suivante donne un exemple de la manière de visualiser ces changements.

Si vous avez le temps et le goût de les effectuer, ces opérations de simulation devraient vous permettre de raffiner votre intervention politique et de déterminer la combinaison de tactiques qui s'avère potentiellement la plus efficace dans le contexte de la stratégie de coopération avant de commencer à la déployer. Une fois votre choix final de tactiques arrêté, mettez en oeuvre cette combinaison en étant bien attentifs aux échéances, ressources et moyens d'évaluation nécessaires pour en suivre l'évolution. Finalement, après que la stratégie de coopération a été mise en oeuvre, utilisez l'annexe 3.2 afin d'évaluer ce qui s'est passé durant l'étape 12.

Exemple de visualisation sur la " Carte Prince " de déplacements anticipés suite à une intervention politique



e) ÉTAPE 13 : La stratégie de campagne

Si votre stratégie de coopération a échoué et que les acteurs visés ont refusé d'aller dans la direction souhaitée, vous devrez élever la pression d'un cran en recourant à la stratégie de campagne. Le but visé par la stratégie de campagne sera de **convaincre** le décideur de l'importance et de la nécessité de la prise de décision souhaitée.

Jusqu'ici, l'ensemble de vos démarches a surtout été dirigé vers le décideur. Vous en êtes arrivés à conclure que poursuivre de ce côté n'aboutira pas à l'objectif désiré. À l'étape 9.4 de la phase 2 une série de questions vous a été présentée afin d'analyser la désirabilité d'un compromis potentiel. Retournez consulter cette étape. En effet, il est peut-être préférable d'arriver à une entente amicale dans l'immédiat que de risquer de tout perdre plus tard. Une victoire partielle dans un climat amical laisse la porte ouverte à d'autres négociations auprès du même décideur. Si aucun compromis satisfaisant n'est possible, embarquez-vous en campagne, en réalisant toutefois que c'est presque un point de non-retour. En effet, vous allez maintenant orienter votre campagne vers ceux et celles qui peuvent exercer une influence ou une pression auprès des décideurs, notamment les personnes en position d'autorité supérieure envers eux, le public et les médias. C'est ce que nous appelons une approche **indirecte** auprès du décideur par opposition à l'approche directe utilisée à la phase de coopération. Cette approche permettra de démontrer le support qui existe pour la prise de décision, ainsi que de créer un climat favorable à la prise de décision. Elle aura toutefois l'effet à peu près automatique d'antagoniser le décideur. Il peut donc être utile à ce moment-ci de réévaluer votre poids politique et celui de vos alliés face au sien en refaisant les étapes 5 à 9 de la phase 2.

Certaines des tactiques qui suivent peuvent être utilisées auprès du décideur avant de les orienter vers les personnes en position d'autorité supérieure. Vous aurez à prendre une décision réfléchie quant au moment opportun d'orienter l'ensemble de ces tactiques auprès des personnes qui ont autorité sur le décideur.

Avant de faire appel à ces autorités, assurez-vous d'avoir mis à profit toutes les tactiques possibles de collaboration avec le décideur. À partir du moment où vous orientez votre campagne auprès d'un pouvoir supérieur, vous risquez de perdre les relations positives que vous

avez développées avec le décideur ainsi que votre capacité à l'influencer ultérieurement. Le pouvoir supérieur, personne ou groupe, sera à prime abord influencé par le positionnement du décideur; cela est normal puisque généralement ce dernier ne fait qu'appliquer les politiques adoptées par ses supérieurs. À moins que le décideur ait démontré un manque de jugement significatif en regard du dossier que vous lui avez présenté, votre travail auprès de l'autorité supérieure sera donc difficile. Dans le cas où vous jugez qu'une autre personne serait plus favorable à ce que vous proposez, votre tactique pourrait être de demander à l'autorité supérieure de confier le dossier à quelqu'un d'autre. Somme toute, vous aurez à bien planifier votre présentation.

Dans la mesure du possible, exposez vos arguments de façon conciliatoire et convaincante. Tout en reconnaissant les difficultés auxquelles était confronté le décideur, exposez pourquoi vous avez cru nécessaire de le court-circuiter. Examinez, une dernière fois, la possibilité d'en arriver à un compromis. Ne vous adressez surtout pas à l'autorité supérieure si vous n'êtes pas certains de la légitimité de votre revendication : vous risqueriez de perdre votre crédibilité ainsi que votre capacité à collaborer avec l'instance décisionnelle à l'avenir.

Quelques raisons qui pourraient légitimer une approche auprès de l'autorité supérieure :

- un mécanisme administratif existe qui permet une révision du dossier en bonne et due forme, sans que votre demande soit perçue comme un affront au décideur original;
- vous croyez être en mesure de démontrer que le décideur a mal interprété/jugé votre dossier avant de rendre sa décision.

En plus de faire appel à l'autorité supérieure, pour que votre campagne réussisse, vous aurez à éveiller l'intérêt de la population quant à la situation problématique et, par la suite, à la motiver à agir afin de supporter votre démarche. Pour transmettre à la population une information juste et pertinente, les médias que vous aurez à identifier (p.126) seront de précieux collaborateurs. Faire agir la population est une tâche très difficile. La population aura à se sentir particulièrement concernée par cette situation avant de prendre le temps requis pour démontrer son support. Par l'entremise de vos communications, vous devez proposer une action

concrète. En adoptant une approche indirecte, vous pouvez éventuellement faire appel à vos députés, provinciaux, fédéraux ou locaux (s'ils ne sont pas déjà la cible de votre action).

Une fois vos arguments prêts, afin de vous assurer de bien planifier cette stratégie de campagne, veuillez d'abord identifier les acteurs auprès desquels vous croyez qu'il est important d'intervenir et, pour chacun, formuler un objectif précis. Ici encore, utiliser l'annexe 3.1 pour planifier votre travail vous sera sans doute utile de même que le recours aux règles de formulation d'objectifs présentées à l'étape 2 de la phase 1.

13.1 Objectifs

La stratégie de campagne vise à :

- CONTRER les arguments invoqués pour l'absence de prise de décision;
- DÉMONTRER qu'un support existe pour la prise de décision;
- CRÉER un climat favorable à la négociation et la prise de décision.

Afin de CONTRER les arguments négatifs invoqués par le décideur pour ne pas prendre la décision dans le sens souhaité, veuillez répondre aux questions suivantes à l'aide de la grille suivante (utilisez d'autres pages au besoin) :

Quels sont les arguments négatifs invoqués contre la décision désirée ? Quels sont vos arguments pour contrer ces arguments négatifs ? Quels sont vos besoins de recherche afin de trouver des arguments ou pistes de solutions aux arguments négatifs ? Si ces besoins existent, utiliser l'annexe 3.3 pour les planifier.

Acteur	Argument négatif	Éléments pour contrer	Recherche requise ?

Afin de DÉMONTRER qu'un support existe pour la prise de décision désirée, veuillez consulter les tableaux de l'étape 6 qui identifient les personnes et groupes qui sont POUR la prise de décision. Si vous en avez identifié des nouveaux, veuillez inscrire leur nom dans le tableau suivant ainsi que les noms de ceux mentionnés à l'étape 6 (utilisez d'autres feuilles au besoin).

Nom (personne contact)	Coordonnées (adresse, téléphone, télécopie, etc)

Afin de CRÉER un climat favorable à la négociation et la prise de décision, l'ensemble des tactiques sera orienté vers ceux et celles qui peuvent exercer une pression auprès du décideur, notamment le public, les médias, ainsi que d'autres personnes ou groupes influents. Cette action a pour but de générer de la publicité pour augmenter le caractère prioritaire du dossier chez les alliés afin qu'ils fassent campagne auprès des acteurs que vous voulez influencer.

Veuillez dresser une liste la plus exhaustive possible des groupes ou médias (plus particulièrement des recherchistes d'émissions ou des journalistes) susceptibles d'être intéressés par votre campagne. Si des recherches sont requises pour les identifier, utiliser l'annexe 3.3 pour les planifier.

Nom	**Coordonnées (adresse, téléphone, télécopieur, etc.)**	**Recherche requise ?**

Finalement, notez ici un objectif précis en regard des acteurs retenus comme devant faire l'objet d'une intervention de campagne (utilisez autres feuilles au besoin) selon les mêmes règles qu'à l'étape 2 :

Acteurs	Objectifs

13.2 Tactiques

Ici encore, un ensemble de tactiques est possible, en plus des quatre principales mentionnées par Coplin et O'Leary. On peut souligner, dans un contexte de campagne :

- préparation soignée du dossier (historique, nature et étendue du problème, solutions et/ou recommandations proposées, etc.) (voir plate-forme à l'étape 11) ;
- négociation soutenue auprès du décideur;
- présentation de mémoires;
- envoi de lettres au décideur (ainsi qu'à l'autorité supérieure si requis);
- appels téléphoniques au décideur (ainsi qu'à l'autorité supérieure si requis);
- pétition qui sera soumise au décideur (ainsi qu'à l'autorité supérieure si requis).
- conférence de presse;
- lettres, dans les rubriques opinion du lecteur, de journaux locaux ou nationaux;
- articles précis d'intérêt humanitaire dans des journaux ou magazines;
- articles précis sur l'impact local dans les media locaux;
- rédaction et distribution d'un dépliant (d'un vidéo) destiné au grand public afin de le sensibiliser à votre proposition;
- organisation de divers événements locaux (faites appel à votre créativité);

- kiosque d'information;
- forum communautaire;
- conférence en milieu de travail;
- conférence dans les écoles;
- lettres et appels téléphoniques aux députés;
- sollicitation du support de l'opposition parlementaire;
- etc.

Indiquer dans la grille suivante les tactiques précises retenues, qui en est responsable, selon quelles échéances elles seront déployées, quelles ressources seront nécessaires et comment on évaluera si elles ont réussi ou échoué.

Acteur (objectif)	Tactique (responsable)	Ressources	Échéance	Évaluation

Si vous en avez le temps, les moyens et l'intérêt vous pouvez, de la même manière qu'à l'étape 12, simuler l'effet de vos tactiques avant de les mettre en oeuvre de manière à les raffiner davantage. Vous reporter à l'étape 12 pour la manière de procéder à ces simulations.

Une fois votre choix final de tactiques arrêté, mettez en oeuvre cette combinaison en étant bien attentifs aux échéances, ressources et moyens d'évaluation nécessaires pour en suivre l'évolution. Finalement, une fois la stratégie de campagne terminée, utilisez l'annexe 2 afin

d'évaluer ce qui s'est passé à l'étape 13.

f) ÉTAPE 14 : La stratégie de contestation

Si à ce stade ni la coopération ni la campagne n'ont porté fruit, que vous êtes toujours convaincu du bien-fondé de votre objectif de départ, que vous n'avez pas été en mesure de négocier un compromis acceptable aux deux parties et que vos démarches indirectes vous ont démontré qu'un support public existe pour la prise de décision, la stratégie de contestation demeure votre dernier recours. C'est la stratégie de guerre ouverte, et vous devez mesurer le coût/bénéfice de vous y lancer non seulement à l'égard du dossier présent mais aussi d'autres dossiers que vous aurez à traiter éventuellement avec les acteurs politiques contre lesquels vous partez en phase active de contestation.

14.1 Objectifs

Le but de cette stratégie est de MODIFIER la position du décideur.
Pour ce faire, l'objectif sera de CONTRER l'influence du décideur.

Une fois vos arguments prêts, afin de vous assurer de bien planifier cette stratégie de contestation, veuillez d'abord identifier les acteurs auprès desquels vous croyez qu'il est important d'intervenir et, pour chacun, formuler un objectif précis selon les mêmes règles qu'à l'étape 2.

Notez ici un objectif précis pour chacun des acteurs retenus comme devant faire l'objet d'une intervention de contestation :

Acteurs	Objectifs

14.2 Tactiques

L'ensemble des tactiques reliées à cette stratégie ressemble à celui préalablement présenté pour la stratégie de campagne, mais avec une plus grande intensité. Vous êtes maintenant dans une situation entièrement conflictuelle et l'ensemble de vos démarches aura habituellement une grande visibilité publique. Attention ! Ces conflits demandent beaucoup d'énergie, sont souvent professionnellement (sinon personnellement) risqués et laissent des traces à long terme. Les tactiques suivantes pourront aussi être utilisées au besoin :

- critique publique de l'autorité compétente;
- soutien public d'un candidat favorable lors d'un processus électoral;
- marches de protestations;
- débats publics;
- campagnes médiatiques agressives;
- litiges portés devant les tribunaux;
- grèves;
- boycottage;
- désobéissance civile;
- etc.

Indiquer dans la grille les tactiques précises retenues, qui en est responsable, selon quelles échéances elles seront déployées, quelles ressources seront nécessaires et comment on évaluera si elles ont réussi ou échoué :

Acteur (objectif)	Tactique (responsable)	Ressources	Échéance	Évaluation

Comme pour la coopération et la campagne, il peut être très utile de simuler avant de les mettre en oeuvre l'effet anticipé des tactiques retenues (revoir l'étape 12 au besoin). Une fois votre choix final de tactiques arrêté, mettez en oeuvre cette combinaison en étant bien attentifs aux échéances, ressources et moyens d'évaluation nécessaires pour en suivre l'évolution. Finalement,

une fois la stratégie de contestation mise en oeuvre, utilisez l'annexe 3.2 afin d'évaluer ce qui s'est passé à l'étape 14 et dans l'ensemble de l'aspect politique de votre intervention.

Conclusion

C'est ici que se termine la présentation détaillée de l'utilisation de notre outil d'analyse et d'intervention politique en santé. Nous sommes confiants que cette méthode permet d'augmenter significativement les chances de succès de vos interventions en santé, que vous soyiez un-e élu-e politique, un-e professionnel-le oeuvrant en clinique ou en santé publique, un groupe communautaire, un planificateur de politiques publiques, une équipe municipale de villes et villages en santé ou tout autre individu ou organisation intéressés à la promotion de la santé.

L'intervention politique est un processus dynamique où la situation et l'environnement évoluent constamment. À cet égard, dans la mesure de vos disponibilités, il nous semble très important que vous **refassiez au moins une fois**, en cours d'intervention, les étapes 5 à 9 de la méthode afin d'évaluer l'évolution de l'environnement politique. De nouveaux acteurs ont pu surgir, vos actions ont pu avoir de l'impact, etc. La phase 2 (analyse de l'environnement politique) devrait donc être reprise **au moins** une fois (idéalement davantage) en cours de route, afin d'évaluer de manière plus systématique le chemin parcouru et d'aider à réorienter la suite des actions et activités.

Finalement, nous tenons à souligner une fois de plus que même si elle a été expérimentée dans une grande variété de situations par divers types de professionnel-le-s et de groupes communautaires pour qui elle s'est généralement avérée utile, la présente méthode n'est en aucun cas " la " solution miracle qui permettra de faire accepter automatiquement votre point de vue ou votre intervention. Elle est un outil qui, comme tout autre outil d'intervention, doit être utilisé avec prudence et discernement par ses utilisateurs et adapté au contexte particulier où on l'emploie. Ceci est d'autant plus vrai qu'intervenir sur la dimension politique d'un dossier est **toujours** délicat et peut facilement avoir des conséquences assez dramatiques. Notre expérience nous a toutefois prouvé que les utilisateurs de notre méthode ont généralement eu beaucoup de jugement et d'à-propos dans l'usage de cet outil.

ANNEXES

Annexe 3.1 : OUTIL DE PLANIFICATION DU TRAVAIL : ACTIVITÉS À RÉALISER

Des détails sont indiqués ici pour 5 activités; reproduire les mêmes éléments si plus de 5 activités sont requises; ces activités peuvent concerner des recherches supplémentaires à faire (voir annexe 3.3), des informations à recueillir (voir annexe 3.4), des actions à entreprendre, etc.

Activités en rapport avec quelle étape de la méthode (la nommer) :

Activité 1(la nommer) :

PERSONNE RESPONSABLE :

PRODUIT ATTENDU :

RESSOURCES REQUISES (HUMAINES, MATÉRIELLES, FINANCIÈRES) :

ÉCHÉANCE :

****

Activité 2 (la nommer) :

PERSONNE RESPONSABLE :

PRODUIT ATTENDU :

RESSOURCES REQUISES (HUMAINES, MATÉRIELLES, FINANCIÈRES) :

ÉCHÉANCE :

****

Activité 3 (la nommer) :

PERSONNE RESPONSABLE :

PRODUIT ATTENDU :

RESSOURCES REQUISES (HUMAINES, MATÉRIELLES, FINANCIÈRES) :

ÉCHÉANCE :

****

Activité 4 (la nommer) :

PERSONNE RESPONSABLE :

PRODUIT ATTENDU :

RESSOURCES REQUISES (HUMAINES, MATÉRIELLES, FINANCIÈRES) :

ÉCHÉANCE :

****

Activité 5 (la nommer) :

PERSONNE RESPONSABLE :

PRODUIT ATTENDU :

RESSOURCES REQUISES (HUMAINES, MATÉRIELLES, FINANCIÈRES) :

ÉCHÉANCE :

****

Annexe 3.2 : ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION DE L'ÉTAPE

Après chaque étape de votre travail, veuillez compléter ce petit questionnaire.

Étape en cause (la nommer) :

1) Objectif choisi :

2) Résultats attendus :

3) Moyens employés :

4) Résultats obtenus :

- A-t-on obtenu le résultat souhaité (totalement, en partie, pas du tout) ?

- Pourquoi a-t-on réussi ? ou

- Pourquoi a-t-on échoué en tout ou en partie ?

5) Leçons à retenir :

- Quelles expériences/impressions acquises au cours de l'étape pourraient se révéler utiles pour un autre dossier ?

- Y a-t-il des choses à prendre en considération pour l'étape suivante quant à la manière de fonctionner, aux résultats obtenus, etc. ?

Annexe 3.3 : OUTIL DE PLANIFICATION DU TRAVAIL DE RECHERCHE COMPLÉMENTAIRE À EFFECTUER

1) POUR RÉPONDRE À LA QUESTION DE QUI ? _____

2) QUI S'EN OCCUPE ? _____

3) ÉCHÉANCE ? _____

4) PRODUIT ATTENDU (# DE PAGES, STRUCTURE, FORMAT) _____

_____

_____

_____

5) CONTENU

5.1 SI LA RECHERCHE EXISTE DÉJÀ

* OÙ POURRAIT-ELLE ÊTRE DISPONIBLE ? _____

* QUI POURRAIT NOUS AIDER À LA TROUVER ? _____

5.2 SI LA RECHERCHE N'EXISTE PAS

* QUI AURAIT INTÉRÊT À L'EFFECTUER ? _____

* AVEC QUI (PERSONNE, ORGANISME, UNIVERSITÉ, ETC.) POUVONS-NOUS COLLABORER ? _____

Annexe 3.4 : PROPOSITION DE GRILLE DE CUEILLETTE D'INFORMATION POUR CHACUN DES ACTEURS RETENUS (Photocopier autant de fois qu'il y a d'acteurs retenus)

Nom de l'acteur : _____

1) Quels sont les **faits et arguments** qui poussent cet acteur à être favorable ou défavorable au dossier ?

Faire ici la liste des arguments favorables (F), défavorables (D) ou neutres (N) évoqués par l'acteur pour justifier son attitude face au dossier (source d'information : mentionner de manière précise si cela vient d'un document écrit -référence avec page-, d'une entrevue avec l'acteur ou avec un informateur -nom, date-, etc.) :

Fait/Argument	Source d'information	F, D ou N

Utiliser d'autres feuilles au besoin.

2) Quelles **conséquences** favorables ou défavorables pourrait avoir votre intervention pour l'acteur ?

Faire ici la liste des conséquences favorables (F) ou défavorables (D) :

Conséquence	Source d'information	F ou D

3) Sur l'échelle de -5 à +5 plus bas (entourez le chiffre approprié), décidez quelle est **l'attitude** (défavorable, neutre ou favorable) de l'acteur envers votre intervention. Décidez auparavant des facteurs que vous retiendrez pour décider de l'attitude et notez dans les facteurs considérés ce qui vous permet de statuer sur l'attitude de l'acteur.

		Retenu
Facteurs d'analyse :	- arguments invoqués	
	- conséquences attendues	
	- position politique, sociale ou économique	
	- autres (précisez)	

Facteurs considérés	**Source d'information**

Fermement opposé				Neutre			Totalement en faveur			
-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5

4) Sur l'échelle de +1 à +5 plus bas (entourez le chiffre approprié), quel est **le pouvoir** (faible, fort) de l'acteur envers votre intervention ?

Facteurs d'analyse :		Retenu
	- taille du groupe	
	- richesse financière	
	- ressources physiques	
	- autorité institutionnelle	
	- prestige	
	- compétence à agir politiquement	
	- s'informer sur la capacité de l'acteur à bloquer ou mettre en oeuvre l'intervention ou encore à aider ou à gêner le processus.	
	- déterminer, si des aspects légaux sont en jeu, l'autorité légale de l'acteur.	
	- déterminer au besoin la capacité financière de l'acteur.	
	- autre (précisez)	

Facteurs considérés	Source d'information

Pouvoir Faible				Pouvoir absolu
1	2	3	4	5

5. Sur l'échelle de +1 à +5 plus bas (entourez le chiffre approprié), quelle est la **priorité** (faible, forte) de l'acteur envers votre intervention ?

Facteurs d'analyse :		Retenu
	- fréquence et intensité des déclarations publiques	
	- intérêts économiques, social et politique	
	- événements externes	
	- autre (précisez)	

Facteurs considérés	**Source d'information**

Faible priorité				Forte priorité
1	2	3	4	5

6) Sur une échelle de 0 à +5, quelle est **l'intensité de l'alliance** (absente, faible, forte) entre l'acteur et chacun des autres acteurs retenus à l'étape 5.

Autre acteur	**Éléments considérés**	**Source d'information**	**Intensité (score)**

RÉFÉRENCES ET AUTRES ÉLÉMENTS BIBLIOGRAPHIQUES

ASSOCIATION POUR LES DROITS DES NON FUMEURS (1987), Donner une chance aux enfants : Amendements recommandés pour le projet de loi destiné à réglementer l'industrie du tabac, Toronto.

ASSOCIATION POUR LES DROITS DES NON FUMEURS (1987A), Les tromperies permanentes de l'industrie du tabac : une critique de la position adoptée par l'industrie du tabac et par les intérêts qui en dépendent, en ce qui concerne leur opposition aux projets C-51 et C-204, Toronto, 1987.

AUBIN, Angèle (1984), Passons à l'action, Secrétariat d'État, Ottawa.

BAGGOT, Rob (1984), " Alcohol, Politics and Social Policy ". Journal of Social Policy, 15 : 467-488.

BAUM, Frances (1990), " The new public health : force for change or reaction ? ", Health Promotion International, 5(2).

BOYER, Michel (1991), " Guide d'analyse et de planification d'une campagne de lobbying "in : Boyer, M. (ed.); Le lobbying au service de la prévention et de la promotion de la santé dans le domaine des toxicomanies, Sherbrooke, Université de Sherbrooke, Cours TXM-485.

BRISSON, P. (1990), Programme régional en prévention de l'alcoolisme et des toxicomanies et en promotion de la santé, Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain et Département de santé communautaire, Hôpital St-Luc, Montréal.

BROWLEE, A.T. (1978); Community, Culture and Care; St-Louis, Mosby, chap. 9 : political analysis.

BUCK, Carol (1985), " Beyond Lalonde - Creating Health " Canadian Journal of Public Health; 76 (suppl.1).

CASWELL, Sally, STEWART, Liz, DUIGNAN, Paul (1989), " The struggle against the broadcast of anti-health messages : regulation of alcohol advertising in New-Zealand 1980 - 1987 "Health Promotion International, 4(4).

CHAPDELAINE, A. et GOSSELIN, P. (dirs.) (1986); La santé contagieuse : petit manuel pour rendre la santé communautaire; Montréal, Boréal, 167p.

CHAREST, Aline (1987), " Health advocacy ou la lutte aux maladies de l'inégalité sociale " Santé et Société, été.

COPLIN, W.D. et O'LEARY, M.K. (1988); Public Policy Skills; Rochester N.Y.; Policy Studies Associates; 250 p.

COUTURE, Denise, OLIVIER, Christine (1989), Dossier Alcoolisme - toxicomanie en Outaouais : éléments de contenu des programmes de prévention en toxicomanie, Hull, Département de santé communautaire de l'Outaouais.

CROMWELL, Herbert, S.Jr., HOWE, James W., O'REAR, Grady (1988), " A citizens' coalition in mental health advocacy : the Maryland experience " Hospital and community psychiatry, 39(9) :212.

EPP, Jake (1986), La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé, Ottawa, Santé et bien-être social Canada.

FISHER, R., Ury, W. (1983); Getting to yes : negociating agreement without giving in; New York, Penguin Books.

FRENCH W.L. et BELL C.H. (1990), Organization Development, behavioral science interventions for organization improvement, 4th edition, Prentice Hall, pp. 64-67.

FREUDENBERG, N., GOLUB, M. (1987), " Health education, public policy and disease prevention : a case history of the New york City coalition to end lead poisoning " Health Education Quarterly, Vol. 14.

GREEN, L.W. et KREUTER, M.W. (1991); Health Promotion Planning : an Educational and Environmental Approach; Mountain View; Mayfield Publishers; 540 p.

KECK, Jennifer, DAUPHINAIS, Henriette, LEWKO, John (1989), " Critical paths : organizing on health issues in the community ", Between the lines, Toronto.

KOME, Penny (1983), Playing from strength : a Canadian woman's guide to initiating political action, The Canadian Council on the Status of Women, Ottawa.

LEMIEUX, V. (1989a); " Le pouvoir dans la réalisation des politiques sociales "; Service Social, 38 (2-3) : 179-95.

LEMIEUX, V. (1989b); Les politiques publiques et l'exercice du pouvoir; Québec; Université Laval; Laboratoire d'études politiques et administratives, Dept. Science Politique; 116 p.

MacRAE, A. et WILDE, B. (1985); Policy Analysis for Public Decisions; University Press of America; 325 p.

McLEROY, K.R. et al.(1987); " The Business of Health Promotion : Ethical Issues and Professional Responsibilities "; Health Education Quarterly , 14(1) : 91-109.

MILBRATH, L.W. (1989); " Lobbying as a Communication Process ", Public Opinion Quarterly, Spring.

MILIO, Nancy (1986), Promoting Health through Public Policy, Ottawa : Association canadienne de santé publique, 212 p.

O'NEILL, Michel (1980), " Action politique locale ou élaboration de politiques gouvernementales ? Quelques nouveaux enjeux pour les éducateurs sanitaires ", Education sanitaire, 9 : 4-6.

O'NEILL, Michel (1987), L'approche " critique " en promotion de la santé dans les D.S.C. québécois; Québec; Université Laval; Centre de recherche sur les services communautaires, 121 pages.

O'NEILL, Michel (1987a); " Les contraintes imposées par les facteurs politiques aux interventions gouvernementales en promotion de la santé "; Hygie, 6(4) : 32-37.

O'NEILL, Michel (1989); " The political dimension of Health Promotion Work " ; in Martin, C. et McQueen, D.V. (eds.), Readings for a New Public Health; Edinburgh, University of Edinburgh Press, 222-234.

PEDERSON, Ann P. et Al. (1988), Coordination de la politique publique favorisant la santé : analyse documentaire bibliographique, Ottawa, Santé et bien-être social Canada, Direction générale des services et de la promotion de la santé, document de travail No. DGSPS 88-1.

PIGOTT, J.E. (1979), " Special interest advocacy : a right ? a necessity ? a danger ? " Consultation and Advocacy : influencing Public Policy, Ottawa, Conference Board of Canada.

PINEAULT, R. et DAVELUY, C. (1986); La planification de la santé : concepts, méthodes et stratégies; Montréal; Agence d'Arc, 480 p.

POLICORP (1985), Lobbying Queen's Park : strategies and tactics for the Peterson minority government, Toronto.

ROCHON, Alain, BALTHAZAR, Mychelle (1988), La promotion de la santé et la prévention des problèmes de santé dans les DSC : optimiser les actions, Document de réflexion, Comité de coordination de santé communautaire, Québec.

STEWART, Liz, CASWELL, Sally (1988), " Persuading parliamentarians : Advocacy and lobbying on Alcohol Related Issues ", Community Health Services, 12(3).

TORJMAN, Sherri (1986), Prévention dans le domaine des drogues. Programme de formation, monographie 2 (les habiletés de l'agent de changement - Le démarchage; Ottawa; Comité national de planification; Fondation de la recherche sur la toxicomanie; Approvisionnement et services Canada.

WARREN, R.L. (1977), Social change and human purpose : toward understanding and action, Rand MacNally, Chicago.

WHITEHEAD-GIRARD, P. (1987), Le lobbying : un mal nécessaire ou une nécessité démocratique? Diététique en action, juin, pp. 18-21.

WING, R.L. (1988) The art of strategy, New York, Dolphin/Doubleday.

DEUXIÈME PARTIE :

QUELQUES EXEMPLES D'ANALYSES ET/OU D'INTERVENTIONS POLITIQUES EN SANTÉ

Cette seconde section comporte cinq chapitres et vise, à l'aide de situations où notre outil d'intervention a été utilisé, à fournir une palette d'exemples qui illustrent divers types d'applications. Dans le chapitre 4, c'est l'utilisation par des groupes communautaires, dans quatre situations différentes, de l'approche au lobbying développée par Michel Boyer qui est décrite. Les chapitres suivants (5, 6 et 7) illustrent trois utilisations prospectives de l'approche O'Neill-Gosselin alors que, dans le dernier chapitre de cette section (8), c'est une utilisation rétrospective qui en est présentée. Les exemples retenus l'ont été en fonction de la diversité de la formation des intervenants, des situations qu'ils illustrent et de la manière dont les intervenant-e-s se sont approprié l'outil, en tout ou en partie. Nous sommes convaincus qu'ils aideront à rendre plus parlante la première partie du livre qui, à plusieurs égards, demeurait plutôt abstraite et théorique; de plus, cette seconde partie incitera sans doute les lectrices et lecteurs à retourner à la première partie si certaines des étapes présentées dans les exemples apparaissent peu claires.

CHAPITRE IV

Quatre exemples d'utilisation par des organismes communautaires de l'approche au lobbying proposée par Michel Boyer

par Claude Lachapelle, Renée Pinard, Monique Beaulieu et Pierre Bergeron

Introduction

Comme son titre l'indique, et tel qu'annoncé à la fin du chapitre 2, le présent chapitre vise à montrer l'utilisation faite par quatre groupes communautaires des aspects de notre outil qui proviennent de l'approche au lobbying développée par Michel Boyer.

Dans un premier temps, un compte rendu est fait par Claude Lachappelle d'une campagne mise en oeuvre pour que les médicaments soient disponibles gratuitement aux Québécoises et Québécois atteints du VIH/SIDA mais non hospitalisés. Le second cas, présenté par Renée Pinard, concerne les démarches entreprises par le Centre de réadaptation Relais jeunes Est, situé dans le Bas-du-Fleuve, pour faire cesser la vente de bière à faible teneur en alcool (.5%) à des mineurs lors des soirées organisées par un terrain de jeu. Dans le troisième, Monique Beaulieu décrit les démarches entreprises pour mettre sur pied et généraliser un programme d'accompagnement en milieu scolaire élémentaire des élèves présentant des difficultés d'apprentissage. En dernier lieu, Pierre Bergeron témoigne de la manière dont la formation au lobbying reçue a complètement changé sa manière de travailler dans les regroupements de garderies, que ce soit sur des dossiers provinciaux en alliance avec d'autres regroupements ou sur des dossiers de sa région.

À noter finalement, que les sections de Claude Lachappelle et de Monique Beaulieu sont une synthèse, réalisée par Étienne Labillois et Michel O'Neill, de textes beaucoup plus longs alors que les deux autres ont été rédigées directement par leurs auteurs et revus par Labillois et O'Neill.

A) L'obtention de médicaments gratuits pour les personnes affectées par le VIH/SIDA

a) Problématique

Le virus d'immunodéficience humaine, le VIH, est une maladie pour l'instant sans issue, fatale donc pour la personne atteinte. Après une période latente, variant selon les individus et dite de séropositivité, la maladie déclenche un processus de déclin irréversible. Pour survivre le plus longtemps possible, le patient doit recourir à des médicaments fort coûteux. Sans l'accès à un tel recours, de multiples infections dites «opportunistes» guettent le patient et détériorent à la fois sa santé, son espérance de vie et sa qualité de vie.

Le danger pour l'ensemble des personnes atteintes réside dans cette problématique. Avec des coûts annuels moyens estimés à 3 988$ pour une personne en phase SIDA et à 2 891$ pour celle séropositive, surgit un obstacle important dans l'acquisition de médicaments limitant les effets pathologiques de la maladie. Par ailleurs, étant des moyennes, ces chiffres peuvent grimper à des sommets infranchissables pour certains malades.

Or, il existe un clivage entre les personnes atteintes au Québec. Ainsi, les prestataires d'aide sociale, les personnes hospitalisées et celles bénéficiant d'une bonne couverture d'assurances ne rencontrent pas de difficultés dans l'achat des médicaments, puisqu'ils sont gratuits ou ne coûtent qu'une franchise peu élevée. Pour les autres, les coûts engendrés dépassent souvent leur capacité de payer. De ce fait découlent trois conséquences déplorables et déterminantes pour certains patients. La première consiste à ne pas se procurer le médicament nécessaire et ainsi à accroître la précarité de leur état de santé. La seconde est de réduire les autres dépenses vitales pour se procurer les médicaments requis par la situation; pour y parvenir, on doit généralement couper dans les fonds alloués à une saine alimentation et à l'occupation d'un logement salubre. Enfin, certains doivent quitter leur emploi pour bénéficier de l'aide sociale et ainsi ne pas avoir à payer pour les services de santé que leur état requiert, cela accompagné des répercussions psychologiques, économiques et sociales que l'on devine.

Cette section du chapitre présente donc la démarche utilisée pour tenter d'atténuer ces phénomènes. Sont décrits le contexte de l'intervention, l'objectif visé, l'analyse politique du milieu, les arguments et conséquences, les stratégies et tactiques, et enfin les résultats obtenus.

b) Contexte

L'application de la stratégie de lobbying a été réalisée par un organisme sans but lucratif appelé **Comité des personnes atteintes du VIH du Québec** (CPAVIH). C'est en novembre 1988 que le CPAVIH entame un processus de lobbying auprès du ministère de la Santé et des services sociaux du Québec (MSSS) afin de faciliter l'accès aux médicaments nécessaires au traitement de la maladie.

Face à la problématique des coûts élevés pour se procurer les médicaments adéquats, le CPAVIH propose d'inclure les personnes atteintes du VIH et du SIDA dans la catégorie administrative des « Malades sur pied ». Celle-ci a été créée par le MSSS afin de permettre à certains malades chroniques de bénéficier d'une couverture publique du coût des médicaments, avec un déboursé mensuel de 2$ par médicament.

c) L'objectif

L'objectif poursuivi par l'intervention est que le coût de tous les médicaments reçus en clinique externe pour le traitement du VIH/SIDA soit assumé par l'État et ce, au même titre que pour la fibrose kystique, le diabète insipide, le cancer, la tuberculose, les maladies mentales et d'autres maladies chroniques.

d) L'analyse politique du milieu

Dans un processus visant à faire reconnaître le VIH et le SIDA comme des maladies chroniques reconnues dans le programme « Malades sur pied », trois principaux acteurs sont identifiés dont un, dans une démarche ultime, était M. Robert Bourassa, le Premier Ministre du Québec. Dans un premier temps, toutefois, ont d'abord été considérés le CPAVIH lui-même et le ministre de la Santé et des services sociaux de l'époque, M. Marc-Yvan Côté.

Au départ, la position du Premier Ministre n'était pas connue, puisqu'aucune démarche n'avait été effectuée à son égard. Pour le CPAVIH, il allait de soi qu'il appuyait la prise en charge par l'État des frais reliés aux médicaments pour personnes atteintes du VIH et du SIDA, puisqu'il était le promoteur du projet. Il souhaitait donc voir inclus dans le programme «Malades sur pied» ces deux maladies chroniques. Quant au titulaire du MSSS, M. Marc-Yvan Côté, il s'opposait à ce projet. Son rejet se basait sur des considérations économiques, i.e. sur la nécessité d'évaluer les coûts à l'élargissement du programme « Malades sur pied » aux patients affectés par le VIH et par le SIDA. Nous y reviendrons.

e) Arguments et conséquences

L'argumentation du CPAVIH reposa principalement sur deux considérations. La première est **l'équité dans l'accès aux soins de santé**. À l'égard du VIH et du SIDA, l'usage de médicaments est la seule forme de traitement actuellement disponible pour freiner l'évolution de la maladie. Or, cet accès est limité aux patients très démunis, subsistant grâce à l'aide sociale, et à ceux qui sont très riches. En filigrane, on parle des patients atteints d'autres maladies chroniques, telles que le cancer et la fibrose kystique, qui eux bénéficient gratuitement de médicaments grâce au programme gouvernemental « Malades sur pied ». Pourquoi eux et pas les autres ?

La seconde considération était celle des **gains escomptés**, pour les patients et la société en général, d'une couverture publique adéquate du coût des médicaments requis par le VIH et le SIDA. L'accès aux médicaments éprouvés améliore la qualité de vie des patients puisque le traitement vise à retarder le plus longtemps possible l'évolution de la maladie et à limiter les nombreuses infections susceptibles d'apparaître. De plus, un tel accès permet au malade de conserver son emploi, donc de demeurer actif au sein de la société. Cela évite le recours à l'aide sociale. Que l'État absorbe le coût de ces médicaments serait donc un gain appréciable en ce sens que les malades allégeraient le fardeau public en n'ayant pas recours à d'autres programmes sociaux et, ultimement, à l'hospitalisation qui coûte très cher à la collectivité.

Plusieurs travaux ont été répertoriés pour appuyer cette argumentation, notamment ceux de Plante et Raymond (1991) et ceux provenant d'une première étude du Comité consultatif de

pharmacologie du MSSS évaluant la question des traitements. Les résultats de cette première étude ne seront toutefois pas divulgués au public. Une seconde version de l'étude du MSSS (Bouchard et St-Pierre, 1992) fut produite et soumise au ministre de la Santé et des services sociaux en juillet 1992. Une des conclusions de ce document est que « pour des motifs d'équité et d'efficacité des investissements, nous recommandons que les médicaments, nécessaires au traitement des personnes infectées par le VIH et sidéennes, fassent l'objet d'une couverture adéquate » (Bouchard et St-Pierre, 1992 : 58). Le reste des conclusions reflète les demandes du CPAVIH, les résultats de la recherche de Plante et Raymond (1991) et la position d'autres organismes et intervenants sociaux québécois dans le domaine du VIH/SIDA.

Dix arguments justifiant la mise en oeuvre de l'intervention sont avancés par le CPAVIH. Tout d'abord, l'on estime à 10 000 personnes le nombre actuel d'individus affectés par le VIH au Québec. Il s'avère donc essentiel de leur procurer un traitement préventif afin de leur éviter l'hospitalisation. Deuxièmement, l'AZT est gratuit alors que d'autres médicaments tels que le Pentamidine ou le Diflucan ne le sont pas. Troisièmement, l'hospitalisation pour une pneumonie est environ de deux à trois semaines à un coût journalier de 500 $, soit un total variant entre 7 000 $ et 10 500 $. Par contre, l'ensemble des médicaments requis par un malade du VIH/SIDA s'élève à entre 4 000 $ et 8 000 $ par année. Il s'agirait donc d'une importante économie potentielle pour le gouvernement, tout en améliorant la qualité de vie du malade. En quatrième lieu, une année de prophylaxie à la Pentamidine est moins dispendieuse qu'une seule journée d'hospitalisation pour le traitement de PPC aiguë (pneumonie à pneumocystis Carinii). Cinquièmement, l'AZT pris conjointement avec la Pentamidine diminue de trois fois l'évolution du SIDA et de cinq fois les infections telles que la pneumonie. Le sixième argument est qu'en 1991, cinq organismes communautaires ont distribué 160 000 $ d'argent qui aurait pu être employé bien autrement pour venir en aide à 350 sidéens incapables d'assumer seuls le coût de leurs ordonnances. Septièmement, considérant le coût prohibitif de certains médicaments à long terme, plusieurs personnes se retrouvent dans une situation où il est avantageux pour elles de quitter leur emploi pour bénéficier de l'aide sociale, car celle-ci défraie une part importante des coûts reliés à l'achat de médicaments. Le huitième argument stipule que cette situation peu reluisante affecterait 30% des sidéens, selon un sondage effectué par le CPAVIH. Neuvièmement, la France couvre 100% des coûts des médicaments pour les personnes atteintes ayant un décompte de T4 (sous-population de globules blancs) inférieur à 350 mm^3. Enfin, si

30 000 personnes développent le SIDA dans les dix prochaines années, il en coûterait à l'État près de trois milliards de dollars en frais de médicaments et d'hospitalisation.

En opposition à ces arguments favorables, on avait identifié trois énoncés défavorables émanant du Ministre Côté. Il s'agit des limitations budgétaires du Ministère, de l'évaluation des coûts du programme et du danger de créer un précédent délicat, plusieurs patients atteints d'autres maladies chroniques contrôlables souhaitant sans doute se voir attribuer le même statut.

f) Stratégies et tactiques

Pour maximiser les chances de réussite du projet, le CPAVIH initia différentes stratégies et tactiques. D'abord, il sollicita et reçut l'appui de 35 organismes, députés, ministres, syndicats et écrivains, sans oublier une comédienne et la Corporation professionnelle des psychologues du Québec.

Le CPAVIH effectua ensuite plusieurs démarches de lobbying afin de faire accepter par le gouvernement provincial le statut des personnes atteintes à l'intérieur du programme « Malades sur pied ». La première fut initiée en novembre 1989 et comportait les éléments suivants : une lettre au ministre Marc-Yvan Côté (août 1990), des rencontres avec des députés et un sous-ministre adjoint (septembre 1990), une manifestation publique (octobre 1990), des articles dans les quotidiens La Presse et Le Devoir (octobre 1990), l'envoi d'un dossier étoffé à chaque député de l'Assemblée nationale (novembre 1990), la présentation du dossier lors d'une rencontre au Centre québécois de coordination sur le SIDA (février 1991), la sollicitation et l'obtention de l'appui de la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le SIDA (février 1991), une intervention à la populaire émission télévisée Le match de la vie (mars 1991), des représentations effectuées auprès des congressistes lors de la première Conférence internationale sur les modifiants des réponses biologiques (Québec, 22 au 24 mars 1991) et de la Conférence de l'Association canadienne pour la recherche sur le VIH (Montréal, 26 et 27 mars 1991).

De 1992 à 1995, une série d'autres interventions fut faite pour tenter d'abord de contrer le peu d'enthousiasme du ministre Côté envers le projet attendu le contexte des compressions

budgétaires : lettres en novembre 1992 et mars 1993, avec copies au premier ministre et aux média; rencontre avec le sous-ministre Iglésias. Le CPAVIH participe aussi en 1993 et 1994 à divers comités visant à réviser la politique québécoise d'accès aux médicaments, sous deux gouvernements : celui des libéraux jusqu'en septembre 1994 et, par la suite, celui du Parti québécois. Après les élections, le CPAVIH organise deux forums publics avec des partenaires intéressés afin d'accélérer le processus d'une assurance médicament universelle, annoncée pour 1997 par le ministre Rochon. En 1995, lettres aux politiciens, participation à des comités provinciaux et fédéraux et rencontres de fonctionnaires et d'attachés politiques se continuent.

g) Résultats

En 1995, après plusieurs années de lobbying auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux, les résultats semblaient plutôt encourageants, même s'il n'y avait toujours rien d'acquis des revendications initiales. Les démarches du CPAVIH auprès du ministère de la Santé, et auprès d'autres acteurs sociaux importants comme les syndicats et les médias, avaient forcé le gouvernement à considérer sérieusement le dossier. Le MSSS s'est vu obligé de commander des études par des comités ou des conseils de spécialistes, dont les conclusions appuyaient les revendications du CPAVIH. Une de ces études (rapport Demers) proposait même une mesure qui allait beaucoup plus loin que ce que réclamait initialement le CPAVIH.

Même le CPAVIH a perdu la bataille pour l'inclusion des personnes vivant avec le VIH/sida dans le programme " Malades sur pied " (celui-ci ayant été aboli), il a gagné à moyen terme : le régime universel d'assurances médicaments " promis " par le ministre Rochon a effectivement été mis sur pied au début de 1997 !

B) Abolition de la vente de bière à .5% par un terrain de jeu

En 1991, un processus de communication a été entrepris auprès des Terrains de Jeux de Saint-Ferdinand (nom fictif) (T.J.S.F.) par un intervenant du Centre de réadaptation Relais jeune Est et d'autres personnes. Cette intervention avait pour but d'influencer un règlement en

rapport avec la vente de bières peu alcoolisées (à .5%), ce règlement ayant, selon nous, un impact sur la santé des jeunes.

a) Problématique

La vente de bières " peu alcoolisées " (à .5%) à des mineurs lors de soirées organisées par les T.J.S.F. était autorisée. Le statut légal des bières peu alcoolisées est flou. Commencer à apprendre à un jeune à consommer de la bière, même peu alcoolisée, avait, selon nous, des conséquences sur la santé, l'éducation et la prévention. Les groupes touchés étaient : les jeunes mineurs, leurs parents et certains promoteurs soucieux de la qualité de l'environnement offert aux jeunes de la communauté (C.L.S.C., Comité Santé, Club Optimiste, intervenants du Relais jeune Est).

b) Objectifs

Deux objectifs complémentaires étaient poursuivis :

1. Obtenir des T.J.S.F. l'arrêt de vente d'alcool (peu importe le taux) aux jeunes qui n'ont pas l'âge légal de consommer et 2) rendre les T.J.S.F. plus vigilants envers l'application de la loi, lorsque des mineurs cherchent à se procurer de l'alcool lors de festivités ou autres.

L'intervention de lobbying devait se dérouler lors de l'assemblée générale des T.J.S.F., où était aussi prévue l'élection annuelle d'administrateurs au conseil d'administration. Nous souhaitions obtenir l'engagement ferme de la part du nouveau conseil d'administration 1) de ne plus vendre de boissons alcoolisées à des mineurs (même à .5 % et que 2) s'il y a doute sur son statut, que l'âge du jeune soit vérifié dans ses lieux.

Le critère d'évaluation du succès de notre démarche était qu'au fil des jours et des semaines suivant l'assemblée générale, nous devions constater " de visu " le changement de pratique à ce sujet. La vente d'alcool à des mineurs, incluant la bière à .5% devait tendre vers zéro.

c) Stratégies mises en oeuvre

Les stratégies suivantes ont été planifiées :

- regrouper toutes les personnes qui connaissent et désavouent cette pratique, poser le problème et identifier les décideurs : les membres du C.A. du terrain de jeu et les élus municipaux qui en sont le principal bailleur de fonds;
- nous informer des aspects légaux favorables ou défavorables à notre démarche;
- préparer une argumentation ayant des chances d'influencer les décideurs;
- prévoir les résistances (ex. : chute de profits);
- être présents en grand nombre le soir de l'assemblée générale des T.J.S.F. (qui était, selon nous, le lieu idéal de revendication);
- préparer une proposition claire précédée " d'attendus " allant dans le sens de l'objectif visé;
- recruter des personnes responsables de faire la proposition et des gens autour qui les supporteraient au moyen d'opinions préparées d'avance;
- s'assurer la présence de jeunes et d'adultes qui ont été maintes fois témoins de cette pratique.

Pour nous, aucun compromis n'était acceptable. Nous savions que les T.J.S.F. allaient invoquer que la bière à .5% n'est pas incluse dans les boissons alcoolisées répertoriées, ce qui n'est pas faux. Nous avions préparé des arguments de type éducatif, préventif et légal pour contrer cette objection. Nous savions aussi qu'il se vendait aisément de la bière de tous genres aux jeunes et avions l'intuition que la résistance prendrait deux formes : les T.J.S.F. se diraient non autorisés, en vertu de la loi, à décréter illégale la vente de la bière .5% et ils évoqueraient la chute des profits financiers puisque, cela est bien connu, " ce sont les buveurs qui rentabilisent l'organisation d'événements sociaux ".

Nous avons fait certaines démarches préparatoires du genre :

- obtenir l'avis et l'appui de la Sûreté du Québec (loi);
- obtenir l'avis et l'appui du Service en alcoolisme et toxicomanie du MSSS (prévention);

- connaître les pratiques de vente d'alcool dans les autres centres communautaires ou lieux de loisirs municipaux de la région.

L'intervenante communautaire du Centre a joué bien des rôles dans la préparation de cette action de lobbying, mais aucune tâche n'était la sienne le soir de la revendication. Tous les gens qui se sont présentés à l'assemblée générale pour réaliser l'intervention étaient des membres en règle des T.J.S.F., (citoyens ou citoyennes de Saint-Ferdinand. À noter que l'ensemble de cette intervention s'est déroulée à l'intérieur d'une période de six à huit semaines environ.

d) Résultats

Tout s'est déroulé comme nous l'avions prévu. Le conseil d'administration a résisté d'abord, nous a laissé entendre que nous n'empêcherions pas les jeunes de boire, a tenté de réduire ou minimiser les conséquences d'une telle pratique, a invoqué les effets négatifs (perte de revenus), ainsi que les difficultés de contrôle et les conflits probables avec les mineurs qui découlaient d'un tel resserrement des règlements.

Toutefois, devant le poids des arguments et le nombre important de supporteurs, le conseil a acquiescé à la requête et a pris l'engagement d'agir en ce sens à l'avenir. Il a cependant demandé qu'on fasse preuve de tolérance à son égard dans les semaines à venir, le temps qu'il se dote de moyens facilitants (affiches sur les règlements, information à tout son personnel). À cela, il a été répondu que la tolérance serait fonction de l'effort et du sérieux démontrés.

On peut dire que la grande victoire issue de cette action, au delà d'une victoire de résultats, a été une victoire de processus. En effet, des personnes qui se plaignaient, à droite et à gauche, d'une pratique qu'ils jugeaient néfaste à la santé de leurs jeunes, ont été invitées à se regrouper et de cette initiative est venu le pouvoir : le pouvoir du nombre, le pouvoir de l'union, le pouvoir des mots. Autrement, les choses seraient probablement demeurées ce qu'elles étaient et la vie aurait suivi son cours !

C) L'accompagnement en milieu scolaire élémentaire d'élèves ayant des difficultés d'apprentissage

a) Problématique

Les problèmes scolaires chez les élèves sont un phénomène présent partout, dans tous les milieux et ce, sans égard à leur profil socio-économique. Les enfants du primaire ne font pas exception. Deux facteurs sont à l'origine de telles difficultés scolaires.

Il y a tout d'abord la famille, avec ses attitudes, ses valeurs et ses buts, qui influence un enfant. En découlent parfois de l'hostilité envers le système scolaire ou encore une déresponsabilisation parentale au profit des professeur-e-s. Chez les plus démunis, ces problèmes résultent fréquemment d'un manque de ressources et de la non-implication des parents. Par ailleurs, d'autres facteurs familiaux influencent l'enfant, notamment l'émergence grandissante de la monoparentalité, ainsi que le niveau de scolarisation des parents et leur disponibilité. Les enfants se retrouvent parfois seuls à la maison, sans personne pour superviser leurs devoirs et leçons.

Le second facteur d'influence est l'environnement scolaire lui-même : difficultés pour l'enfant à s'adapter à l'école ou à compléter les apprentissages requis; carences dans l'encadrement des élèves en difficulté d'apprentissage ou aux prises avec des troubles de comportement, que l'on évince rapidement des classes normales pour les insérer dans des groupes dits en «cheminement particulier»; démoralisation du corps professoral; débordement des tâches des professeurs; manque de confiance chez les enseignants dans l'implication des parents. Enfin, la relation école-parent est trouble, dû au fait que le parent a peur d'être jugé et parce que certains professeur-e-s maintiennent des préjugés quant à la valeur du rôle et de la place du parent.

L'ensemble de ces problèmes contribue à forger une image négative chez certains enfants tout en les démotivant. Il en résulte une faible estime de soi et de nombreuses conséquences, dont certaines sont importantes telles des problèmes de comportement et d'apprentissage, la délinquance, les toxicomanies, voire même le suicide.

À la lumière de ce qui précède, une intervention dès le primaire semble tout indiquée afin de limiter les situations d'échecs et la dégradation de la situation scolaire de plusieurs enfants. Un service d'accompagnement scolaire, i.e. un support à la réalisation des devoirs et leçons, s'avère un moyen potentiellement intéressant pour atteindre ce but. Or, un tel service existait depuis octobre 1990, à titre de projet pilote dans une école primaire de la Commission scolaire de Saint-Laurent (nom fictif). Le groupe ciblé y était celui des enfants de première année ayant des difficultés d'apprentissage et vivant dans un quartier socio-économiquement faible.

Attendu la pertinence de ce programme et considérant que son implantation à long terme à l'ensemble de la commission scolaire requérait des ressources financières adéquates, la présente intervention visait à obtenir les fonds requis pour sa généralisation et la reconnaissance du milieu en adoptant une campagne de lobbying. Les prochains paragraphes décrivent donc le contexte où a eu lieu l'intervention, l'objectif visé, l'analyse politique du milieu, les arguments et conséquences, et les résultats de la démarche; ils fournissent en conclusion quelques commentaires concernant la méthodologie utilisée.

b) Contexte

L'intervention fut réalisée par un organisme à but non lucratif appelé **Programme d'intervention communautaire Laval-Laurentides** (PICLL). Cet organisme à vocation socio-communautaire existe depuis 1989. Il dessert les enfants, les jeunes, les parents, les familles et les intervenants sociaux de Laval et des Laurentides. Ses objectifs sont de favoriser l'action communautaire, de participer à l'amélioration des compétences par la formation, de susciter la prise en main et la résolution des problèmes sociaux par les citoyens eux-mêmes, de susciter le développement de nouvelles réponses aux nouveaux problèmes, et de favoriser l'intervention de réseaux. Finalement, le PICLL offre des sessions de formation, un accompagnement scolaire à certains enfants du primaire et des rencontres familiales de prévention de la violence dans les relations parents-enfants.

c) L'objectif

L'objectif consistait à implanter un programme d'accompagnement scolaire au primaire au sein de l'ensemble de la Commission scolaire de Saint-Laurent. Dans l'optique où cet objectif ne pouvait être atteint, nous étions prêts à accepter le compromis suivant : obtenir une seconde école pilote officiellement désignée comme telle par les commissaires du territoire concerné.

d) Analyse politique du milieu

Au départ, outre le PICLL, l'intervention fait appel à deux acteurs principaux : les commissaires de la Commission scolaire St-Laurent (le décideur) et le ministère de l'Éducation (l'autorité supérieure). Par ailleurs, on dénombrait 26 acteurs supplémentaires susceptibles d'exercer un rôle d'influence auprès du décideur. De ce nombre, 16 appuyaient la démarche, sept étaient indécis et trois s'y opposaient. Il serait trop long de tous les présenter avec leur position et les arguments la justifiant. Les plus importants se retrouvent plus loin dans le texte, les autres étant présentés à l'annexe du présent chapitre, p. 177.

e) Arguments et conséquences (voir annexe 4.2 au présent chapitre)

Les arguments favorables au projet se présentent chez deux catégories d'acteurs. Tout d'abord, il y a les parents. Pour eux, l'accompagnement scolaire offre un support; il diminue le sentiment d'échec chez leur enfant, améliore leurs compétences envers les devoirs à réaliser par les enfants et bonifie la communication parent-enfant tout en les sécurisant dans leur rôle respectif.

Viennent ensuite les directeurs d'écoles, les enseignants et les orthopédagogues. Pour ces derniers, les arguments favorables consistent en l'amélioration des apprentissages des jeunes, en un support concret à leur travail, en l'accroissement du nombre d'enfants pouvant bénéficier d'une aide directe, et en l'amélioration du rendement et de la compétence des élèves en classe.

Trois arguments se présentent contre le projet et sont défendus par une série d'acteurs. Tout d'abord, l'assurance d'une méthode pédagogique rigoureuse est absente. Ensuite, il y a une incompatibilité possible entre le projet et le mandat de l'école, en ce sens qu'il y aurait

utilisation des mêmes ressources scolaires; il n'est pas certain que cela soit autorisé. Enfin, il y a la sempiternelle question des coûts, les écoles n'ayant pas de budget à consacrer à ce genre d'initiative.

f) Déroulement de l'action

Une première cueillette d'informations fut réalisée par le PICLL auprès de 11 acteurs retenus; celle-ci démontra qu'en général ils étaient favorables à la poursuite de l'intervention. De plus, l'analyse de leur pouvoir fit entrevoir une bonne probabilité du suivi de l'intervention. Les résultats de cette consultation sont présentés dans les paragraphes suivants.

Le premier groupe d'acteurs rencontrés fut la direction de deux écoles élémentaires intéressées par un programme de soutien individualisé à domicile, auprès d'enfants présentant des problèmes. Dans un cas, la démarche fut initiée par le PICLL et dans l'autre par l'école. Les deux milieux se sont montrés fort réceptifs, surtout que des fonds du Ministère de l'éducation devenaient disponibles pour appuyer de tels projets via le " Plan Pagé " du ministre du même nom.

Le second groupe était celui des professeur-e-s des deux écoles concernées. Chaque direction les sollicita pour connaître leur intérêt à l'égard d'un service d'accompagnement scolaire et pour identifier les enfants susceptibles d'avoir recours à un tel programme. Le corps professoral de la première école fut rencontré afin de lui définir le service d'accompagnement et de lui présenter les bénévoles sélectionnés. Il s'agissait également de voir les attentes respectives face au projet, d'échanger de l'information, d'expliciter le processus de suivi des enfants et de recueillir des explications par rapport aux programmes d'enseignement et aux outils utilisés. Il n'y a pas eu de rencontre directe avec les professeur-e-s dans la seconde école mais ils furent informé-e-s du projet. Toutefois, les propos obtenus auprès des professeur-e-s participant-e-s au programme d'accompagnement à domicile y étaient favorables. Pour ces derniers, le nouveau service d'accompagnement constituerait un complément bénéfique pour les enfants.

Dans le cas de cette seconde école, des références d'enfants furent faites par les membres de la direction et l'orthopédagogue (non par les professeur-e-s) afin de lancer le projet pilote. C'est

à eux que durent s'adresser les bénévoles pour toutes les informations relatives aux enfants et aux matières scolaires. L'orthopédagogue de la seconde école fut donc directement impliquée dans le suivi des bénévoles, tenant des rencontres pour évaluer l'intervention et apporter les correctifs nécessaires. De plus, un contact fut établi avec la responsable des orthopédagogues de la commission scolaire pour évaluer la pertinence d'implanter le service d'accompagnement scolaire pour l'ensemble des écoles via cette ressource professionnelle.

Le Programme d'intervention communautaire Laval-Laurentides (PICLL) fait partie d'une table de concertation sur la réussite scolaire où siègent divers intervenants d'un Centre local de services communautaires (CLSC) et du milieu. C'était l'endroit idéal pour que le PICLL fasse connaître ses services, notamment celui projeté d'accompagnement scolaire au primaire, et pour identifier par le fait même des sources éventuelles de financement. Ce CLSC fut un supporteur enthousiaste du projet. Un second CLSC du territoire couvert par le PICLL souhaita, par la suite, voir implanter le service d'accompagnement au sein des écoles de la commission scolaire de son secteur. Au printemps 1992, les deux équipes de prise en charge de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) furent rencontrées afin de leur expliquer le projet. Ces intervenants démontrèrent un grand intérêt envers le service, à un point tel qu'ils devinrent une source de référence d'enfants susceptibles d'avoir besoin d'un tel soutien.

Les parents furent contactés par lettre suite aux rencontres avec les directions d'écoles primaires retenues. Ils répondirent favorablement à l'appel, d'autant plus que plusieurs se sentent dépassés et vivent un sentiment d'impuissance devant les devoirs et leçons de leurs enfants. Plusieurs parents sont allophones; il apparaît donc particulièrement important pour eux et leurs enfants d'avoir accès à un tel service.

Au moment d'écrire ces lignes, il n'y avait pas eu encore de rencontre avec les commissaires, ce qui ne devait pas tarder. Celle-ci sera possible si ces derniers croient en la nécessité d'un tel service sur leur territoire. Par contre, dès le départ, le député provincial démontra un grand intérêt envers la jeunesse et la problématique du décrochage scolaire. Son implication consista à faciliter le financement du PICLL, via le plan Pagé, pour que celui-ci puisse réaliser son projet d'implanter un service d'accompagnement scolaire au primaire dans les écoles du territoire étudié.

g) Résultats

Faute de ressources temporelles et financières, la notion de compromis initialement préconisée par le PICLL fut adoptée, à défaut de pouvoir pousser davantage la campagne. Cependant, il faut savoir que les sommes reçues du Plan Pagé ont permis de poursuivre l'intervention au sein de six écoles mais qu'une partie importante des coûts sont absorbés depuis 1994 par le PICLL.

Enfin, une alliance a été obtenue avec la responsable des orthopédagogues de la commission scolaire, qui se dit prête à faire valoir le service auprès des commissaires lors d'une éventuelle présentation qui s'effectuera conjointement avec le PICLL. À l'heure actuelle, le défi qui se présente au PICLL consiste donc à trouver du financement afin de poursuivre l'initiative, de l'étendre au plus grand nombre d'écoles possibles et de dégager une personne afin d'en superviser la démarche.

Notons en conclusion que le guide d'analyse et de planification d'une campagne de lobbying développé par Boyer (1992) nous a été très utile pour analyser et comprendre les enjeux de notre projet. Il sensibilise à l'importance de ne pas omettre des étapes importantes. Enfin, cette méthode permet de bien identifier les acteurs, et de donner toute l'importance au jeu de ceux-ci tout en permettant au praticien de saisir l'importance de son propre pouvoir d'influence.

D) L'utilisation du lobbying dans le milieu des garderies

Parler des retombées de la formation reçue sur le lobbying me permet de faire un retour intéressant sur les effets de cette formation, pour moi et pour les organismes pour lesquels j'oeuvre.

Depuis 1994, le plan d'action mis de l'avant par Concertaction Inter-Régionale des Garderies du Québec, suite à une formation en lobbying, donne des résultats très probants. En effet, le dossier est mieux articulé, plus élaboré et se base beaucoup plus sur des faits que sur des opinions. La crédibilité de l'organisme, qui oeuvre au niveau provincial, a fait un très grand bond en avant. Dernièrement, nous recevions des félicitations sur la façon dont était monté le dossier des revendications en cours et sur " le professionnalisme " qui s'en dégageait.

Un plan d'action bien préparé, des partenaires et des adversaires bien identifiés, des arguments vérifiés et vérifiables font que nous obtenons plus en faisant moins d'efforts et, surtout, en accumulant moins d'échecs et de frustrations. Au niveau régional, nos dossiers sont aussi mieux suivis.

Pour moi, le lobbying c'est une façon de s'organiser, une façon de voir les choses; je dirais même, une philosophie d'organisation et même de vie. Après plus de 25 ans à oeuvrer dans les milieux communautaires, j'ai découvert un outil que je considère maintenant comme indispensable dans toute formation qui se dit sérieuse au niveau de l'organisation communautaire.

En suivant cette formation, j'étais loin de me douter de tous les impacts que cela aurait sur ma pratique. J'ai vraiment l'impression que, lorsque j'applique le plan d'analyse et de planification de mon action, je contrôle beaucoup plus l'évolution de mes dossiers. Je suis passé d'un modèle d'intervention " en réaction aux décisions " à un modèle beaucoup plus " pro-actif ".

Les décisions, même si ce n'est pas nous qui devons les prendre, ne peuvent plus se faire sans tenir compte de notre argumentation. Nous sommes partie prenante des processus de décision lorsque notre dossier est bien orchestré. J'ai aussi pris conscience de l'importance, pour les décideurs, d'obtenir les informations pertinentes avant leurs prises de décision. Après, ils ne sont pas souvent disposés à faire marche arrière et à annoncer ouvertement qu'ils se sont trompés où qu'ils n'avaient pas la bonne information.

Tous les jours, maintenant, j'utilise le lobbying. Chaque fois qu'une prise de position est nécessaire, j'essaie d'être plus critique, de voir les deux côtés de la médaille, de trouver les avantages et les inconvénients à toutes les situations auxquelles je suis confronté. C'est pourquoi je parlais plus haut d'une philosophie de vie.

J'ai de plus commencé à promouvoir la formation en lobbying dans les milieux que je côtoie. Il y a des réticences, c'est certain. Mais je ne suis pas pressé et je crois bien qu'à ce niveau aussi, une bonne planification de l'action politique est essentielle. Il s'agit donc de remplir les grilles de l'outil et je suis convaincu que les résultats viendront.

Peu d'écrits existent sur le sujet, du moins en français. Il était temps que des gens d'ici se penchent sur la question. Je ne saurais dire ma satisfaction lorsque j'ai su qu'il y avait un livre en préparation sur le sujet. Nous avons besoin de cet outil en tant qu'organisateurs communautaires, en tant qu'agents de changement, en tant que décideurs, que politiciens, que vendeurs ou que personnes ayant à prendre des décisions ou à influencer celles prises par d'autres.

En conclusion, permettez-moi de dire que le lobbying, c'est pour moi un ART. L'Art avec un grand " A ". C'est la clé du succès rendue accessible pour les organismes communautaires. Merci aux promoteurs, aux diffuseurs et aux écrivains. Merci personnellement à M. Michel Boyer qui nous a si bien transmis son enthousiasme face à cette technique de planification de l'action. Un cadeau qui me sert encore à tous les jours.

RÉFÉRENCES

Bouchard, D. et St-Pierre, L. (1992); Estimation du coût d'un programme de médicaments contre le SIDA; Québec, Service d'évaluation du MSSS; Montréal, Hôtel-Dieu de Montréal.

Boyer, Michel (1992), Guide d'analyse et de planification d'une campagne de lobbying; Sherbrooke, Certificat en toxicomanie, Université de Sherbrooke, 46 pages.

Plante, G. et Raymond, R. (1991); Le statut de « malades sur pied » pour les personnes atteintes du VIH et du SIDA, ça s'impose et c'est urgent !; Québec, COCQ-SIDA.

Annexe 4.1

Liste des autres personnes ou groupes concernés
et leur position à l'égard du service
d'accompagnement scolaire au primaire

A) Favorables :

- Enfants-parents
- Orthopédagogues
- Clubs sociaux
- DPJ
- Communautés religieuses
- Travailleurs de rue
- Association des Grands Frères
- Étudiants en éducation CÉGEP et universités
- Association des familles monoparentales
- Association des bénévoles qualifiés
- Maisons d'hébergement
- Maisons des jeunes
- CLSC
- C.A. des Laurentides
- Familles d'Accueil
- Centre de la famille

B) Indécis :

- Associations sportives
- Enseignants
- Directeurs d'écoles
- Député
- Syndicats
- Garderies
- G.A.J.

C) Défavorables :

- Personnel de soutien dans les écoles
- Garderies
- G.A.J.

Annexe 4.2

Liste des différents arguments favorables, indécis et défavorables pour les personnes ou groupes décrits

A) Arguments des milieux favorables :

- Parents :

  Support; diminution du sentiment d'échec; amélioration des compétences des parents et enfants; diminution des conflits; sécurisant.

- Orthopédagogues :

  Amélioration des apprentissages du jeune; support à son travail; augmentation du nombre d'enfants à aider; amélioration du rendement et de la compétence en classe.

- Clubs sociaux :

  Rejoint l'objectif d'aider la cause des jeunes.

- Maisons d'hébergement :

  Support supplémentaire.

- Maisons des jeunes :

  Intérêts aux jeunes; prévention primaire.

- CLSC/DPJ/C.A. des Laurentides/Familles d'accueil :

  Pas de coût; même clientèle; rejoint l'objectif de prévention; projet de société.

- Communautés religieuses :

  Ouverture face au bénévolat.

- Association des Grands Frères :

  Bénévoles.

- Étudiants :

  Apprentissage; expérience.

B) Arguments (positifs :+; négatifs :-) des milieux indécis :

- Associations sportives :
  + Équilibre entre le sport et études.
  - Perte d'argent.
- Enseignants :
  - Pas de méthodes pédagogiques.
  - Perte de contrôle.
  - Plus de travail (téléphones, préparations).
  + Cas moins lourds en classe.
- Directeurs scolaires :
  - Surcharge de travail à ses employés.
  - Pas de mandat.
  - Doit être impliqué.
  + Moins lourd.
  + Sauve de l'argent.
  + Une plus belle image.
- Député :
  + Punch politique.
  + ou - Va aller avec la majorité.
  - Coûts.
- Syndicats :
  - Fait pas partie du mandat des enseignants.
  - Enlève des sous aux suppléants.
  + Si leurs membres (suppléants) le font.
- Garderies :
  - Perte d'argent.
  + Projet de société.
- G.A.J. :
  - Perte d'argent (enveloppe budgétaire diminuée).
  + Projet de société.

CHAPITRE 5

Le démarrage d'un projet villes et villages en santé dans une municipalité rurale

par Luc Côté[1]

Introduction

Il existe de plus en plus une volonté politique pour définir et établir des normes et des règles visant l'amélioration de l'état de santé de la population. Il appartient notamment aux différents paliers de gouvernement de réaliser, d'adopter et de mettre en oeuvre ces normes et ces règles. Lorsque l'origine d'une initiative concernant la santé publique émane du milieu, il faut que l'intervenant-e du monde de la santé se présente au moment propice et au bon endroit. Advenant qu'un tel scénario se produise, on peut s'interroger sur les capacités des intervenant-e-s à bien maîtriser les différentes ficelles reliées aux sphères politiques. C'est entre autres ce qui se passe avec la mise en oeuvre du mouvement " Ville et villages en santé " (VVS) au Québec (Lacombe et Poirier, 1989).

VVS est une nouvelle approche pour véhiculer les attentes et les besoins en terme de santé. Cependant, cette approche rencontre occasionnellement des difficultés d'application dans certains milieux, en particulier certains milieux ruraux. Dans ce projet, nous avons posé comme hypothèse que la méthodologie développée par O'Neill et Gosselin (1992) pouvait être un outil intéressant pour faciliter la mise en oeuvre d'un projet VVS dans une municipalité rurale. Dans ce chapitre, on verra comment un village qui n'avait jamais été exposée à VVS y a adhéré et comment la méthodologie mise de l'avant par O'Neill et Gosselin (1992) a été utilisée dans cette optique. Dans le chapitre, on verra d'abord le contexte de VVS, l'objectif poursuivi par le projet, l'analyse politique du milieu ainsi que la planification et la mise en oeuvre de l'intervention sur VVS dans la municipalité retenue.

---

[1] Essai de maîtrise en santé communautaire intitulé La dimension politique dans un projet Villes et villages en santé (VVS); Québec, Université Laval, novembre 1992, 97 pages. Synthèse effectuée par Étienne Labillois et Michel O'Neill.

A) Le contexte

Pour conserver le caractère confidentiel de la démarche et ainsi pour respecter la confiance démontrée par les répondants, la municipalité retenue sera désignée ici sous le nom fictif de Sainte-Gabrielle-à-Claude. Il s'agit d'une petite communauté de 3 800 personnes située à dix kilomètres d'un centre urbain de 50 000 habitants. C'est une municipalité rurale où le revenu annuel moyen des ménages était de 28 000 $ en 1991. Sur le plan géographique, on retrouve trois «secteurs» à Sainte-Gabrielle : un premier (A) est situé près du centre urbain, un autre (B) est localisé au coeur de la municipalité (c'est le moteur économique du village) et le dernier (C) est situé plus au nord, à cinq kilomètres du centre de la municipalité; il s'agit d'un développement résidentiel récent où habitent des familles ayant un niveau de vie plus élevé.

Lors de l'enquête de terrain à Sainte-Gabrielle, menée à l'aide du modèle PRECEDE - PROCEED de Green et Kreuter (1991), aucun problème marquant tant sur le plan de la santé physique, qu'au plan social ou psychologique n'a été relevé. Étant une municipalité située à mi-chemin entre le mode de vie traditionnel et la modernité, la mentalité y est encore relativement conservatrice, ce qui ne signifie toutefois pas qu'il y a absence d'ouverture d'esprit. Il y a un respect bien marqué de l'intimité de chacun, et l'entraide et l'esprit communautaires sont développés et efficaces. C'est ce que révèle entre autres le tableau 5.1 qui présente un des éléments d'information recueillis auprès d'une série d'informateurs clés choisis de manière à tenir compte des divers groupes d'âge, de divers milieux, etc[2].

Ayant conscience de certains problèmes environnementaux à Sainte-Gabrielle, plusieurs citoyens se sont regroupés afin de forcer la prise en charge de ces problèmes par le conseil municipal. Cela a permis de constater la présence d'une certaine dichotomie dans le milieu. L'aspect environnemental s'est révélé à la fois un sujet potentiellement mobilisateur pour lancer l'idée de VVS mais il risquait de rencontrer des résistances importantes. Le tableau 5.2 donne une idée, selon les informateurs, des aspects de l'environnement qui posent problème.

---

[2] Pour plus de détails sur la méthodologie utilisée pour analyser les aspects non politiques du milieu et sur les caractéristiques de ce milieu, voir Côté (1992).

Tableau 5.1

Énumération de quelques caractéristiques
de la mentalité selon le secteur de la municipalité

Secteurs / Caractéristique	A N (=4)	B N (=3)	C N (=3)	Total N (=10)
Entraide positive	4	3	3	10
Se mêle de ses affaires	3	3	2	8
Esprit mi-ville mi-campagne	2	3	1	6
Esprit ouvert	1	2	1	4
Esprit de campagne	1	0	2	3
Esprit fermé	1	0	1	2
Esprit de ville	1	0	0	1

Tableau 5.2

Perceptions concernant la présence de problèmes dans l'environnement physique selon le secteur de la municipalité.

Secteurs / Problèmes	A N (=4)	B N = (3)	C N (=3)	Total N (=10)
Abattoir	3	2	1	6
Eau potable	1	1	3	5
Circulation d'autos	2	1	1	4
Pesticides	1	1	0	2
Les fosses (inondation)	0	0	2	2
Train	0	1	0	1
Cour à " scrap "	0	0	1	1
Aucun	0	1	0	1

Quant à l'environnement social, bien qu'il soit généralement peu problématique, l'enquête a permis de noter une certaine difficulté d'intégration de la part des habitants du quartier récent. Ceux-ci éprouvent des problèmes à faire accepter leur vision des services et des situations problématiques, dans un milieu encore largement dominé par des valeurs traditionnelles. Cela sera à investiguer davantage au niveau de l'analyse politique du milieu, car si ce sont ces nouveaux habitants qui sont surtout attirés par VVS, cela peut signifier des problèmes éventuels à lancer ce projet !

D'autre part, dans le domaine économique, Sainte-Gabrielle ne rencontre pas de difficultés majeures. Sauf quelques commerçants, agriculteurs et petits industriels, la plupart des résidents travaillent à la ville et il n'y a pas à proprement parler de zones de pauvreté. Finalement, sur le plan de l'organisation municipale, les habitants démontrent généralement un haut taux de satisfaction à l'égard des services disponibles. La municipalité n'a pas de dettes et le taux de taxation demeure peu élevé. Pour certains citoyens toutefois, la communauté ne

fait rien pour accroître son développement, ses services ou la qualité de vie des citoyens en général.

Voilà donc, bien sommairement, quelques caractéristiques de ce village où, de l'avis des gens de santé communautaire du DSC, il apparaissait intéressant de proposer le lancement de VVS.

B) Objectif

L'objectif de l'intervention dans le milieu était d'amener le conseil municipal à adopter une résolution affirmant l'intégration de la municipalité dans le réseau québécois de Villes et villages en santé à l'intérieur d'une période de 6 mois. Un objectif connexe était de voir dans quelle mesure l'outil de O'Neill et Gosselin (1992), développé pour analyser et intervenir sur la dynamique politique d'une communauté, était utilisable dans le contexte de l'adoption de VVS par une municipalité, en particulier en milieu rural.

C) Analyse politique du milieu

a) Identification des acteurs importants

Dans un projet comme celui-ci, les acteurs recherchés sont ceux bénéficiant d'une certaine autorité ou d'une influence politique, qu'elle soit formelle ou informelle. Après consultation auprès de plusieurs informateurs, dix acteurs importants pour la réalisation du projet VVS, incluant l'analyste et une catégorie «autres acteurs non identifiés», ont été retenus conformément à la méthode d'analyse et d'intervention politique de O'Neill et Gosselin. Même si cela n'était pas suggéré dans cette méthode, une manière systématique de déterminer qui seraient les acteurs importants a été utilisée. À chacun des dix informateurs, il a été demandé de désigner, dans l'ordre, qui étaient selon elle ou lui les dix personnes les plus influentes du village. Un score décroissant de 10 à 1 a ensuite été affecté à chacun des acteurs politiques influents nommés par chaque informateur. La somme des scores recueillis pour chaque acteur a permis par la suite de les ordonner, du plus influent au moins influent. Le tableau 5.3 présente les données reliées à ce processus.

Tableau 5.3

Réponses des informateurs clés concernant l'importance du leadership des principaux acteurs de la communauté

Informateurs / Acteurs	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	Score total
A. Curé	9	10	0	10	10	10	9	9	10	9	86
B. Maire	7	9	0	8	8	7	0	8	7	7	61
C. Gérant caisse	0	0	0	9	6	9	10	9	8	10	61
D. Conseil	6	0	0	0	7	6	0	7	0	8	34
E. Notaire	0	8	0	0	9	8	8	0	0	0	33
F. Famille X	8	0	0	0	0	0	0	0	9	0	17
G. Bedeau	0	0	0	0	5	0	0	10	0	0	15
H. Sec. mun.	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
I. Auteur	0										
J. Autres	0										

b) Calcul du poids politique des acteurs importants

Selon la méthode d'analyse politique (revoir au besoin le chapitre 3 pour les détails), on doit d'abord, pour chacun des acteurs retenus, décider en regard du dossier qui nous intéresse (VVS en l'occurrence) quel est leur poids politique individuel. Ce poids se calcule à partir de l'attitude favorable, neutre ou défavorable de l'acteur envers le dossier en question, du pouvoir de l'acteur de bloquer ou de faciliter le dossier et du niveau de priorité que l'acteur lui accorde.

Ici encore, une adaptation de la méthode a été faite; en ce qui a trait au calcul du pouvoir, une façon plus systématique de procéder a été développée. Une moyenne a été faite à partir du jugement établi par l'auteur sur trois critères (variant de 0 à 5 chacun), à partir des diverses informations dont il disposait. C'est ce que le tableau 5.4 présente. Ce résultat face au pouvoir de chacun a été inséré dans la " grille de calcul Prince " qui permet de calculer, en multipliant le score de chacun des acteurs sur chacune des trois dimensions (attitude, pouvoir, priorité), son poids politique. C'est ce que le tableau 5.5 présente.

Tableau 5.4

Calcul du pouvoir en fonction du leadership, du statut légal et du contrôle des ressources de chaque acteur

Cote / Acteurs	A Leadership 0 à 5	B Légal 0 à 5	C Ressources 0 à 5	A+B+C = 3
A. Curé	5	1	4	3
B. Maire	4	5	3	4.3
C. Gérant	4	1	4	4
D. Conseil	3	4	2	3
E. Notaire	3	1	0	1.3
F. Famille X	?	?	?	?
G. Bedeau	2	0	0	0.6
H. Sec. mun.	2	1	3	2
I. Auteur	0	2	0	0.6

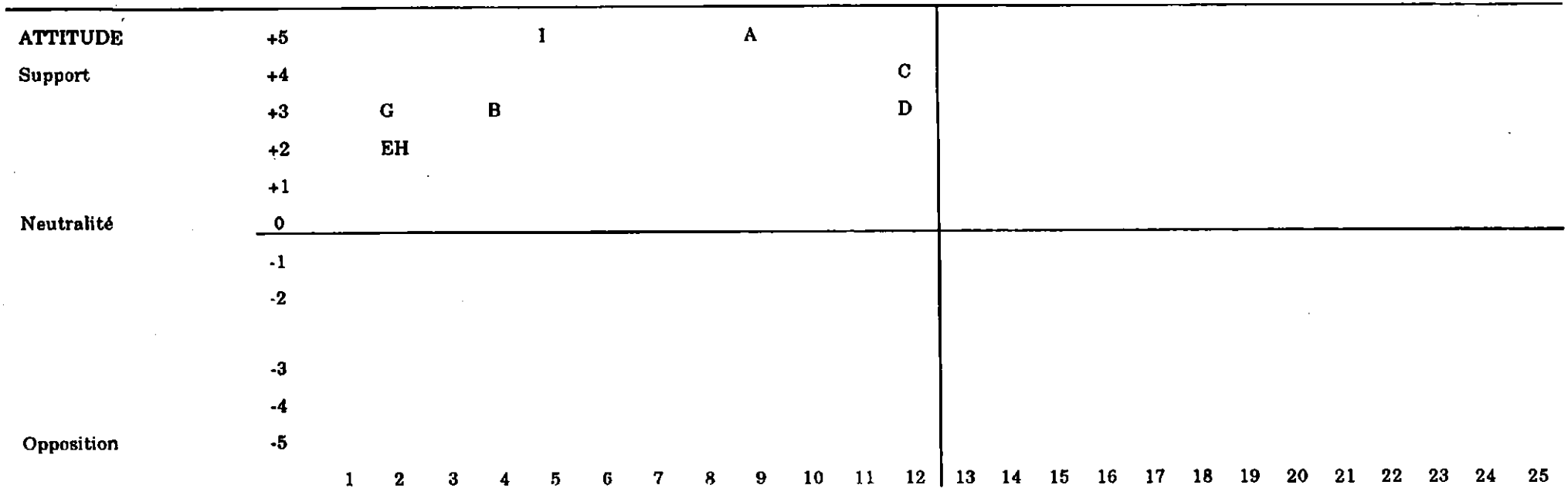
Tableaux 5.5

Calcul du poids politique de chaque acteur selon la " Grille de calcul Prince "

Acteurs	Attitude -5 à +5	x par pouvoir 1 à 5	x par priorité 1 à 5	Poids politique
A. Curé	+5	3	3	+45
B. Maire	+3	4	1	+12
C. Gérant	+4	3	4	+48
D. Conseil	+3	3	4	+36
E. Notaire	+2	1	1	+2
F. Famille X	0	x	x	0
G. Bedeau	+3	1	2	+6
H. Sec. mun.	+2	2	1	+4
I. Auteur	+5	1	5	+25
TOTAL				180

Parmi l'ensemble des acteurs influents retenus, on constate donc que le gérant de la caisse populaire, le curé et le conseil municipal sont ceux qui offrent l'appui le plus important au projet VVS. On constate aussi qu'il n'y a aucun acteur présentant une opposition à VVS. La figure 5.1, où sont disposées visuellement les données de la Charte Prince, permet de plus de réaliser que s'il n'y a pas d'opposition, il n'y a pas non plus de très fort appui au projet. En regardant la grille de calcul et carte Prince de plus près, un certain nombre de constats s'imposent. D'abord, si l'on regarde ensemble attitude et priorité, on constate que parmi les acteurs les plus influents, le curé est très favorable mais considère VVS comme moyennement prioritaire alors que le maire y est moyennement favorable mais le considère comme très peu prioritaire. C'est le gérant de la caisse, finalement, qui en fait sa plus grande priorité, avec deux autres acteurs qui sont toutefois moins influents : l'auteur de l'étude et le Conseil municipal. Cela indique donc déjà une possibilité d'action : renforcer la priorité de VVS chez le maire et le curé ! On y reviendra.

Figure 5.1 : " Carte Prince " Ste-Gabrielle-à-Claude



Si on regarde la dimension pouvoir d'un peu plus près, la position du maire est cruciale. C'est au Conseil que doit être adoptée la résolution engageant la municipalité dans VVS, et, le maire y joue un rôle clé. Il faudra donc y voir !

Une des manières de comprendre comment éventuellement influencer le maire, c'est de documenter les liens existants entre les divers acteurs. C'est ce que permet de faire l'étape suivante de la méthode, où l'on étudie les alliances entre tous les acteurs pris deux à deux. En effet, les intervenants d'un milieu donné établissent entre eux un réseau d'alliances plus ou moins formelles. Il en va de même à Sainte-Gabrielle. À propos de VVS, il ressort au tableau 5.8 que le curé (acteur A), le maire (acteur B), le gérant de la caisse populaire (acteur C) et le conseil municipal (acteur D) sont ceux dont le réseau d'alliances et d'interrelations est le plus puissant. Les tableaux 5.6 et 5.7 permettent, d'une part, de voir acteur par acteur avec qui il est allié, et, d'autre part, de détailler le processus de calcul permettant d'en arriver au tableau 5.8.

Ayant établi, individuellement et en regard de son réseau d'alliances, l'importance relative de chacun des acteurs importants de Sainte-Gabrielle en ce qui concerne VVS, il est maintenant possible de passer à l'étape suivante : la prise de décision quant à la pertinence d'intervention ou non pour pousser politiquement le dossier.

Tableau 5.6

Calcul de l'importance des alliances entre l'ensemble des acteurs pris deux à deux

Paire	Score du premier	Score du deuxième	Somme	x par intensité	importance
AB	45	12	57	3	171
AC	45	48	93	4	372
AD	45	36	81	1	81
AE	45	2	47	0	0
AF	45	-	-	-	-
AG	45	6	51	5	255
AH	45	4	49	0	0
AI	45	25	70	0	0
BC	12	48	60	3	180
BD	12	36	48	5	240
BE	12	2	14	1	14
BF	12	0	12	-	-
BG	12	6	18	0	0
BH	12	4	16	5	80
BI	12	25	37	0	0
CD	48	36	84	3	252
CE	48	2	50	0	0
CF	48	-	-	-	-
CG	48	6	54	2	108
CH	48	4	52	0	0
CI	48	25	73	0	0
DE	36	2	38	1	38
DF	36	-	-	-	-
DG	36	6	42	1	42
DH	36	4	40	1	40
DI	36	25	61	0	0

Tableau 5.7

Intégration des résultats du calcul d'importance des alliances pour les quatre acteurs principaux

Secteurs	A	B	C	D	E	F	G	H	I	Somme
A	-	171	372	81	0	-	255	0	70	949
B	-	-	120	240	14	-	0	80	0	454
C	-	-	-	252	0	-	104	0	0	356
D	-	-	-	-	38	-	42	40	0	120
Somme	-	171	492	573	52	0	401	120	70	1879

Tableau 5.8

Calcul du poids en alliance de chaque acteur

Acteurs	Chaque ligne	Chaque colonne	Chaque acteur
Acteur A	949	0	949
Acteur B	454	171	625
Acteur C	356	492	848
Acteur D	120	573	693
Acteur E	0	52	52
Acteur F	0	0	0
Acteur G	0	401	401
Acteur H	0	120	120
Acteur I	0	70	70
Acteur J	0	0	0

c) Prise de décision quant à la possibilité d'intervenir

On a identifié, à la section précédente, qui sont les principaux acteurs à considérer pour lancer un projet VVS dans la municipalité choisie. Avant d'affirmer si l'on va de l'avant ou non avec ce projet en utilisant l'approche suggérée par la méthode, passons premièrement en revue les différents acteurs afin de cerner leur position.

Il faut hausser le degré de priorité accordé au projet par le curé, car bien que ce dernier bénéficie d'un pouvoir d'influence certain, de leadership et d'une bonne attitude à l'égard du projet, il n'en demeure pas moins que son intérêt pour l'intervention est limité. Par contre, il possède de nombreuses et fortes alliances avec d'autres acteurs du milieu, ce qui en fait un intervenant-clé central pour la mise en oeuvre de VVS.

Grâce à son pouvoir au sein de la municipalité, le maire est le second intervenant en importance. Chez lui aussi, il faut accroître le degré de priorité accordée au projet, surtout que son attitude est positive. Il faut axer les énergies sur le fait que c'est la municipalité qui gère et contrôle le dossier VVS, et que c'est de son devoir de faire connaître sa préoccupation à l'égard de la qualité de vie et du bien-être de ses concitoyens. Mettre également l'accent sur l'importance de ses alliances avec le curé et le gérant de la caisse populaire serait de mise.

Le gérant de la caisse populaire est un intervenant majeur dans la démarche VVS, puisqu'il bénéficie d'un bon leadership et d'un pouvoir d'influence auprès des deux acteurs précédents, ce qui compense pour la faiblesse de son pouvoir et de son autorité dans le milieu. Qui plus est, il accorde un degré de priorité élevé au dossier.

Le conseil municipal joue un rôle plus mitigé face au projet. Aux yeux de la communauté, cette instance possède peu de leadership puisqu'elle demeure soumise au maire. Nonobstant ce fait, le conseil municipal possède un pouvoir réel et une autorité incontestable. Dans le cadre du projet, cet acteur demeure précieux par l'influence qu'il peut à l'occasion exercer sur le maire.

Les autres acteurs, le notaire, le bedeau, le secrétaire de la municipalité et l'auteur, jouent un rôle plus négligeable dans la dynamique d'implantation d'un projet tel VVS. Ceci est dû à

différentes raisons : son retrait de la vie publique qui l'éloigne des contacts quotidiens (notaire); le projet est au stade de l'adoption et non à celui de la mobilisation des ressources, ce qui limite l'action qu'il pourrait effectuer (bedeau); son travail est plus isolé et soumis au conseil municipal, sans compter son installation récente dans la municipalité (secrétaire municipal); n'ayant pas de leadership ni d'autorité dans le milieu, son action réside davantage dans les relances nécessaires à la mobilisation des acteurs et à la réalisation de la stratégie retenue (l'auteur).

En tenant compte des considérations qui précèdent et à la lumière du calcul de probabilité proposé par la méthodologie de O'Neill et Gosselin (1992), il apparaît que la promotion du projet VVS est réalisable dans le milieu et que son implantation est probable à 100 %. Cela ne signifie pas que le projet sera automatiquement une réussite, mais plutôt qu'il ne rencontrera vraisemblablement pas d'opposition si l'on propose sa mise en oeuvre. Il ne reste donc plus qu'à planifier l'intervention qui semble faisable sans problème majeur.

D) Planification et mise en oeuvre de l'intervention

Dans leur méthode, O'Neill et Gosselin (1992) indiquent quatre niveaux d'actions politiques possibles. Le premier consiste à ajouter des acteurs favorables au projet ou encore à enlever ceux qui sont indésirables. Dans le présent projet, il n'y a aucune opposition et les acteurs favorables identifiés sont ceux ayant le plus de pouvoirs décisionnels. Il n'est donc pertinent ni d'accroître le nombre d'acteurs favorables, ni de tenter d'éliminer les indésirables. Le second niveau concerne le changement d'attitude chez certains acteurs. Dans le projet VVS, les attitudes des différents intervenants sont toutes positives, donc pas de changement à apporter. Cependant, on doit préciser que l'attitude du maire était au départ négative mais qu'après avoir discuté avec l'auteur en entrevue, il a été influencé au point de modifier son attitude.

Le troisième niveau consiste à changer le pouvoir de certains acteurs. À Sainte-Gabrielle, comme ailleurs de surcroît, le principal pouvoir pour adopter VVS, relève d'abord de l'autorité légale du conseil municipal. Pour radicalement modifier ce pouvoir, il faudrait que l'intervention ait lieu lors d'une campagne électorale, ce qui n'était pas le contexte lors du projet décrit ici. Enfin, le dernier niveau d'action politique consiste à changer l'ordre de priorité chez un ou des

acteurs. C'est cette voie d'action qui a été retenue puisque la priorité accordée au projet est ce qui faisait défaut, tel qu'on l'a vu précédemment. À la suite de Coplin et O'Leary (1988), O'Neill et Gosselin décrivent trois types d'actions à privilégier quand on veut travailler sur les priorités. Elles n'ont pas été retenues, l'utilisation des données colligées lors des entrevues leur étant préférée.

a) La stratégie retenue

Puisque le curé, le maire, le gérant de la caisse populaire et les conseillers municipaux sont les principaux acteurs à considérer, tant individuellement que par la force de leurs alliances, il faudra les aborder en mettant l'accent sur les avantages du projet VVS et sur les répercussions de celui-ci sur leurs propres préoccupations afin d'augmenter le degré de priorité qu'ils y accordent. On doit également faire en sorte que ces acteurs exercent leur influence lors des assises du conseil municipal.

Des interventions directes furent donc entreprises par l'auteur auprès du curé et du gérant de la caisse populaire; on leur fit valoir qu'en étant impliqués dans différents organismes, leur participation dans le processus d'adoption du projet VVS pourrait leur donner l'occasion de s'associer à un partenaire provincialement, nationalement et internationalement crédible (le réseau québécois de VVS). Cela leur permettrait non seulement d'avoir accès à de nouvelles ressources mais aussi de bénéficier des différentes représentations réalisées par ce Réseau auprès des autres paliers gouvernementaux. Ils en récolteraient, sans doute, de meilleures chances de faire valoir leurs propres préoccupations. Il leur fut également demandé de jouer de leur influence auprès du maire et du conseil municipal, de façon officielle et structurée, pour améliorer les chances d'adoption d'une éventuelle résolution du conseil afin que la municipalité joigne VVS.

Pour augmenter les chances d'adoption du projet, et pour sensibiliser le maximum d'intervenants et de citoyens, l'auteur publia un article dans un hebdomadaire local, en mars 1992. De plus, tout le contexte et les interventions effectuées à Ste-Gabrielle furent mentionnés au Dr Réal Lacombe, coordonnateur provincial du Réseau de VVS, afin qu'il aie le bon type d'arguments pour convaincre les édiles municipaux de joindre VVS lors d'une rencontre prévue

avec le conseil municipal. Finalement, l'auteur envisagea d'assister aux assemblées du conseil, mais on lui indiqua qu'étant étranger, sa présence serait perçue avec méfiance; il s'en abstint donc.

b) Résultats

Le docteur Lacombe participa à l'assemblée du conseil du 4 mai 1992, où il présenta officiellement le projet VVS et démontra que le projet ne demandait pas d'investissements financiers, de ressources ou de temps supérieurs à ce qui était actuellement consenti par la municipalité. Il insista sur l'importance que le conseil municipal affirme officiellement sa volonté et son désir de tenir compte des préoccupations de ses concitoyens envers la qualité de vie et l'environnement, de même qu'envers le bien-être général de la population.

Tout se déroula tellement bien que le conseil municipal, maire en tête, semblait prêt à adopter sur le champ une résolution pour joindre VVS. Pour éviter toute précipitation, on leur conseilla de reporter la décision à l'assemblée de juin 1992, ce qui laissait le temps nécessaire à la lecture et à l'intégration des différents documents présentés en mai. Cela fut fait et, finalement, le projet VVS fut adopté lors de la réunion du conseil de juin 1992.

En conclusion, l'approche privilégiée par l'auteur a été celle d'une sensibilisation de la communauté et des principaux acteurs pour conduire la municipalité vers son intégration au réseau québécois VVS. Ainsi, malgré leur absence à l'assemblée du 4 mai 1992, les principaux représentants de la population identifiés par la démarche avaient effectué le travail d'influence qu'on attendait d'eux, avec le résultat que l'on sait.

E) Critiques face à l'utilisation de la méthode dans d'autres contextes

On a découvert dans les pages précédentes, conformément à l'objectif initial, que le conseil municipal de Sainte-Gabrielle à Claude a adopté une résolution lui permettant d'adhérer au concept et au réseau de Villes et villages en santé. Le recours à la méthodologie de O'Neill et Gosselin (1992) a certes aidé au déroulement de la démarche. Toutefois, cela ne signifie pas qu'elle a été appliquée à la lettre ni que l'exercice a été une réussite totale.

En effet, bien que le canevas de base soit pertinent et fort utile pour une intervention de cette nature, certains éléments de la méthode ont été retenus, d'autres ont été améliorés et plusieurs ont été adaptés en fonction de la réalité du milieu étudié et du projet retenu. Pour connaître plus en détail les nombreux commentaires apportés aux diverses phases et étapes de l'outil, on pourra se référer aux pages 67 à 69 de l'essai (Côté, 1992). Notons toutefois les principaux ici.

Au moment de réaliser un diagnostic politique à l'égard d'un quelconque projet, tel que Green et Kreuter (1991) le suggèrent par exemple, on procède dans l'optique de pouvoir adopter une stratégie assurant l'atteinte maximale de succès. À ce titre, l'outil de O'Neill et Gosselin (1992) est sans conteste utile. On constate en effet que cette méthode offre l'opportunité de visualiser nettement les différentes facettes d'un diagnostic politique que sont le pouvoir, l'attitude et la priorité accordée au projet en cause. Elle présente aussi plusieurs orientations stratégiques que l'intervenant peut adopter en regard de ces mêmes facettes. Toutefois, comme on l'a vu dans les pages précédentes, certaines améliorations peuvent être apportées, notamment au chapitre de la mesure du pouvoir, de l'interprétation des différentes grilles de la grille de calcul Prince, de même qu'en ce qui concerne la réalisation et l'interprétation de la matrice des alliances. L'expérience de l'intervenant dans l'identification et la maîtrise des limites de cette approche, en fonction de ses propres buts, peut ainsi avoir des conséquences appréciables sur les résultats escomptés.

En regard de l'application particulière qui a été faite de la méthode, le projet VVS était peut-être mal adapté pour pouvoir obtenir le maximum d'efficacité de l'outil. En considérant que VVS est un concept attaché à des valeurs particulières, telles que la qualité de la vie et de l'environnement, il est difficile pour les acteurs de s'opposer à la vertu ! C'est à l'intérieur d'un projet faisant appel à des principes ou valeurs moins nobles, et où l'opposition, voire même l'obstruction de certains acteurs apparaîtraient plus spontanément qu'il serait plus aisé d'établir la pertinence et l'efficacité réelles de l'outil. L'information obtenue permettrait sans doute d'évaluer l'utilité de la méthode à moyen et à long terme puisque dans tout projet, il est toujours possible qu'un acteur adopte une nouvelle position en cours de route. Cela démontre qu'une réévaluation de la position des acteurs pourrait être faite périodiquement au cours de la réalisation d'un projet, et à cet égard l'outil de O'Neill et Gosselin (1992) est un apport précieux.

L'application de la méthode dans le projet VVS a aussi mis en évidence qu'il est possible de faire apparaître à un niveau conscient des réalités politiques que plusieurs intervenants ont souvent dans l'inconscient. Pour l'auteur, la méthode incite, quel que soit le dossier, à prendre un temps d'arrêt et de réflexion sur les éléments de pouvoir, d'attitude et sur le degré de priorité du dossier pour les acteurs concernés. Cette « conscientisation » permet de mieux planifier certains éléments de stratégie qui autrement passent simplement par l'instinct. Il n'est toutefois pas nécessairement obligatoire, à chaque fois, de se taper la batterie de calculs suggérés par la méthode. En effet, face aux nombreux calculs mathématiques et aux différents tableaux à réaliser, le danger est que cela limite la réalité politique à saisir à un simple exercice sur papier, au lieu d'obliger l'intervenant à intégrer cette même réalité à son esprit pour pouvoir facilement s'y référer, lorsqu'il est plongé dans une dynamique où il perçoit des échanges mettant en présence différents acteurs. De plus, l'identification des alliances, telle que décrite par O'Neill et Gosselin (1992), est laborieuse et fastidieuse sans compter qu'elle n'est pas toujours utile. Cela s'explique par le fait que les valeurs numériques accordées aux différents degrés d'alliances sont fragiles et qu'elles demeurent difficilement interprétables. Il serait donc préférable de réfléchir plus longuement sur la compréhension de la force, du mécanisme et du sens des alliances plutôt que de trop passer de temps avec un outil permettant de les mesurer, de les identifier et de les évaluer aussi précisément que la méthode le propose.

La méthode permet, et c'est central, de sensibiliser des intervenants face à la dimension politique d'un projet en santé publique. Au lieu de transmettre cet outil aux intervenants du milieu sans formation préalable, il serait probablement plus approprié de l'insérer dans un programme de formation initiale ou en cours d'emploi, où il permettrait de démontrer la variabilité et la mobilité des comportements des acteurs face à leur pouvoir, à leur attitude et au degré de priorité qu'ils accordent à certains dossiers. Pour les intervenants dans le domaine de VVS, cet outil peut toutefois, dans sa forme actuelle, s'avérer très utile et efficace puisqu'il permet de raffiner la planification d'un projet ou d'une activité et de prendre en compte leur dimension politique.

Finalement, il serait intéressant que les modifications signalées soient apportées à l'outil et que ce dernier soit remis à l'étude dans le cadre de projets comportant des réalisations plus concrètes que VVS à Ste-Gabrielle. De plus, lorsqu'on utilise cet outil, il est primordial de bien

identifier les opportunités politiques qui se présentent et de se doter d'une bonne flexibilité pour modifier son projet selon les variations politiques et les différentes possibilités d'alliances qui fluctuent à tout moment. L'auteur pense donc, en conclusion, que cet outil doit être adopté comme une structure ou un modèle que l'on garde toujours à l'esprit et non simplement comme un outil technique particulier à appliquer mécaniquement.

RÉFÉRENCES

Coplin, W.D. et O'Leary, M.K. (1988); Public policy skills; Rochester, N.Y.; Policy studies associates, 250 pages.

Côté, L. (1992); La dimension politique dans un projet Villes et villages en santé (VVS); Québec; Essai de maîtrise en santé communautaire réalisé à l'Université Laval; 97 p.

Green, L. et Kreuter, M. (1991); Health Promotion, an Environmental and Educational Approach; Mountain View, Ca., Mayfield, 402 p.

Lacombe, R. et Poirier, L.(1989); Expérience du réseau québécois de VVS, DSC Saint-Sacrement, Québec.

O'Neill, M. et Gosselin, P.(1992); Méthodologie d'analyse et d'intervention politique en santé, École des Sciences infirmières, Université Laval, Québec.

CHAPITRE 6

La sélection d'une modalité d'organisation de l'expertise en promotion de la santé dans une région du Québec

par Donald Déry[1]

Introduction

Depuis plusieurs années, on parle beaucoup de promotion de la santé en faisant appel à de nombreux concepts. En 1993, cela est encore d'actualité et cette notion demeure un fourre-tout complexe, d'autant plus que l'on a au Québec associé ensemble les concepts de promotion et de prévention. Bien qu'il s'agisse là d'un contexte propice aux débats, le but du présent chapitre n'est pas de décortiquer conceptuellement prévention et promotion. Il s'agit davantage de présenter les démarches effectuées pour adopter un modèle organisationnel de la fonction prévention-promotion dans une région du Québec, suite à la création des Directions régionales de santé publique (DRSP) en remplacement des Départements de santé communautaire (DSC), dans la foulée de la réforme du système de santé québécois du début des années 1990 proposée par le ministre Marc-Yvan Côté dans la loi 120.

Ainsi, pour parvenir à l'adoption d'un tel modèle dans un milieu donné, il faut obtenir l'appui de différents acteurs et ce, tant sur le plan individuel que collectif. Il s'avère donc primordial d'analyser le contexte politique où un modèle organisationnel de la fonction promotion-prévention est implanté. Cela permet d'identifier les appuis et les oppositions, mais aussi de déterminer les chances de réussite de l'application d'un modèle particulier ainsi que les pistes d'actions politiques à privilégier pour qu'il soit mis en oeuvre.

C'est dans cette optique que la méthodologie de O'Neill et Gosselin (1992) a été retenue. Dans le contexte de notre démarche, celle-ci a été appliquée à explorer la possibilité de mise en oeuvre d'un modèle organisationnel initial, proposé pour une région socio-sanitaire particulière. Ce

---

1 Essai de maîtrise en santé communautaire intitulé : L'adoption d'un modèle organisationnel de l'expertise régionale en promotion de la santé : une analyse politique; Université Laval, mars 1993, 78 pages. Travail de synthèse réalisé par Étienne Labillois et Michel O'Neill.

modèle initial a été construit par l'auteur à partir d'informations empruntées à diverses sources ainsi que d'une analyse du degré d'avancement du développement de l'expertise en promotion de la santé dans la région étudiée. Il en ressortit que l'expertise régionale en promotion et en prévention de ce milieu provenait des ressources professionnelles des différentes équipes de DSC déjà en place avant la réforme, attendu leurs compétences et leurs intérêts respectifs. Dans le modèle organisationnel proposé, les professionnels en prévention-promotion relèveraient du coordonnateur d'un ensemble de services intitulé «Maladies chroniques et problèmes psychosociaux». Cela découlait d'un choix stratégique puisque ce module est en fait un lieu de convergence naturelle pour les divers intervenants intéressés par la promotion de la santé, ce qui favoriserait la concertation de leurs efforts.

En plus de la concertation intraorganisationnelle requise, la mise en oeuvre de ce modèle requérait l'appui et la collaboration de partenaires régionaux provenant de l'intérieur et de l'extérieur du réseau de la santé, tels que les universités, le gouvernement fédéral et bien d'autres. De plus, il va sans dire que l'équipe d'expertise en prévention-promotion serait au service de tous les services de la Direction régionale de santé publique (DRSP) et des autres directions de la Régie régionale[2].

Afin de voir la viabilité politique de ce modèle organisationnel initial, le présent chapitre décrit le contexte où s'est effectuée l'analyse, l'objectif poursuivi, l'analyse politique du milieu, la nouvelle orientation proposée et la planification de l'action politique suggérée. Finalement, quelques critiques face à l'utilisation de la méthodologie de O'Neill et Gosselin (1992) sont énoncées.

A) Le contexte

Le milieu retenu pour réaliser cette étude est une région où l'on dénombrait plusieurs départements de santé communautaire (DSC), lesquels devaient se fusionner afin de respecter les transformations préconisées par la Loi 120. Une telle intégration nécessitait donc l'adoption

---

2 Pour plus de détails concernant le modèle organisationnel initial, consulter les pages 27 et 28 ainsi que l'annexe 1 de l'essai (Déry, 1993).

d'un nouveau modèle organisationnel régional ainsi que l'harmonisation des différents programmes préalablement en place, de même que la création de nouveaux programmes requis par la loi, tel celui visant à développer l'expertise en prévention-promotion.

La région étudiée se caractérise par le fait qu'au moment où s'est déroulée la présente investigation, une démarche importante de réflexion avait déjà été amorcée depuis plusieurs mois sur la promotion de la santé dans ce milieu; cette démarche impliquait la participation de plusieurs intervenants des différents DSC, conjointement avec des universitaires reconnus pour leur expertise dans le domaine de la promotion de la santé.

B) Objectif de l'analyse

Le but recherché par l'essai était d'apporter un éclairage sur la façon de développer et de maximiser l'expertise en place en terme de promotion de la santé et ce, à l'échelle régionale tel que proposé par la Loi 120. De manière plus spécifique, on voulait évaluer la recevabilité d'un modèle organisationnel particulier visant à intégrer le développement de l'expertise en promotion-prévention à l'intérieur de la structure organisationnelle de la région socio-sanitaire étudiée. Il s'agissait également de soumettre un plan d'action visant à opérationnaliser un modèle révisé, élaboré suite à la réaction des acteurs provoquée par la présentation du premier modèle.

C) Analyse politique du milieu

L'étude réalisée s'appuie sur les informations divulguées par vingt-et-un répondants, eux-mêmes identifiés à l'aide de cinq informateurs-clés répartis dans les différents DSC du territoire. Le choix de ces acteurs tenait compte de plusieurs critères, à savoir : l'intérêt réel ou potentiel envers notre analyse, l'impact direct ou indirect qu'ils pouvaient avoir sur l'adoption du modèle, leur autorité légale, leur influence probable sur d'autres acteurs, leur capacité de bloquer ou de favoriser l'adoption du modèle, et enfin leur notoriété dans le milieu. En bout de ligne, ces acteurs provenaient du Ministère de la santé et des services sociaux, de la Régie régionale et des anciens DSC de la région étudiée.

Dans la méthodologie de O'Neill et Gosselin (1992), on propose de regrouper les acteurs en un maximum de cinq à dix. Dans le cas présent, nous avons préféré conserver l'ensemble des répondants, dans le but d'augmenter la qualité et la spécificité des renseignements colligés, même si cela alourdit de manière non négligeable les calculs à effectuer. Les acteurs seront désignés ici par les lettres A à V afin de conserver leur anonymat et d'alléger le texte; les personnes intéressées à en savoir davantage sur ces acteurs pourront consulter notre essai (Déry, 1993), disponible au Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval.

a) Le poids des acteurs

Le poids politique individuel de chaque acteur a été calculé à l'aide du tableau 6.1. L'on constate que les acteurs A, D et H présentent un impact négatif considérable à l'égard de l'adoption du modèle proposé. À l'opposé, les acteurs E, F et M ont l'impact positif le plus considérable.

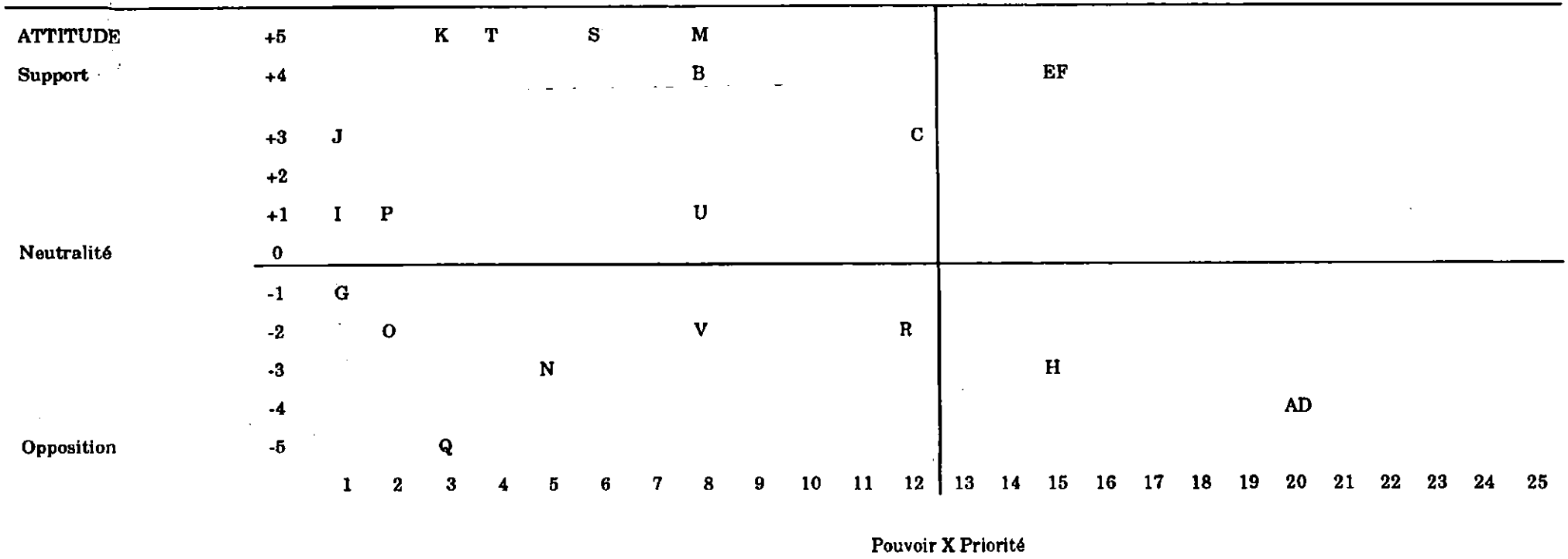
Tableau 6.1

La " Charte Prince ", dossier régional prévention-promotion

Acteurs	Attitude	Pouvoir	Priorité	Total
A	-4	5	4	-80
B	4	4	2	32
C	3	4	3	36
D	-4	5	4	-80
E	4	3	5	60
F	4	3	5	60
G	-1	1	1	-1
H	-3	3	5	-45
I	1	1	1	1
J	3	1	1	3
K	5	1	3	15
M	5	2	4	40
N	-3	1	5	-15
O	-2	1	2	-4
P	1	2	1	2
Q	-5	1	3	-15
R	-2	3	4	-24
S	5	2	3	30
T	5	1	4	20
U	1	4	2	8
V	-2	4	2	-16

Par leur implication à divers paliers décisionnels, qu'ils soient régionaux ou provinciaux, les acteurs A et D sont les plus influents du groupe. À notre avis, ils bénéficient d'un droit de veto sur l'application et l'implantation du modèle. Quant aux acteurs B, C, et U, ils avaient aussi un pouvoir très important, mais leur impact ne ressort pas autant quant à notre problématique car ils avaient plusieurs autres dossiers prioritaires au moment de l'étude, ce qui leur demandait beaucoup d'énergie. D'autre part, on remarque un degré de priorité très élevé face à la prévention-promotion chez les acteurs A, D, E, F, H, M, N, R et T, que cette priorité soit favorable ou défavorable au modèle organisationnel proposé.

Figure 6.1 : La carte politique Prince, dossier prévention-promotion



La visualisation du poids des acteurs, présentée à la figure 6.1 à l'aide de la « carte politique Prince », fait apparaître un certain équilibre entre les forces d'appui et d'opposition. Cependant, il faut se rappeler que les deux acteurs les plus puissants, A et D, sont en très forte opposition et qu'ils détiennent un droit de veto capital sur l'éventuelle mise en oeuvre du modèle. En somme, la figure 6.1 incite à la prudence et à considérer les liens entre les acteurs dans la démarche proposée. En effet si, par exemple, A, D et H sont alliés et en position d'alliance avec certains des acteurs de la zone de faible opposition (R, V, N ou Q par exemple) le modèle proposé sera beaucoup plus difficile à mettre en oeuvre que si ces alliances n'existent pas ! Regardons-les donc de plus près.

b) Les liens entre les acteurs

L'intensité des alliances entre les acteurs est présentée au tableau 6.2. Il faut préciser que, faute d'information, celle-ci n'a pu être établie pour les acteurs U et V, de même pour les paires D-G, E-H, E-S, E-T et G-K; cela explique l'absence de ces données dans le tableau.

Tableau 6.2

L'intensité des alliances entre les acteurs

Acteurs	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	M	N	O	P	Q	R	S	T
A	1	2	4	1	1	3	2	0	1	2	2	0	0	2	1	1	1	0
B		1	1	3	2	0	0	0	2	2	0	2	2	1	0	0	2	2
C			1	1	3	0	3	2	2	0	3	2	2	3	0	1	2	2
D				1	2	-	1	0	3	1	0	0	0	2	0	4	1	1
E					3	0	-	0	2	2	0	0	0	0	0	1	-	-
F						0	3	2	1	0	1	1	2	4	1	2	3	3
G							0	0	0	-	0	0	0	0	0	1	0	0
H								3	3	2	3	2	1	1	0	1	1	1
I									0	0	0	0	0	0	0	0	3	1
J										0	3	0	0	0	0	2	3	1
K											0	0	1	0	0	1	2	1
M												1	0	1	0	1	1	1
N													0	0	0	0	0	0
O														0	0	2	3	2
P															0	1	3	2
Q																0	2	3
R																	1	1
S																		3

L'on constate que les alliances les plus fortes se situent entre les acteurs A-D, D-R et entre les intervenants F-P. Ces deux derniers acteurs récoltent un score de 4 qui est près d'une alliance totale (score 5). Le tableau met donc au jour un important réseau d'alliances entre plusieurs acteurs qui démontre la présence d'une collaboration bien établie entre différents professionnels du milieu étudié.

Tableau 6.3

Le poids en alliances selon les paires d'acteurs

Acteurs	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	M	N	O	P	Q	R	S	T
A	-48	-88	-640	-20	-20	-243	-250	0	-77	-130	-80	0	0	-156	-95	-104	-50	0
B		68	-48	276	368	0	0	0	70	94	0	34	56	34	0	0	124	104
C			-44	96	288	0	-27	74	78	0	228	42	64	114	0	12	132	112
D				-20	-40	0	125	0	-231	-65	0	0	0	-156	0	-416	-50	-60
E					360	0	0	0	126	150	0	0	0	0	0	36	0	0
F						0	45	122	63	0	100	45	112	248	45	72	270	240
G							0	0	0	0	0	0	0	0	0	-25	0	0
H								-132	-126	-60	-15	-120	-49	-43	0	-69	-15	-25
I									0	0	0	0	0	0	0	0	93	21
J										0	129	0	0	0	0	-42	99	23
K											0	0	11	0	0	-9	90	35
M												25	0	42	0	16	70	60
N													0	0	0	0	0	0
O														0	0	-56	78	32
P															0	-22	96	44
Q																0	30	15
R																	6	-4
S																		150

Quant au poids en alliances des divers acteurs pris deux à deux (tableau 6.3), on remarque d'abord deux paires d'acteurs fortement opposées au modèle organisationnel soumis, soit A-D (-640) et D-R (-416). Toutefois, l'on retrouve aussi des alliances fortement positives chez les acteurs B-F (368) et E-F (360). Chez les autres paires d'acteurs en interrelation, on constate que ceux qui appuient le modèle, quoique le poids de leurs alliances soit généralement faible, sont en plus grand nombre que ceux qui s'y opposent. Cela définit donc des conditions particulières d'intervention si l'on veut que le modèle organisationnel original soit adopté.

D) La prise de décision

Dans le cadre de cette étude, la prise de décision d'aller ou pas de l'avant avec l'intervention originale tient compte de la probabilité de mise en oeuvre du modèle organisationnel proposé, des alliances entre les acteurs et du degré de priorité qu'ils accordent au dossier. Or, selon la méthode O'Neill Gosselin (1992), on peut calculer à partir de l'information colligée dans les sections précédentes que la probabilité de voir appliquer sans problème le modèle organisationnel proposé n'est que de 52%. Cela démontre que les chances d'implantation du modèle initial sont incertaines et qu'il y a un risque non négligeable de rencontrer des oppositions significatives.

Cette précarité est également à interpréter à la lumière des alliances entre les acteurs. Celles-ci révèlent notamment le peu de liens entre les acteurs en zone de faible appui. De plus, convaincre les opposants en ayant recours à l'influence que les sympathisants pourraient exercer sur eux est peu vraisemblable, puisqu'aucune alliance n'est décelée entre ces deux solitudes. Finalement, on a vu que les très puissants acteurs A et D sont fortement alliés et sont farouchement opposés au modèle initial; de plus, en l'absence de modifications à la version de base, l'acteur R risque de changer de camp pour devenir lui aussi un opposant au modèle, sans oublier que les acteurs A et D peuvent jouer de leur influence auprès de ce dernier pour le gagner à leur cause car ils lui sont fortement liés.

Par ailleurs, compte tenu qu'au moment de l'enquête le dossier du modèle organisationnel en prévention-promotion, quoique perçu comme important, n'occupe pas la tête du peloton des priorités organisationnelles régionales, nous pouvons douter du réel degré de priorité que l'on accordera au dossier.

Pour toutes ces raisons, nous croyons que les chances d'implantation du modèle initial sont trop faibles pour proposer sa mise en oeuvre. Suite à ce constat, nous avons développé une nouvelle

approche tenant compte de l'analyse politique effectuée[3]. Celle-ci propose trois grandes recommandations :

1. Mettre en veilleuse la proposition d'un modèle organisationnel de l'expertise en promotion de la santé.
2. Initier une nouvelle démarche de réflexion sur les modalités organisationnelles de la prévention-promotion, sous la gouverne des décideurs des ex-DSC du territoire.
3. Impliquer activement les professionnelsdans cette démarche.

À notre avis, il est primordial que les intervenants prennent davantage en charge le processus de réflexion que ce qui avait été fait par le passé. Pour y parvenir, ils doivent collaborer avec les décideurs afin de choisir et de déterminer les assises d'un nouveau modèle de réorganisation régionale de la fonction prévention-promotion. Cette nouvelle procédure doit se faire en respectant certaines lignes directrices, qu'elles soient au plan philosophique, stratégique, tactique ou opérationnel. De plus, suite à notre analyse, nous avons proposé comme éventuelle base de discussion un nouveau modèle organisationnel[4] dont les actions devraient être centrées sur les déterminants de la santé. Ce nouveau modèle propose trois niveaux, dans une nouvelle structure organisationnelle : les fonctions, les programmes et les groupes de recherche. De plus, la direction de la santé publique se voit orientée vers trois approches distinctes : les problématiques, les groupes cibles et les milieux de vie.

Le nouvel organigramme propose des champs d'actions en prévention-promotion propres à chaque équipe de services. À la tête de chacune d'elle, un coordonnateur est chargé de chapeauter l'ensemble des activités. À lui, se joint une équipe de professionnels désignés comme des experts de deuxième ligne en prévention-promotion. Viennent ensuite les groupes de recherche, ou l'expertise de troisième ligne, qui sont en étroite collaboration avec les équipes de professionnels et les coordonnateurs; ces groupes sont constitués en partenariat avec des universitaires et ont pour objectif de développer l'expertise en prévention-promotion aux différents paliers de la santé publique.

---

[3] À ce sujet, consultez la section 5 de l'essai, (Déry, 1993 : 38-49).

[4] Pour de plus amples détails, voir la section 6 de l'essai (Déry, 1993 :50-55).

E) Planification de l'action politique

Afin de faire accepter la démarche révisée, un certain nombre d'actions s'inspirant de Coplin et O'Leary (1988) sont proposées. La première consiste à ajouter des acteurs favorables ou enlever ceux dits indésirables. Pour mettre en oeuvre l'orientation décrite précédemment, il est proposé de créer un comité ad-hoc où l'on retrouverait les coordonnateurs des équipes de services et un représentant par ex-DSC des professionnels oeuvrant dans les équipes de programmes.

La seconde stratégie vise à changer l'attitude des principaux acteurs lourdement négatifs envers le modèle organisationnel initial en promotion de la santé. Tout d'abord, il faut leur démontrer que le modèle révisé s'attarde à solutionner les problèmes de santé et à différencier les expertises de deuxième et troisième lignes. Ensuite, il apparait important de modifier l'organisation et l'appellation des équipes de services afin d'apaiser le mécontentement des professionnels oeuvrant en sciences sociales qui perçoivent la situation actuelle comme une tentative des médecins de contrôler leurs champs d'expertise. Enfin, il apparait utile de développer l'expertise en promotion de la santé en l'intégrant au modèle d'organisation de la Direction régionale de la santé publique; cela aurait notamment pour effet de rehausser le pouvoir relatif de ces acteurs négatifs dans la structure de la nouvelle organisation.

La dernière stratégie propose de modifier l'ordre de priorité chez les acteurs. Pour y parvenir avec les acteurs B et C, on peut adopter les moyens suivants : éviter la publicité sur les malaises et la confusion relevés chez les professionnel-le-s et leur montrer l'impact probable de l'insatisfaction de ces mêmes professionnel-le-s sur la reconnaissance de leur leadership.

Si l'on appliquait ces stratégies, la probabilité de mise en oeuvre du nouveau modèle organisationnel grimperait à 86.5%. Cela signifie que l'attitude des principaux opposants se modifierait pour s'orienter davantage vers un appui certain au modèle révisé, ce qui améliorerait ses chances d'adoption dans la région étudiée.

L'application des activités reliées à la mise en oeuvre du nouveau modèle revient aux intervenants du milieu et n'a pas été réalisée dans le cours de l'essai de maîtrise. Ce sont ces intervenants qui devraient voir à l'identification adéquate et précise des différentes ressources humaines, financières et matérielles requises. Par ailleurs, une comparaison avec une autre région permet d'affirmer qu'un modèle organisationnel particulier de la promotion de la santé

peut difficilement être appliqué uniformément dans les différentes régions socio-sanitaires du Québec. Seul le processus d'adoption pourrait être généralisable[5].

F) Critiques face à l'utilisation de la méthode

L'outil de O'Neill et Gosselin (1992) nous a été utile pour estimer les chances d'adoption du modèle organisationnel initial et pour quantifier l'impact des acteurs. Il peut être utilisé également dans les démarches de changement planifié et de gestion de projet, notamment avec le modèle PRECEDE-PROCEED de Green et Kreuter (1991).

Toutefois, malgré leur relative simplicité, les calculs sont fastidieux, notamment lorsque de nouvelles informations viennent modifier l'impact des acteurs ou l'intensité des alliances. Le temps nécessaire à la révision des calculs peut facilement annuler les bénéfices de la méthode. Pour contrecarrer ce problème, nous avons développé un petit programme de calcul informatisé, permettant ainsi de faciliter les calculs d'impact des acteurs, les probabilités de succès de l'intervention, le poids des alliances des paires d'acteurs ainsi que le poids politique global par acteur. En l'absence d'un support informatique, nous proposons de ne retenir qu'un maximum de 10 acteurs, tel que proposé par la méthode de O'Neill et Gosselin (1992).

De plus, il nous apparaît que les critères servant à évaluer l'attitude sont subjectifs et qu'ils prêtent flanc à la critique. Pour atténuer ce fait, on pourrait remplacer le concept «d'attitude» par celui «d'intention» et évaluer cette dernière à partir des mesures proposées par Valois et al. (1991).

Enfin, aux futurs utilisateurs de la méthode, nous proposons quelques éléments supplémentaires à considérer. Avant de se lancer, on doit vérifier la pertinence de réaliser l'étude, évaluer les risques politiques à notre égard avant d'initier une démarche et s'assurer du soutien de l'organisation pour qui on fait le projet. De plus, il faut se doter d'un bon échéancier, informatiser les calculs et diffuser avec beaucoup de prudence les résultats obtenus. Enfin, il est nécessaire d'assurer la confidentialité aux répondants et de se doter d'une solide éthique professionnelle si l'on veut obtenir de l'information crédible.

À ces conditions, l'outil d'analyse et d'intervention politique proposé nous semble tout à fait utilisable et fort intéressant.

---

[5] Voir Déry (1993) : 66-71 pour en savoir davantage.

RÉFÉRENCES

Coplin, W.D., O'Leary, M.K. (1988); Public policy skills, Rochester, N.Y. Policy studies associates ed., 250 pages.

Déry, D. (1993); L'adoption d'un modèle organisationnel de l'expertise régionale en promotion de la santé : une analyse politique; essai de maîtrise en santé communautaire, Québec, Université Laval, 78 p.

Epp, J. (1986); La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé, ministère de la Santé et du Bien-être social, Ottawa, 13 pages.

Green, L.W., Kreuter, M.W. (1991); Health promotion planning an educational and an environmental approach, Mountain View, Mayfield Publishers, 540 pages.

O'Neill, M., Gosselin, P. (1992); Méthodologie d'analyse et d'intervention politique en santé; Équipe de recherche sur les aspects sociopolitiques et environnementaux de la promotion de la santé, GRIPSUL, École des sciences infirmières, Université Laval, mars 1992.

Valois, P., Godin, G., Desharnais, R. (1991); Monographies en mesure et évaluation, 4(1); Département de mesure et évaluation, Faculté des Sciences de l'éducation, Université Laval.

CHAPITRE 7

Mise en oeuvre du programme Kino-Québec dans une Régie régionale de la Santé et des services sociaux

par Alain Desranleau et Édith Dumont[1]

Introduction

Les bienfaits pour la santé de l'activité physique ne sont plus à démontrer, bien qu'il semble nécessaire de les rappeler constamment. Les différents programmes d'activité physique élaborés par Kino-Québec, et largement publicisés dans les médias, visent la population dans son ensemble, sans égard à l'âge, au sexe ou à la situation économique de l'individu. Le phénomène sportif semble être en recrudescence à un point tel que plusieurs organismes s'impliquent activement à promouvoir la bonne forme. Le réseau de la santé et des services sociaux ne fait pas exception.

Depuis plusieurs années, ce réseau s'implique activement pour qu'un bassin sans cesse plus important d'individus s'adonnent à l'activité physique. Les différents programmes de Kino-Québec y occupent une place de choix. C'est cet acquis qu'il faut sauvegarder dans l'exercice de refonte du système québécois de santé et de services sociaux proposé par le Ministre Côté au début des années 1990. Pour nous, intervenants voués à la mise en oeuvre et à l'expansion des programmes Kino, il s'agit d'être vigilants pour éviter que ce volet, affectant plusieurs groupes d'individus à l'intérieur de nombreuses communautés, ne disparaisse dans les bouleversements organisationnels occasionnés par la réforme.

Déployée à l'intérieur d'une des nouvelles Régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS) créées par la réforme, notre action vise à accroître l'importance qu'occupent les différents programmes de Kino-Québec dans cette organisation car nous sommes convaincus de

---

[1] Travail réalisé à l'intérieur du programme de maîtrise en santé communautaire, Université Laval, juin 1993, 45 pages. Rédaction de la synthèse effectuée par Étienne Labillois et Michel O'Neill.

leurs bienfaits pour la population du territoire. Pour sauvegarder la présence de ces programmes et démontrer leur pertinence, nous avons effectué une analyse politique de notre milieu et planifié certaines interventions. À noter que notre démarche s'insère dans un processus de planification stratégique déjà en cours dans l'organisation, visant l'intégration du programme Kino-Québec dans la nouvelle structure de la Régie.

Dans cette optique, le présent chapitre présente le contexte où a lieu notre intervention, l'objectif visé, l'analyse politique du milieu, la planification et la mise en oeuvre de l'intervention, la simulation du scénario d'intervention politique envisagé, la planification opérationnelle de l'action politique, de même que certaines critiques formulées à l'égard de la méthode de O'Neill et Gosselin (1992).

A) Le contexte

Notre dossier concerne l'impact de l'activité physique sur la santé et le bien-être de la population, incluant également les aspects psychologiques et sociaux de ces domaines. La Loi 120, qui balise la réforme du système de services de santé et de services sociaux au Québec, a amené les responsables provinciaux de Kino-Québec à élaborer une nouvelle entente tripartite, effective depuis le premier avril 1993. Celle-ci, comme la précédente, implique le ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) et celui du Loisir, de la Chasse et de la Pêche (MLCP); toutefois, l'ancienne tierce partie, les Départements de santé communautaire (DSC), est remplacée par les nouvelles RRSSS. Dans ce nouveau contexte organisationnel, il est logique que les nouveaux maîtres d'oeuvre de l'intégration du programme Kino-Québec au niveau régional deviennent les Directions de santé publique des Régies régionales.

Bien que les trois partenaires ci-haut mentionnés aient signé la nouvelle convention, on peut cependant y noter l'absence d'une garantie assurant une place importante au volet promotion de la santé, et par ricochet au programme Kino-Québec, dans les nouvelles priorités régionales. Il y a donc matière à s'interroger par rapport à ce nouvel environnement socio-politique, d'autant plus que nous nous retrouvons en période propice aux changements. À notre avis, l'année 1993-1994 est déterminante pour que le plan régional Kino soit accepté par les acteurs influents. De plus, il s'agit d'une période charnière favorisant l'intégration du dit plan dans le

processus régional de réorganisation de la santé publique, dont la planification a été enclenchée en 1993.

B) L'objectif

L'objectif poursuivi par cette analyse est d'arriver à mettre en oeuvre dans notre région les projets de promotion de la santé découlant du programme Kino-Québec. Pour atteindre ce but, nous souhaitons que le plan d'action du Module Kino-Québec s'intégre à celui de la Direction de la santé publique de la RRSSS. Ce plan d'action de Kino vise la mise en oeuvre, d'ici 1996, de six projets de promotion de l'activité physique auprès de différentes clientèles cibles, à savoir : « Viactive », « Famille au jeu », « Acti-Jeune », « Pulsation », « Marche » et « Jeunes en milieu communautaire ».

Tous ces projets gravitent autour d'un axe commun, soit l'application des grands principes de promotion de la santé tels l'intersectorialité ou la prise en charge par les communautés et les personnes de leur santé; de même on souhaite l'adoption et la mise en oeuvre par les projets de stratégies efficaces et reconnues, telles notamment l'organisation communautaire, le marketing social et l'action politique.

C) Analyse politique du milieu

Pour maximiser les chances de réussite de notre intervention, il s'avère primordial de rassembler le maximum d'information pour obtenir une connaissance approfondie des règles de fonctionnement et des acteurs à considérer dans le milieu où nous évoluons. À cette fin, nous avons identifié les acteurs importants, leur poids politique individuel et les liens qu'ils entretiennent entre eux pour ensuite prendre une décision sur la poursuite ou l'arrêt de notre démarche et sur la manière de la conduire le cas échéant.

a) Le poids politique individuel des acteurs

Pour identifier les acteurs à retenir dans le cadre de notre démarche, nous avons adopté la typologie de Lemieux (1989) qui propose quatre catégories d'acteurs, à savoir : les responsables, les agents, les intéressés et les populations.

Selon l'appellation de Lemieux, les " responsables " sont des acteurs élus par la population comme politiciens pour siéger à un conseil d'administration, à un conseil de ville, etc. Dans le cas qui nous occupe, un seul acteur est envisagé dans cette catégorie, soit les membres du conseil d'administration de la RRSSS Chaudière-Appalaches (Acteur A). Comme le montre la Grille de calcul Prince (Tableau 7.1), cet acteur a une attitude plutôt favorable à l'égard de notre démarche (2.5). La signature de la convention Kino-Québec en avril 1993 et la perception positive de certains administrateurs à cet égard justifient cette évaluation. L'autorité de signer la convention et l'obligation de voir au respect de celle-ci confèrent à cet acteur un pouvoir très important (4). Quant au degré de priorité accordé au dossier, celui-ci est faible (1), principalement à cause du caractère nouveau de la Régie régionale où tout est à construire. Par conséquent, la priorité est accordée à d'autres dossiers jugés plus importants.

Tableau 7.1
Grille de calcul Prince, Kino-Québec

Acteurs	Attitude -5 à 5	x	Pouvoir 1 à 5	x	Priorité 1 à 5	=	Total
A	2.5	.	4	.	1	=	10
B	3	.	4	.	2	=	24
C	1	.	3.5	.	1	=	3.5
D	2	.	2.5	.	1	=	5
E	5	.	2	.	5	=	50
F	5	.	2	.	5	=	50
G	-2	.	2.5	.	1	=	-5
H	2	.	2	.	1	=	4
I	3	.	2	.	2	=	12
J	3	.	1	.	1	=	3
(autres)	-	x	-	x	-	=	-

La seconde catégorie d'acteurs, selon Lemieux, sont les " agents "; ils sont nommés par les responsables et ils occupent des postes administratifs visant à gérer ou à dispenser des services. C'est dans cette catégorie que l'on retrouve le plus grand nombre d'acteurs.

Le directeur régional de la santé publique (Acteur B) présente une attitude assez favorable (2) car il semble prêt à accorder une place de choix à la promotion de la santé et à Kino-Québec. Avec la gestion des ressources financières et humaines relevant de sa gouverne, son pouvoir est très important (4). Par contre, la priorité accordée au projet est moyenne (2) car la Loi 120 l'oblige à prioriser la protection de la santé au détriment du volet promotion et ce, même si Kino semble un modèle pratique fort intéressant et pertinent pour la promotion de la santé.

On a également retenu comme acteur important le directeur de la Régie régionale (Acteur C). On voit au tableau 7.1 que son attitude est faiblement favorable (1). Cela s'explique par le fait que son conseil d'administration a signé la convention et qu'il est lié à cette décision, mais aussi parce qu'il est favorable à l'activité physique comme moyen de prévention-promotion. Par sa capacité à influencer les autorisations reliées aux aspects financiers et matériels, son pouvoir est moyen (3.5). Enfin, pour lui, le degré de priorité du dossier est faible (1) pour des raisons similaires à l'Acteur A.

Viennent ensuite les chefs des anciens DSC intégrés à la Régie régionale (Acteur D). Leur attitude est assez positive (2), et ils détiennent un pouvoir non négligeable (2.5). Ce constat s'explique par l'influence qu'ils peuvent exercer sur les futures décisions rattachées à l'organisation de la santé publique et à l'intégration du programme Kino-Québec dans les priorités régionales. Toutefois, le degré de priorité de Kino est faible (1) car nous soupçonnons que leur priorité implicite est de s'assurer un poste d'envergure dans la nouvelle organisation.

Le Comité provincial de Kino-Québec (Acteur E), dont la raison d'être est le programme lui-même, obtient la cote maximale (5) pour son attitude très positive et la grande priorité qu'il accorde au projet. Cependant, son pouvoir est moyen (2), reposant sur l'octroi des fonds Kino à la Régie régionale et sur le fait qu'il est responsable de l'application de la convention.

Les conseillers Kino, dont nous faisons partie, constituent l'Acteur F. Ce qui suit est donc une auto-évaluation. Ayant pour mandat l'implantation des programmes élaborés par Kino-Québec, notre attitude récolte la cote maximale (5). Toutefois, notre pouvoir est faible (2) car nous

sommes dépourvus de moyens financiers, malgré des moyens d'action informationnels, une crédibilité et une popularité appréciables. Enfin, notre intégration au sein de la Direction de la santé publique est fort importante si nous souhaitons influencer le déroulement des autres dossiers nous concernant. C'est pourquoi le degré de priorité accordé à l'intervention est très élevé (5).

L'Acteur G est constitué des autres directions de la Régie. Leur attitude est moyennement négative (-2), due notamment aux restrictions budgétaires mais aussi à l'idéologie prônant avant tout une réponse aux besoins en services de santé curatifs plutôt que le développement de programmes de prévention-promotion. À l'opposé, leur pouvoir est assez important (2.5) car elles gèrent le plus gros des budgets accordés à la Régie. Considérant leur intérêt pour l'organisation des soins de santé curatifs, le degré de priorité envers notre dossier est faible (1).

L'Équipe régionale de santé publique (Acteur H) présente une attitude et un pouvoir moyennement positifs (2). Cette évaluation tient compte de la connaissance que ses membres possèdent de Kino-Québec, du fait que le programme ne leur coûte rien puisque subventionné par le MSSS et le MLCP, et des relations directes qu'ils entretiennent avec le directeur de la santé publique et les responsables des autres directions. Par contre, la priorité qu'ils accordent à notre projet est faible (1) car il s'agit d'une structure récente accaparée par d'autres projets davantage prioritaires.

Finalement, l'Acteur I représente le cadre responsable de la prévention-promotion, soit le supérieur immédiat des conseillers Kino. Quoique le titulaire de ce poste ne soit pas connu au moment d'écrire ces lignes, nous estimons que son attitude devrait être moyennement positive (3) principalement à cause de la notoriété de l'organisme Kino-Québec. Par son rôle, il détient un pouvoir moyen (2). Une cote similaire est octroyée pour la priorité car Kino a déjà des projets amorcés et que d'autres sont en voie de l'être. De plus, les critères de faisabilité technique et organisationnelle déjà établis pour l'ensemble des projets augmentent la priorité accordée au programme Kino.

La troisième catégorie d'acteurs de Lemieux concerne les " intéressés ", i.e. des groupes de la population intéressés par un sujet et relativement structurés, par opposition à la population générale qu'on postule peu intéressée et non organisée. Parmi les intéressés susceptibles d'être choisis, nous avons retenu les partenaires locaux de Kino-Québec (Acteur J). Les contacts

antérieurs établis avec ces groupes (âge d'or, etc.) étant favorables, leur attitude est jugée moyennement positive (3). Par contre, leur pouvoir est faible (1) car leurs moyens d'action se limitent aux ressources humaines. Il en va de même pour le degré de priorité accordé à l'intervention (1) car des projets extérieurs à Kino entrent en compétition avec ce qu'ils réalisent pour leurs membres. Finalement, nous n'avons retenu aucun acteur de la catégorie " population " de Lemieux car ils n'apparaissaient pas pertinents.

b) Les liens entre les acteurs

Tout d'abord, tel que la carte Prince (figure 7.1) permet de le visualiser, tous les acteurs se retrouvent dans la zone de faible appui, à l'exception de l'acteur G qui se situe en faible opposition à l'intervention. Le calcul de l'importance des alliances entre les acteurs que nous avons effectué, présenté dans la matrice du tableau 7.2, démontre que la plupart des alliances sont positives, sauf celles entre les acteurs C-G, et entre G-H et G-J. On relève quelques alliances nulles entre certaines paires d'acteurs : A-D, A-F, A-I, B-J, C-F, C-J, D-E, D-G, D-J, E-G, et E-H. Enfin, ce sont les acteurs B, E et F qui obtiennent les poids en alliances les plus importants (tableau 7.3).

Figure 7.1 : Carte politique Prince incluant la position des acteurs avant et après une simulation de scénario

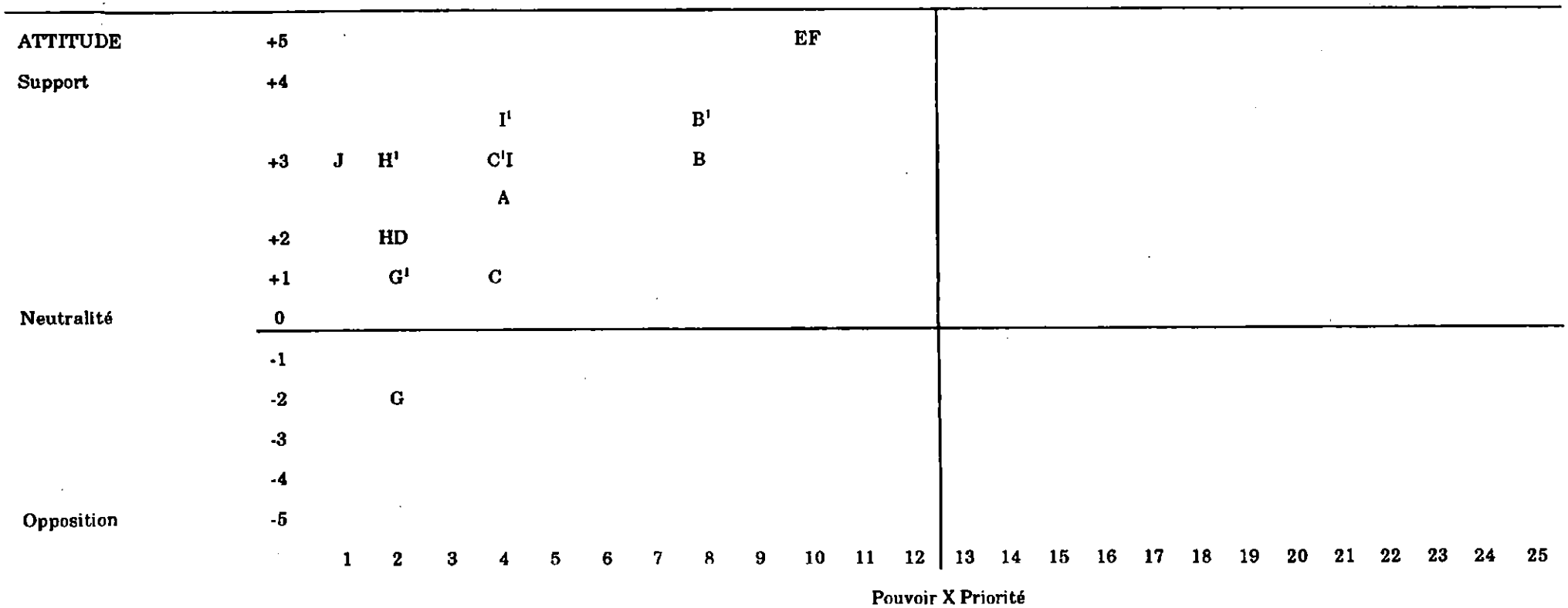


Tableau 7.2

La matrice des alliances

Acteurs	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	Sommes
A	-	68	67.5	0	180	0	10	14	0	13	-	352.5
B	-	-	110	116	148	74	76	140	108	0	-	772
C	-	-	-	8.5	107	0	-6	0.5	15.5	0	-	125.5
D	-	-	-	-	0	165	0	27	51	0	-	243
E	-	-	-	-	-	400	0	0	186	159	-	745
F	-	-	-	-	-	-	45	108	310	265	-	728
G	-	-	-	-	-	-	-	-5	14	-4	-	5
H	-	-	-	-	-	-	-	-	32	14	-	46
I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	-	30
J	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
K	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Sommes	0	68	177.5	124.5	435	639	125	284	716.5	477	0	3047

Tableau 7.3

Calcul du poids en alliance de chaque acteur

Acteurs	Somme Ligne	Somme Colonne	Somme Acteur
A	352.5	0	352.5
B	772	68	840
C	125.5	177.5	303
D	243	124.5	367.5
E	745	435	1180
F	728	639	1367
G	5	125	130
H	46	284.5	330.5
I	30	716.5	746.5
J	0	477.7	477.7
K	0	0	0

D) Prise de décision

Après avoir procécé aux calculs appropriés, nous obtenons une probabilité de démarrage sans problème évaluée à 97%. Cela signifie une très faible opposition à notre intervention et une mise en oeuvre presque certaine. De plus, selon les liens établis antérieurement entre tous les acteurs, il ressort que les plus influents sont B, E, F et J. Ces mêmes acteurs peuvent accroître les chances de succès car nos relations avec eux sont positives.

À la lumière de tout ce qui précède, et conformément à notre propre rôle et place dans la structure organisationnelle de la Régie, il ressort que pour nous l'intégration du programme Kino-Québec au plan régional est une priorité absolue et que le contexte semble très propice. À cet effet, nous prévoyons donc investir beaucoup de temps et d'énergie au cours des prochains mois pour que ce programme obtienne une place prépondérante à l'intérieur de la promotion de la santé. Notre décision finale est ainsi d'aller de l'avant avec le dossier.

E) Planification et mise en oeuvre

Le choix d'une intervention appropriée tient compte de l'information reliée à l'activité physique comme habitude de vie pouvant contribuer au bien-être et à une meilleure santé de la population, mais aussi comme outil d'intervention en promotion de la santé. À cette fin, nous avons retenu la classification de Pineault et Daveluy (1986) pour connaître les besoins en santé d'une population, besoins classés en quatre types : normatifs, comparatifs, perçus et ressentis.

Les résultats obtenus suite à l'analyse de besoin nous incitent, parmi le continuum de stratégies, à recourir à la stratégie de coopération pour faciliter l'insertion des Modules Kino-Québec au plan régional. Pour ce faire, il nous fallait identifier les acteurs les plus susceptibles d'être influencés afin de modifier leur attitude avec des arguments rationnels et émotionnels. Notre analyse nous indique que les acteurs à retenir sont B, I, H, C et G.

a) Simulation du scénario d'intervention politique envisagé

Les approches à adopter envers les acteurs retenus au point précédent diffèrent d'un cas à l'autre. Dans le cadre de ce chapitre, il serait trop long de toutes les décrire et c'est pourquoi nous n'en offrons ici qu'une présentation succincte[2].

Parmi les moyens dits rationnels visant à modifier la perception et la position des acteurs-clés, mentionnons les rencontres individuelles et la présentation de documents décrivant notre démarche ainsi que les programmes déjà existants, avec leurs influences positives sur le bien-être de la population. Entre aussi dans cette catégorie d'actions l'envoi d'une lettre personnalisée à certains acteurs préalablement choisis. Pour l'approche plus émotionnelle, nous prévoyons procéder à des contacts amicaux, à la formation d'un club Kino au sein de la RRSSS, ainsi qu'à des manifestations publiques afin d'accroître la visibilité de Kino-Québec dans la région concernée.

Toutefois, considérant que la Régie est une toute nouvelle structure en voie de rodage et que beaucoup d'incertitude y règne encore, il est possible que certains effets pervers apparaissent lors de l'application de notre stratégie. Mentionnons, entre autres, l'émotivité de certains discours, la résistance de quelques acteurs, le manque de temps et les priorités différentes chez d'autres intervenants. Malgré cette possibilité, pour le moins regrettable si elle se produit, nous croyons que la stratégie de coopération permettra d'obtenir un changement d'attitude favorable parmi les acteurs les plus susceptibles d'être influencés, i.e. B, I, H, C et G.

Ainsi, après avoir obtenu une rencontre avec l'Acteur B pour lui expliquer notre démarche, son attitude passera vraisemblablement de 3 à 4. Même scénario pour l'Acteur I où la cote 3.5 remplacerait celle antérieure à la rencontre (3). L'attitude de l'Acteur H se modifierait elle aussi, passant de 2 à 3, après qu'il ait pris connaissance du dossier Kino et qu'il ait réalisé le lien qu'il peut établir avec son propre champ d'intervention. L'attitude de l'Acteur C, passant de 1 à 3, s'améliorerait après un élargissement de sa visibilité et de celle de la Régie aux niveaux politique, médiatique et territorial. Enfin, c'est l'Acteur G qui serait le plus transformé, passant à d'une attitude négative (-2) à une attitude faiblement positive (1), grâce à une meilleure

---

2 Pour plus de détails voir Desranleau et Dumont (1993), pp. 28-30.

connaissance des dossiers. On peut visualiser ces changements sur la Carte Prince présentée précédement (figure 7.1).

b) Planification opérationnelle de l'action politique

Comme nous l'avons mentionné précédemment, la stratégie retenue est celle de la coopération. Celle-ci fait appel à un dialogue et à une approche directe auprès des acteurs sélectionnés afin de les sensibiliser à l'importance d'intégrer les Modules Kino-Québec au plan régional. C'est pourquoi pour accroître et maximiser nos chances de réussite, nous avons formulé de nouveaux objectifs pour notre intervention, i.e. un général et quatre spécifiques à atteindre avant mai 1994. Nous élaborons également quatre objectifs opérationnels.

L'objectif général souligne que nous voulons faire intégrer le plan d'action triennal du Module Kino-Québec dans les priorités retenues par la Direction de santé publique de la RRSSS. Quant aux objectifs spécifiques, ils visent : à amener le Directeur de la santé publique et les coordonnateurs de cette Direction à reconnaître le potentiel des projets Kino-Québec; à inciter le coordonnateur de la fonction prévention-promotion de la direction de la santé publique à donner une place prépondérante à notre plan d'action dans sa planification annuelle; à informer les responsables de dossiers des autres directions de la Régie de la pertinence pour leur problématique d'intégrer les projets générés par le Module Kino; et enfin, à amener le Directeur général de la Régie régionale à connaître davantage la popularité des projets planifiés par Kino-Québec auprès des différentes communautés du territoire couvert par son organisme.

En ce qui a trait aux objectifs opérationnels, l'Équipe de conseillers Kino (ECK) présentera au Directeur et aux membres de la direction de la santé publique, d'ici septembre 1993, un document précisant la pertinence pour la santé publique des projets contenus dans le plan d'action triennal de Kino-Québec 1993-1996. En second lieu, l'ECK présentera au coordonnateur de la fonction prévention-promotion de la Direction de la santé publique (DSP), d'ici octobre 1993, son plan d'action triennal. Troisièmement, l'ECK préparera et présentera, en 1993-1994, des monographies par clientèles spécifiques à l'attention des différentes personnes responsables qui produiront pour la Direction de la Régie, les plans régionaux d'organisation de services. Par ailleurs, il s'agira d'abonner le Directeur général, le Président et les membres du conseil d'administration de la Régie au bulletin d'information « Kinouli ». Enfin, on verra à inviter à quelques reprises, durant l'année 1993-1994, le Directeur général et/ou le Président de la Régie

lors d'événements importants de relations publiques ou de relations de presse mettant en évidence l'impact du programme Kino-Québec dans la région.

F) Critiques face à la méthode

La méthode d'analyse politique d'une intervention en santé de O'Neill et Gosselin (1992) contient des éléments positifs et négatifs. Parmi les éléments positifs, mentionnons que la méthode permet une plus grande conscientisation face à l'importance stratégique de faire un diagnostic politique. La méthode permet aussi d'avoir une meilleure perception des acteurs, de mieux cerner nos forces et faiblesses en tant qu'acteurs politiques et de découvrir la face cachée de l'organisation dans laquelle nous évoluons. De plus, cette approche permet de dégager les éléments critiques sur lesquels on devrait davantage cibler nos énergies, tout en offrant l'occasion de raffiner nos stratégies et de développer un esprit plus critique. Enfin, la méthode offre l'avantage d'oeuvrer en équipe, ce qui diminue la subjectivité tout en permettant une prise de conscience à l'effet que cette démarche est une méthode dynamique d'évaluation qui peut être réutilisée au cours du processus de l'intervention.

Les aspects négatifs de cette approche sont la lourdeur des calculs mathématiques qui sont parfois trop fastidieux, ainsi que les difficultés reliées à l'évaluation de l'impact potentiel des différentes stratégies et à la définition des alliances.

RÉFÉRENCES

Coplin, W.D. et O'Leary, M.K. (1988); Public policy skills; Rochester, N.Y.; Policy studies associates; 250 pages.

Desranleau, A. et Dumont, E. (1993); Analyse politique d'une intervention en santé : l'évolution du dossier Kino-Québec dans la Direction de santé publique d'une nouvelle régie régionale; Québec, École des sciences infirmières de l'Université Laval; 47 p.

Lemieux, V. (1989); «Le pouvoir dans la réalisation des politiques sociales»; in Service social, 38, (4) :170-195.

O'Neill, M. et Gosselin, P. (1992); Méthodologie d'analyse et d'intervention politique en santé; Québec, École des sciences infirmières, Université Laval

Pineault, R. et Daveluy, C. (1986); La planification de la santé; Agence d'Arc inc., Montréal, 480 pages.

CHAPITRE 8

Une analyse des principaux acquis infirmiers de la réforme Côté

par Clémence Dallaire[1]

Introduction

La réforme du système québécois de santé et de services sociaux du début des années 1990 (Loi 120) modifie plusieurs structures en place. Pour le monde infirmier, la réforme crée dans chaque établissement (Hôpital, Centre d'hébergement, Centre local de services communautaires, etc.) un Conseil des infirmières et infirmiers (CII), ce qui constitue une première dans les annales québécoises. Ce Conseil répond aux demandes répétées des infirmières et infirmiers concernant leur participation aux instances décisionnelles de ces milieux, notamment au chapitre des soins et des conditions dans lesquelles ceux-ci sont offerts.

Pour le corps infirmier, le CII est un acquis important puisqu'il offre l'occasion de jouer un rôle plus actif dans les établissements en fournissant la possibilité d'émettre des recommandations ou des avis au Conseil d'administration ou à la direction générale. Les infirmières peuvent désormais participer encore plus formellement à la gestion des établissements de soins. C'est pour cette raison qu'il s'avère intéressant de faire le bilan des forces impliquées dans l'avènement du CII et d'effectuer une analyse politique de ce succès afin, éventuellement, d'en tirer des leçons pour promouvoir provincialement d'autres dossiers infirmiers.

A) Le contexte

Tel que mentionné précédemment, le CII est né de la réforme Côté, à la fin de 1991. Dans la philosophie entourant la création de ce Conseil, le ministre stipule qu'il voulait répondre à un malaise relevé depuis longtemps chez les infirmières (Anonyme, 1991). Ce malaise originait du fait que, depuis plusieurs années, les infirmières et infirmiers subissaient des restrictions

---

[1] Étude réalisée en 1992 dans le cadre du cours « Séminaire en promotion de la santé » et intitulée Analyse politique du CII, École des sciences infirmières, Université Laval, 44 pages. Synthèse effectuée par Étienne Labillois et Michel O'Neill.

budgétaires, une augmentation de leur charge de travail, l'application de nouveaux modes de gestion et plusieurs autres problèmes (Dallaire et als., 1994). Cette situation est difficile et a fait l'objet de plusieurs études visant à mieux cerner le malaise et à proposer des solutions. Donner aux infirmières dans chaque milieu un pouvoir égal à celui des médecins, dentistes et pharmaciens d'une part, et à celui des autres professionnels d'autre part a donc été vu comme une partie de la solution et les CII ont été créés en conséquence. Conformément aux prescriptions de la réforme, le CII est présent dans tous les établissements de santé ayant au moins cinq infirmières à leur emploi. Ce Conseil regroupe l'ensemble des infirmières et infirmiers d'un lieu de travail, à condition que ceux-ci soient membres de l'Ordre, quels que soient leur statut (cadre ou syndiquée) ou leur type de tâche.

Le CII est administré par un comité exécutif composé de quatre infirmières nommées par le Conseil, de la présidente du Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires, du directeur général de l'établissement et de la directrice des soins infirmiers. Face au premier mandat que la loi lui confère, le CII est redevable au Conseil d'administration de l'établissement en ce qui a trait à la qualité des soins infirmiers prodigués. Le CII a la responsabilité d'émettre des recommandations concernant les règles de soins infirmiers et la distribution appropriée de ces soins. Quant à son second mandat, le CII est responsable envers le directeur général de l'établissement pour les questions suivantes, à propos desquelles il doit émettre des avis: l'organisation scientifique et technique du centre; les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence des infirmières et infirmiers.

B) Objectif

L'objectif de cette étude était de procéder à une analyse politique rétrospective des différentes influences qui ont conduit à l'adoption du projet de Loi 120 à l'été 1991 en ce qui a trait au volet CII de cette loi. De ce fait, l'objectif n'était pas d'élaborer une action future mais plutôt d'analyser rétrospectivement un ensemble d'interventions effectuées par certains acteurs à l'intérieur d'une problématique particulière dont le dénouement a lieu à l'été 1991. L'intérêt premier de ce type d'analyse est de montrer que, contrairement à ce que l'on pense souvent, les infirmières peuvent à l'occasion mettre en oeuvre des actions politiques qui ont du succès. Il permet aussi d'illustrer comment, malgré ses dimensions subjectives, l'utilisation de la méthode

de O'Neill et Gosselin (1992) permet de documenter de manière beaucoup plus rigoureuse que la simple intuition le contexte politique d'une intervention.

C) L'analyse politique du milieu

a) Le choix des acteurs

C'est principalement au moment où une loi est élaborée que se jouent les jeux d'influence visant à modifier son contenu et ses aboutissants. C'est donc à ce stade que nous avons identifié les acteurs importants risquant d'avoir un impact sur le CII. Afin de bien cerner les enjeux, plusieurs documents ont été consultés, deux informateurs-clés étroitement impliqués dans la création des CII ont été rencontrés, ainsi que cinq autres personnes qui ont suivi de près les démarches menant à la loi 120. Ces dernières ont été interviewées afin de saisir plus adéquatement la participation des divers acteurs dans l'évolution de la situation.

Au départ, plusieurs acteurs ont été écartés de l'analyse (par exemple les fédérations médicales) puisqu'ils n'ont eu que peu d'influence sur le processus de création et d'adoption du CII. Finalement, à l'instar des recommandations de O'Neill et Gosselin (1992) concernant le nombre d'intervenants à retenir, la présente démarche en a retenu cinq. Il s'agit de la Centrale syndicale de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ), de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), de l'Association des directeurs et responsables de soins infirmiers du Québec (DSI), du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), et finalement de la Corporation des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (CPIIAQ). Dans les paragraphes suivants, chacun de ces acteurs est décrit brièvement.

En premier lieu la FIIQ, qui défend les intérêts de ses adhérents, s'est vivement intéressée à un dossier comme celui du CII puisqu'il permet à ses membres de participer à la gestion des établissements de soins. Pour l'OIIQ, dont le mandat est de protéger le public, un des objectifs majeurs a toujours été d'obtenir pour la profession infirmière une structure de gestion distincte dans les centres de soins; on peut donc aisément entrevoir l'intérêt de l'Ordre envers le CII, d'autant plus que celui-ci se situe dans le prolongement des revendications historiques de l'OIIQ.

Par son rôle de gestionnaire et d'expertise, le MSSS détient un rôle crucial dans la création d'une loi, en l'occurrence celle donnant vie au CII. Il devient ainsi une cible de choix pour l'ensemble des acteurs du système, en particulier de la part des groupes de pression de professionnels qui désirent voir leur sort s'améliorer.

Les directrices de soins infirmiers (DSI) détiennent une fonction importante dans leur milieu puisqu'elles gèrent, en ayant une vision globale de l'ensemble des soins prodigués, les ressources considérables consacrées aux soins infirmiers dans les établissements. La création d'un CII est donc importante pour elles car elle permet de statuer sur divers domaines qui leur importent beaucoup et pour lesquels il n'y avait aucune instance auparavant.

Enfin, la CPIIAQ fut un acteur d'importance dans les négociations conduisant à l'élaboration définitive de la composition du CII. Voulant obtenir davantage de visibilité et une reconnaissance du milieu, et aussi pour préciser le devenir de la profession, la création d'un CII était pour cet acteur un excellent cheval de bataille et un très bon moyen de promotion.

b) La quantification de l'impact politique de chaque acteur

Pour bien quantifier l'impact des acteurs en présence, trois paramètres ont été utilisés (l'attitude, le pouvoir et le degré de priorité accordés au projet) tel que recommandé par la méthode O'Neill et Gosselin (1992).

b.1) L'attitude

L'attitude d'un acteur envers un projet se mesure par le degré de soutien ou d'opposition qu'il manifeste. Ainsi, la FIIQ présente une attitude favorable à l'ajout d'un CII dans la structure du système de santé et de services sociaux. Par contre, celle-ci doit être pondérée du fait que la FIIQ est un syndicat davantage familier avec les relations de travail. Or, le CII invite les cadres et le personnel syndiqué à cheminer au sein d'un mandat commun axé sur le plan professionnel des soins, et non sur les conditions de travail. L'intervention de la FIIQ à propos des CII fut ainsi teintée du désir de sauvegarder les acquis syndicaux de ses membres et de veiller à ce que les décisions prises ne freinent pas les requêtes et les orientations initiales de son mandat

syndical. Sachant que l'accord de la FIIQ contient ces bémols, un score de +2 sur l'échelle d'attitude lui est octroyé.

Quant à l'OIIQ, son attitude initiale envers le CII est plutôt réservée, voire même légèrement sceptique. Cette réserve s'appuie sur des soupçons à l'égard des véritables intentions des décideurs; elle s'explique aussi par les démarches antérieures de l'Ordre, et par l'impossibilité d'obtenir, dans le passé, une structure de gestion autonome pour les infirmières et infirmiers. Cela n'empêche toutefois pas l'OIIQ de s'impliquer activement dans les négociations entourant la rédaction du texte de loi. Dans cette optique, et aussi parce que le CII reflète ses revendications traditionnelles, un score de +5 lui est assigné quant à son attitude.

L'attitude des DSI fut difficile à cerner. À cause de la diversité de leurs activités et de leur allégeances potentielles (infirmières soignantes ou direction de l'établissement), malgré la jeunesse de leur association et le peu de déclarations publiques effectuées, on peut toutefois établir que leur attitude fut assez positive; c'est pourquoi une cote +3 leur fut décernée. Par sa création, le CII bouscule le pouvoir traditionnel des soins infirmiers, et peut même antagoniser celui de la DSI dans certains milieux. Toutefois, face aux autres instances, le Conseil constitue un espoir de voir accroître le pouvoir du corps infirmier et finalement, il récolta l'appui de l'Association des DSI.

À l'opposé de tous les autres acteurs, la CPIIAQ obtient un score négatif de -5 puisqu'elle s'oppose à tout projet visant à exclure les infirmières auxiliaires de la sphère décisionnelle. Selon leur Corporation, ses membres n'occupent pas la place qui leur revient et le CII assujetissait les infirmières et infirmiers auxiliaires au corps infirmier dans les structures envisagées. Par conséquent, cela souleva chez eux de fortes oppositions.

Il est difficile de mesurer l'attitude du MSSS, car les avis diffèrent quant aux raisons qui l'ont poussé à créer le CII. Cet acteur semble reconnaître l'importance incontournable des infirmières et infirmiers dans la dynamique des soins, et c'est pourquoi il crée le CII et leur désigne un siège au conseil d'administration des établissements. Toutefois, le MSSS présente aussi le CII comme un contrepoids aux autres corps professionnels (notamment les médecins), non pas dans l'optique de disloquer la dynamique médecins-administrateurs mais plutôt pour rééquilibrer

l'importance de la contribution du corps infirmier. C'est du moins l'avis exprimé par le ministre Marc-Yvan Côté (Anonyme, 1991). Puisque le CII se veut une structure d'influence et qu'il représente un précédent en lien direct avec le voeu des décideurs d'augmenter la participation du personnel, le MSSS reçoit un score positif de +3.

b.2) Le pouvoir

Le pouvoir d'un acteur se définit par son efficacité, réelle ou potentielle, à bloquer ou à favoriser l'application d'une intervention. À ce titre, tous les acteurs retenus possèdent un certain pouvoir.

Bien que la FIIQ soit présente tout au long des débats et qu'elle soit consultée, ses interventions ne sont pas déterminantes car le CII regroupera finalement les infirmières et infirmiers auxiliaires, ce à quoi s'opposait la fédération. Nonobstant ce constat, un score de +2 lui est attribué car la FIIQ est engagée depuis plusieurs années dans une lutte où elle sollicite une participation accrue de ses membres.

L'OIIQ, pour sa part, occupe un rôle actif et décisif dans la problématique du CII. Pour contrer les lacunes relevées dans les deux premières formulation du CII lors de la rédaction du projet de loi 120, l'Ordre proposa à la FIIQ une alternative où les infirmières et infirmiers auxiliaires auraient une place, mais subalterne: le Comité statutaire d'infirmières et infirmiers auxiliaires. La FIIQ appuya finalement cette proposition, qui fut retenue, car elle allait dans le sens général souhaité par le Syndicat. C'est grâce à cette suggestion, qui sera acceptée en bout de piste par le MSSS, que l'OIIQ se voit accorder un pouvoir de +4.

C'est en cours de rédaction du projet de loi que l'Association des DSI a obtenu que ses membres fassent partie du CII. Les DSI ont fait valoir que le CII serait mal venu s'il diluait les objectifs de reconnaissance et de valorisation des infirmières en ne les incluant pas. Ainsi, leur entrée au sein de l'exécutif du CII constitua un gain appréciable, ce qui leur mérite une cote +3.

La CPIIAQ exerça une influence incontestable dans les discussions entourant la création du Conseil. Malgré l'absence de ses membres dans la version initiale du CII, la Corporation

multiplia les démarches et les négociations pour changer la situation. Appuyée d'une stratégie impliquant la participation active de ses membres, supportée par une campagne publicitaire dans les médias, la Corporation obtint un siège au Conseil multidisciplinaire, qu'elle perdit presqu'aussitôt. Toutefois, elle sollicita et reçut l'appui de la Fédération des Affaires sociales de la CSN à l'été 1991, ce qui lui donna un outil de pression efficace auprès du MSSS. Cet effort fut finalement couronné de succès puisque la CPIIAQ reçut une voix à l'exécutif du CII, en plus de l'obligation faite à ce dernier de transmettre au conseil d'administration d'un établissement toutes les recommandations du Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires non retenues par le CII. Tout ceci procure à la Corporation une cote de +3.

Enfin, considérant que le MSSS a la prérogative d'écrire le texte de loi et qu'il détient par conséquence un pouvoir absolu sur ce qui y est inclus ou pas, il récolte le score maximal (+5).

b.3) La priorité

O'Neill et Gosselin (1992) définissent la priorité comme étant « l'importance qu'attache l'acteur à s'opposer ou à soutenir [une] intervention particulière compte tenu des autres décisions qui le concerne » (p. 7). À la lumière de cette définition, voyons la position de chaque acteur.

Attendu son ambiguïté quant aux conséquences potentielles du CII sur les prérogatives syndicales et puisque d'autres dossiers de la réforme lui semblaient plus centraux (comme par exemple la planification d'une politique de main-d'oeuvre ou encore les mesures de perfectionnement visant l'accroissement de la valorisation du personnel), un score moyen de 3 est accordé à la FIIQ; cela se justifie par le fait que le syndicat a malgré tout effectué plusieurs déclarations publiques et produit des documents internes favorisant le CII. Pour l'OIIQ, le CII présente un dossier prioritaire, ce qui lui vaut une cote maximale (+5). Quant aux DSI, le score n'est que de +2, à cause des difficultés que présente pour elles le partage des responsabilités prôné par le CII. Considérant que, pour lui, les infirmières et infirmiers sont un groupe de professionnels à gérer au même titre que les autres, le MSSS obtient un score +3. Cette importance quand même non négligeable se justifie par le souci du Ministère d'accorder plus d'influence au corps infirmier. Enfin, la CPIIAQ se voit attribuer un score maximal (+5) car le

CII constitue une question de survie pour ses membres, notamment au chapitre de la reconnaissance de leur contribution dans les établissements.

En somme, les pages précédentes démontrent, à l'égard de la création du Conseil des infirmières et infirmiers, que les DSI et la FIIQ sont les acteurs offrant un faible appui au projet, alors que l'OIIQ et le MSSS sont dans une position d'appui plus considérable. Seule la CPIIAQ est en forte opposition au projet. L'ensemble de ces informations sur le poids politique des différents acteurs est résumé dans le tableau 8.1.

Tableau 8.1

La grille de calcul Prince à propos du CII

Acteurs	Attitude	Pouvoir	Priorité	Score total
FIIQ	2	2	3	12
OIIQ	5	4	5	100
DSI	3	3	2	4
MSSS	3	5	3	45
CPIIAQ	-5	3	5	-75

c) Les alliances entre les acteurs :

Face aux nombreuses alliances possibles entre les acteurs, l'analyse effectuée démontre (tableau 8.2) que les paires d'acteurs FIIQ-OIIQ et OIIQ-DSI présentèrent les interrelations les plus importantes. Celles-ci sont suivies par les paires OIIQ-MSSS et DSI-MSSS. Les alliances entre les groupes d'infirmières et infirmiers sont donc très fortes, quoiqu'une certaine tension s'est introduite entre l'Association des DSI (qui représente la partie patronale) et la FIIQ (représentant le personnel syndiqué), à cause des négociations sur les conventions collectives réalisées pendant la période étudiée. Les négociations menèrent à une grève illégale des syndiquées et à un climat de tension extrême où les DSI eurent à gérer la crise mais, le plus souvent, en étant sympathiques à la cause des infirmières.

L'OIIQ ayant obtenu les scores élevés d'attitude, de pouvoir et de priorité, il n'est pas étonnant que les alliances gravitent principalement autour de cette organisation. On constate aussi, conséquemment à son opposition au projet, de faibles alliances entre la CPIIAQ et les autres acteurs.

En ce qui a trait au poids en alliance de chacun des acteurs, il ressort du tableau 8.3 que l'OIIQ est l'intervenant ayant eu le poids en alliances positives le plus important, alors que la CPIIAQ avait un poids faible et négatif.

Tableau 8.2

L'importance des alliances entre les acteurs

Acteurs	Score (1)	Score (2)	Intensité	Importance
FIIQ - OIIQ	12	100	3	336
FIIQ - DSI	12	18	1	30
FIIQ - MSSS	12	45	2	114
FIIQ - CPIIAQ	12	-75	0	0
OIIQ - DSI	100	18	3	324
OIIQ - MSSS	100	45	2	290
OIIQ - CPIIAQ	100	-75	0	0
DSI - MSSS	18	45	4	252
DSI - CPIIAQ	18	-75	0	0
MSSS-CPIIAQ	45	-75	1	30

Tableau 8.3

Le poids en alliances des acteurs

	Somme ligne	Somme colonne	Somme acteur
FIIQ	480	0	480
OIIQ	644	336	980
MSSS	222	404	626
DSI	636	0	636
CPIIAQ	0	-30	-30

D) Critiques face à l'utilisation de la méthode

L'outil d'analyse développé par O'Neill et Gosselin (1992) a été très utile pour mieux cerner les influences permettant l'insertion du CII dans la loi 120. Contrairement à l'utilisation prospective généralement faite de cet outil, la présente démarche a fait appel à une analyse rétrospective. Cela se justifiait du fait que l'information était disponible et permettait une analyse des événements passés afin de mettre en lumière le rôle des divers acteurs. Dans le cas présent, la partie de la méthodologie consacrée à la planification de l'intervention n'a donc pas été utile car les actions étaient déjà passées. Cependant, il faut noter qu'elle pourrait éventuellement être utilisée suite à une analyse rétrospective, afin d'évaluer les gestes posés pour élaborer des alternatives afin de planifier une action future.

Pour fins de comparaisons, nous avions d'abord tenté, de manière purement intuitive et sans documenter le dossier, de quantifier le poids politique des différents acteurs. Cette quantification s'appuyait sur notre perception face au sujet et sur la connaissance de certains faits. À l'opposé, la méthodologie de O'Neill et Gosselin est plus rigoureuse et se base sur une analyse aussi exhaustive que possible, faisant appel aux diverses publications disponibles, au mandat des acteurs et à l'utilisation d'entrevues auprès d'informateurs clés et des acteurs eux-mêmes. Le contraste entre le résultat des deux approches est présenté au tableau suivant.

Tableau 8.4

Comparaison des scores des acteurs avant et après l'utilisation de la méthode

	Attitude			Pouvoir			Priorité		
	Avant	Après	≠	Avant	Après	≠	Avant	Après	≠
FIIQ	4	2	-2	1	2	+1	5	3	-2
OIIQ	5	5	0	2	4	+2	5	5	0
MSSS	0	3	+3	5	5	0	2	3	+1
DSI	1	3	+2	5	3	-2	2	2	0
CPIIAQ	-5	-5	0	1	3	+2	5	5	0

Le tableau indique que certains scores n'ont pas changé; ce constat peut s'expliquer par une connaissance des éléments déterminants de la situation ou par un bon jugement subjectif de notre part. Toutefois, dans neuf scores sur quinze des différences, souvent considérables, sont observables. Bien que l'approche intuitive puisse générer une bonne connaissance des acteurs, de leurs prises de position, de leurs mandats et des alliances qu'ils tissent entre eux, elle semble offrir une moins bonne perception des forces en présence que la démarche proposée par O'Neill et Gosselin. Contrevérifier ses intuitions à l'aide de la méthode semble donc la combinaison gagnante !

RÉFÉRENCES

Anonyme (1991); « Santé et services sociaux: le virage; entrevue avec M. Marc-Yvan Côté »; Santé et Société, 13(1):31-39.

Dallaire, C.; O'Neill, M.; Lessard, C. (1994); « Les principaux enjeux pour la profession infirmière » in Lemieux, V. et als. (dirs.); Le système de santé au Québec, organisations, acteurs, enjeux; Québec, Presses de l'Université Laval, pp. 262-287.

O'Neill, M., Gosselin, P. (1992), Méthodologie d'analyse et d'intervention politique en santé, Équipe de recherche sur les aspects socio-politiques et environnementaux de la promotion de la santé, GRIPSUL, École des sciences infirmières, Université Laval, Mars.

CONCLUSION

Nous avons peu de choses à ajouter en conclusion à cet ouvrage. Dans la première partie, nous avons d'abord expliqué pourquoi, selon nous, la dimension politique des interventions dans le domaine de la santé est si importante et pourquoi elle est si peu considérée. Nous avons présenté, dans le premier chapitre, les éléments de base d'une problématique de l'analyse et de l'intervention politique en santé, en insistant particulièrement sur les aspects éthiques de cette intervention et en énonçant notre position à cet égard. Après avoir expliqué au chapitre deux comment nous avons procédé pour construire notre outil, nous l'avons ensuite exposé en détail au troisième chapitre. Dans la seconde partie du livre, en cinq chapitres, nous avons finalement présenté une série d'exemples d'utilisation de l'outil par divers types de professionnels (médecin, infirmières, éducateurs physiques) ou de groupes communautaires oeuvrant dans différents milieux.

Nous aurions évidemment pu inclure d'autres exemples, réalisés par d'autres types de professionnels ou de groupes évoluant dans d'autres types de contextes (le milieu clinique par exemple, ou celui des pays en développement) et nous souhaitons le faire dans des versions ultérieures de l'ouvrage. Nous avons toutefois estimé que les principaux messages quant à l'utilisation de notre outil ressortaient suffisamment clairement de la série d'exemples offerts pour nous en tenir à ceux-là cette fois-ci.

Rappelons donc, une dernière fois, pour terminer cet ouvrage:

1) Que l'outil proposé ici **n'est pas une recette miracle** mais qu'il risque fort d'aider ses utilisateurs à devenir plus sensibles à la dimension politique de leur environnement et à y intervenir avec plus de discernement et de succès.

2) Que comme toute approche d'intervention, il ne doit pas devenir une fin en soi mais un moyen à **adapter selon les besoins et les circonstances**, qui peut être utilisé de différentes manières, seul ou en conjonction avec d'autres approches d'intervention.

3) Que l'intervention politique, vu qu'elle se déroule toujours en rapport avec des pouvoirs, est **fondamentalement délicate** et qu'elle doit être abordée **avec prudence** par ceux qui s'y lancent. Ceci ne devrait toutefois pas empêcher les personnes oeuvrant dans le domaine de

la santé de se mêler de ce type d'intervention, même si spontanément elles se sentent habituellement peu portées à le faire. Si l'on n'est pas politiquement astucieux, d'autres le sont, et ce sera habituellement à nos dépens ou à ceux de la santé publique !

Bonne intervention donc, et nous rappellons que nous sommes toujours intéressés à recevoir les commentaires sur notre outil, favorables ou défavorables, que ses usagers voudront bien nous transmettre. C'est à partir de ces commentaires que nous continuons de faire évoluer la méthode, que nous colligeons de nouveaux exemples d'utilisation et que nous publierons éventuellement une seconde édition du présent ouvrage. Alors, écrivez, téléphonez ou contactez-nous par courrier électronique par l'intermédiaire de :

Michel O'Neill
Professeur titulaire
École des sciences infirmières
Pavillon Paul-Comtois
Université Laval
Québec (Québec), Canada
G1K 7P4

michel.oneill@esi.ulaval.ca

NOTES BIBLIOGRAPHIES

SUR LES AUTEUR-E-S

Monique **BEAULIEU** est intervenante depuis une dizaine d'années dans un centre d'hébergement pour femmes violentées de la Rive-nord de Montréal. Elle fut également directrice du Programme d'intervention communautaire Laval-Laurentides pendant 3 années (90 à 93). M^me^ Beaulieu possède un baccalauréat en sociologie ainsi que la scolarité de maîtrise en travail social de l'Université de Montréal.

Pierre **BERGERON** oeuvre depuis plus de vingt-cinq (25) ans dans divers organismes communautaires et est présentement coordonnateur au Regroupement des garderies de la région 02 (Saguanay-Lac-Saint-Jean) et délégué au Regroupement provincial des garderies sans but lucratif. Titulaire d'un baccalauréat en Travail social à l'Université du Québec à Chicoutimi, il complète sa « Maîtrise en études régionales » sur le développement des garderies en région ressource. Il a donné des ateliers sur l'intégration dans les services de garde pour des enfants ayant des besoins particuliers suite à plusieurs recherches dans le domaine. Trois documents sur le sujet ont été publiés par le Regroupement des garderies de la région 02. Il a siégé au Groupe de travail sur le financement des services de garde, mandaté par la Ministre Marois. Ses actions et les revendications qu'il porte s'appuient sur le lobbying depuis plus de quatre (4) ans.

Michel **BOYER** oeuvre dans le domaine de la santé depuis près de vingt-cinq ans. Pendant plusieurs années il a travaillé comme intervenant au sein de divers organismes communautaires. Depuis 1979 il oeuvre comme consultant en programmes au Bureau de la promotion de la santé et du développement social de Santé Canada. Il possède une expérience variée en développement communautaire, animation, prévention et promotion de la santé qu'il applique avec les organismes communautaires sur des sujets aussi variés que le VIH et le sida, la toxicomanie, l'évaluation, etc. Chargé de cours depuis 1988 à L'Université de Sherbrooke, il se consacre à la formation en promotion de la santé et la prévention, au certificat de toxicomanie. Il a dispensé un cours sur le lobbying à cette même institution à quelques reprises entre 1990 et 1992.

Madeleine **BRETON** est agente de recherche au ministère de la Santé et des services sociaux du Québec. Elle est détentrice d'une maîtrise en santé communautaire de l'Université Laval et d'un baccalauréat en sciences de la santé en sciences infirmières de la même université Ses activités professionnelles se sont déployées alternativement dans le réseau de la santé communautaire et dans celui des soins de courte durée. Elle possède un vif intérêt pour la recherche de modes d'intervention efficaces dans le domaine de la santé.

Luc **CÔTÉ** est directeur médical adjoint à la Direction de la santé publique de l'Outaouais ; il est aussi médecin-conseil à la Direction de la santé publique de l'Outaouais pour l'évaluation de l'impact et des stratégies politiques relative à l'implantation du programme de santé publique. Titulaire d'un doctorat en médecine, d'une maîtrise en santé communautaire et d'un certificat de 2e cycle en santé au travail, il possède une expérience de plus d'une douzaine d'années dans des relations à caractère politique tant dans le réseau de la santé, comme chef de département de santé communautaire ou membre de tables de concertation, qu'à un niveau intersectoriel auprès de municipalités et d'entreprises comme médecin-conseil en santé environnementale ou en santé au travail.

Clémence **DALLAIRE** est étudiante au doctorat en science infirmières à l'Université de Montréal. Elle a travaillé dans des milieux cliniques variés (psychiatrie, urgence, unité coronarienne et gériatrie) en plus de cumuler diverses expériences d'enseignement (formation en cours d'emploi et divers programmes de niveau collégial et universitaire). Elle a été active à promouvoir la participation politique au sein de la profession infirmière (comité, consultation, conférences, articles). Elle est auteure et co-auteure de l'article et de chapitre de livres concernant la profession infirmière.

Donald DÉRY est titulaire d'une maîtrise en santé communautaire de l'Université Laval (Québec) et oeuvre dans le domaine de la santé publique depuis un peu plus de 15 ans. Présentement employé à la Direction de la santé publique de l'Outaouais à Hull où il a été coordonnateur du module Promotion de la santé , il a été également chef de programmes en maladies infectieuses dans un département de santé communautaire. Monsieur Déry est chargé de cours en élaboration de programmes de promotion de la santé à l'Université du Québec à Hull. Il participe à diverses études et interventions axées sur la prédiction de comportements liés à la santé et le marketing social. Il participe activement à la lutte au tabagisme, à la prévention des traumatismes et à l'implantation de programmes de promotion de la santé en milieu de travail.

Alain DESRANLEAU est agent de planification et de programmation sociosanitaire à la Direction de la santé publique de la Régie régionale de Santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. Il oeuvre dans le domaine de la santé communautaire depuis une douzaine d'années. Conseiller du programme Kino-Québec au niveau régional, il préside et coordonne depuis trois ans le comité provincial de communication pour cette organisation. Alain Desranleau a travaillé également sur l'actualisation de la Politique de santé et de Bien-être dans Chaudière-Appalaches et sur l'organisation des communications au sein de sa direction.

André DONTIGNY est médecin spécialiste en santé communautaire et agit à titre de médecin conseil à l'Unité de santé publique du Centre hospitalier régional de Rimouski (CHRR). Il travail présentement dans les domaines de prévention des cancers et des traumatismes.

Madame Édith DUMONT est agente de planification sociosanitaire pour le module Kino-Québec. Elle travaille au sein de la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches. Le mandat qui lui est dévolu vise à promouvoir un mode de vie physiquement actif auprès de la population de cette région. Elle oeuvre à promouvoir et à implanter les différents programmes du module Kino-Québec auprès des clientèles adultes et aînées. Madame Dumont est titulaire d'un premier baccalauréat en Science de l'activité physique et d'un second en Éducation physique. Elle poursuit également, à temps partiel, des études dans le cadre du programme de Maîtrise en santé communautaire de l'Université Laval à Québec.

Après quelques années de pratique médicale en urgence et en CLSC, Pierre GOSSELIN s'oriente vers la santé publique et se spécialise en santé environnementale à l'University of California at Berkeley. Attaché au DSC du Centre hospitalier régional de Rimouski jusqu'en 1987, il travaille maintenant au Centre de santé publique de Québec, d'abord comme coordonnateur du service de santé publique, puis à partir de 1989, comme président du Comité de santé environnementale du Québec. Il coordonne ainsi plusieurs activités à l'échelle du Québec, et est à ce titre en relation avec plusieurs ministères, universités, et corporations privées ou publiques. Il est aussi professeur adjoint de clinique au Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval depuis 1989. Il est l'auteur ou co-auteur de huit livres et de nombreuses publications scientifiques ou de vulgarisation. Il est aussi très impliqué au sein des groupes environnementaux québécois, d'abord comme président de l'Union québécoise pour la conservation de la nature (UQCN) de 1990 à 1993, puis comme président d'ÉcoSommet depuis 1994. Il a été nommé au Conseil de la Santé et du Bien-être du Québec en 1993, et au Health Professionals Task Force de la Commission mixte internationale (Canada-USA) en 1995.

Étienne LABILLOIS est détenteur d'un baccalauréat (1984) et d'une maîtrise (1989) en sociologie. C'est à la suite d'études universitaires de premier cycle dans cette discipline qu'il poursuit une formation supérieure axée sur les impacts des nouvelles technologies. Toutefois, son intérêt pour la société, comme entité globale, l'emmène à embrasser diverses avenues de recherche : la gérontologie, l'évaluation de programme, l'élaboration de politiques d'action, et la santé communautaire. De ces différents champs de pratiques, ressortent plus d'une trentaine de publications à titre d'auteur ou de co-auteur, prenant diverses formes : rapports de recherche, articles, mémoires et documents de travail.

Claude LACHAPELLE est titulaire d'un baccalauréat en philosophie de l'Université de Caen (France). Il a également obtenu un baccalauréat ès sciences et complété la scolarité de la maîtrise ès arts en anthropologie à l'Université de Montréal. Il a travaillé en information publique pour le gouvernement fédéral, ainsi que dans le domaine des arts plastiques. De 1989 à 1993, il a été coordonnateur général du Comité des personnes atteintes du VIH du Québec. À titre bénévole, il a participé à des comités et siégé sur les conseils d'administration de nombreux organismes reliés à la problématique du sida : le Comité Sida-aide Montréal, la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida, la Table

montréalaise de concertation des organismes communautaires sur le sida, le projet Accès, le Centre québécois de coordination sur sida, le Réseau canadien des regroupements de personnes vivant avec le VIH/sida, le Réseau canadien des essais pour le VIH. Claude Lachapelle a vécu avec le VIH et le sida à partir de 1984 jusqu'à la date de son décès, en mai 1995.

Michel **O'NEILL** est professeur titulaire en sociologie de la santé, en santé communautaire et en promotion de la santé à l'École des sciences infirmières de l'Université Laval, à Québec ; il est aussi co-responsable du GRIPSUL (Groupe de recherche et d'intervention en promotion de la santé de l'Université Laval) et co-directeur du Centre québécois, collaborateur de l'OMS pour le développement de Villes et villages en santé. Titulaire d'un doctorat en sociologie de l'Université de Boston, M. O'Neill oeuvre dans le domaine de la santé communautaire depuis une vingtaine d'années à divers titres : agent de recherche dans un Département de santé communautaire, professeur, chercheur, consultant et militant. Ses champs d'enseignement et de recherche gravitent depuis plusieurs années autour des aspects socio-politiques de la promotion de la santé ; il a publié à ce sujet, en tant qu'auteur ou co-auteur, deux livres et plusieurs dizaines d'articles ; il a aussi présenté des communications lors de congrès scientifiques ou professionnels un peu partout à travers le monde.

Renée **PINARD** est agente de relations humaines au Centre jeunesse du Bas Saint-Laurent, établissement qui émerge de deux organisations fondatrices : les Centres de services sociaux et les Centres de réadaptation pour jeunes en difficulté grave d'adaptation. Titulaire d'une maîtrise en enseignement de l'Université de Sherbrooke et actuellement inscrite au doctorat en éducation à l'UQAM, M^me^ Pinard oeuvre dans le domaine des services aux jeunes en difficulté grave depuis environ sept ans à divers titres : agente de recherche et de planification, coordonnatrice à la recherche, au développement et aux programmes. Elle a aussi collaboré à la publication d'un ouvrage intitule :« La recherche au service des jeunes en difficulté grave d'adaptation » et est l'auteure de différents documents produits dans le cadre de son travail et traitant, entre autres, de l'intervention intensive auprès des familles, de services de réadaptation pour les 6-13 ans, de services de réadaptation en toxicomanie juvénile, de programmes de réadaptation par le travail, etc.

O 12,737
ex.2

E-2485
O'Neil, M. et al.

La santé politique : petit manuel d'analyse et d'intervention ds le domaine de la santé

DATE	NOM
130495	

O 12,737
ex.2