

Un cadre d'analyse de politique publique : guide pratique

Septembre 2012

Les acteurs de la santé publique des réseaux public, communautaire et universitaire peuvent être amenés à travailler sur les politiques publiques et, dans ce cadre, à interagir avec des décideurs politiques à différents niveaux (municipal, provincial, etc.). Mais souvent, ils perçoivent que leur discours ne répond pas à tous les besoins d'information des décideurs.

Dans ce document, nous proposons une démarche structurée basée sur un cadre d'analyse qui part d'une perspective de santé publique tout en intégrant d'autres préoccupations des décideurs politiques. Nous abordons quatre questions :

- À quelles politiques publiques ce cadre d'analyse s'applique-t-il?
- Dans quelles situations est-il utile?
- Sur quels aspects porte-t-il?
- Comment procède-t-on à l'analyse?

Un cadre d'analyse pour quel type de politique publique?

Par « politique publique », on désigne ici « une action stratégique menée par une autorité publique afin d'atténuer ou de favoriser certains phénomènes se manifestant dans la population » (Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé [CCNPPS], 2012). Plus précisément, le cadre proposé est conçu pour analyser les politiques publiques favorables ou supposées favorables à la santé.

Définition des politiques publiques favorables à la santé proposée par Milio (traduction libre, 2001, p. 622) :

Les politiques publiques favorables à la santé améliorent les conditions dans lesquelles vivent les gens : des milieux de vie, des habitudes de vie et des environnements stables, sûrs, décents et durables, entre autres le logement, l'éducation, l'alimentation, l'échange d'informations, les garderies, le transport, et les services sociaux et de santé essentiels pour les communautés et les individus.

Les politiques publiques favorables à la santé peuvent provenir de et être appliquées dans différents secteurs. Leur impact attendu sur la santé tient au fait qu'elles agissent sur les conditions de vie, qui à leur tour influencent fortement la santé.

Faire une analyse de politiques publiques : dans quelles situations est-ce utile?

Le plus souvent, les acteurs de la santé publique ne détiennent pas le pouvoir de décision sur les politiques publiques, et ils ne représentent qu'une voix parmi d'autres : les décisions politiques sont prises sous l'influence de nombreux groupes et organisations qui ont chacun des intérêts en jeu (Milio, 2001). Il est donc important de présenter la perspective de la santé publique tout en étant conscient des autres perspectives exprimées et de leur possible écho auprès des décideurs. À cet égard, l'analyse de politiques publiques s'avère utile, notamment dans les situations suivantes :

1) Avant la décision d'adopter une politique publique

Plusieurs scénarios sont envisageables :

- Vous devez **informer un décideur** sur la pertinence d'adopter une certaine politique publique. Vous n'avez pas de parti-pris délibéré pour cette politique, le but est simplement de fournir au décideur les éléments d'information requis pour une décision éclairée. Le cadre proposé permet de procéder à cette analyse structurée.
- Pour agir sur un problème de santé publique, vous voulez **promouvoir l'adoption d'une politique publique**; il s'agit donc d'un rôle assumé de plaider encadré par la mission de votre organisation. Appliquer le cadre d'analyse à cette politique permet de comprendre ses implications, ce qui aide à préparer votre argumentaire et votre stratégie de plaider.



- Vous voulez **comparer des politiques publiques**. Le but peut être d'éclairer la prise de décision lorsque plusieurs options sont en concurrence, ou plus en amont, de choisir la politique sur laquelle concentrer des efforts d'étude approfondie ou de plaider (réflexion utile quand on dispose de moyens limités). Le cadre d'analyse offre une structure commune pour résumer les atouts et limites des politiques envisagées sur différents aspects pertinents pour la prise de décision.

2) Pour analyser une politique déjà en application

Vous devez **évaluer une politique publique**, par exemple parce que se pose la question de la prolonger ou pas, ou parce qu'on veut repérer ses failles pour les corriger. Une évaluation peut porter sur bien des aspects; le cadre d'analyse présente un éventail de questions d'évaluation possibles, parmi lesquelles on pourra choisir les plus pertinentes en fonction du contexte.

Que veut-on savoir sur la politique publique étudiée? Présentation du cadre d'analyse

Le domaine de la santé publique a adopté la démarche de prise de décision éclairée par les données probantes (*evidence-informed*), qui insiste sur l'examen de l'efficacité des options soumises à la décision. De même, de nombreux gouvernements se sont donné comme mot d'ordre d'analyser les politiques et programmes pour discerner « ce qui fonctionne » (Nutley, Walter et Davies, 2007).

Les enjeux liés à l'application d'une politique publique doivent aussi être connus pour jauger ses chances de succès et planifier adéquatement son implantation. Les données sur ce sujet sont encore plus recherchées par les décideurs politiques, qui ont l'obligation de rendre des comptes et sont soumis à différentes pressions, d'où leur souci d'anticiper la façon dont les parties prenantes réagiraient à une certaine politique.

Cela appelle une analyse à deux volets, centrée à la fois sur les effets de la politique étudiée et sur les enjeux entourant son application. En nous inspirant de travaux en science politique (Salamon, 2002) et sur les politiques de lutte contre l'obésité (Swinburn, Gill et Kumanyika, 2005), nous avons décliné ces deux volets en six dimensions d'analyse qui influencent la prise de décision (tableau 1) : l'efficacité, les effets non recherchés, l'équité, les coûts, la faisabilité et l'acceptabilité.

La question de la pérennité, c'est-à-dire la capacité à se maintenir dans le temps, est transversale à ces six dimensions. Concrètement, il s'agit de documenter la capacité de la politique étudiée à rester en application et à produire des effets à plus ou moins long terme.

Pour guider l'analyse, nous avons répertorié pour chaque dimension des éléments plus précis à considérer, présentés aux pages suivantes¹.

Tableau 1 Dimensions d'analyse des politiques publiques

Effets	Efficacité	Quels sont les effets de la politique étudiée sur le problème de santé visé?	P é r e n n i t é
	Effets non recherchés	Quels sont les effets non recherchés de cette politique?	
	Équité	Quels sont les effets de cette politique pour différents groupes?	
Application	Coûts	Quels sont les coûts financiers de cette politique?	
	Faisabilité	Cette politique est-elle techniquement faisable?	
	Acceptabilité	Les parties prenantes acceptent-elles cette politique?	

¹ Une liste récapitulative sous forme de questions à se poser est présentée en annexe.

EFFICACITÉ

Le premier élément d'appréciation du succès d'une politique publique est son **efficacité à atteindre son objectif** (Salamon, 2002); s'agissant des politiques publiques favorables à la santé, l'objectif est de prévenir un problème de santé ou d'y remédier, ou de promouvoir la santé. Il faut aussi rapporter une éventuelle absence d'effets, voire des effets négatifs de la politique étudiée qui aggraveraient le problème visé².

Exemple d'« efficacité négative » :
Si l'interdiction de vendre certaines substances aux mineurs (alcool, tabac), au lieu d'en réduire la consommation dans ce groupe, l'augmentait, en raison de l'attrait de certains adolescents pour l'interdit.

Cependant, il est souvent difficile de juger des effets ultimes d'une politique : ils peuvent mettre du temps à apparaître; de plus, il est délicat de prouver un lien de cause à effet, puisque les politiques publiques ne sont qu'un facteur parmi de multiples autres qui influent simultanément sur le problème ciblé (Milton, Moonan, Taylor-Robinson et Whitehead, 2011). D'ailleurs, parmi les données probantes publiées, il est rare d'en trouver qui examinent le lien entre des politiques publiques et leurs effets ultimes. D'où l'intérêt de prendre en compte les **effets intermédiaires**. Pour ce faire, il faut décomposer la chaîne des effets attendus entre la politique étudiée et le problème visé. Une manière intéressante de visualiser cette chaîne est de la représenter sous la forme d'un modèle logique (figure 1). Le modèle

logique représente la *théorie*, les effets *espérés*; l'analyse doit tenter de vérifier dans quelle mesure ces effets se produisent en réalité. Une telle analyse des effets intermédiaires renforce la présomption de causalité : parce qu'ils sont moins « lointains », leur lien de cause à effet avec la politique étudiée est plus facile à établir; et si on arrive à montrer que cette politique fonctionne jusqu'à un certain point dans la chaîne des effets, on a une meilleure idée de la réalité de sa contribution à l'effet ultime. De plus, le fait de détailler les effets intermédiaires permet de repérer plus finement les étapes qui fonctionnent plus ou moins bien, et donc les problèmes auxquels il faut remédier.

Le modèle logique permet aussi de juger de la **plausibilité de la logique d'intervention** : la chaîne des effets a-t-elle du sens? C'est une approche de dernier recours pour apprécier si une politique semble prometteuse, quand on ne dispose pas encore de données pour attester ses effets (Swinburn *et al.*, 2005).

Autre élément d'analyse : la même politique appliquée dans deux contextes différents risque de ne pas produire les mêmes effets. Il est donc utile de réunir autant d'informations que possible sur **l'influence du contexte d'application sur l'efficacité**, pour juger de la transférabilité de cette politique d'un contexte à un autre (Kok, Vaandrager, Bal et Schuit, 2012; Pawson, 2006; Rychetnik, Frommer, Hawe et Shiell, 2002; Tugwell *et al.*, 2010).

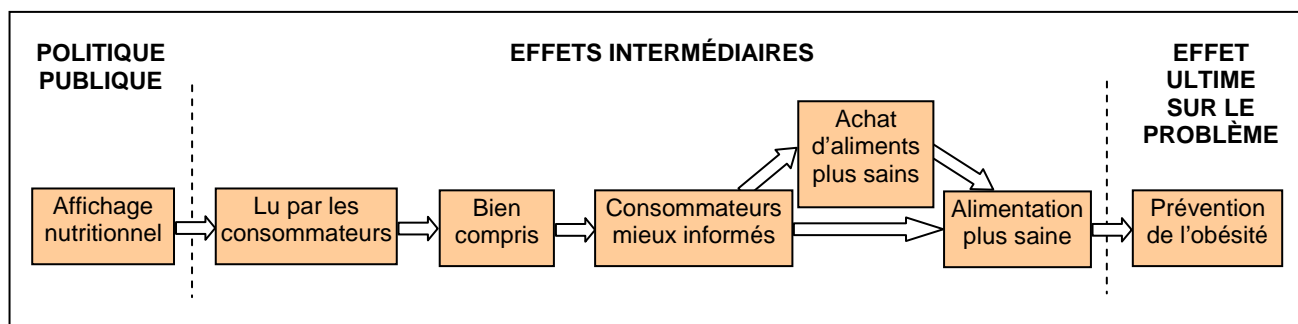


Figure 1 Exemple de modèle logique d'une politique publique : l'affichage nutritionnel

² Nous prenons en compte ces effets neutres et négatifs dans la dimension « Efficacité » parce qu'ils sont mesurés au regard de l'objectif poursuivi par la politique étudiée. En revanche, nous classons tout autre effet (positif ou négatif) produit par la politique, mais sans rapport avec l'objectif poursuivi, dans la dimension « Effets non recherchés » (voir page suivante).

Exemple d'efficacité variable selon le contexte :
Dans des milieux comportant peu de destinations attrayantes à une distance que les gens sont prêts à parcourir en vélo (par exemple en banlieue), installer des pistes cyclables aura moins d'impact pour stimuler le transport actif que dans des centres urbains comportant un éventail de destinations à une courte distance.

Enfin, la **répartition des effets dans le temps** est importante : le temps que les effets mettent à apparaître (Gardner et Barnes, 2012), leurs éventuelles fluctuations d'une période à l'autre, ou encore leur capacité à perdurer ou au contraire l'horizon temporel après lequel ils se dissipent.

EFFETS NON RECHERCHÉS

Sont considérés ici tous les effets produits dans le cadre de la politique publique étudiée, mais qui ne sont pas reliés à l'objectif poursuivi (autrement dit, les effets qui se produisent à l'extérieur de la chaîne des effets représentée par le modèle logique). Étant donné la complexité des sociétés humaines, il est impossible de contrôler une politique de sorte qu'elle ne produise que l'effet recherché, et aucun autre. Les effets non recherchés peuvent être **positifs ou négatifs** (Rychetnik *et al.*, 2002) et se produire dans toutes sortes de domaines : aspects de la santé autres que le problème visé, économie, politique, environnement, relations sociales, etc.

Exemple d'effet non recherché positif :
L'affichage nutritionnel tend à susciter une prise de conscience et une demande d'aliments plus sains par les consommateurs. L'industrie de l'alimentation est alors incitée à modifier ses produits (par exemple, en réduisant leur teneur en sel). Cette reformulation améliore automatiquement l'alimentation, même pour les consommateurs qui ne tiennent pas compte de l'information nutritionnelle.

Exemple d'effet non recherché négatif :
Si l'affichage nutritionnel conduit les consommateurs à se détourner de certains aliments peu sains, il pourrait en résulter des pertes de revenus pour leurs producteurs et éventuellement des pertes d'emploi s'ils réduisent leur activité.

En plus de répertorier les effets non recherchés, il est utile de recueillir (dans la mesure du possible) des informations sur des mesures complémentaires

qui permettraient d'**atténuer les effets non recherchés négatifs**.

ÉQUITÉ

Il s'agit de voir si la politique analysée produit des **effets différents dans divers groupes** (groupes d'âge, de genre, socioéconomiques, ethniques, religieux, résidents de certaines zones, orientation sexuelle, handicap, etc.), ou encore si elle risque de provoquer, d'augmenter ou de corriger des **inégalités** dans la distribution du problème de santé visé (Milton *et al.*, 2011; Swinburn *et al.*, 2005; Tugwell *et al.*, 2010; Oxman, Lavis, Lewin et Fretheim, 2009). Il est très important de tenir compte de l'équité et pas seulement de l'efficacité générale, car souvent, des politiques publiques améliorent en moyenne générale la santé de la population mais creusent en même temps les inégalités sociales de santé (Potvin, Ridde et Mantoura, 2008).

Exemple :
L'affichage nutritionnel s'avère moins efficace parmi les groupes moins éduqués et à moindres revenus, alors qu'ils sont déjà généralement plus affectés par les problèmes de surpoids et d'obésité.

COÛTS

En matière de coûts financiers, on a tendance à penser d'abord aux **coûts engagés par le gouvernement** pour appliquer la politique publique étudiée. Mais, d'une part, une politique peut aussi générer des **gains**; d'autre part, il faut également prendre en compte les **coûts pour les autres acteurs** (Salamon, 2002).

Exemples :
Une nouvelle taxe entraîne pour le gouvernement des coûts d'application mais surtout des revenus, et occasionne des coûts pour les acteurs auxquels elle s'applique (consommateurs, entreprises, etc.).

Une politique qui contribue à prévenir un problème de santé permet des économies (à moyen ou long terme) en faisant baisser les dépenses de santé et en maintenant la productivité de personnes qui autrement seraient tombées malades.

Il est important d'analyser la **répartition dans le temps** des coûts (uniques ou récurrents, immédiats ou reportés, investissements à court ou à long terme) (Pineault et Daveluy, 1986), ainsi que leur **visibilité**, c'est-à-dire le fait qu'ils soient plus ou

moins apparents (Salamon, 2002; Peters, 2002). Ces deux facteurs influencent fortement la façon dont les parties prenantes réagissent à une certaine politique.

Exemple de coûts peu visibles :

L'industrie de l'alimentation assume la plupart des coûts reliés à l'affichage nutritionnel sur ses produits, mais peut choisir de les répercuter sur les prix. Le consommateur remarquera sans doute l'augmentation de prix, mais il ne peut savoir que cette augmentation est reliée à l'affichage nutritionnel.

On peut aussi examiner les **coûts relatifs** en comparant le coût de la politique étudiée avec le coût d'autres politiques possibles ou celui de l'inaction (dans ce dernier cas, il n'y a pas de coût d'application, en revanche les coûts associés au problème négligé se perpétuent). Il s'agit de croiser les données sur le coût et l'efficacité des différentes options³ (Pineault et Daveluy, 1986; Drummond, Sculpher, Torrance, O'Brien et Stoddart, 2005).

FAISABILITÉ

On considère sous cette dimension la faisabilité technique de la politique analysée, qui tient à une série d'éléments de différente nature.

Sur le plan strictement pratique, la faisabilité dépend de la **disponibilité des ressources requises** en personnel, en matériel et en « technologies » (au sens large) (Pineault et Daveluy, 1986; Sabatier et Mazmanian, 1995; Swinburn *et al.*, 2005).

Il faut aussi analyser si la politique publique envisagée est en **conformité avec la législation** en vigueur (Pineault et Daveluy, 1986; Buffet, Ciliska et Thomas, 2011). On doit notamment tenir compte de la répartition des compétences entre paliers de gouvernement (municipal, provincial, fédéral). De plus, si cette politique exige l'implication de plusieurs secteurs outre celui de la santé, il faut respecter les limites de mandat de chacun. En d'autres termes, non seulement la politique envisagée ne doit pas contredire les lois et règlements en vigueur, mais de plus il faut s'assurer de cibler le « bon » décideur

pour l'adopter, faute de quoi elle pourrait être contestée sur la base d'arguments juridiques.

Exemple :

À la fin des années 2000 aux États-Unis, plusieurs municipalités ayant adopté des règlements obligeant à afficher la valeur en calories des aliments offerts dans la restauration rapide ont été attaquées en justice par l'industrie des restaurants. Cette dernière prétendait que ces règlements municipaux violaient le principe de préemption (interdiction d'adopter des lois sur des sujets sur lesquels une juridiction de niveau supérieur a déjà légiféré), puisqu'une loi fédérale encadrait déjà l'affichage nutritionnel sur les aliments préemballés.

L'existence préalable de **programmes pilotes** est à la fois un indice de la faisabilité d'une politique publique sur le même sujet, et un élément facilitant si cette politique peut prendre appui sur l'expérience et la structure d'application de ces programmes (Swinburn *et al.*, 2005).

Il faut d'ailleurs se demander dans quelle mesure la mise en œuvre de la politique étudiée passerait par des **mécanismes administratifs existants** : la faisabilité peut s'en trouver favorisée, à moins que les objectifs et priorités de ces dispositifs déjà en place ne coïncident pas suffisamment avec ceux de la nouvelle politique (Buffet *et al.*, 2011; Sabatier et Mazmanian, 1995; Salamon, 2002).

Autre question : **est-ce que l'autorité gouvernementale qui promeut une certaine politique est aussi celle qui l'applique?** La gestion de la mise en œuvre est plus simple dans ce cas (Salamon, 2002). Mais souvent, l'application repose sur d'autres acteurs. Plus ceux-ci sont nombreux, plus la mise en œuvre risque d'être compliquée, puisqu'il faut négocier leur implication et s'assurer qu'ils contribuent comme prévu à la poursuite de l'objectif souhaité. Dans cette situation, il faut se demander si les porteurs de la politique publique disposent d'un **système approprié d'incitatifs et de sanctions pour encadrer les acteurs impliqués dans la mise en œuvre** (Sabatier et Mazmanian, 1995).

³ Dans ce type d'analyse, l'efficacité peut être exprimée sous différentes formes : en indicateur sanitaire (par exemple : nombre d'accidents vasculaires cérébraux évités); ou en gain d'années de vie ajustées pour la qualité (souvent désignées par l'acronyme anglais QALY); ou encore, convertie en dollars.

Exemple :

Au Canada, l'affichage nutritionnel sur les aliments préemballés (tableau de la valeur nutritive) est régi par Santé Canada. Mais concrètement, il est appliqué par les multiples compagnies agroalimentaires, à qui il incombe de procéder à l'analyse nutritionnelle de leurs produits et de la présenter sur les étiquettes. L'Agence canadienne d'inspection des aliments veille à ce que ces compagnies se conforment aux règles en vigueur.

La **qualité de la coopération** entre les acteurs impliqués dans la mise en œuvre a des répercussions concrètes sur la faisabilité d'une politique (Salamon, 2002; Pineault et Daveluy, 1986; Swinburn *et al.*, 2005). Inversement, la **capacité d'interférence des opposants** est tout aussi importante; d'autant que les opposants à une politique publique sont souvent plus actifs, et à plus long terme, que ses partisans (Sabatier et Mazmanian, 1995).

ACCEPTABILITÉ

L'acceptabilité désigne la façon dont les parties prenantes⁴ jugent la politique publique envisagée (Swinburn *et al.*, 2005). Elle porte donc sur des éléments subjectifs (les jugements des acteurs). D'autre part, elle dépend en partie de facteurs extérieurs à la politique analysée, car la position de chaque acteur est déterminée par ses connaissances, ses croyances, ses valeurs, ainsi que par ses intérêts politiques, économiques, symboliques, etc. (Peters, 2002).

Exemples d'intérêts :

Un décideur évalue si l'adoption d'une certaine politique risque de lui faire perdre ou gagner des votes lors de la prochaine élection. Certaines compagnies agroalimentaires pourraient craindre de perdre des revenus si une politique d'affichage nutritionnel met en lumière la qualité nutritionnelle médiocre de leurs produits.

Exemples de valeurs :

Les personnes qui valorisent l'équité sont davantage pour des politiques redistributives. Inversement, les libertariens s'opposent, par principe, à l'intervention publique, peu importe son objet.

⁴ Noter que « parties prenantes » et « acteurs » sont utilisés dans ce document comme des termes interchangeables.

Une politique qui ne remporte pas suffisamment d'appuis (incluant l'appui de l'opinion publique, des puissances économiques et financières, etc.) risque d'avoir des difficultés à être adoptée et appliquée, et même à produire les effets souhaités (Salamon, 2002). Cependant, une acceptabilité faible n'indique pas forcément qu'il faut renoncer à cette politique; en fait, l'analyse réalisée peut aider le décideur à mieux cibler la façon de présenter cette politique aux acteurs concernés, en fonction de leurs préoccupations respectives, afin de minimiser leurs réticences.

Comment analyser l'acceptabilité? En premier lieu, il faut identifier les acteurs concernés par les objectifs ou l'application de la politique étudiée (Rychetnik *et al.*, 2002).

Exemples de parties prenantes :

Les groupes directement ciblés par une politique, la population générale, les ministères, les municipalités, d'autres décideurs politiques, les professionnels des secteurs publics concernés (par exemple la santé, l'éducation, le transport), les organismes financeurs, l'industrie, les médias, les organisations politiques, etc. (Swinburn *et al.*, 2005).

Ensuite, il s'agit de documenter autant que possible l'acceptabilité de la politique étudiée pour chacun de ces acteurs, y compris le décideur politique auquel on s'adresse.

D'abord, qu'en est-il de l'**acceptabilité d'agir sur le problème de santé visé** : les acteurs pensent-ils que ce problème justifie une intervention publique?

Ensuite, quelle est à leurs yeux l'**acceptabilité de la politique publique proposée, par rapport à d'autres politiques possibles** pour lutter contre ce problème? Chaque acteur tend à construire sa propre définition du problème ciblé et de ses causes, ce qui influe sur les solutions qu'il juge pertinentes pour y répondre (Rein et Schon, 2005).

Les acteurs réagissent beaucoup en fonction de leur **appréciation des autres dimensions d'analyse** : pensent-ils que la politique proposée est efficace, que ses effets non recherchés sont acceptables, qu'elle est équitable, que son coût est raisonnable, et qu'elle est faisable? Comme il s'agit de leur perception, celle-ci peut différer des données « objectives » sur ces aspects. Mais elle n'est pas négligeable : aux yeux des décideurs politiques, les

perceptions des acteurs priment souvent sur les autres données (Sabatier et Mazmanian, 1995).

Un autre point important est le **degré de coercition** attaché à la politique envisagée. Il existe une gradation des politiques : les politiques moins coercitives (par exemple : une campagne d'information), les politiques moyennement coercitives (par exemple : une subvention publique pour inciter à un certain comportement), et les politiques les plus coercitives (par exemple : une réglementation prohibant un comportement ou rendant un comportement obligatoire) (Salamon, 2002). Parce que les politiques les plus coercitives restreignent la liberté individuelle, elles sont mal tolérées par certains acteurs; les décideurs sont sensibles à leurs réactions et choisissent souvent l'option la moins coercitive, ou une combinaison de mesures coercitives avec des mesures informatives ou incitatives (De Leeuw, 2007; Milio, 2001; Sabatier et Mazmanian, 1995).

Enfin, les acteurs portent un **jugement sur les conditions d'adoption et de mise en œuvre** de la politique proposée, en fonction : de la légitimité qu'ils reconnaissent au processus de prise de décision; de leur perception de la légitimité et de la capacité des acteurs à qui serait confiée l'application de la politique; et de leur appréciation des mécanismes de reddition de comptes (Sabatier et Mazmanian, 1995; Salamon, 2002).

Les changements socioéconomiques, politiques et technologiques peuvent entraîner des **évolutions de l'acceptabilité** (Sabatier et Mazmanian, 1995). Il est donc important de documenter son niveau au moment de l'adoption d'une politique publique, mais aussi pendant la durée de son application.

RELATIONS ENTRE LES SIX DIMENSIONS

Comme l'illustre la figure 2, toutes les dimensions d'analyse influencent l'acceptabilité, puisque les acteurs jugent une politique publique en fonction de leur appréciation des autres dimensions. Inversement, le degré d'acceptabilité peut peser sur la faisabilité : si certains acteurs apprécient peu une politique (dimension « Acceptabilité »), ils peuvent décider d'agir pour faire obstacle à sa mise en œuvre (dimension « Faisabilité »). D'autre part, plus la faisabilité d'une politique publique est compromise, plus cela risque d'entraîner des coûts additionnels. Enfin, les conditions d'application ont collectivement une influence sur la capacité d'une politique publique à produire des effets.

Comment procéder à l'analyse? Les différentes options

ENVERGURE DE L'ANALYSE

Le cadre d'analyse permet d'avoir un aperçu complet des implications de la politique étudiée. Cependant, on peut décider de documenter seulement certaines dimensions d'analyse, pour des raisons stratégiques (si on estime que les autres dimensions sont moins cruciales dans notre contexte de prise de décision) ou pour des raisons pratiques (manque de temps ou de moyens pour procéder à l'analyse complète). L'important est de bien considérer une dimension d'analyse avant de l'écarter, et d'être conscient des limites que cela implique.

Par ailleurs, en pratique il est rare de parvenir à documenter tous les éléments associés à chaque dimension d'analyse. La liste récapitulative de questions (en annexe) est indicative : il s'agit d'y apporter autant de réponses que possible, mais il est fréquent que l'analyse produite comporte des lacunes.

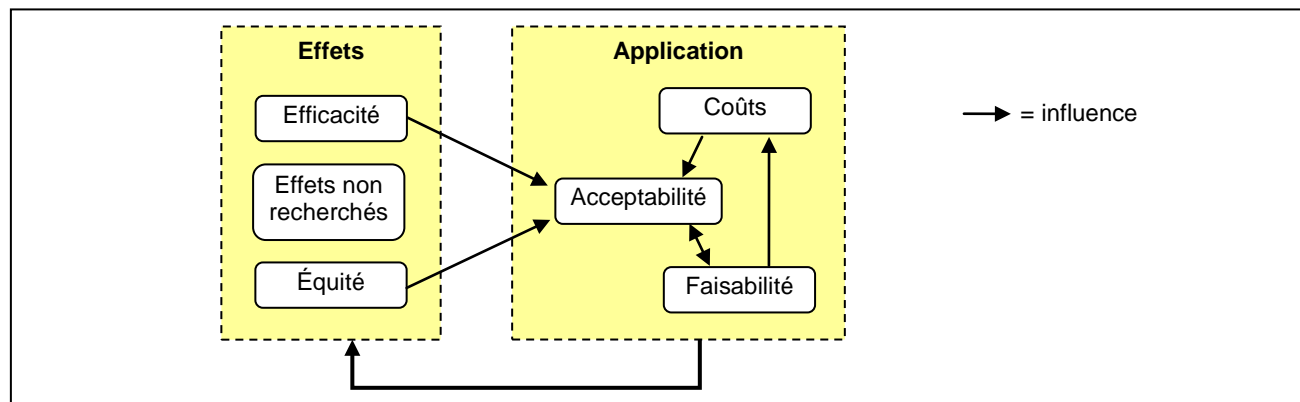


Figure 2 Relations entre les six dimensions d'analyse

Inversement, cette liste ne se prétend pas exhaustive. Chacun peut y ajouter d'autres questions jugées importantes pour l'analyse dans son propre contexte.

COLLECTE DE DONNÉES

Comment et où trouver les informations pour produire une analyse de politique publique? Plusieurs approches sont possibles, présentées dans le tableau 2 (page suivante) qui indique pour chaque approche :

- le temps requis : de la préparation de la collecte à sa réalisation et à l'analyse;
- si cette méthode de collecte requiert des compétences spécifiques;
- la robustesse scientifique de l'analyse produite, définie ici par le fait de minimiser les biais et de présenter une information aussi complète que possible grâce à la diversité des sources utilisées;
- la pertinence pour le contexte dans lequel on envisage d'appliquer la politique analysée : dans quelle mesure l'analyse repose-t-elle sur des données locales, plutôt que sur des données provenant d'ailleurs?

De manière générale, un compromis s'avère nécessaire entre les ressources investies pour réaliser l'analyse et sa robustesse. La méthode de collecte de données appropriée dépend de la situation. Par exemple, si la politique envisagée risque d'être très contestée au moment de la prise de décision, il faut apporter de l'information très crédible face aux autres voix qui vont s'exprimer, même si cela requiert une méthode plus exigeante en ressources.

On peut aussi utiliser différentes méthodes pour explorer différentes dimensions d'analyse. Les données scientifiques sont préférables pour vérifier plus rigoureusement l'efficacité et l'équité d'une politique publique; en revanche, même des connaissances informelles permettent d'éclairer correctement les autres dimensions.

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Le plus souvent, la présentation est **narrative** : on synthétise par un texte les données quantitatives et qualitatives trouvées pour chaque dimension.

Il est à noter que la démarcation entre les dimensions d'analyse n'est pas rigide : si certaines informations sont à la frontière entre deux dimensions, elles peuvent être rattachées à l'une ou l'autre indifféremment. Le but est simplement d'organiser les données recueillies en groupes cohérents. L'exception à cette souplesse est la dimension « Acceptabilité », qui requiert un traitement attentif des données recueillies.

Exemple :

Une étude scientifique établit qu'une politique publique est efficace pour réduire de 5 % la prévalence de l'obésité.

=> Information à classer sous la dimension « Efficacité ».

Une association de nutritionnistes soutient la même politique comme étant une option efficace pour réduire l'obésité.

=> Information à classer sous la dimension « Acceptabilité », parce qu'elle indique la prise de position de cet acteur, et potentiellement la façon dont il pourrait intervenir dans le processus de prise de décision.

Il s'agit de deux informations de nature différente qu'il est important de distinguer.

Pour comparer plusieurs options, notamment afin de choisir une politique publique à prioriser par rapport à d'autres, on obtient un meilleur aperçu en résumant les informations trouvées pour chaque dimension sous forme de **scores** (tableau 3).

La décision doit cependant être prise en comparant des résultats hétéroclites sur six dimensions de nature différente. Or il faut s'attendre à ce que chaque acteur impliqué dans la prise de décision établisse implicitement son propre classement d'importance des dimensions. Le processus de priorisation de politique publique sera plus transparent si les parties prenantes à la prise de décision discutent ouvertement du poids qu'elles accordent à chaque dimension et tentent de parvenir à un consensus à ce sujet.

Tableau 2 Méthodes de collecte de données

	DESCRIPTION	TEMPS REQUIS	COMPÉTENCES SPÉCIFIQUES	ROBUSTESSE (1 minimale à 5 maximale)	PERTINENCE CONTEXTUELLE
Réflexion individuelle	Tenter de répondre aux questions de la liste récapitulative (voir en annexe).	Quelques heures	Non	1 (Connaissances informelles, une seule source)	Oui
Remue-méninge en équipe	Tenter de répondre aux questions de la liste récapitulative.	Quelques heures à quelques jours	Non	2 (Connaissances informelles, mais la confrontation de plusieurs sources enrichit la réflexion)	Oui
Consultation d'un expert	Utiliser la liste récapitulative comme guide d'entrevue ou grille à remplir.	Quelques jours	Non	3 (Savoirs experts, mais une seule source)	Dépend si l'expert connaît bien notre contexte.
Processus délibératif	Réunir des représentants des parties prenantes pertinentes (par exemple : experts, décideurs, acteurs de la société civile). L'animateur stimule les échanges entre participants à l'aide de la liste récapitulative. Après la rencontre, les propos recueillis sont classés sous les différentes dimensions du cadre d'analyse ^a .	Quelques semaines	Animation Analyse / synthèse d'une quantité importante de données	4 (Plusieurs types d'expertise, confrontation de plusieurs perspectives)	Oui
Revue de littérature	On répond aux questions de la liste récapitulative en exploitant des données publiées. Comme la littérature scientifique révisée par les pairs tend à se centrer sur l'évaluation des effets, il est recommandé d'explorer aussi la littérature grise pour documenter les autres dimensions (rapports de recherche plus détaillés que les articles scientifiques; sondages d'opinion ou déclarations publiques pour documenter l'acceptabilité, etc.) ^b .	Quelques mois	Recherche documentaire Analyse / synthèse d'une quantité importante de données	5 (Nombreuses sources, crédibilité des écrits scientifiques, démarche méthodique)	Oui si les données proviennent de notre contexte. À défaut, voir dans quelle mesure les données recueillies ailleurs (par exemple, dans un autre pays qui applique la politique étudiée) sont extrapolables.

^a Pour plus d'informations sur les processus délibératifs et la façon de les organiser, voir : Gauvin (2009); Gauvin (2010); Lavis, Boyko, Oxman, Lewin et Fretheim (2009).

^b Pour plus d'informations sur la réalisation de revues de littérature sur les politiques publiques, voir Morestin, Gauvin, Hogue et Benoit (2010), chapitre 3.3.

Tableau 2 Méthodes de collecte de données (suite)

	DESCRIPTION	TEMPS REQUIS	COMPÉTENCES SPÉCIFIQUES	ROBUSTESSE (1 minimale à 5 maximale)	PERTINENCE CONTEXTUELLE
Méthodes de synthèse de connaissances incluant des processus délibératifs (par exemple : méthode du CCNPPS)^c	Approche qui combine revue de littérature et organisation de processus délibératifs.	Quelques mois	Recherche documentaire Animation Analyse / synthèse d'une quantité importante de données	5 (Nombreuses sources et perspectives, savoirs experts, crédibilité des écrits scientifiques, démarche méthodique)	Oui grâce aux processus délibératifs.

^c Pour plus d'informations, voir Morestin *et al.* (2010).

Tableau 3 Présentation par scores

	Efficacité	Effets non recherchés	Équité	Coûts	Faisabilité	Acceptabilité
PP1	++	-	+++	+	-	--
PP2	+	+	-	-	++	+
PP3	+++	-	-	+	+	-

Conclusion

Le cadre d'analyse proposé constitue un outil à la fois structuré et flexible. D'un côté, il se veut un guide structuré pour tous ceux amenés à présenter le point de vue de la santé publique aux décideurs politiques. De l'autre, il est adaptable en fonction des besoins d'information dans chaque contexte de prise de décision et en fonction des ressources disponibles pour réaliser l'analyse.

Références

Buffet, C., Ciliska, D. et Thomas, H. (2011). *Les choses ont fonctionné dans ce cas-là. Fonctionneront-elles dans ce cas-ci? Outil d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des données probantes (A : Quand envisager de démarrer un programme?)*. Hamilton : Centre de collaboration nationale des méthodes et outils. Consulté en ligne à : <http://www.nccmt.ca/pubs/A&T-revised-startFR.pdf>

Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. (2012). *Que faisons-nous?* Consulté en ligne le 20 février 2012 : http://www.ccnpps.ca/95/Que_faisons-nous.ccnpps

De Leeuw, E. (2007). *Policies for health. The effectiveness of their development, adoption, and implementation*. Dans D.V. McQueen et C.M. Jones (dir.), *Global perspectives on health promotion effectiveness* (pp. 51-66). New York: Springer.

Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Torrance, G. W., O'Brien, B. J. et Stoddart, G. L. (2005). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes (Third edition)*. New York: Oxford University Press.

Gardner, B. et Barnes, S. (2012). *Drawing out links: Health equity, social determinants of health and social policy*. Présentation donnée le 23 janvier 2012 à des étudiants en travail social de University of Toronto. [Présentation PowerPoint]. Consulté en ligne à : <http://www.wellesleyinstitute.com/publication/drawingoutlinks/>

Gauvin, F.P. (2009). *Qu'est-ce qu'un processus délibératif? Fiche d'information*. Montréal : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Consulté en ligne à : http://www.ccnpps.ca/117/Publications.ccnpps?id_article=32

- Gauvin, F.P. (2010). *Les processus délibératifs et l'application des connaissances - Fiche d'information*. Montréal : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Consulté en ligne à : http://www.ccnpps.ca/117/Publications.ccnpps?id_article=31
- Kok, M. O., Vaandrager, L., Bal, R. et Schuit, J. (2012). Practitioner opinions on health promotion interventions that work: Opening the "black box" of a linear evidence-based approach. *Social Science and Medicine*, 74, 715-723. doi : 10.1016/j.socscimed.2011.11.021
- Lavis, J. N., Boyko, J. A., Oxman, A. D., Lewin, S., et Fretheim, A. (2009). SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 14: Organising and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking. *Health Research Policy and Systems*, 7(Suppl 1)(S14). doi : 10.1186/1478-4505-7-S1-S14
- Milio, N. (2001). Glossary: Healthy public policy. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 622-623. doi : 10.1136/jech.55.9.622
- Milton, B., Moonan, M., Taylor-Robinson, D. et Whitehead, M. (dir.) (2011). *How can the health equity impact of universal policies be evaluated? Insights into approaches and next steps*. Synthèse des discussions d'une rencontre d'experts. Liverpool, 2-4 novembre 2010 [Document pdf]. World Health Organization. Consulté en ligne à : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/155062/E95912.pdf
- Morestin, F., Gauvin, F.-P., Hogue, M.-C. et Benoit, F. (2010). *Méthode de synthèse de connaissances sur les politiques publiques*. Montréal : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Consulté en ligne à : http://www.ccnpps.ca/184/Publications.ccnpps?id_article=535
- Nutley, S.M., Walter, I. et Davies, H.T.O. (2007). *Using evidence: How research can inform public services*. Bristol: The Policy Press.
- Oxman, A. D., Lavis, J. A., Lewin, S., et Fretheim, A. (2009). SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 10: Taking equity into consideration when assessing the findings of a systematic review. *Health Research Policy and Systems*, 7(Suppl 1)(S10). doi : 10.1186/1478-4505-7-S1-S10.
- Pawson, R. (2006). *Evidence-based policy - A realist perspective*. London: Sage Publications.
- Peters, B. G. (2002). The politics of tool choice. Dans L.M. Salamon (dir.), *The tools of government: A guide to the new governance* (pp. 552-564). New York: Oxford University Press.
- Pineault, R. et Daveluy, C. (1986). *La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies*. Montréal : Agence d'ARC Inc. (les éditions).
- Potvin, L., Ridde, V. et Mantoura, P. (2008). Évaluer l'équité en promotion de la santé. Dans K. Frohlich, M. De Koninck, A. Demers et P. Bernard (dir.), *Les inégalités sociales de santé au Québec* (pp. 355-378). Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Rein, M. et Schon, D. (2005). Reframing policy discourse. Dans F. Fischer et J. Forester (dir.), *The argumentative turn in policy analysis and planning* (pp. 145-166). Durham: Duke University Press.
- Rychetnik, L., Frommer, M., Hawe, P. et Shiell, A. (2002). Criteria for evaluating evidence on public health interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 119-127. doi : 10.1136/jech.56.2.119
- Sabatier, P. A. et Mazmanian, D. (1995). A conceptual framework of the implementation process. Dans S.Z. Theodoulou et M. A. Cahn (dir.), *Public policy - The essential readings* (pp. 153-173). Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Salamon, M. L. (2002). The new governance and the tools of public action: An introduction. Dans L.M. Salamon (Ed.), *The tools of government: A guide to the new governance* (pp. 1-47). New York: Oxford University Press.

Swinburn, B., Gill, T. et Kumanyika, S. (2005). Obesity prevention: A proposed framework for translating evidence into action. *Obesity Reviews*, 6, 23-33. doi : 10.1111/j.1467-789X.2005.00184.x

Tugwell, P., Petticrew, M., Kristjansson, E., Welch, V., Ueffing, E., Waters, E., Kelly, M.P. (2010). Assessing equity in systematic reviews: Realising the recommendations of the Commission on Social Determinants of Health. *British Medical Journal*, 341, 873-877. doi : 10.1136/bmj.c4739

Annexe

Dimensions d'analyse des politiques publiques – Liste récapitulative

Rappel : Pour chaque dimension, s'interroger sur la pérennité.

Efficacité

- Quels sont les effets de la politique publique étudiée (positifs, neutres, négatifs) sur le problème de santé visé?
- Quelle est l'efficacité de cette politique quant à ses effets intermédiaires?
- Cette politique repose-t-elle sur une logique d'intervention plausible?
- Quelles sont les influences du contexte d'application sur l'efficacité de cette politique?
- Combien de temps faut-il avant d'observer des effets? Les effets se maintiennent-ils dans le temps?

Effets non recherchés

- La politique étudiée produit-elle des effets non recherchés, qu'ils soient positifs ou négatifs?
- Comment pourrait-on atténuer les effets non recherchés négatifs?

Équité

- Quels sont les effets (recherchés ou non) de la politique étudiée sur différents groupes?
- Est-ce que cette politique provoque, renforce ou corrige des inégalités sociales de santé?

Coûts

- Quels sont les coûts et les gains financiers pour le gouvernement? Pour d'autres acteurs (industrie, organismes communautaires, consommateurs, contribuables, etc.)?
- Comment les coûts sont-ils répartis dans le temps?
- À quel point les coûts sont-ils apparents?
- Que révèle la comparaison entre les coûts de la politique étudiée et ceux d'autres politiques possibles, y compris l'inaction? Quel est le rapport coût/efficacité de la politique étudiée pour le gouvernement, pour la société?

Faisabilité

- Est-ce que les ressources humaines, matérielles et technologiques requises sont disponibles?
- La politique étudiée fait-elle partie du champ légal de compétences de l'autorité qui souhaite l'adopter? Est-elle en conformité avec la législation existante?
- Est-ce que cette politique fait suite à un programme pilote?
- Est-ce que cette politique peut être administrée par des mécanismes déjà existants?
- Est-ce que l'autorité qui promeut cette politique est aussi celle qui l'applique?
- Sinon, combien d'acteurs différents interviennent dans la mise en œuvre de cette politique? Sont-ils efficacement encadrés par les promoteurs de la politique? Ont-ils une bonne coopération?
- Les opposants à cette politique ont-ils la capacité de nuire à son adoption, à sa mise en œuvre?

Acceptabilité

- Quels acteurs sont ou seraient touchés par la politique publique considérée?
- Le problème ciblé par cette politique est-il considéré comme un enjeu social sur lequel il faut intervenir? Quelles sont les réactions des parties prenantes à l'idée d'intervenir sur ce problème?
- Comment les parties prenantes proposent-elles d'intervenir sur cette question?
- Que pensent les parties prenantes de la politique proposée? De son efficacité, de ses effets non recherchés, de son équité, de ses coûts, de sa faisabilité? Du degré de coercition qu'elle comporte?
- Que pensent les parties prenantes des conditions d'adoption et de mise en œuvre de cette politique?
- L'acceptabilité pourrait-elle évoluer durant la période de mise en œuvre de cette politique?

Septembre 2012

Auteure : Florence Morestin, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

REMERCIEMENTS

L'auteure remercie Émilie Dansereau-Trahan, Gaston Gadoury et Shelley-Rose Hyppolite pour leurs commentaires sur une version préliminaire de ce document.

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) vise à accroître l'expertise des acteurs de la santé publique en matière de politiques publiques favorables à la santé, à travers le développement, le partage et l'utilisation des connaissances. Le CCNPPS fait partie d'un réseau canadien de six centres financés par l'Agence de la santé publique du Canada. Répartis à travers le Canada, chacun des centres de collaboration se spécialise dans un domaine précis, mais partage un mandat commun de synthèse, d'utilisation et de partage des connaissances. Le réseau des centres agit autant comme une structure de diffusion des contributions spécifiques des centres que de lieu de production conjointe des projets communs. Le CCNPPS est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), un chef de file en santé publique au Canada.

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de la santé publique du Canada par le biais du financement du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada.

N° de publication : 1635

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

An English version of this paper is also available on the National Collaborating Centre for Healthy Public Policy website at: www.ncchpp.ca and on the Institut national de santé publique du Québec website at: www.inspq.qc.ca/english.

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

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

DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2013
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-67680-5 (VERSION IMPRIMÉE ANGLAISE)
ISBN : 978-2-550-67681-2 (PDF ANGLAIS)
ISBN : 978-2-550-67678-2 (VERSION IMPRIMÉE)
ISBN : 978-2-550-67679-9 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2013)

