

3

Résumé

Au Québec, en vertu de la Loi sur la santé publique (L.R.Q. chapitre S-2.2, 2001, article 54), le ministre de la Santé a un droit de regard sur les mesures prévues par les autres ministères dans leurs lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population. Ainsi, les acteurs de santé publique du palier central ont cherché à soutenir la mise en œuvre de cet article, de manière à favoriser l'adoption de politiques publiques favorables à la santé. Ce texte examine les enjeux éthiques liés à l'élaboration de telles politiques. Après avoir exposé les tensions entre bien individuel et bien commun ainsi que les valeurs de justice sociale, responsabilité et démocratie qui y sont reliées, nous illustrerons les enjeux éthiques à travers l'exemple du cinémomètre photographique comme mesure visant à augmenter la sécurité routière.

Mots clés bien individuel et bien commun, cinémomètre, enjeux éthiques, politiques favorables à la santé

Les enjeux éthiques de l'élaboration des politiques publiques favorables à la santé : réflexion et illustration

DANIELLE BLONDEAU, FRANCE GAGNON, GENEVIÈVE BRISSON, KARINE AUBIN, & DOMINIQUE GAGNÉ

Introduction

La préoccupation de prolonger la vie et d'entretenir le bon fonctionnement du corps est présente depuis longtemps déjà dans les sociétés occidentales. Vigarello rappelle que les grands textes médiévaux présentent des conseils visant à « conserver et garder la santé corporelle ». (1 p7) Dans les sociétés postmodernes, l'idée du bon citoyen qui adopte un comportement responsable face à sa santé et de bonnes habitudes de vie a été mise de l'avant, au cours des dernières décennies et plus ou moins formalisée par diverses

« approches » de santé publique, allant de l'éducation pour la santé à la promotion de la santé.

À travers la logique des déterminants de la santé, les habitudes de vie des individus et l'environnement sont devenus les nouvelles cibles d'intervention de la santé publique.[2] Les stratégies proposées dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé illustrent cette tendance faisant en sorte qu'il ne faut plus miser uniquement sur les services de santé individuels mais également sur l'action communautaire, les milieux favorables et les facteurs environnementaux, de façon à « établir une politique publique saine ».[3] Ainsi, en parallèle à une vision étroite de la santé physique centrée sur l'individu, coexiste depuis quelques décennies une vision plus large de la santé centrée sur les groupes ou les populations et leur environnement.

Au Québec, la santé publique s'est fortement institutionnalisée au cours des deux dernières décennies : création au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux d'une Direction de santé publique en 1993 et en 2001, du poste

de Directeur national de santé publique; création en 1998 de l'Institut national de santé publique du Québec; adoption des *Priorités nationales de santé publique* en 1997 et en 2003, du *Programme national de santé publique 2003-2012*. [4,5] En 2001, la révision de la *Loi sur la santé publique* reconnaissait les quatre grandes fonctions de la santé publique que sont la surveillance, la protection, la prévention et la promotion de la santé et du bien-être. Plus encore, l'article 54 de cette loi fait du ministre de la Santé, « le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique ». En ce sens :

[...] Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des *politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population*. À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des *mesures prévues par les lois et règlements* qui pourraient avoir un *impact significatif* sur la santé de la population. [6]

Ainsi, l'intention gouvernementale de considérer l'impact significatif potentiel des politiques publiques sur la santé est inscrite formellement dans la loi au Québec. La mise en œuvre de cet article de loi suppose des changements majeurs dans la façon dont se font les politiques publiques si l'on ambitionne qu'elles soient « aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population ». Cela représente des défis considérables pour les acteurs concernés et ce, sur les plans politique, organisationnel et scientifique. [7,8]

Le but du présent article est d'amorcer une réflexion sur les enjeux éthiques liés à l'élaboration de telles politiques. Quelles valeurs peuvent être en jeu dans ce processus qui vise l'orientation de l'action publique, le choix des instruments et des règles collectives qui concernent somme toute chaque citoyen ? Cette question est doublement pertinente car elle concerne à la fois les valeurs sur lesquelles reposent le bien commun recherché et les finalités de l'action publique qui peuvent être sources de tensions. De plus, le modèle d'analyse de politiques publiques de Sabatier et Jenkins-Smith, qui interpelle directement les notions de valeur, de principe stratégique et de règle est à la base du cadre conceptuel proposé par Gagnon, Turgeon et Dallaire pour mieux comprendre l'élaboration des PFS. [9,10]

Dans un premier temps, nous définirons les notions de valeurs, principes et règles qui sont au centre des réflexions éthiques et tel que mentionné, utilisées par Sabatier et Jenkins-Smith pour décrire le système de croyances propre à un groupe d'acteurs qui se rassemblent pour défendre leur « vision » d'un problème public ainsi que leurs solutions. [9] Par la suite, nous nous intéresserons aux tensions entre le bien individuel et le bien commun à partir d'une recension des

écrits, réalisée dans les principales banques de données en sciences sociales et santé, centrée sur les thèmes de l'éthique et des politiques favorables à la santé. Une vingtaine d'article ont été retenus. De cette recension, les valeurs de justice sociale, de responsabilité et de démocratie, au sens du droit des citoyens de participer aux choix collectifs, sont ressorties comme centrales dans les discussions relatives à l'orientation de l'action publique, au nom du bien commun.

Dans un deuxième temps, nous examinerons les enjeux éthiques de l'intégration d'une mesure, soit le cinémomètre photographique. Celui-ci a été proposé comme solution au problème de vitesse au volant au Québec à différentes reprises depuis plus de trente ans. Il a fait l'objet d'une étude documentaire à l'automne 2005, en collaboration avec le ministère des Transports du Québec (MTQ). [11] Après une mise en contexte du cas à l'étude, nous verrons à dégager les valeurs sous-jacentes aux principes stratégiques et règles mis de l'avant par les groupes d'acteurs.

Les valeurs, principes et règles comme points d'ancrage de l'analyse

Par sens commun, il est habituel de définir le mot *valeur* de la façon suivante : « ce en quoi une personne est digne d'estime ». [12] Ce terme revêt également le caractère du désirable. [13] C'est dans cet esprit que Lalande en propose cette définition : « caractère des choses consistant en ce qu'elles sont plus ou moins estimées par un sujet ou, plus ordinairement, par un groupe de sujets déterminés ». [14 p1183] L'autonomie, la justice, la liberté sont des exemples de valeurs. Bref, la valeur représente une sorte d'idéal recherché par une personne ou une communauté.

Si le mot valeur est le plus général, le *principe* qui en découle représente une sorte d'axiome qui suggère une orientation à l'action. En quelque sorte, il précise la valeur. Par exemple, en bioéthique, en vertu de l'autonomie (valeur), le principe qui lui est associé sera le respect de l'autonomie. Quant à la règle, elle est plus concrète et vient encadrer l'action. Durand la définit comme « une formule prescriptible qui indique la voie à suivre pour atteindre une fin ». [15 p165] Ainsi le principe du respect de l'autonomie se traduira par la règle du consentement éclairé. Voilà pourquoi la règle « est un outil opérationnel ». [15]

Dans une même logique, les politologues américains Sabatier et Jenkins-Smith ont utilisé ces notions de valeur, principe et règle pour désigner le système de croyances propre à un groupe d'acteurs (coalition) qui souhaite faire valoir sa « vision » d'un problème donné par rapport à celle d'un autre groupe d'acteurs. [9,16] Selon ces auteurs, les croyances des

acteurs se déclinent en trois niveaux :

1) celui des croyances ou valeurs fondamentales d'un individu (*deep core*). Ce niveau correspond aux axiomes normatifs considérés comme universels, soit aux valeurs comme la justice, la liberté, l'égalité et concerne l'ensemble de la société.

2) celui du noyau superficiel (*policy core*). Ce niveau est associé aux principes stratégiques, ou options programmatiques, par lesquels les individus font valoir leurs croyances ou valeurs. Ce niveau se traduit dans les politiques publiques et touche un domaine d'interventions.

3) le troisième niveau regroupe les aspects secondaires (*secondary aspects*), définis comme des décisions instrumentales qui ne s'appliquent qu'à une partie du domaine concerné (règles administratives, allocations budgétaires, etc.).

La figure 1 présente l'articulation possible entre ces notions dans une perspective de politique publique qui nous servira d'ancrage pour la présente analyse.

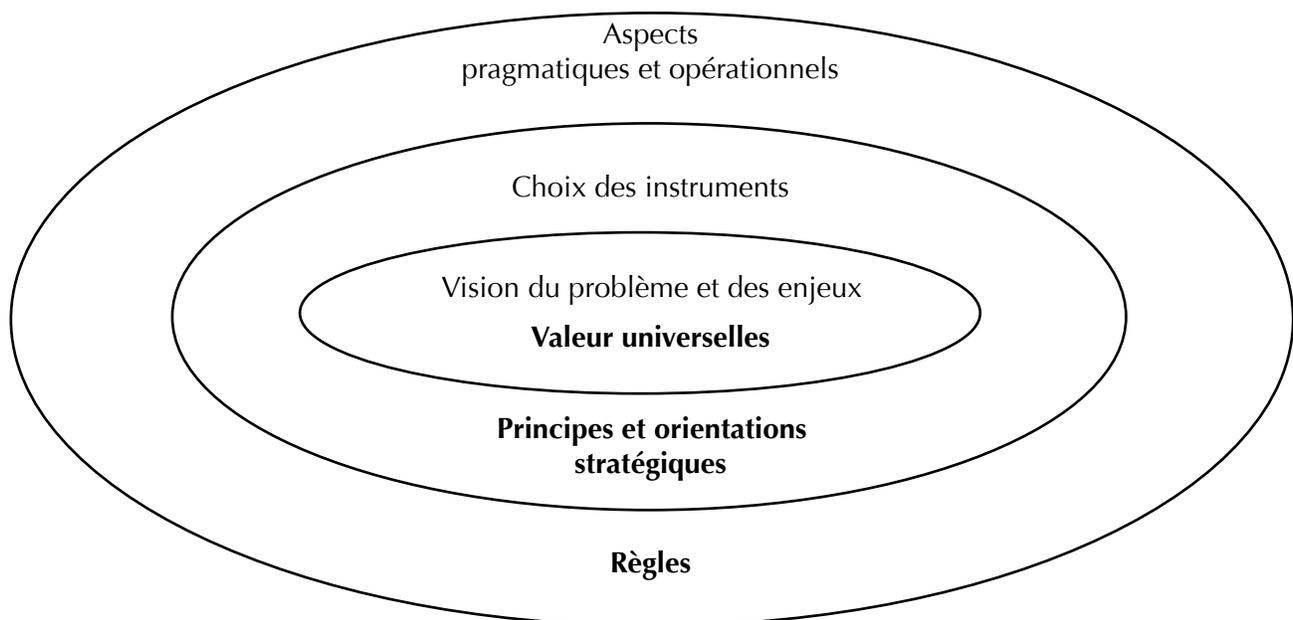
Vues sous cet angle, la formulation et l'adoption de politiques publiques, voire de politiques favorables à la santé, ne sont pas le résultat d'une rationalité parfaite mais découlent de la confrontation entre divers systèmes de croyances « défendus » par différents groupes d'acteurs. D'un point de vue éthique, l'enjeu fondamental concerne la tension quasi omniprésente entre une orientation prédominante en faveur

de la protection des libertés civiles et des droits individuels, expression de l'autonomie, et une orientation collective vouée à la protection du bien commun.

Tensions entre le bien individuel et le bien commun – valeurs et enjeux éthiques : résultats d'une recension des écrits

Les droits humains, généralement reconnus dans les pays occidentaux, visent à garantir les libertés fondamentales et, pour cette raison, sont dits inaliénables. Or, en matière de santé publique, l'État recherche le bien commun par la surveillance, la protection, la prévention ou encore la promotion de la santé. À ce titre, il risque d'imposer aux citoyens ses normes en vue de la poursuite de son objectif. Comment assurer, voire améliorer la santé des populations, sans brimer les libertés individuelles ? Comment concilier les choix des individus et les implications collectives de leurs décisions ? Il s'agit ici du rapport classique entre le bien commun et le bien individuel, ce dernier étant subordonné au premier selon Aristote. En effet, pour celui-ci le politique est la valeur éthique suprême.[17] En termes plus modernes, il s'agit du rapport entre le public et le privé, entre l'État et le citoyen. Mais, la question est légitime, s'agit-il de deux sphères d'activités antinomiques ou complémentaires ?

Les politiques publiques peuvent viser des institutions ou des organismes mais aussi des citoyens pour la plupart autonomes et aptes à faire des choix. Les tensions entre les citoyens et l'État sont alors susceptibles d'apparaître d'autant plus que, comme le souligne Boisvert, la culture



traditionnelle s'organise autour de valeurs comme le droit de choisir, l'autonomie et la diversité.[18] Ces valeurs axées sur l'individu favorisent un certain climat de suspicion à l'endroit de tout ce qui pourrait être considéré comme une entrave à l'épanouissement personnel. Par conséquent, cette configuration de la démocratie contraint le système politique à être à l'écoute des citoyens dans sa quête de légitimité.

Prenons comme exemple la prohibition du tabagisme. Les lois interdisant l'usage de la cigarette dans les lieux publics visent à éviter des préjudices graves comme diverses maladies pulmonaires. Cependant, pour certains acteurs, une telle politique vient limiter la liberté individuelle des fumeurs même si les effets de la fumée secondaire sont connus. Une tension peut alors surgir entre le souci de bienfaisance de l'État et l'autonomie du citoyen. Que penser alors des interventions visant à limiter la consommation d'alcool ou à promouvoir une saine alimentation ? Au nom de la santé publique, l'État ne s'immisce-t-il pas dans la vie privée des citoyens ? Ces exemples illustrent le « noyau dur des enjeux éthiques générés par la santé publique », pour reprendre l'expression de Massé.[19] Ce noyau dur consiste en « la promotion via des moyens coercitifs ou des pressions à caractère proprement moral d'une conformité à des comportements et des manières de vivre promus au rang de conditions obligées du salut sanitaire ».[19 p7]

Jusqu'où peut aller l'État, en termes de régulation, pour assurer la santé publique ? Gostin avance que trois types d'interventions coercitives sont justifiés d'un point de vue éthique.[20] L'État peut intervenir 1) si un individu représente un risque pour autrui; 2) en présence d'individus inaptes, c'est-à-dire incapables d'exercer leur autonomie ou de se protéger eux-mêmes et 3) lorsque le comportement d'une personne apte représente un risque pour elle-même. Mentionnons que l'extension d'une telle forme de paternalisme peut conduire à la coercition au moment où des comportements d'individus échapperaient à la logique étatique. Celui qui ne se conforme pas à la norme édictée devient-il pour autant un déviant ?

Poussée à l'extrême, la logique du paternalisme ira jusqu'à imposer au citoyen une norme et dicter le comportement. Dans cette perspective, l'intervention de l'État assujettit et infantilise. Voilà pourquoi Massé évoque l'idée de moralisation émanant de diktats qui pourraient se traduire de la façon suivante : « porter un casque à vélo »; « manger cinq fruits et légumes et faire 30 minutes d'exercice par jour »; « réduire la consommation de gras », etc.[21 p177] Quelle est alors la place accordée à l'autonomie individuelle ? Le citoyen n'a-t-il pas des droits à l'égard de sa propre santé ?

Massé va jusqu'à dire : « Dans quelle mesure, [...], la santé publique est-elle autorisée à faire la promotion de certaines valeurs ? ».[21 p367]

Pour certains auteurs, les domaines du public et du privé sont complémentaires plutôt qu'antinomiques. Selon Gostin, la responsabilité de l'État est d'assurer des conditions favorables à la santé sans violer la nature d'une société démocratique. [20] Même si une certaine forme de paternalisme risque d'empiéter sur l'autonomie des citoyens, l'État a la responsabilité de défendre le bien commun. Voilà pourquoi Massé suggère l'idée d'un paternalisme modéré, condition nécessaire pour assurer la santé publique et inciter les citoyens à adopter des comportements dont les bienfaits sont certains, mais qu'ils n'auraient pas adopté sans aide extérieure.[22] La responsabilité du citoyen cependant, poursuit Massé, consiste à s'engager envers le bien commun, c'est-à-dire à se solidariser envers les normes et les règles proposées par la collectivité. C'est pour cette raison que l'auteur évoque la notion de responsabilité partagée.[22 p270] Quant à Daniel Callahan, bioéthicien américain influent, il propose une conversion des principes déjà acceptés par l'individualisme libéral en une perspective communitariste, favorisant ainsi la réunion du bien individuel et du bien commun et l'élargissement du questionnement.[23] Ce type d'approche, selon Callahan, a le mérite de centrer le débat sur des questions fondamentales comme la nature humaine, les droits humains et le bien commun et de l'éloigner de la sphère privée.

De leur côté, Kenny et al. suggèrent d'adopter une perspective relationnelle afin de mieux rendre compte des préoccupations collectives de la santé publique.[24] Ces auteurs souhaitent ainsi intégrer les dimensions sociales et politiques de la santé publique en proposant les notions d'autonomie relationnelle, de justice relationnelle et de solidarité relationnelle. Cette perspective obligerait selon eux à un processus décisionnel transparent, équitable et inclusif qui ferait en sorte que les politiques publiques élaborées, par exemple lors de crises, ne creusent pas davantage les inégalités.[24] Comme le soulignent les auteurs, il y a encore beaucoup de travail à faire pour peaufiner ces propositions.

Ainsi, le rôle de l'État face à la promotion et à l'adoption des comportements « sains » soulève de nombreux enjeux éthiques gravitant autour de l'autonomie des personnes. En effet, certaines des politiques proposées peuvent outrepasser les règles du consentement et s'imposer de manière plus ou moins forte aux citoyens. Les politiques publiques mettent en évidence les écueils d'un paternalisme voué à produire des bienfaits au sein de la population.

En résumé, quand il est question de politiques publiques favorables à la santé, se pointe l'enjeu du fragile équilibre à préserver entre la protection des libertés individuelles et les obligations de l'État vouées au bien commun, que l'on peut représenter de la façon suivante.

Les valeurs de justice sociale, de responsabilité et de démocratie

Trois principales valeurs se dégagent de la littérature portant sur les enjeux éthiques en matière de santé publique, soit en termes d'orientation de l'action publique. Il s'agit de la justice sociale, de la responsabilité et de la démocratie au sens du droit des citoyens de participer aux choix collectifs.

Justice sociale

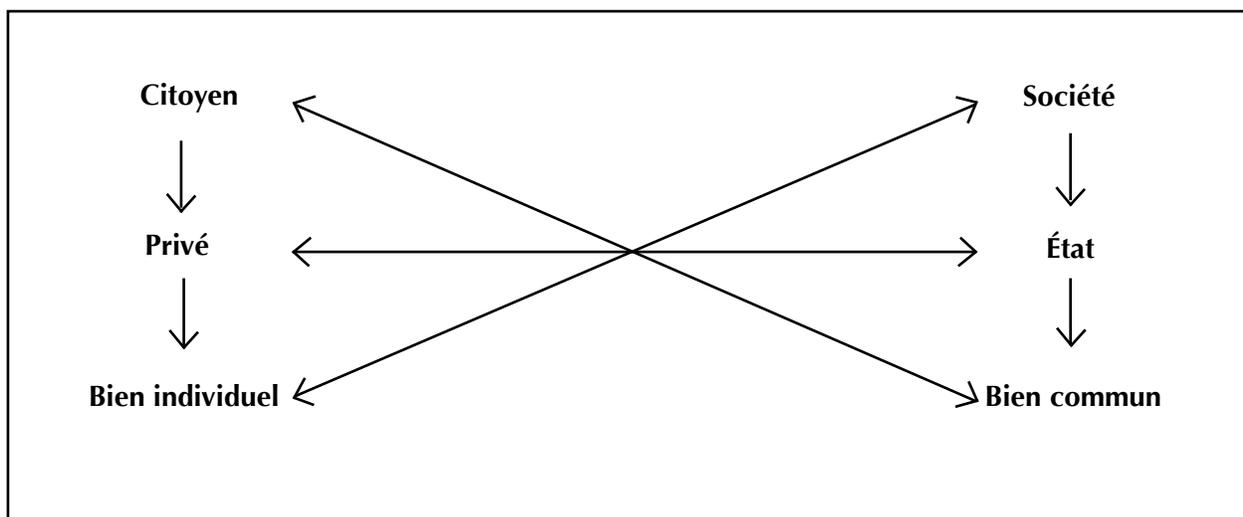
Selon Aristote, la justice est une valeur qui rend possible la vie en société et qui assure le bien commun tout en respectant les droits individuels. Cette valeur pourrait se traduire aujourd'hui en tant que justice sociale. Elle comprend deux formes : la justice commutative et la justice distributive. La justice commutative, qui repose sur une égalité arithmétique, consiste à remettre à chacun son dû.[25] Par extension, l'égalité consiste à reconnaître que les êtres humains sont égaux entre eux, en droits et en dignité. Quant à la justice distributive, elle repose sur l'équité et tend à rétablir les iniquités dues, par exemple, à la maladie. En d'autres mots, l'équité vise à corriger les injustices. Elle se traduit, notamment, dans la distribution des ressources et des services de santé. L'équité demeure un objectif louable, mais difficile à atteindre. En effet, explique Sreenivasan, l'« égalité d'opportunité » est préalable à la santé, et c'est ainsi que

l'auteur introduit les déterminants sociaux de la santé, ces facteurs qui ont un effet, positif ou négatif, sur la santé d'un individu dans une population donnée.[26] Dès lors, comment assurer l'équité en santé puisque les sources d'inégalité en santé ont des origines complexes et diverses ? Une croissante évidence empirique met en lumière l'influence, sur la santé, des disparités sociales, raciales, économiques et celles liées au genre.[27] Dans cette perspective, par exemple, la réduction de la pauvreté et l'éducation représentent des moyens pouvant réduire les inégalités. Voilà pourquoi, soutient Daniels, l'accès égal aux services de santé n'assure pas en soi l'équité en santé.[28] La question est titanesque puisque le problème se situe en amont de l'état de santé comme tel, au niveau de ses différents déterminants. Rawls utilise l'expression « principe de différence » pour désigner une allocation qui ne se conforme pas au strict principe d'égalité.[29]

En matière de santé publique, la justice sociale est centrale. Si elle cherche à veiller à l'égalité des citoyens, elle doit également assurer l'équité dans la distribution des bénéfices et des ressources. Les tensions sur le plan éthique surgissent compte tenu des disparités sociales concernant les individus et des ressources limitées dont dispose l'État.

Responsabilité

La question de la responsabilité est tout aussi incontournable en matière de santé publique : elle concerne autant la responsabilité étatique que la responsabilité individuelle. La responsabilité de l'État est de protéger et de promouvoir la santé et le bien-être de la population, par le biais de mesures



législatives et réglementaires, économiques et fiscales, informatives et communicationnelles ou encore par l'imposition de normes et de standards. Dans les termes de la science politique, il s'agit là des instruments de gouverne.[30 p106-7] Face à ce rôle, Childress et al. soulèvent l'enjeu éthique de la justification et des limites de la coercition gouvernementale qui pourrait éventuellement constituer une entrave aux droits et libertés individuels.[31] Gostin expose le problème de la façon suivante : comment savoir quand le bien public vaut la peine d'être poursuivi alors qu'il peut entraver les droits individuels ?[20] Pour Massé, cette responsabilité « paternaliste » de l'État risque d'empiéter sur l'autonomie des personnes.[22] En contrepartie, le citoyen a également une responsabilité envers le bien commun et, toujours selon Massé, il doit se solidariser autour des normes et règles proposées.[22] La responsabilité du citoyen se traduit par son engagement à contribuer au bien commun. Bref, c'est à une responsabilité partagée que nous convie Massé. Quant à Boisvert, il évoque la notion de « co-responsabilité ».[18]

En résumé, les justifications et les limites des responsabilités individuelle et étatique visent un équilibre qui concourt tant au bien public qu'individuel, sans violation ni empiètement de l'État sur le citoyen, et vice et versa.

Démocratie et participation du citoyen

La démocratie peut s'exprimer dans un spectre très large. Dans les systèmes démocratiques, l'idée de la participation du citoyen aux choix collectifs s'est imposée au cours des dernières décennies et cela notamment face aux ressources limitées à consacrer, par exemple, au système de santé.[32,33] En ce sens, plusieurs auteurs insistent sur l'importance de la participation du citoyen, qualité inhérente à une pratique éthique de la santé publique. Massé postule trois formes de participation du citoyen.[34] Une première consiste en une consultation qui s'inscrit dans une logique politique d'estimation de la proportion de citoyens favorables à une intervention conçue par des experts. Une deuxième consiste à mesurer la présence, l'importance et la distribution d'une liste de valeurs fondamentales auprès de populations ciblées. Cette forme de participation permet d'identifier les conflits de valeurs et elle permet d'éclairer les experts qui prendront les décisions. Enfin, une dernière stratégie consiste à impliquer les citoyens dans des groupes de délibération à caractère éthique. Cette forme de participation présuppose un recul critique à l'endroit des experts. Pour Massé, la justification d'ordre anthropologique de la participation du public repose sur deux postulats. D'abord, le citoyen est un acteur directement impliqué qui a peut-

être développé une connaissance des bénéfices, préjudices, conséquences de certaines interventions. Deuxièmement, il s'agit de la reconnaissance de la compétence du citoyen, du non-expert, face à l'arbitrage de valeurs ou principes au service du bien commun. Si la participation du citoyen est une condition nécessaire pour assurer le caractère éthique des délibérations, elle n'est pas cependant une condition suffisante. Mittlemark souligne aussi la nécessité de la participation citoyenne à l'élaboration des politiques de santé, notamment au palier local.[35,36] Cette appréciation permettrait de mieux identifier les impacts négatifs sur la santé, ce qui contribuerait à améliorer les réponses politiques en matière de santé publique. Bref, la participation du citoyen comme valeur en appelle, à la fois, à la responsabilité de l'État et du citoyen, dans un souci de justice sociale.

Ainsi en pratique, examiner les enjeux éthiques liés aux politiques favorables à la santé implique de revenir sur le processus décisionnel d'où résultent ces politiques. Ce processus interpelle en effet des valeurs individuelles et collectives qui se traduisent comme nous l'avons vu précédemment dans des principes stratégiques et des règles qui visent le bien commun, c'est-à-dire à favoriser la santé de la population.

La formulation de politiques favorables à la santé : une illustration des tensions axiologiques dans le cas du cinémomètre photographique

Les valeurs de responsabilité, justice sociale et participation semblent au cœur des écrits traitant du lien entre politiques favorables à la santé et éthique. Les règles et les principes stratégiques « défendus » par divers acteurs se fonderaient souvent sur ces trois valeurs, et interpellent des enjeux allant de l'individuel au collectif. Afin de mettre à l'épreuve les valeurs mises au jour par la recension des écrits théoriques, une illustration concrète est proposée. Nous cherchons ainsi à relever les enjeux éthiques présents lors des débats entourant le choix du cinémomètre photographique, comme mesure visant à améliorer la sécurité routière ou encore à limiter les impacts négatifs sur la santé de la vitesse au volant. Il s'agit d'une politique d'un ministère autre que celui de la Santé et des Services sociaux et visant directement la prévention des accidents et des traumatismes. Le cas met en jeu des acteurs de santé publique ainsi qu'une grande diversité d'autres acteurs. Enfin, des tensions autour de valeurs et de principes stratégiques se sont manifestées au cours du processus menant au choix de cette mesure.

Méthodologie

Les données d'analyse sont tirées d'une recherche plus vaste

comportant huit études de cas menées dans quatre ministères du gouvernement du Québec.[37] Ces études visaient à retracer la formulation / adoption de politiques publiques favorables à la santé. La collecte de données a été réalisée à partir d'un devis basé sur un cadre conceptuel inspiré du modèle de Sabatier et Jenkins-Smith.[9,10]

Les données proviennent de quatre grandes sources de documentation : la documentation gouvernementale (documents de travail, rapports, comptes-rendus de réunions, mémoires déposés par des acteurs-clés et de projets de loi, articles de la presse écrite) ; la documentation des associations professionnelles, organismes ou groupes d'intéressés, incluant leur site Internet et la documentation scientifique (synthèse de connaissances, communications ou avis). L'ensemble de ces documents sont du domaine public. La programmation de recherche dans laquelle s'inscrit ce projet a été soumise au comité d'éthique de l'École nationale de santé publique (CÉR_ÉNA-2007-01). Au total, plus d'une soixantaine de documents ont fait été analysés. Pour les fins de cette analyse, nous avons réduit le corpus documentaire initial afin de nous concentrer sur un moment particulier du processus décisionnel alors que plusieurs acteurs ont donné leur avis sur le sujet. Ainsi, nous traiterons des positions présentées lors de deux consultations, soit celles sur le Livre vert sur la sécurité routière et sur le projet de loi no 17. *Loi modifiant le Code de la sécurité routière et le Code de procédure pénale* (synthétisées dans le Tableau 1).[38,39]

L'étude de cas documentaire a fait ressortir les positions et principaux arguments des acteurs-clés, leurs enjeux et leurs recommandations à l'aide du modèle analytique des coalitions plaidantes adapté par Gagnon, Turgeon et Dal-

laire.[10, 37]

Dans le cadre de cet article, ces éléments ont été réutilisés dans une approche d'analyse des catégories émergentes (*emic*).[40] Cette approche laisse émerger les thèmes (ici, les principes et les règles) à partir des discours compilés. Par la suite, ces catégories ont été classées sous différentes valeurs. Cette analyse a permis d'approfondir les résultats obtenus lors de l'analyse première et explique que des valeurs et principes stratégiques se soient ajoutés à ceux mis au jour initialement. Pour les fins de la catégorisation, les termes *valeur*, *principe stratégique* et *règle* se rapportent aux définitions présentées ci-haut.

Cette illustration ne permet pas, à elle seule, de statuer sur tous les enjeux éthiques associés aux politiques publiques favorables à la santé. Par cet exemple, nous souhaitons illustrer comment les règles et les principes stratégiques de politiques publiques se fondent sur différentes valeurs, sources de tensions. Cet exercice permet aussi de mesurer l'intérêt de d'appliquer plus largement cette démarche à d'autres études de cas associés à des politiques publiques favorables à la santé. Par ailleurs, l'analyse initiale du cas comporte un niveau de complexité, notamment en termes de contexte institutionnel, politique qui ne peut être repris intégralement ici. Seuls les éléments pertinents à la démonstration ont été retenus.

Contextualisation

Le cinémomètre photographique est un outil de gestion de la vitesse sur les routes. Cet appareil permet d'émettre des constats d'infraction aux automobilistes dépassant la vitesse permise sans qu'une présence policière soit nécessaire et ce,

Groupes d'acteurs	Position
Acteurs de palier central (2)*	Favorable (2) **
Acteurs du palier municipal (3)	Favorable (2) Défavorable (1)
Représentants des corps policiers (4)	Favorable (2) Défavorable (2)
Assureurs automobiles (2)	Favorable (2)
Acteurs assurant la protection des droits des citoyens (3)	Défavorable (3)
Experts fournissant des informations scientifiques (3)	Favorable (3)
Représentants des industries du taxi, de la location de véhicules, du camminage, des concessionnaires automobiles et de la carrosserie (6)	Défavorable (4) Mitigée (2)
Industrie du cinémomètre (1)	Favorable (1)
Population/groupe de citoyens (1)	Défavorable (1)

même lorsque la densité de circulation est élevée. L'intérêt pour cet appareil est lié à des préoccupations de sécurité et de santé en raison du lien entre la vitesse et les accidents, mortels ou de gravité variée. En effet, la vitesse est considérée comme un facteur de risque majeur de traumatismes non-intentionnels. Elle est identifiée comme étant un phénomène généralisé et entraînant des coûts sociaux et économiques importants.

Au Québec, le cinémomètre photographique a été envisagé comme solution à la vitesse sur les routes dès les années 1970. L'idée a été cycliquement réitérée et l'éventuelle implantation de cet appareil a fait l'objet de nombreux débats. Le cinémomètre photographique a fait l'objet d'un premier essai au début des années 1970, puis a été retiré en 1973 en raison de l'usage excessif qui en a été fait par certains corps policiers. Une vingtaine d'années plus tard, en 1995, une requête a été déposée par la Sûreté du Québec (SQ) au ministère de la Sécurité publique (MSP) dans le but de pouvoir utiliser le cinémomètre photographique à des fins de contrôle de la vitesse sur les routes. Pour faire suite à cette requête, une table centrale de concertation a été créée. Les travaux de cette table ont été suspendus en mai 1997, puis relancés en février 1999 dans le but d'évaluer les effets de l'implantation du cinémomètre photographique. Le débat entourant cette technologie a repris de plus bel en 1999 au moment où son implantation a été invoquée par le ministère des Transports (MTQ) dans son livre vert *La sécurité routière au Québec : un défi collectif*.^[38] La commission parlementaire qui a fait suite au dépôt du livre vert a permis aux différents acteurs concernés de se prononcer sur cette piste de solution; une majorité s'y est montrée favorable, quoique des difficultés d'implantation aient été soulevées. *La Politique de sécurité dans les transports 2001-2005 – volet routier* reprend l'idée et, en 2001, un projet de loi est déposé à cet effet (39). Cependant, de nombreuses protestations forcent le ministre des Transports à retirer le projet de loi. C'est en 2003 que le cinémomètre photographique est de nouveau envisagé comme moyen d'action dans le cadre des travaux de la Table de concertation sur la vitesse créée en mars 2003. Finalement, après un changement de ministre en février 2005 et la création de la Table québécoise sur la sécurité routière en 2006, et ce, même si cette solution n'a pas fait l'unanimité lors de la commission parlementaire sur la sécurité routière tenue en mars 2006, le cinémomètre fait l'objet d'un projet pilote depuis le 1er mars 2009.

Force est de constater que le cas du cinémomètre photographique soulève des enjeux multiples de nature financière, politique et éthique. D'entrée de jeu, ce dernier aspect

se manifeste de la façon suivante :

L'appareil photographie non seulement les plaques d'immatriculation, mais aussi leurs occupants. Si la photo prise permet d'identifier ces derniers, il y a une atteinte potentielle à la confidentialité et au droit au respect de la vie privée » (37).

Depuis les années 1970, plusieurs acteurs se sont prononcés sur l'implantation du cinémomètre photographique. Ils ont pu faire part de leurs préoccupations sur différentes tribunes : 1) institutionnelles, telles les commissions parlementaires ou les avis ministériels, 2) initiées par le MTQ (consultations particulières, table de concertation ad hoc, comité de travail) et 3) médiatiques (presse écrite, etc.). Ces espaces de parole ont permis aux différentes parties prenantes d'exposer leur position, leurs intérêts et leurs arguments. Ce faisant, ils ont fait valoir leurs principes ou règles.

Valeurs sous-jacentes aux principes stratégiques et aux règles en jeu et positions des acteurs

Dans le discours des différents acteurs, leurs argumentaires se présentent sous la forme de règles et de principes stratégiques. Ces éléments opérationnalisent leurs valeurs. Valeurs, principes et règles diffèrent selon les catégories d'acteurs et leur prise de position sur le projet (en faveur/contre). Nous dégagerons les règles et les principes stratégiques, au sens de Sabatier et Jenkins-Smith, mis de l'avant par les acteurs, pour mettre en évidence par la suite les valeurs qui y sont sous-jacentes. Pour chacun des principes stratégiques dégagés, nous présenterons au préalable une brève définition afin de donner au lecteur un aperçu du sens « courant » de ce principe ou encore de l'utilisation qui en est faite dans le domaine concerné.

Le principe d'efficacité fait référence à l'obtention des meilleurs résultats dans les conditions les plus favorables.^[41] Ce principe stratégique est au cœur des règles invoquées par la majorité des acteurs, qu'ils appuient ou non l'implantation du cinémomètre photographique. Des groupes favorables au projet (acteurs des paliers central et municipal, corps policiers et développeurs de la technologie du cinémomètre) estiment que le cinémomètre permettra l'opérationnalisation d'impératifs associés à la fluidité de la circulation routière, à la priorisation des moyens les plus certains et les plus économiques d'atteindre l'objectif et la complémentarité des moyens existants. Plusieurs opposants au projet d'implantation (assureurs automobiles, corps policiers, acteurs municipaux, industrie du transport) associent pour leur part l'efficacité à l'emploi de méthodes dont l'impact a été prouvé, ce que ne représente pas le cinémomètre photographique, selon eux. Par exemple, ces groupes esti-

ment que les conséquences associées à l'utilisation du cinémomètre ne sont pas assez significatives pour modifier les attitudes des conducteurs et que la recevabilité de la preuve photographique en Cour n'est pas clairement établie. Les opposants reprennent aussi l'argument de complémentarité des moyens actuels, mais en demandant que soient révisées les méthodes qui ont déjà fait la preuve de leur efficacité dans le contexte québécois, comme par exemple le travail policier. Selon d'autres, les règles efficaces sont celles pouvant réalistement entraîner un changement d'attitude chez les conducteurs et réviser les mesures actuelles serait alors une priorité.

Le principe de sécurité fait écho à l'absence de menaces pesant sur les éléments importants aux yeux d'une personne (ses biens, sa vie, etc.) et est souvent associé, en santé publique, à la prudence.[39] La sécurité est présente dans l'argumentaire des acteurs qui estiment important que l'encadrement des déplacements limite les risques d'accidents, pour les personnes ou les biens. Des partisans du cinémomètre photographique (acteurs du palier central, experts) évaluent positivement cet outil pour assurer la sécurité. Des représentants de l'industrie du transport croient également que ce moyen renforcera la sécurité des policiers à certains endroits où l'accès est difficile et dangereux pour eux. Un groupe d'opposants fait aussi appel au principe stratégique de sécurité (groupe de citoyens). Il estime cependant que le cinémomètre photographique ne permettra pas d'assurer la sécurité sur les routes, et que ce moyen met trop l'accent sur les sommes recueillies plutôt que sur la sécurité effective.

Le principe de juste distribution des avantages et des inconvénients rejoint l'équité et la justice. En santé publique, ce principe stratégique est associé à l'idée d'une juste répartition des bénéfices et des désavantages, mais aussi des risques.[42] Plusieurs groupes d'acteurs pro-cinémomètre (acteurs municipaux, corps policiers, assureurs automobiles, experts) demandent une redistribution des ressources, donc que les sommes soient d'emblée réaffectées au réseau de transport, afin que les payeurs contribuent effectivement à améliorer la sécurité routière. Ceux-ci estiment important que le cinémomètre ne soit pas une « machine à faire de l'argent » et que les sommes recueillies par les contraventions (règles) permettent une amélioration du bilan routier. Aussi, ils souhaitent que le principe stratégique de redistribution des ressources soit retenu. Par ailleurs, certains groupes d'acteurs qui sont contre le cinémomètre appliquent ce principe en vue de protéger leurs intérêts, plutôt que pour le bien de chaque individu. D'une part, certains corps policiers

mettent en évidence la nécessité de prioriser d'abord leur mandat dans les dépenses de l'État en matière de sécurité routière et donc de renforcer leurs outils et leurs conditions de travail actuelles (règles). D'autre part, des groupes propriétaires de l'industrie du transport estiment important de ne pas créer de désavantages ou de travail supplémentaire à leurs membres. Une contravention associée au propriétaire et non au conducteur entraînerait en effet des procédures administratives supplémentaires à l'interne.

Le principe d'égalité de traitement fait appel à la garantie d'avoir les mêmes droits et les mêmes devoirs face à la loi.[41] Au contraire des acteurs invoquant le principe stratégique précédent, certains groupes s'opposant au projet (corps policiers, juristes, industrie du transport), tout comme quelques experts pro-cinémomètre, demandent plutôt une égalité de traitement entre les individus. Ils souhaitent éviter les différences entre la punition pour excès de vitesse infligée par un policier et celle résultant de l'utilisation d'un cinémomètre. Ainsi, il est proposé d'adopter le cinémomètre pour l'ensemble du réseau routier ou de ne pas l'adopter.

Le principe de prévention, en santé publique, est étroitement lié à la prudence et à la notion de risque dans un contexte de relative certitude.[42] Cet autre principe stratégique a pour but d'empêcher les situations identifiées comme étant évitables.[41] Plusieurs groupes d'acteurs favorables au cinémomètre invoquent ce principe (acteurs des paliers central et municipal, corps policiers, assureurs automobiles, chercheurs) tout comme d'autres groupes (industrie du transport, citoyens) qui n'y sont pas favorables. Le principe de prévention, qui consiste à prévenir les risques présentant un niveau de certitude en termes de connaissance et de mesure prend le plus souvent la forme d'une demande d'intervention ciblée (règle). Ainsi, le cinémomètre photographique ne devrait être employé que dans les endroits où la vitesse est déjà identifiée comme excessive ou comme étant le principal facteur d'accidents. Ce principe est invoqué afin de contrebalancer les atteintes possibles du cinémomètre à la liberté des personnes.

Le principe du respect de l'autonomie des personnes fait appel à la capacité de s'organiser soi-même et de prendre des décisions éclairées face à sa santé.[42] Ce principe stratégique est mis de l'avant par plusieurs opposants au cinémomètre photographique (corps policiers, juristes, industrie du transport). À cet effet, ils prônent des approches de sensibilisation plutôt que de répression. Au contraire, des groupes d'acteurs soutenant le projet (acteurs du palier central, corps policiers, experts) estiment important de modifier les comportements des automobilistes afin qu'ils **respectent la loi**. Le

cinémomètre photographique est un moyen pour y parvenir. Seul le groupe des citoyens s'opposant au projet invoque le même principe de respect des lois pour discréditer le cinémomètre, trop peu coercitif à leurs yeux.

Le principe du respect des droits individuels fait appel aux droits reconnus par les Chartes des droits et libertés de la personne. Les acteurs n'invoquent pas tous les mêmes droits individuels et sélectionnent plutôt un point particulier. En conséquence, ce principe stratégique n'est pas toujours invoqué pour la même finalité et il se retrouve souvent au cœur de l'argumentaire des opposants au cinémomètre photographique. Certains estiment (groupe de juristes, corps policiers, industrie du transport) que l'identification par la seule plaque minéralogique (règle) peut entraîner un risque important quant à la présomption d'innocence, car si le propriétaire de la voiture n'est pas le conducteur, une personne non-coupable serait punie injustement. Des acteurs soutenant le cinémomètre photographique (corps policiers, experts) estiment eux aussi qu'il est important que des moyens soient mis en place afin de mieux contrôler l'utilisation de cet outil et de s'assurer que les conducteurs fautifs seront les personnes punies. L'interprétation de la règle de droit civil quant aux conséquences de la responsabilité individuelle peut se lire en filigrane de cet argumentaire. Par contre, certains opposants au cinémomètre (juristes) invoquent plutôt le respect de l'anonymat des personnes. Selon eux, le principe du droit à la vie privée serait mis en péril par l'emploi de preuves photographiques.

Le principe de transparence suggère l'accès facile, rapide et complet aux informations par les personnes concernées.[41,42] Il est présent dans l'argumentaire de certains

groupes appuyant le projet d'implantation du cinémomètre photographique. Pour ces acteurs (secteur municipal, assureurs automobiles, experts et industrie du cinémomètre), il est nécessaire de clarifier les rôles et responsabilités de chacun dans le dossier et surtout de publiciser les sites où le cinémomètre sera utilisé (règles). Des membres de l'industrie du transport souhaitent que ces contraventions ne soient pas une taxation déguisée pour l'entretien du réseau routier.

Le principe d'ouverture, en santé publique, est lié à la participation des citoyens au processus décisionnel et vise l'opportunité de faire valoir son point de vue, ses perceptions et ses préoccupations sur la situation et les solutions.[42] Qu'ils soient opposants ou partisans de l'utilisation du cinémomètre photographique, des groupes de l'industrie automobile et des corps policiers souhaitent être consultés sur le choix des sites et l'utilisation du cinémomètre photographique (règles). Selon eux, les personnes concernées par ce dossier devraient être consultées.

De manière générale, les principes stratégiques évoqués diffèrent selon la position favorable, ou non, des acteurs dans le dossier (Tableau 2). Le principe de sécurité (prudence) fait exception. Il est prôné à la fois par les opposants et par ceux qui supportent l'implantation du cinémomètre photographique. Sous-jacente à ce principe, se retrouve l'idée de limiter les impacts négatifs sur la santé, voire de donner primauté à la vie. Dans l'ensemble, l'argumentaire des groupes d'acteurs soutenant l'utilisation du cinémomètre photographique se fonde davantage sur des valeurs associées au collectif. Leur position donne en effet un rôle important à l'État : il a la responsabilité première de faire respecter la loi visant à protéger la vie et de choisir des moyens efficaces

Pour		Contre	
VALEUR	PRINCIPE	VALEUR	PRINCIPE
Santé	Sécurité Prévention	Santé	Sécurité
Démocratie-participation	Ouverture Transparence		
Responsabilité de l'État	Efficacité Respect des lois	Responsabilité individuelle	Efficacité Respect de l'autonomie
Justice	Juste distribution	Justice	Juste distribution Égalité de traitement Respect des droits individuels

pour le faire. De plus, les principes stratégiques associés à la valeur de justice permettent de justifier l'atteinte aux droits individuels dans ce dossier au nom de la recherche du bien commun. Par ailleurs, seuls ces acteurs ont évoqué le principe d'ouverture sous-jacent à un idéal de démocratie. L'argumentaire des acteurs opposés au cinémomètre photographique se fonde aussi sur la responsabilité, mais il affirme en général la primauté des individus sur le collectif, dans les choix et la mise en œuvre. De plus, la demande pour le respect des droits individuels enchâssés dans la Charte incarne leur vision de la justice, tout comme la réclamation d'un traitement similaire, égal pour tous, face à la loi.

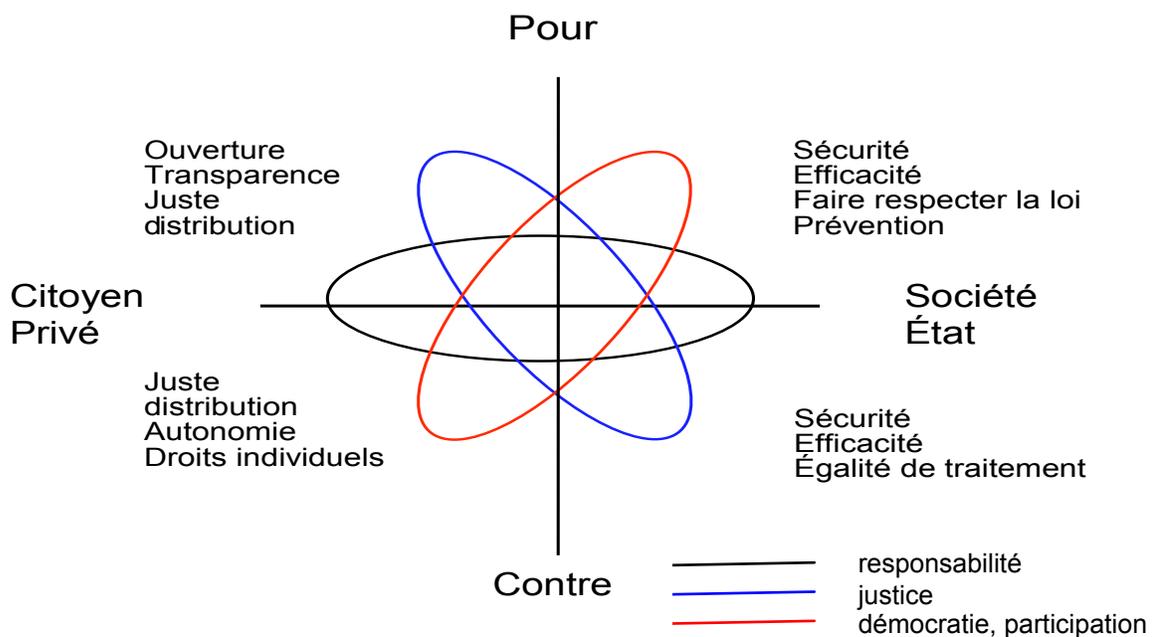
En résumé, au-delà de l'opposition apparente entre les groupes d'acteurs et du caractère technique que peut avoir l'implantation du cinémomètre, les valeurs de justice, de responsabilité et de participation sont bel et bien interpellées à travers les principes stratégiques. Ces derniers se traduisent sous la forme de règles que souhaitent voir imposer les acteurs consultés. La figure 3 illustre la répartition des valeurs et des principes stratégiques en jeu dans la tension entre le bien individuel et le bien commun, et ce, selon l'alignement des acteurs concernés.

Quelles tensions entre le bien individuel et le bien commun ?

Dans le cadre de cet article, l'illustration des enjeux éthiques à travers le cinémomètre visait à mettre à l'épreuve les valeurs mises au jour dans la recension des écrits. Celles-ci sont-elles toujours présentes lors de la formulation de politiques favo-

rables à la santé ? En quels termes s'expriment les tensions axiologiques entre elles ? De tels questionnements pourraient nous permettre de constater, ou non, des différences entre valeurs, principes stratégiques et règles en jeu dans diverses situations concrètes et de mettre au jour ce qui est au centre des tensions axiologiques.

À travers les différentes positions défendues par les acteurs au sujet du cinémomètre apparaissent des tensions entre le pôle individuel et le pôle collectif, entre le bien de l'individu et le bien commun (Figure 3). Cette figure représente la tension entre le bien individuel (citoyen, privé) et le bien commun (société, état). Dans cette polarité, s'inscrivent trois valeurs : la responsabilité, la justice et la démocratie (participation citoyenne). Cette figure appliquée à l'étude du cinémomètre, rendent visibles divers principes stratégiques. La plupart des acteurs accordent une importance au respect des libertés individuelles, à travers les règles qu'ils considèrent comme devant être imposées advenant le cas où le projet d'implantation du cinémomètre photographique serait réalisé ou encore les règles pouvant justifier qu'il ne le soit pas. Cette préoccupation peut apparaître comme étant en opposition avec l'opérationnalisation de la responsabilité de l'État. Par contre, la plupart s'entendent sur le fait que la sécurité sur les routes doit être améliorée et que les limites doivent être davantage respectées et ce, en utilisant le ou les moyens les plus efficaces, responsabilité qui incombe à l'État. C'est au nom de la responsabilité étatique envers la protection de la vie et la prévention des accidents que s'installe une tension palpable entre les principes stratégiques, et qui traduit



une tension implicite des valeurs, entre bien commun et bien individuel.

Les règles proposées pourraient aplanir certains déséquilibres et certaines tensions apparaissant entre les principes stratégiques invoqués par les acteurs. Par exemple, il peut être justifiable aux yeux de certains que le cinémomètre aille à l'encontre du respect de la vie privée et de l'autonomie des personnes afin d'assurer la sécurité de tous par un meilleur contrôle de la vitesse sur les routes. Pour contrer cette atteinte, cependant, certains acteurs proposent que l'implantation du cinémomètre soit limitée, par exemple, dans des zones considérées à risque pour les policiers et les usagers de la route, ou alors que les sites surveillés soient identifiés de façon transparente. Autre exemple : il est plus efficace d'émettre des constats d'infraction au nom des propriétaires des véhicules, mais des mécanismes devraient être mis en place pour lui permettre de ne pas être puni s'il n'était pas le fautif au volant. De même, des tensions semblent pouvoir être atténuées en assurant la bonne utilisation du cinémomètre photographique, dans un souci de sécurité du public et non pas pour « gonfler » les coffres de l'État. Implicitement, la négociation entre les principes stratégiques et les règles proposées pour résoudre les tensions permet de deviner une hiérarchisation de certaines valeurs : le bien commun primerait-il sur certains droits individuels à condition que les mesures soient justifiées ? Dans l'affirmative, c'est la valeur de justice sociale qui assurerait l'égalité de traitement et l'équité face à la distribution des bénéfices et des inconvénients. En d'autres mots, c'est par souci de justice que seraient protégées les libertés individuelles. Cette hypothèse demeure à vérifier par l'examen d'autres situations. Un autre aspect demeure également à documenter, soit celui de la participation des citoyens. Ici, le peu de données recueillies à cet effet ne permettaient pas de faire une analyse à ce sujet. D'autres cas illustratifs devraient être étudiés pour tirer des conclusions à cet effet.

Conclusion

Dans cet article, nous avons voulu montrer la nécessité de faire les liens entre la réflexion éthique et l'analyse des politiques publiques, ces dernières étant le lieu d'ancrage de nos choix collectifs et de l'action publique. Cet effort réflexif et analytique apparaît d'autant plus pertinent lorsqu'il est question de santé publique car individus, groupes et population sont alors visés. Pour les fins de cet exercice, nous avons retenu les définitions que proposent Sabatier et Jenkins-Smith des notions de valeur, principe stratégique et règle.[9]

Comme nous l'avons vu, aux règles et principes stratégiques

sont rattachées des valeurs que l'on tend trop souvent à perdre de vue ou à esquiver dans les débats. Il peut être en effet tentant de justifier l'imposition de normes au nom du bien commun, un tel choix ne sera pas pour autant légitime.[21]

Ce type d'analyse permet une réflexion en amont sur des orientations que souhaite donner l'État à l'action publique, en termes de politiques favorables à la santé. Nous avons porté notre attention sur un seul cas, mais d'autres cas pourraient être examinés. Qu'en est-il, par exemple, lorsque les politiques concernent la pauvreté, l'éducation, l'environnement ? Lorsque des publics comme les enfants, les personnes âgées, des groupes d'intéressés très structurés ou moins structurés sont concernés ? Les échanges ou les débats risquent dans certaines occasions d'être plus émotifs, mais cela ne devrait pas masquer d'une part les valeurs de responsabilité, de justice et de participation qui sont en jeu et d'autre part, la discussion sur les principes et les règles associés à ces valeurs.

Références

1. Vigarello G. Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen Âge. Paris: Éditions du Seuil, 1999.
2. Lalonde M. Nouvelles perspectives de santé des Canadiens. Ottawa: Gouvernement du Canada, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1974.
3. O'Neill M, Pederson A, Dupéré S, Rootman I. La promotion de la santé au Canada et à l'étranger: bilan et perspectives. In: O'Neill M, Dupéré S, Pederson A, Rootman I, editors. Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques. Québec: Les Presses de l'Université Laval, 2006; 3-21.
4. Bernier NF. Quebec's approach to population health: an overview of policy content and organisation. *Journal of Public Health Policy* 2006;27:22-37.
5. Colin C. La santé publique au Québec à l'aube du XXI^e siècle. *Public health in Quebec at the dawn of the 21st century*. *Santé Publique* 2004;16(2):185-95.
6. Loi de santé publique, L.R.Q, chapitre S-2.2, Article 54 2001.
7. Gagnon F, Turgeon J, Dallaire C. L'évaluation d'impact au Québec. Lorsque la loi devient l'action. *Télescope Revue d'analyse comparée en administration publique* 2008;14(2):79-94.
8. Turgeon J, Gagnon F, Bourgault J, Garant S. Politiques publiques et santé: les dilemmes de l'évaluation prospective. *Administration publique du Canada* 2005;48(3):328-47.
9. Sabatier PA, Jenkins-Smith HC. The Advocacy coalition framework. An Assessment. In Sabatier PA, ed. *Theories of the Policy Process*. Boulder: Westview Press, 1999; 117-66.
10. Gagnon F, Turgeon J, Dallaire C. Healthy public policy. A Conceptual Framework. *Health Policy* 2007;81(1): 42-55.

11. Gagnon F, Michaud M, Turcotte V. Le cinémomètre photographique. In Gagnon F, Turgeon J, editors. Santé, bien-être et formulation de politiques publiques au Québec, huit études de cas Résumés. Québec: Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé, 2007; 93-104. [En ligne]. http://www.gepps.enap.ca/GEPPS/docs/Resume_etudesdecas/resumecinémomètre_gepps30mai07.pdf
12. Le nouveau Petit Robert Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Paris: Dictionnaires Le Robert 2009; 2673.
13. Blais M. L'échelle des valeurs humaines. Montréal: Éditions Fides, 1980.
14. Lalande A. Vocabulaire technique et critique de la philosophie. Paris: Vrin, 1968.
15. Durand G. Introduction générale à la bioéthique. Histoire, concepts, et outils. Montréal: Éditions Fides, 2005.
16. Bergeron H, Surel Y, Valluy J. L'Advocacy Coalition Framework. Une contribution au renouvellement des études de politiques publiques ? *Politix* 1998;41:195-223.
17. Aristote. La politique. Paris: Vrin, 1995.
18. Boisvert Y. Crise de confiance et crise de légitimité de l'éthique gouvernementale à l'éthique publique. *Éthique publique* 2004;4(1):19-31.
19. Massé R. La santé comme nouvelle moralité. In: Fortin P, editor. La réforme de santé au Québec. Montréal: Les Éditions Fides, 1999; 155-74.
20. Gostin LO. Public health law in new century. Part III: Public health regulation: a systematic evaluation. *Journal of American Medical Association* 2000;283(23):3118-22.
21. Massé R, Raymond J. Éthique et santé publique. Enjeux, valeurs et normativités. Québec: Les Presses de l'Université Laval, 2003.
22. Massé R. De la responsabilité paternaliste de l'État à la responsabilité individuelle: les enjeux éthiques de la santé publique. In: Gagnon É, Saillant F, editors. De la responsabilité Éthique et politique. Montréal: Liber, 2006; 254-72.
23. Callahan D. Individual good and common good: a communitarian approach to bioethics. *Perspectives in Biology and Medicine* 2003;46(4):496-507.
24. Kenny NP, Sherwin SB, Baylis FE. Re-visioning public health ethics: a relational perspective. *Canadian Journal of Public Health* 2010;101(1):9-11.
25. Blay M. Dictionnaire des concepts philosophiques. France: Larousse, 2008.
26. Screenivasan G. Health care and equality of opportunity. *Hasting Center Report* 2007;37(2):21-31.
27. Scott CM, Thurston WE, Crow B. Development of healthy public policy: feminist analysis of conflict, collaboration and social change. *Health Care for Women International* 2002;23:530-9.
27. Daniels N. Equity and populations: toward a broader bioethics agenda. *Hasting Center Report* 2006;36(4):22-35.
29. Weinstock D. La santé en philosophie politique: de quel type de bien s'agit-il ? Québec: Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, Institut national de santé publique du Québec, 2010.
30. Lascombes P, Le Galès P. Sociologie de l'action publique. Paris: Armand Colin, 2007.
31. Childress JF, Faden RR, Gaare RD, Gostin LO, Kahn J, Bonnie RJ, et al. Public health ethics: mapping the terrain. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 2002;30(2):170-8.
32. Abelson J, Eyles J. Participation du public et rôle des citoyens dans la gouvernance du système de santé canadien. Ottawa: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002.
33. Forest P-G, Abelson J, Gauvin F-P, Smith P, Martin É, Eyles J. Participation de la population et décision dans le système de santé et de services sociaux du Québec. Québec: Conseil de la santé et du bien-être, 2000.
34. Massé R. Les fondements éthiques et anthropologiques d'une participation du public en santé publique. *Éthique publique* 2005;7(2):107-24.
35. Mittlemark MB. Promoting social responsibility for health: health impact assessment and healthy public policy at the community level. *Health Promotion International* 2001;16(3):269-74.
36. Gagnon F, St-Pierre M-N, Daignault-Simard X. La participation du public dans l'évaluation d'impact sur la santé: pourquoi et comment ? Québec: Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé, 2010.
37. Turcotte V. Le cinémomètre photographique. Étude de cas - version longue non publiée. Québec: GÉPPS, 2006.
38. Ministère des Transports du Québec. Livre vert. La sécurité routière au Québec: un défi collectif. Québec: MTQ, 1999.
39. Québec. Projet de loi no. 17. Loi modifiant le Code de la sécurité routière et le Code de procédure pénale: Éditeur officiel du Québec. 36e législature, 2e session, 2001.
40. Creswell, J. W. *Qualitative Enquiry and Research Design: Choosing among Five Traditions*. London: SAGE Publications, 1998.
41. Grawitz M. *Lexique des sciences sociales*, 8e édition. Paris: Dalloz, 2004.
42. Ricard S. Cadre de référence en gestion des risques pour la santé dans le réseau québécois de la santé publique. Québec: Institut national de santé publique du Québec, 2003.
43. Turgeon J, Savard J-F. *Politiques publiques*. Dictionnaire de l'administration publique. Québec à paraître.

Remerciements

Cette recherche a été rendue possible grâce au financement du Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture (FQRSC) et ses partenaires : le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Dossier 2005-SP-95622.

Les auteures remercient sincèrement les personnes du ministère des Transports du Québec (MTQ) qui ont rendu possible la réalisation de cette étude de cas, ainsi que Véronique Turcotte, assistante de recherche qui a collecté les données et rédigé la version longue de l'étude de cas.

Ils remercient également les évaluateurs anonymes pour leurs commentaires pertinents.

Pour contacter l'auteure:

Danielle Blondeau, Ph.D.

Professeur titulaire

Université Laval

Faculté des sciences infirmières

Pavillon Ferdinand-Vandry

1050, avenue de la Médecine

Québec, Québec, G1V 0A6

Canada

courriel: danielle.blondeau@fsi.ulaval.ca

France Gagnon, Ph.D.

Professeure titulaire

Télé-université (UQAM)

Geneviève Brisson, Ph.D.

Professeure associée

Université Laval

Département d'anthropologie

Karine Aubin, M.A.

Candidate au doctorat en santé communautaire

Université Laval

Faculté des sciences infirmières

Dominique Gagné, M.A.

Conseillère scientifique

Institut national de santé publique du Québec