

# Données probantes et politiques publiques favorables à la santé : pistes fournies par les sciences de la santé et la science politique

Patrick Fafard

Centre de collaboration nationale sur les politiques  
publiques et la santé

**Mai 2008**

Version préliminaire-pour discussion



Centre de collaboration nationale  
sur les politiques publiques et la santé

National Collaborating Centre  
for Healthy Public Policy

*Institut national  
de santé publique*

Québec 

**AUTEUR**

Patrick Fafard

Professeur adjoint  
École supérieure d'affaires publiques et internationales  
Université d'Ottawa

Chercheur associé, Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques

Ce document a été mandaté par le CCNPPS afin d'éclairer les décideurs publics et les acteurs de santé publique sur deux questions : que considère-t-on comme des données probantes dans la prise de décision? et quels sont les modèles en science politique pouvant favoriser notre compréhension des meilleures façons de développer des politiques publiques favorables à la santé ?

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) vise à accroître l'utilisation des connaissances en matière de politiques publiques favorables à la santé au sein de la communauté de la santé publique, 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 santé publique du Canada. Répartis à travers le Canada, chacun des Centres de collaboration se spécialise dans un domaine spécifique, mais avec un mandat commun de synthèse, d'utilisation et de partage des connaissances.

Les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques (RCRPP) est un organisme de bienfaisance à but non lucratif. Notre mission est de faire du Canada une société plus juste, plus prospère et plus humanitaire. Nous cherchons à accomplir cet objectif par l'entremise de recherches opportunes et de haute qualité, du réseautage et de la diffusion efficace, et par l'offre d'un milieu neutre à l'intérieur duquel les parties intéressées peuvent poursuivre un dialogue ouvert. Vous pouvez obtenir d'autres informations au sujet des RCRPP et son travail en participation publique à [www.rcrpp.org](http://www.rcrpp.org).

La production de ce document a été rendu possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de santé publique du Canada par le 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 santé publique du Canada.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur les sites web du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) à [www.ccnpps.ca](http://www.ccnpps.ca) et les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques (RCRPP) à [www.rcrpp.org](http://www.rcrpp.org).

An English version of this paper is available at [www.ncchpp.ca](http://www.ncchpp.ca) and at [www.cprn.org](http://www.cprn.org).

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

## AVANT-PROPOS

Les idées présentées dans cet article résultent, en partie, d'une série de conversations structurées et spontanées avec nombre de personnes, dont les participants à un atelier tenu à l'Université d'Ottawa le 5 mars 2007, et d'une conversation avec le personnel du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, le 27 septembre 2007. Cet article s'inspire également du travail de Paul Burton (Burton 2006), dont il se veut un prolongement. J'aimerais particulièrement souligner les contributions de Michael Orsini, Katherine Fafard, Scott Findlay, Marc Saner, Marie-Christine Hogue, Louise St-Pierre et Denise Kouri.



## TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>1 MODÈLES D'ÉLABORATION DES POLITIQUES PUBLIQUES – LE POINT DE VUE DES SCIENCES DE LA SANTÉ .....</b>	<b>4</b>
<b>2 MODÈLES D'ÉLABORATION DE POLITIQUES – LE MODÈLE DES STAGES.....</b>	<b>10</b>
2.1 Données probantes et définition de l'ordre du jour.....	10
2.2 Données probantes et formulation de la politique.....	11
2.3 Données probantes et prise de décision.....	12
2.4 Données probantes et mise en application de la politique.....	13
2.5 Données probantes et élaboration des politiques publiques dans le modèle des stages — Observations générales.....	14
<b>3 MODÈLES D'ÉLABORATION DE POLITIQUE PUBLIQUE — LE SCHÉMA CONCEPTUEL DES COALITIONS D'ACTEURS ET LE TOURNANT ARGUMENTATIF.....</b>	<b>16</b>
3.1 Schéma conceptuel des coalitions d'acteurs.....	16
3.2 Rôle des données probantes dans le schéma conceptuel des coalitions d'acteurs.....	17
3.3 Le tournant argumentatif et une approche délibérative d'élaboration des politiques publiques.....	18
3.4 Rôle des données probantes dans l'élaboration discursive des politiques.....	20
<b>CONCLUSIONS .....</b>	<b>23</b>
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>27</b>

## LISTE DES FIGURES

Figure 1 : La perception dominante du processus d'élaboration des politiques publiques dans les sciences de la santé : des données probantes à une politique .....	5
--	---

## INTRODUCTION

*« Il n'y a rien qu'un gouvernement déteste davantage que d'être bien informé; cela augmente considérablement la complexité et la difficulté du processus menant aux décisions. »*

*(Attribué à John Maynard Keynes<sup>1</sup>)*

*« Les sciences sociales contribuent effectivement aux politiques et aux pratiques, mais ce lien n'est ni consensuel, ni gracieux, ni évident »<sup>2</sup>*

Qu'est-ce qui détermine la santé de la population? Bien entendu, la réponse variera énormément selon la personne à qui la question est posée. Le grand public désigne généralement les médecins et les hôpitaux pour leur rôle critique, sinon à promouvoir la santé au moins à combattre la mauvaise santé. Les professionnels en santé publique et certains membres influents du monde politique et de la fonction publique ont souvent adopté une approche très différente. Cette seconde lecture de la santé adopte une approche beaucoup plus holistique qui met l'emphase sur les nombreux déterminants de la santé en jeu. La longue liste de ces facteurs commence, évidemment, par la richesse (ou son absence) mais inclut également l'alimentation, le niveau d'activité physique, le travail, l'environnement physique et bâti entre autres. Mais, qu'est-ce qui détermine les déterminants de la santé? Plus précisément, parmi les déterminants de la santé qui font l'objet d'un choix, individuel ou collectif, qu'est-ce qui détermine les gestes que nous posons ou ne posons pas, collectivement et individuellement? Bien que la liste des « déterminants de déterminants en santé publique » soit longue et complexe, certains, sinon plusieurs, sont soumis à une action collective, sous forme politique et législative. En d'autres termes, les gouvernements, par les gestes qu'ils posent ou ne posent pas, grâce ou malgré eux, ont un impact significatif sur la santé de la population. Le choix des politiques publiques et des programmes a un effet sur la santé, sur la qualité de l'eau et de l'air, sur les déplacements urbains, ainsi que sur les niveaux d'alphabétisation et d'éducation. Chacun de ces facteurs et bien d'autres encore auront à leur tour un impact majeur sur la santé de la population.

En mettant l'emphase sur les déterminants de la santé, la focalisation passe de la planification, du financement et de l'offre de services de santé à une palette beaucoup plus vaste de forces économiques, sociales, environnementales et politiques qui ont un impact sur la santé des individus et, surtout, des grandes populations. Les professionnels de la santé qui s'intéressent et se préoccupent de santé publique se retrouvent souvent impliqués dans des luttes très diverses pour en affronter les nombreux déterminants. Certains de ces efforts sont consacrés à la promotion de la santé, au sens large, que ces interventions visent le grand public ou des composantes plus spécifiques de la population. Disons que le flot de ces interventions va du secteur de la santé publique aux individus et aux populations. Cependant, d'autres efforts visent beaucoup plus directement les choix politiques (et de programmes) qui affectent la santé des populations. Dans ce cas, leur flot va du secteur de la santé publique aux « décideurs » et aux « législateurs » qui détiennent le pouvoir de choisir les politiques et les programmes qui auront

---

<sup>1</sup> Skidelsky 1992, 630.

<sup>2</sup> Rein 1976, 272.

une influence directe ou indirecte sur la santé de la population<sup>3</sup>. Ces efforts naissent d'une observation simple, mais profonde : une vaste gamme de choix, de politiques et de programmes, en matière d'emploi, de protection de l'environnement, d'éducation, etc., a — ou peut avoir — un impact sur la santé des populations.

Cet article se concentre sur les exigences des politiques de santé publique et plus spécifiquement du rôle des données probantes, particulièrement celles fournies par la science dans la conception de telles politiques. Bref, cet article propose un examen critique de la portée des données probantes scientifiques et de leur impact potentiel sur les politiques publiques. En puisant dans la documentation des sciences de la santé (sur les politiques publiques et la santé) et sur celles de la science politique (sur les politiques publiques), cet article essaiera d'établir un pont entre les façons de voir des sciences de la santé<sup>4</sup> et celles de la science politique pour offrir quelques indications de la façon dont sont établies les politiques et, par la même occasion, quelques balises pour ceux qui désirent participer à l'élaboration et à la promotion des politiques publiques en santé. Plus spécifiquement, cet article se concentre sur deux questions reliées entre elles.

La première, pour conseiller ceux qui souhaiteraient promouvoir les politiques publiques et la santé : que savons-nous sur la façon dont sont établies les politiques, et où et comment les données probantes sont-elles utilisées avec la meilleure efficacité? Plus précisément, quelles sont certaines des théories disponibles, ou des théories formelles manquantes, des modèles et des schémas conceptuel de compréhension des processus de politiques publiques et quel rôle jouent les données probantes dans chaque cas. La deuxième, en nous basant sur le souci actuel de justifier les décisions par des données probantes (et, du moins dans certains domaines, de politiques publiques basées sur des données probantes) et en pensant à la façon dont sont établies les politiques publiques : qu'est-ce qui constitue une « donnée probante » et quel est le rôle des données probantes dans le processus d'élaboration des politiques publiques?

Cet article est donc structuré comme suit. La première partie commence par un bref survol des éléments clés du modèle de politiques publiques basées sur des données probantes, qui semble prédominant dans les sciences de la santé et constitue la base de la plupart des opinions concernant la façon de se consacrer aux politiques publiques favorables à la santé et de les promouvoir. Cette section inclut une discussion sur la conception des données probantes selon ce modèle. Nombreux sont ceux qui expriment de sérieuses réserves sur ce modèle, ne serait-ce que par le sérieux paradoxe qu'il soulève : de multiples exemples suggèrent en fait que

---

<sup>3</sup> Les concepts de « décideurs » et de « législateurs » sont écrits entre guillemets, car, comme je l'explique plus bas, ils ne sont généralement pas bien définis dans les publications sur les sciences de la santé et ont même des sens très différents selon les processus de politiques publiques proposés comme modèles.

<sup>4</sup> Dans cet article, l'expression « sciences de la santé » est utilisée comme fourre-tout pour décrire la vaste gamme de recherches effectuée en médecine, en sciences infirmières, en épidémiologie, en santé publique, etc. Bien que les chercheurs dans chacun de ces domaines ne seraient peut-être pas à l'aise de se voir regrouper ainsi, ils partagent tous un intérêt pour la « santé » selon des définitions diverses et, à quelques exceptions près, abordent l'étude des politiques publiques avec des outils, des techniques et conceptions du monde propres à leur discipline maîtresse. De plus, une simple observation et une affinité épistémologique suggèrent que ce point de vue sur l'élaboration des politiques, que j'assigne ici aux sciences de la santé, s'applique également à une bonne partie du travail relié à l'élaboration de politiques publiques dans les domaines des sciences de l'environnement, du génie, des sciences naturelles, etc.



les politiques publiques ne s'appuient pas sur les meilleures données probantes empiriques disponibles (Dopson and Fitzgerald 2005; Nutley, Walter, and Davies 2007; Shulock 1999). Ce qui n'implique pas qu'il n'existe aucun cas de politiques publiques basées sur des données probantes (par exemple, la vaccination universelle, le traitement des eaux).

Afin d'explorer, et peut-être d'expliquer, ce paradoxe, cet article s'attachera ensuite à mettre en contraste le modèle de politiques publiques en santé, basé directement et linéairement sur les données probantes telles qu'on le trouve dans la documentation en sciences de la santé, avec trois modèles qui sont courants en science politique. Donc, la seconde partie de cet article offre un récit détaillé du modèle classique de politiques publiques des stages ». Le modèle des stages est utile pour souligner les approches nombreuses et différentes utilisées pour que les « données probantes » influencent les « politiques ». Bref, le rôle des données probantes varie selon les stages du cycle d'élaboration des politiques publiques. Le modèle des stages est également un point de départ utile parce qu'il se base sur la logique de la solution appliquée à un problème (c'est-à-dire, décrire le problème, proposer une solution, choisir une solution, etc.) (Howlett and Ramesh 2003). C'est donc un modèle d'élaboration de politiques publiques accessible et intuitif pour les néophytes. Cependant, le modèle des stages est une représentation limitée du processus de politiques publiques; en réalité, l'approche systématique et linéaire suggérée pour apporter une solution aux problèmes de politiques publiques est rarement suivie. De plus, si ce modèle décrit le processus de politiques publiques, il contribue fort peu à expliquer le résultat de ces politiques. Afin de pallier à ces limites, la troisième et dernière section de cet article présente deux modèles d'analyse des processus de politiques publiques offrant des perspectives très différentes de ces processus. Le premier est le schéma conceptuel des coalitions d'acteurs, qui essaye de fournir une théorie prédictive des processus de politiques publiques. Dans ce schéma, la recherche et les idées de recherche ont une influence sur les politiques parce qu'elles ont été incorporées et utilisées par des coalitions concurrentes. Ainsi, ce modèle introduit les notions de pouvoir et de compétition et offre une explication préliminaire du fait que certaines idées et certains aspects de la recherche sont plus influents que d'autres. Après avoir suggéré que, dans les processus de politiques publiques, les « idées » ne parlent pas d'elles-mêmes (comme l'infère le modèle prédominant de processus de politiques publiques dans les sciences de la santé), la troisième section de cet article inclut également des descriptions plus récentes (et, à certains égards, plus provocantes) des processus de politiques publiques qui abandonnent l'approche positiviste prédominante de la vie politique et sociale. Plutôt que de décrire la recherche et les chercheurs comme des sources plus ou moins neutres d'idées objectives qui peuvent ou non être incluses dans les politiques publiques, l'une des approches gagnant rapidement de la faveur dans l'étude des processus de politiques publiques est de considérer la recherche comme une partie intégrante de ce processus. Dans des approches de ce processus allant du post-empirique au post-positivisme en passant par le « constructivisme », les chercheurs ne sont pas placés au-dessus ni en dehors du processus de politiques publiques. Des lois universelles, ou même des théories prédictives des processus de politiques publiques ne sont pas possibles : ceux qui essaient de comprendre ces processus en font inextricablement partie. Il est possible, et en fait essentiel, que ces politiques publiques soient le fruit d'un débat démocratique, encouragé et animé par ceux qui les analysent et dont le rôle est de développer une compréhension commune des problèmes qu'elles cherchent à résoudre.

## 1 MODÈLES D'ÉLABORATION DES POLITIQUES PUBLIQUES – LE POINT DE VUE DES SCIENCES DE LA SANTÉ

La politique publique favorable à la santé est définie de plusieurs façons. Pour certains, c'est un projet normatif ambitieux qui répond aux inégalités fondamentales de la société. Selon ce point de vue, une politique publique de santé est conçue pour définir une vaste gamme de politiques et de programmes d'intervention visant à apporter des changements réels sur une grande variété de déterminants affectant la santé, aussi bien au plan national (Davies 2001; Milio 2001) qu'international (Hunter 2005; Labonte 1998; Mohindra 2007)<sup>5</sup>. Pour d'autres, une politique publique favorable à la santé se définit par la négative : ce sont toutes les politiques publiques qui vont au-delà de la santé et des services de santé, mais ont un impact sur la santé. Pour d'autres encore, une politique favorable à la santé publique déborde même du cadre d'intervention des gouvernements et des pouvoirs publics et couvre également les politiques et programmes du secteur privé et, on peut le présumer, des organismes sans but lucratif. Pour les besoins de cet article, une politique publique favorable à la santé sera définie de manière plus large, comme étant l'ensemble des « politiques publiques, hors du cadre formel de la santé, qui ont un impact sur la santé, comme l'éducation, les transports et les politiques fiscales »<sup>6</sup>.

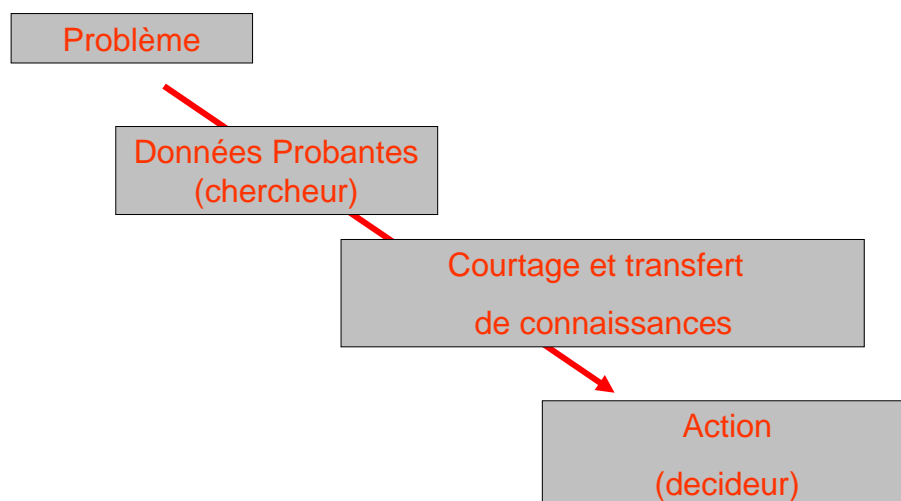
Que faut-il donc pour élaborer une politique publique favorable à la santé? Selon la perspective des sciences de la santé et, de fait, des sciences naturelles en général, la réponse la plus commune à cette question est très simple. Les politiques publiques, et en particulier celles qui ont un impact sur la santé de la population, devraient être basées sur des données probantes. Ainsi, la perspective des sciences de la santé est d'adopter et ajuster une approche linéaire de résolution de problèmes dans les politiques publiques. Après avoir constaté les maux et problèmes de santé de la population, le défi consiste alors à mieux comprendre les causes de ces maux et problèmes, aussi complexes soient-elles, puis à y répondre en s'appuyant sur les meilleures données probantes disponibles. En fait, la motivation pour un changement de politique peut être normative; par exemple, lorsque des responsables de santé publique tentent de minimiser les effets de l'itinérance ou de la dépendance aux drogues pour améliorer la santé de populations vulnérables. Cependant, après avoir décidé qu'il faut agir, l'objectif est alors prendre des décisions à partir des meilleures données probantes disponibles et/ou de poser les gestes qui sont les moins susceptibles de causer de tort.

---

<sup>5</sup> Une définition aussi large des politiques publiques favorables à la santé nous laisse toutefois perplexes parce qu'elle englobe tout ce que les gouvernements font (et plus encore). Elle ne nous aide pas beaucoup puisqu'elle mène vraisemblablement à un programme trop ambitieux et irréalisable. Comme le disait un responsable gouvernemental ayant contribué à cet article, « dire que tout est politique publique de santé, c'est comme dire que rien ne l'est ». Ou, comme l'ont écrit Marmor et Boyum : « Il est naïf de présumer que l'identification d'une cause de mauvaise santé — comme la pauvreté — a en soi un effet mobilisateur contre les difficultés économiques ». Voir Marmor et Boyum 1999, p. 38. Une opinion similaire est exprimée par Carolyn Tuohy à propos des dangers reliés à « une simple substitution du bien-être social et du bénéfice social net par la santé » (Tesh et coll. 1987, 258).

<sup>6</sup> Cette définition est empruntée au Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, fondé par l'Agence de la santé publique du Canada. Vous la trouverez dans la description du Centre. [www.ccnpps.ca/fr/index.aspx?sortcode=1](http://www.ccnpps.ca/fr/index.aspx?sortcode=1) [n.d.t. : validé en janvier 2008]

**Figure 1 : La perception dominante du processus d'élaboration des politiques publiques dans les sciences de la santé : des données probantes à une politique**



7

Dans le cas de la cigarette et du contrôle du tabac, ce modèle de résolution de problème commence par le constat d'un taux élevé de cancer du poumon, de maladies coronariennes et d'autres problèmes de santé, puis par l'établissement d'un lien avec la fumée directe et la fumée secondaire et, enfin, en s'efforçant de réduire radicalement la consommation de tabac, surtout chez les jeunes. La politique publique qui en découle s'explique donc par elle-même : faire tout ce qu'il faut pour réduire l'incidence du tabagisme dans la population et, à défaut d'une interdiction totale des produits du tabac, établir un ensemble complexe de mesures pour en réduire la consommation. Plus généralement, devant un problème de santé publique (par ex. diabète, obésité) et une solide preuve empirique, la politique publique adoptée est relativement simple. Il s'agit d'apporter une solution au problème en concevant et en appliquant des programmes qui en affecteront les causes principales.

Au moins deux autres caractéristiques de ce modèle méritent des commentaires. Tout d'abord, la transition de l'étape deux (recherche) à l'étape trois (politique) a elle-même fait l'objet de recherches considérables et il existe aujourd'hui un impressionnant bagage d'expérience et de la documentation sur ce qui fonctionne, aussi bien par connaissance acquise que par transfert de la recherche. À travers ce qui a été publié, on semble présumer qu'une condition nécessaire (mais peut-être pas suffisante) à l'élaboration d'une politique publique est le transfert des résultats de la recherche dans les mains des politiciens et des décideurs ainsi que l'utilisation efficace d'une myriade de techniques de transfert de savoir, d'échange et de courtage. Selon ce qui a été publié, comme les décisions relatives aux politiques publiques sont (ou, du moins, devraient être) basées sur les meilleures données probantes disponibles, et que ces données sont le fruit d'une recherche soigneuse, on se préoccupe davantage de questions de transfert et d'utilisation de la recherche. En d'autres termes, une politique publique favorable à la santé consiste alors à produire des données probantes de « ce qui fonctionne » (Davies, Nutley, & Smith 2000; Nutley, Walter, & Davies 2007), et ensuite, grâce à des techniques sophistiquées,

de transférer ces données probantes aux décideurs, étant bien entendu par tous, naturellement, que la politique publique et les programmes en question seront élaborés à partir de ces données<sup>7</sup>.

Cependant, cette focalisation sur le transfert de la recherche présume essentiellement que la politique sera basée sur les données probantes scientifiques si les chercheurs peuvent trouver des moyens efficaces de mettre ces données dans les mains des décideurs. Autrement dit, la présomption des chercheurs est la suivante : « si les décideurs disposent des résultats (de la recherche), ils les utiliseront ». Toutefois, cette présomption n'est pas souvent validée par les données probantes empiriques disponibles qui montrent que de nombreuses décisions de politiques sont basées sur des considérations autres que les meilleures données probantes disponibles et présentent des cas de « données probantes basées sur les politiques » (Marmot 2004). La réalité serait plutôt que, même si les chercheurs travaillant à des politiques souhaitent « dire la vérité aux pouvoirs publics », les dirigeants ne sont pas obligés de les écouter et le font souvent lorsque cette vérité sert leurs intérêts (Burton 2006, 186).

De plus, il y a une emphase importante, et justifiée, sur l'évaluation et la validation de l'efficacité et de l'efficacités de différentes politiques et programmes d'intervention. Définir ce qui fonctionne peut et devrait être basé sur une évaluation prudente, scientifique et basée sur les données probantes, des différentes interventions. Selon la perspective des sciences de la santé, les politiques et programmes d'intervention sont compris comme analogues à des interventions cliniques. Tout comme la médecine basée sur les données probantes exige une analyse systématique des différentes interventions cliniques possibles, idéalement basées sur des essais aléatoires contrôlés et d'autres techniques similaires, les politiques publiques basées sur les données probantes devraient également être basées sur l'évaluation soignée des différentes options des politiques et des programmes d'intervention. C'est là sans doute que le rôle des données probantes empiriques est le plus fort. Plutôt que de parler de « données probantes pour les politiques », il pourrait être préférable de parler de « données probantes pour le choix d'instruments pour les programmes et politiques ». Une recherche soignée est requise pour faire un choix parmi la diversité d'instruments de politiques (par ex., l'impact relatif des règlements par rapport aux dépenses fiscales pour inciter les fermiers à abandonner la culture du tabac) et de programmes d'intervention (par ex., quel genre de régime d'activité physique dans les écoles a le meilleur impact sur l'obésité juvénile?) possibles. En fait, il existe une longue tradition d'expérimentation sociale pour élaborer des politiques publiques, particulièrement au Royaume-Uni et aux États-Unis (Weiss & Birckmayer 2006). Au Canada, le travail de la Société de recherche sociale appliquée<sup>8</sup> en est un bon exemple et les réseaux

---

<sup>7</sup> Dans certains cas, une politique publique de santé comprendra également les efforts entrepris pour éviter ou au moins réduire les risques pour la santé reliés à des politiques publiques plus larges (c.-à-d., évaluations de l'impact sur la santé).

<sup>8</sup> La Société de recherche sociale appliquée (SRSA) se présente comme ayant une mission à deux volets, « d'une part, à aider les décideurs et les intervenants à mettre en lumière les politiques et programmes sociaux qui améliorent le bien-être de tous les Canadiens, en étudiant tout particulièrement leurs effets sur les personnes défavorisées, et d'autre part, à hausser les critères d'évaluation de ces politiques et programmes sociaux. La SRSA remplit sa mission en évaluant les programmes sociaux existants et en mettant à l'essai de nouveaux concepts de programmes sociaux, à l'échelle et en plusieurs endroits, avant qu'ils n'entrent en vigueur et qu'ils ne soient mis en pratique de façon plus étendue. » (tel que publié sur le site web du SRSA, [www.srdc.org/fr\\_about\\_us.asp](http://www.srdc.org/fr_about_us.asp), [n.d.t. : validé en janvier 2008]).

Cochrane (santé) et Campbell (politique sociale et éducation) sont d'excellents exemples internationaux. Dans les trois cas, la recherche s'est concentrée sur des politiques et programmes bien définis, à petite échelle, ou, comme ils sont décrits par le réseau Campbell, des « interventions ».

Pour revenir à l'exemple du tabagisme, le modèle exige une évaluation rigoureuse de l'efficacité relative des publicités anti-tabac visant les enfants et les adolescents; des efforts visant à promouvoir l'application des lois restreignant la vente de produits du tabac; des politiques touchant le prix et la taxation pour rendre les produits du tabac plus chers, etc. On présume ici que les décideurs choisiront, ou au moins devraient choisir, les politiques et programmes qui se sont avérés les plus efficaces. En fait, c'est peut-être une approche efficace (sinon partielle) pour promouvoir des politiques publiques (favorables à la santé) basées sur la preuve. Plutôt que de focaliser sur la question « devrait-on agir? », l'emphase devrait être placée en aval. Une fois que la décision d'agir a été prise, l'objet de la recherche est beaucoup plus concentré sur « ce qui peut et devrait être fait », sur les mérites des différentes politiques et programmes possibles.

Cela dit, les partisans de politiques publiques favorables à la santé et ceux qui font partie du secteur de la santé ont appris que le modèle de politique publique basé sur les données probantes ne tient pas toujours compte de ce qui se passe dans la pratique. En réalité, dans de nombreux secteurs des politiques publiques, au sens large de l'expression, il semblerait que les décisions sont parfois basées sur tout sauf sur les données probantes scientifiques. Une observation rapide suggérerait que les gouvernements établissent des politiques publiques en fonction des susceptibilités de l'opinion publique, de considérations électoralistes, de préférences personnelles et de gestion de crise (Willison & MacLeod 1999). Il n'est donc pas étonnant que les partisans comme les opposants d'une politique publique favorable à la santé basée sur des données probantes soient engagés dans des débats et des discussions animés, et parfois enflammés, sur l'éthique, l'épistémologie et la nature de la médecine basée sur les données probantes comme sur le processus de décision clinique et par extension, sur les politiques publiques (de santé) basées sur des données probantes. (Holmes et coll. 2006; Jenicek 2006; Holmes 2006; Kemm 2006; Miles & Loughlin 2006; Willison & MacLeod 1999).

Pour les besoins de cet article, il n'est nullement besoin d'engager ce débat ici. Deux idées ressortent cependant. Tout d'abord, dans le passage de politiques publiques « basées sur les données probantes » vers des politiques « informées par les données probantes », il y a un intérêt renouvelé pour la prise en considération du *contexte* dans le processus d'élaboration. Il semblerait qu'un consensus soit en train de se former : les politiques publiques favorables à la santé, et à d'autres domaines, qui a un impact sur la santé des populations ne peuvent être basées seulement sur les données probantes scientifiques disponibles, même si ces données ont été systématiquement évaluées (Dobrow, Goel, & Upshur 2004; Dopson & Fitzgerald 2005). Il semblerait que l'étalon d'or ait changé et consiste maintenant à chercher à obtenir des décisions *informées* par les données probantes, et tenant compte du contexte dans lequel ces décisions sont prises (Chalmers 2005; Lomas 1990; Nutley, Walter, & Davies 2007). Devant cette réalité, où ni les cliniciens ni les décideurs ne semblent vouloir ou pouvoir se fier exclusivement sur les données probantes scientifiques, l'objectif demeure d'effectuer une recherche et un transfert de données toujours plus efficaces, mais dans le but d'informer ceux qui décideront des politiques et programmes. Après avoir reconnu que des décisions complexes

sont (ou devraient être, sans doute) basées sur le contexte spécifique dans lequel se prennent les décisions<sup>9</sup>, il est entendu que les décideurs établiront des politiques basées sur une combinaison des données probantes disponibles et sur leur lecture du contexte dans lequel ces décisions doivent être prises.

Selon la perspective de la science politique, ce passage est critique. À tout le moins, il permet une description du processus d'élaboration et de décision des politiques qui traduit les efforts des décideurs pour tenir compte des valeurs sous-jacentes et des conflits de valeurs associés à ces décisions. Pour reprendre l'exemple des politiques concernant le tabagisme, l'accumulation des données probantes scientifiques démontre clairement que la fumée directe et la fumée secondaire ont un impact sur la santé. Cependant, tenir compte du contexte permet aux décideurs d'évaluer l'impact des politiques publiques (concernant le tabagisme, la vente et la distribution des produits du tabac) sur les droits et libertés reconnus par les Chartes canadienne et québécoise des droits et libertés. Porter une attention particulière sur le contexte permet aussi de prendre en considération la viabilité économique des petits commerçants, les préoccupations culturelles des peuples autochtones, la concurrence provoquée par différents niveaux de taxation entre provinces et la santé économique des fermiers qui cultivent le tabac depuis des générations. Tenir compte du contexte nous encourage aussi à réfléchir sur le cheminement de la problématique du contrôle du tabagisme avant qu'elle n'aboutisse à l'ordre du jour des politiques publiques, et comment on l'y maintient. Comme le soutiennent Albæk et ses collègues, la structure du système politique (fédéral versus unitaire; congrès versus parlement) peut avoir un impact significatif sur ce cheminement (Albæk, Erik; Christoffer Green-Pedersen, & Lars Beer Nielsen 2007). En d'autres termes, un modèle de procédure d'élaboration de politique publique selon lequel les décisions seraient en partie basées sur des données probantes (plutôt que basées exclusivement sur de telles données) permet d'envisager la forte possibilité que les décideurs ne tiennent compte et n'affrontent qu'une partie du problème sur une période donnée et tiendront compte des valeurs et des conflits de valeurs qui sont souvent très réels lorsqu'on adopte des politiques publiques affectant de grandes populations.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Comme le disent Dobrow et ses collègues, les données probantes et le contexte sont des composantes intégrales d'une décision basée sur des données probantes et il faut porter attention au « contexte de prise de décision ». Voir Dobrow, Goel, and Upshur 2004).

<sup>10</sup> Certains voudront continuer à défendre l'idée que l'information portant sur les valeurs et les conflits de valeurs posant un problème dans une décision de politique publique constitue une forme de « donnée probante » et que l'on peut donc parler de décision ou d'élaboration de politique informée et basée sur des données probantes (voir Gray, Muir, J A. 2004, 988-989). Selon moi, cette position pousse trop loin le concept de donnée probante et présume que révéler les valeurs et conflits de valeurs sous-jacents est une question simple. En fait, les politiques publiques consistent souvent à mettre à jour les conflits de valeurs. Nos institutions politiques, incluant les prises de décision collectives d'un cabinet et le débat parlementaire, existent pour permettre l'expression de ces valeurs et de ces conflits de valeurs et, on l'espère, de les réconcilier. Cependant, ces moyens institutionnels sont souvent incapables de prêter voix à la gamme complète des préoccupations de la population, d'où l'intérêt de trouver des moyens d'encourager une participation citoyenne significative, l'engagement et l'aspiration populaire à une forme de démocratie plus délibérative (Fischer 2003).

Pour résumer le point de vue des sciences de la santé<sup>11</sup>, le processus d'élaboration des politiques publiques serait assez linéaire, commence ou devrait commencer par une collecte soigneuse de données probantes sur ce qui a été utilisé et donne des résultats — c'est le domaine des experts scientifiques. Il est suivi par un processus qui assure que les données probantes soient effectivement transmises aux décideurs. De plus, ce modèle présume que le choix des politiques et des programmes d'interventions devrait, une fois de plus, être basé sur la collecte de données probantes sur ce qui est le plus efficace. Des publications plus récentes dans le domaine des sciences de la santé insistent sur l'importance du contexte et visent à obtenir des décisions, incluant celles affectant les politiques, qui soient informées par les données probantes et tiennent compte du contexte dans lequel ces décisions sont prises. L'intérêt récent que suscite le contexte est critique pour les ponts que cet article tente d'établir. Tenir compte du contexte, me semble-t-il, permet de considérer le pouvoir et les problèmes qui y sont reliés dans toute leur ampleur. À tout le moins, l'étude des politiques (et, par le fait même, la science politique) est l'étude du pouvoir. Cela nous amène à aborder les diverses compréhensions du processus d'élaboration des politiques publiques qu'ont les experts en science politique et autres experts en sciences sociales qui partagent un intérêt pour la compréhension (et peut-être l'explication) de la manière dont se prennent ou ne se prennent pas les décisions concernant les politiques publiques.

---

<sup>11</sup> Je suis conscient qu'il peut paraître téméraire d'attribuer une vision unique du processus d'élaboration des politiques publiques à un domaine aussi vaste et diversifié que les sciences de la santé. Encore une fois, il existe des différences significatives et importantes. Cependant, ce que je décris ici correspond à mes propres observations d'une tendance centrale et générale.

## **2 MODÈLES D'ÉLABORATION DE POLITIQUES – LE MODÈLE DES STAGES**

Le modèle de politiques publiques des stages est sans doute le plus largement utilisé, mais aussi l'un des plus critiqués. Bien que ce ne soit en aucun cas une théorie prédictive du processus d'élaboration des politiques ni même une description précise de ce processus « dans la vraie vie », le modèle des stages demeure un excellent outil heuristique (Burton 2006; DeLeon 1999).

De nombreuses publications différentes mettent l'emphase sur les divers stages du processus d'élaboration des politiques. L'une des premières était signée par Harold Lasswell, qui a identifié sept stages, commençant par ce qu'il appelle le « renseignement » (collecte de données) et se terminant par l'évaluation (Howlett & Ramesh 2003). Durant les 50 années suivantes, de nombreuses tentatives ont été faites pour amender et bonifier cette formulation originale. Différents auteurs ont identifié un nombre différent de stages, qu'ils ont nommés et décrits différemment. Il est utile pour nos besoins d'adopter la formulation de Howlett et Ramesh (2003) qui décrit le modèle « des stages » comme un modèle de résolution de problèmes et divise ce processus en cinq stages :

Stages du cycle d'élaboration de politiques

- 1- Définition de l'ordre du jour
- 2- Formulation de la politique
- 3- Prise de décision
- 4- Mise en application de la politique
- 5- Évaluation de la politique

En ce qui concerne l'utilisation ou non des données probantes, le point central est la façon dont elles sont utilisées et jusqu'à quel point, et quels genres de données scientifiques sont utilisées; cette utilisation sera différente selon les stages du processus d'élaboration des politiques (incluant le stage d'évaluation qui n'est pas pris en considération ici).

### **2.1 DONNÉES PROBANTES ET DÉFINITION DE L'ORDRE DU JOUR**

Le stage de définition de l'ordre du jour (« agenda setting ») est celui où les gouvernements décident des priorités et de l'importance relative de toute question par rapport à la problématique globale. L'ordre du jour du gouvernement est complexe et résulte du tiraillement des forces en présence, incluant par exemple : les promesses électorales; l'avis fourni par les fonctionnaires; les politiques et programmes prioritaires de la formation politique au gouvernement; les initiatives de politiques et de programmes mis en place par le gouvernement précédent; les pressions de gouvernements étrangers; les priorités personnelles du Premier Ministre ou de son homologue provincial; et enfin les priorités personnelles des différents ministres.



L'ordre du jour du gouvernement est complexe, avec de nombreuses facettes; il dépasse largement les limites des déclarations publiques comme les discours du trône et des dévoilements de budget. Par exemple, selon Kingdon, l'ordre du jour du gouvernement est plus facile à cerner si on l'aborde sous trois angles distincts (Howlett & Ramesh 2003). Il identifie d'abord « l'angle de la problématique », composé des problèmes à régler, certains plus urgents que d'autres (par ex., comment répondre à l'incidence croissante d'obésité dans la population). Le second est « l'angle de la politique publique », dominé par les idées, incluant les idées de solutions (par ex., le gouvernement devrait adopter une stratégie complète face au cancer). Le troisième angle du modèle de Kingdon est « l'angle politique », c'est-à-dire des priorités issues du désir naturel du gouvernement de plaire à la population pour se faire réélire et qui donnent lieu à des points de son programme dont le mérite est parfois douteux, mais saura plaire au grand public (par ex., subventions des passes de transport public).

Le rôle des données probantes dans la définition de l'ordre du jour est également complexe, avec de multiples facettes, notamment si l'on tient compte du fait que les priorités adoptées par les gouvernements résultent de pressions partisans ou de l'opinion publique. Cela dit, la manière dont un problème est présenté peut également avoir un impact énorme sur le rôle des données probantes et sur les données considérées comme pertinentes.

Lorsqu'un problème est décrit comme étant un problème technique, les experts peuvent jouer un rôle prépondérant dans le processus décisionnel, ce qui est souvent le cas. Par contre, lorsque les diverses implications éthiques, sociales et politiques sont au centre du débat, une variété beaucoup plus grande d'intervenants peut et doit s'impliquer (Howlett & Lindquist 2004).

## **2.2 DONNÉES PROBANTES ET FORMULATION DE LA POLITIQUE**

Le stage de la formulation de la politique est celui où les gouvernements, parfois avec l'aide d'experts externes, essayent d'identifier la palette des réponses possibles à la définition donnée d'un problème. La palette de propositions peut provenir du processus de définition de l'ordre du jour lui-même. Par exemple, si le problème de l'obésité est décrit comme étant le produit exclusif d'un comportement individuel, la priorité dans la politique publique qui en résultera sera centrée sur la modification des comportements individuels (par ex., exercice et nutrition). Alternativement, le processus d'identification des possibilités quant à un problème donné de politique publique peut être un processus distinct, impliquant des responsables du gouvernement en consultation avec divers intervenants externes, que ce soient des groupes d'intérêt, des universitaires ou d'autres gouvernements.

Une importante série de recherches de la science politique tente de faire la lumière sur le processus de formulation d'une politique (même s'ils ne sont pas toujours cohérents à l'interne). Il existe un certain accord sur l'idée qu'il convienne de parler de différents sous-systèmes de politique : un grand nombre de processus de formulation de politique simultanés et parallèles, entre différents domaines de politique (par ex., politique étrangère vs. politique de santé) et à l'intérieur de ces domaines (par ex., santé des autochtones vs contrôle du cancer). La manière de décrire ces processus est loin de faire l'unanimité. Les communautés intéressées par une politique (« policy communities »), les réseaux concernant une politique (« policy networks »), les triangles de fer (« iron triangles »), les réseaux d'enjeux, les paliers inférieurs des gouvernements (« sub-government), et les coalitions d'acteurs, sont tous des termes utilisés

pour désigner différentes conceptualisations des différents sous-systèmes de politique.<sup>12</sup> Le schéma de coalition d'acteurs développé par Paul Sabatier et Hank Jenkins-Smith est l'une des théories les plus populaires du processus d'élaboration des politiques, ne serait-ce que parce qu'elle tente de générer des hypothèses vérifiables. Nous en discuterons plus en détail par la suite.

Pour le moment, le point critique est la complexité du processus par lequel les choix de politique et de programmes sont identifiés, évalués, lesquels sont inclus ou exclus de la liste par ceux qui ont le pouvoir de rendre des décisions contraignantes sur ce qui sera fait. En d'autres termes, même si un problème est « inscrit » à l'ordre du jour, il n'est pas toujours évident ni clair de savoir qui est impliqué dans le processus de définition de la nature du problème et, donc, « ce qui doit être fait ».

### **2.3 DONNÉES PROBANTES ET PRISE DE DÉCISION**

Comme je le défendais plus haut, dans l'élaboration des politiques, la prise de décision est le principal centre d'intérêt dans la majorité des publications en sciences de la santé. Ainsi, par exemple, dans les divers modèles de transfert, d'échange et de courtage des connaissances<sup>13</sup>, on met l'emphase sur l'obtention de ces données par les personnes qui prennent les décisions. Au contraire, dans le modèle des stages, décider quoi faire n'est que l'un des nombreux stages dans le processus d'élaboration des politiques.

Après s'être entendu sur le fait qu'un problème passe à l'ordre du jour des questions à régler, après avoir rassemblé l'information et analysé la gamme de réponses possibles, il faut que des décisions soient prises pour que des gestes soient posés. Le processus décisionnel peut être fort simple et impliquer une seule, ou un petit groupe de personnes (comme c'est souvent le cas dans des décisions d'ordre clinique), ou il peut être assez complexe et impliquer des dizaines, voire des centaines, de personnes (fréquent pour les décisions prises par un conseil de ministres). De la même manière, les politiques publiques résultent rarement d'une seule décision distincte et sont souvent le fruit d'une série de décisions ou de rondes de décision, disparates et plus ou moins intégrées (Howlett & Ramesh 2003).

De plus, c'est là que la distinction entre les politiques et les programmes peut devenir critique. Pour décider de ce qui doit être fait ou, plus précisément, de la gamme des options possibles, une série de décisions ou de rondes de décision est requise. Après s'être entendu sur le fait qu'un problème visé par une politique (par ex., longues périodes d'attente; risque de pandémie; exclusion sociale) soit « à l'ordre du jour », la première ronde de décision concerne la direction générale et du choix global d'instruments d'une politique. Pour répondre à ce problème, est-ce que l'emphase portera sur la réglementation, sur les dépenses publiques, les mesures fiscales diverses, ou peut-être sur l'attente de conditions favorables au changement (l'équivalent de « l'attente attentive » dans un environnement clinique). La formulation des options durant cette première ronde ne sera vraisemblablement pas très favorable aux données probantes, ou du

---

<sup>12</sup> Pour un survol et une introduction aux publications sur ce sujet, voir Howlett et Ramesh (2003), Chapitre 6; et Pal (2005), Chapitre 6.

<sup>13</sup> La notion de courtage des connaissances ne se limite pas aux sciences de la santé. On la retrouve dans les publications sur l'analyse des politiques. Par ex., voir Lynn 1999, 411-425.

moins aux seules données probantes. Le choix des instruments est souvent déterminé autant par l'orientation philosophique générale du gouvernement (par ex., un gouvernement libéral préfère dépenser, un gouvernement conservateur préfère adopter des mesures fiscales) que par l'étude des données probantes. Dans les rondes décisionnelles subséquentes, après que la direction générale ait été établie, les gouvernements doivent choisir les divers programmes spécifiques.

Le rôle des données probantes dans le processus décisionnel a été étudié en profondeur depuis de nombreuses années et, bien qu'il ne soit pas possible ni nécessaire de passer en revue ce qui a été publié dans cet article<sup>14</sup>, les généralisations suivantes qui émergent ont des implications pour ceux qui étudient les politiques publiques favorables à la santé :

- tel que suggéré plus tôt, nous savons grâce une variété d'études que les données probantes de recherches ne sont pas toujours utilisées ni même requises;
- les données probantes issues de la recherche sont parfois utilisées, non pas pour guider lors du processus décisionnel mais plutôt pour le justifier. Il y a de nombreux exemples de ce qui pourrait être appelé « des données probantes informées par décision », où les données probantes sont assemblées en fonction d'une décision déjà prise;
- enfin, différents genres de données probantes sont utilisés de manières différentes (Amara, Ouimet, & Landry 2004).

## **2.4 DONNÉES PROBANTES ET MISE EN APPLICATION DE LA POLITIQUE**

Au premier abord, il semble étrange de focaliser son intérêt sur ce qui se passe après qu'une décision ait été prise. Dans des environnements cliniques, à petite échelle, cette distinction est sans doute moins critique car celui qui prend la décision est également celui qui la met en application. Cependant, dans la plupart des politiques publiques, la décision d'initier une nouvelle direction dans la politique n'occupera pas nécessairement un rôle central à la fin du processus; il se pourrait que ce ne soit qu'un jalon important dans un processus beaucoup plus long, qui nécessite plusieurs décisions et choix subséquents.

Par exemple, le ministre de la Santé d'un gouvernement provincial pourrait recommander à ses collègues du Conseil des ministres que le gouvernement adopte des mesures pour augmenter l'activité physique dans les écoles. Les membres du Cabinet pourraient bien être d'accord avec l'ensemble de la politique et même s'entendre pour réserver des fonds pour les transférer aux commissions scolaires. Bien que ces décisions soient importantes, elles ne donnent aucune indication précise sur la manière dont les commissions scolaires, chaque école ou chaque enseignant, s'y prendront pour augmenter l'activité physique. Ainsi, la décision prise à haut niveau d'augmenter l'activité physique déclenchera des séries complexes de décisions subséquentes sur le financement et la mise en application de la politique.

---

<sup>14</sup> Pour une introduction aux publications portant sur le rôle des données probantes dans l'élaboration des politiques publiques favorables à la santé, voir, *inter alia*, (Bekker, Putters, & Van der Grinten, T.E.D. 2004, 139-149; Champagne & Lemieux-Charles 2004; Lavis 2004; Ouimet et al. 2006, 964-976).

C'est sans doute lors de cette étape que les données probantes issues de la recherche peuvent avoir l'impact le plus important. Des études empiriques soignées peuvent être, et ont été, faites sur l'efficacité des différentes approches de l'activité physique dans les écoles (par ex., combien de minutes d'activités par semaine; à quel niveau d'intensité; en utilisant quelles activités; etc.) (Strong et al. 2005). En fait, j'irais même jusqu'à suggérer, dans la mesure où on peut le défendre dans le cas d'une politique publique basée sur les données probantes, que c'est précisément lors de la mise en application de la politique qu'une direction générale se transforme en choix détaillé de programmes d'intervention. La priorité demeure les données probantes issues de la recherche et leur transfert, mais la cible du transfert change. Pour revenir à l'exemple de l'activité physique à l'école, les auteurs d'études détaillées sur différentes combinaisons de programmes d'activités doivent viser les décideurs au niveau des diverses commissions scolaires et écoles, et non pas nécessairement le niveau provincial (et encore moins fédéral). De plus, une recherche détaillée sur « ce qui fonctionne » (Davies, Nutley, & Smith 2000) au niveau des programmes d'activités se prête bien à la collaboration entre les chercheurs, d'un côté, et ceux responsables de recommander et de mettre en application les programmes et initiatives spécifiques, de l'autre.

## **2.5 DONNÉES PROBANTES ET ÉLABORATION DES POLITIQUES PUBLIQUES DANS LE MODÈLE DES STAGES — OBSERVATIONS GÉNÉRALES**

Plusieurs caractéristiques de ce survol heuristique ressortent lorsqu'on les oppose aux caractéristiques implicites et explicites du processus prédominant d'élaboration des politiques publiques dans les sciences de la santé. Premièrement, il faut noter que le processus décisionnel n'est qu'un stage parmi tant d'autres. Cela suggère que la préoccupation d'exercer une influence sur des « décideurs » spécifiques est déplacée et n'offre qu'une vision incomplète de la façon dont la recherche peut avoir, ou a, un impact sur les politiques publiques. Il est rare qu'une politique gouvernementale soit le résultat d'une seule décision — à cause de la complexité inhérente d'une politique et des avenues pour la contester, toute action exigera de nombreuses décisions, parfois sur plusieurs semaines, mois ou mêmes années.

Deuxièmement, dans ce modèle, les stages ne sont certainement pas hermétiques l'un à l'autre; la gamme des politiques et programmes retenus lors du stage décisionnel est grandement déterminée par ce qui se passe au stage de la définition de l'ordre du jour et au stage de formulation de la politique publique. En d'autres termes, une stratégie conçue exclusivement pour tenter d'influencer les décideurs risque d'échouer si elle ne tient pas compte du fait qu'un problème particulier fait ou non partie de l'ordre du jour, et dans quelle mesure; et, s'il en fait partie, comment la gamme des choix plausibles a été définie et réduite à un nombre raisonnable pour faciliter la prise de décision (Howlett & Ramesh 2003). De la même manière, il est potentiellement malvenu de se concentrer exclusivement, ou même prioritairement, sur le processus décisionnel car cela ne tient pas compte du fait que les politiques et programmes peuvent changer, parfois radicalement, au stage de leur mise en application, au niveau de ce qui a été décrit comme celui des « bureaucrates de la rue » et qui, incidemment, peut inclure des médecins et des infirmières dans un environnement de santé publique (Checkland 2004; Pressman & Wildavsky 1979; Walker & Gilson 2004).

Troisièmement, bien que l'ordre de présentation soit séquentiel dans cet article, il se dégage de la documentation scientifique que tous les problèmes d'une politique n'effectuent pas tout le

cycle des stages dans un ordre particulier, ou ne passent pas par tous les stages dans tous les cas. Ainsi, par exemple, en réaction à une crise ou à un choc externe, il arrive fréquemment que les décideurs passent directement au stage décisionnel sans analyser, ou seulement très peu, la gamme des options de politiques et de programmes. La réponse immédiate au SRAS illustre bien le cas où des décideurs fédéraux, provinciaux et locaux ont été forcés de réagir rapidement et d'élaborer des politiques et des programmes, avec des résultats mitigés, inévitablement. De même manière, il arrive que des politiques et programmes prennent fin bien avant que des évaluations puissent être faites (ou aucun processus d'évaluation n'a été prévu au départ), ce qui rend plus difficile de déterminer leur efficacité ou leur inefficacité.

Ainsi, différents genres de données probantes sont critiques aux différents stages de ce modèle. Des données probantes sont requises pour cerner le problème et convaincre qu'il mérite une place de choix dans l'ordre du jour d'une politique publique. De même, des données probantes sont requises pour évaluer l'impact vraisemblable des différentes options de la politique et des données de genres différents sont requises pour évaluer l'impact d'une politique ou d'un programme. Dans ce modèle d'élaboration des politiques publiques, la valeur des données probantes fournies par la recherche est basée sur un critère indépendant du modèle — la rigueur de la recherche, la solidité des résultats obtenus et de la conclusion, et, après la recherche et le transfert de données probantes, l'efficacité avec laquelle les chercheurs diffusent leur travaux à ceux qui sont directement impliqués dans l'élaboration de la politique et le développement des programmes (Lavis, Ross, & Hurley 2002). Au contraire, dans les autres modèles d'élaboration de politique publique, la recherche et les données probantes ne sont pas indépendantes du modèle; elles font partie intégrante de ce processus d'élaboration.

### **3 MODÈLES D'ÉLABORATION DE POLITIQUE PUBLIQUE — LE SCHÉMA CONCEPTUEL DES COALITIONS D'ACTEURS ET LE TOURNANT ARGUMENTATIF**

#### **3.1 SCHÉMA CONCEPTUEL DES COALITIONS D'ACTEURS**

Tel que suggéré plus haut, le modèle des stages est loin d'être le seul modèle d'élaboration de politique publique et souffre de limites significatives. Afin de pallier à certaines de ces limites, Sabatier et Jenkins-Smith ont développé la *Advocacy Coalition Framework* (ACF) dans les années 80 (Sabatier 1988; Sabatier & Jenkins-Smith 1999). Suite aux nombreux efforts pour appliquer, critiquer et évaluer ce schéma conceptuel au cours des deux dernières décennies, l'ACF a adopté une position plus proche d'une théorie prédictive de l'élaboration des politiques publiques, ou du moins d'une théorie des changements à moyen terme d'une politique (Burton 2006).

Contrairement au modèle des stages, qui offre peu de pistes de compréhension des changements de politique, l'ACF tente d'expliquer pourquoi les politiques publiques subissent des changements au fil du temps. Dans ce schéma conceptuel, l'approche favorite consiste à étudier les changements à moyen terme de politique et à se concentrer sur des sous-systèmes spécifiques et similaires aux modèles d'élaboration de politique présentés plus tôt. À l'intérieur de ces sous-systèmes, le processus d'élaboration est piloté par des coalitions d'acteurs divers, intéressés par le champ d'application de cette politique. Ces acteurs peuvent inclure des partisans de cette politique, des lobbyistes, des décideurs, des journalistes, des fonctionnaires, des politiciens à titre individuel, etc. Pour les besoins de cet article, il est également important de noter que les coalitions d'acteurs inclueront également des chercheurs intéressés par cette politique, dans un cadre académique ou non. Le fonctionnement interne de ces sous-systèmes de politique et l'influence relative des différentes coalitions d'acteurs sont gouvernés par un ensemble de règlements relativement stables, d'institutions et de normes qui incluent des structures constitutionnelles, des valeurs socioculturelles de base, et une répartition de ressources au sens large. Dans le cas de la santé publique au Canada, par exemple, le fonctionnement interne de ces sous-systèmes de politique est défini par la constitution, qui fait de la santé un champ de compétence essentiellement (mais pas entièrement) provincial, par la volonté canadienne de maintenir un système de santé publique, et par la réalité pratique qui veut que le secteur de la santé soit influencé par l'emphase continue sur les médecins, les hôpitaux et les soins intensifs.

L'ACF met l'emphase sur la stabilité générale des sous-systèmes de politique et explique les changements en se référant à la familiarisation avec le processus d'élaboration des politiques dans ces sous-systèmes et, ce qui est beaucoup plus important, par des chocs externes provenant de l'extérieur du système. La familiarisation avec le processus d'élaboration des politiques dans ce modèle fait référence à des changements relativement durables de la manière selon laquelle les membres des coalitions d'acteurs comprennent les problèmes grâce à l'expérience et à une connaissance accrue de l'état du problème (Sabatier 1988). Cependant, Sabatier et ses collègues soutiennent qu'un changement véritable est moins dû à un tel processus de familiarisation qu'à des chocs externes, lesquels peuvent inclure la naissance de nouveaux groupes d'intérêt, des changements d'orientation du parti au pouvoir ou un

changement général d'orientation de cette politique pour le gouvernement. Dans le cas du secteur de la santé au Canada, les tendances internes de la politique pourraient se modifier comme la réforme des soins de santé primaires et le lent changement de tendance vers une plus grande importance des déterminants de la santé. Les chocs externes pourraient inclure des jugements majeurs (par ex., le cas Chaoulli), des contraintes financières comme celles du milieu des années 90 qui ont conduit à un sous-financement du secteur de la santé, ou le vieillissement de la population.

### **3.2 RÔLE DES DONNÉES PROBANTES DANS LE SCHÉMA CONCEPTUEL DES COALITIONS D'ACTEURS**

Dans le modèle d'élaboration des politiques publiques de l'ACF, contrairement au modèle des stages, il y a une reconnaissance explicite du rôle de la recherche et des chercheurs dans le domaine de l'élaboration des politiques. De manière peut-être plus importante, les chercheurs dans ce domaine sont explicitement identifiés comme des membres de première importance à l'intérieur des coalitions d'acteurs. Ces chercheurs peuvent devenir membres de ces coalitions par choix personnel mais, aussi vraisemblablement, parce que leur champ de recherche est pertinent et utilisé par les autres membres de la coalition qui essayent de préserver sa position et la défendre des défis posés par d'autres coalitions d'acteurs. Dans le cas du secteur de la santé publique, par exemple, les données de recherche sur les impacts de la pauvreté, de l'éducation ou du capital social sur l'état de santé des populations sont incorporées dans les stratégies des coalitions d'acteurs en quête d'un financement plus important des déterminants de la santé, que ces chercheurs aient un intérêt actif ou non pour les implications de leur recherche sur la politique en question.

Que ces données de recherche aient ou non un impact sur les décideurs est moins dû à l'efficacité du transfert de ces données qu'à l'emphase mise sur ces données par la coalition d'acteurs (Burton 2006). Dans le cas des politiques publiques en santé, les chercheurs qui étudient l'impact de l'environnement construit sur le taux d'obésité (Keith et coll. 2006) parviennent à transférer les données de leur recherche à certains décideurs. Cependant, l'impact de ces données de recherche sera limité si la définition globale du « problème » de l'obésité en fait un problème dont la cause et la solution sont individuelles, même si, comme l'observe Evans, « Ces comportements dits *individuels* sont étroitement reliés au contexte physique et social » (Robert G. Evans 2006, 22).

Pour ce qui concerne la recherche et les données probantes, la conséquence la plus durable de l'implication de l'ACF est sans doute le fait qu'elle ouvre la porte sur la possibilité que l'élaboration d'une politique soit motivée par des visions multiples et concurrentes de la nature des problèmes couverts par une politique et par le poids politique d'une coalition d'acteurs donnée. Cette perspective remet en cause l'image « de chercheurs objectifs découvrant des vérités universelles et les faisant inclure lors du processus d'élaboration de la politique », comme l'écrit Burton (Burton 2006, 186). En d'autres termes, l'ACF met l'emphase sur le fait que le pouvoir et la lutte pour le pouvoir (un élément central de la manière dont les chercheurs, dans ce domaine, analysent le processus d'élaboration des politiques publiques) est critique

pour la compréhension de l'utilisation ou non des données probantes issues de la recherche<sup>15</sup>. Cependant, si les « données probantes » ne sont plus éternelles et immuables, mais simplement une ressource stratégique, cela nous incite à envisager la possibilité que les données issues de la recherche soit en fait une construction sociale, un élément clé d'une vision plus discursive de l'élaboration des politiques publiques.

### **3.3 LE TOURNANT ARGUMENTATIF ET UNE APPROCHE DÉLIBÉRATIVE D'ÉLABORATION DES POLITIQUES PUBLIQUES**

Depuis de nombreuses années, certains percevaient l'étude des politiques publiques comme un champ d'activité humaine méritant qu'on en fasse une étude scientifique rigoureuse. Dans la seconde moitié du 20<sup>e</sup> siècle est né un mouvement de « science des politiques publiques » qui cherchait à développer une approche strictement empirique de l'étude des politiques publiques et à mettre au point des théories vérifiables de l'élaboration des politiques. Plus largement, dans la science politique, l'approche « scientifique » de l'étude de la vie politique en général, et des politiques publiques en particulier, a conduit à des efforts pour développer des théories vérifiables de la politique et des politiques. Le schéma conceptuel des coalitions d'acteurs est un produit de ce mouvement.

Cependant, au cours des 25 dernières années environ, l'étude des politiques publiques est une discipline qui s'est considérablement accrue et déborde largement du cadre de la recherche des lois et des théories vérifiables sur l'élaboration des politiques publiques. Les chercheurs en science politique, et dans d'autres sciences sociales qui étudient les politiques publiques, adoptent aujourd'hui des approches théoriques et méthodologiques radicalement différentes (Orsini & Smith 2007). Ils font appel de plus en plus à d'autres champs secondaires de la science politique et des sciences sociales — incluant ce qui est aujourd'hui connu comme l'institutionnalisme historique et l'analyse féministe, la « nouvelle géographie » et l'analyse des mouvements sociaux — mais font également appel au travail de théoriciens tels que Jurgen Habermas et Michel Foucault (même si ces champs d'études et les auteurs en question ont très peu en commun). Pour ceux qui étudient les politiques publiques favorables à la santé, les détails de cette expansion sont peut-être moins importants que la tendance générale à reconceptualiser de manière radicale le rôle des données probantes, le rôle de l'analyste des politiques et, en fait, l'existence même d'une science prédictive de l'élaboration des politiques.

Il y a relativement peu d'idées centrales ou communes entre les partisans d'études critiques des politiques publiques au-delà d'un profond scepticisme quant à la possibilité ou même la pertinence d'une science de l'élaboration des politiques. Mais, plus généralement, il existe un désir commun d'aller au-delà des constructions objectivistes et un rejet de la stricte dichotomie entre faits et valeurs<sup>16</sup>. Cependant, dans cette approche de l'étude des politiques, il y a deux

---

<sup>15</sup> Cela s'applique également aux autres descriptions du processus d'élaboration des politiques publiques qui se concentre sur les débats et discussions à l'intérieur de sous-systèmes de cette politique comme la santé publique.

<sup>16</sup> Maintenir une distinction entre faits et valeurs est essentiel dans les sciences naturelles et de la santé. C'est cette distinction qui permet aux universitaires et aux professionnels de la santé de participer aux débats sur les politiques et d'adopter la position que ce qu'ils apportent à la table sont des faits basés sur une collecte soigneuse des données probantes de recherche. Si les décisions concernant les politiques doivent ultimement être prises en fonction d'autres considérations (c'est-à-dire valeurs et conflits de valeurs), qu'il en soit ainsi.



idées reliées – discours et schémas des politiques publiques – qui peuvent aider ceux qui étudient les politiques publiques favorables à la santé à donner un sens aux débats sur les politiques auxquels ils désirent prendre part.

Le discours (« discourse »), les politiques discursives et l'analyse du discours sont de plus en plus courants parmi ceux qui étudient les politiques publiques. Les politiques discursives peuvent se définir comme « une lutte entre l'hégémonie discursive dans laquelle les acteurs essaient d'obtenir du soutien pour leur définition de la réalité » (Hajer 1997, 344). Selon cette perception des politiques et des politiques publiques, les politiques discursives deviennent la confrontation entre des cadres de politiques différents et concurrents. Comme le déclare Juillet, « En tissant une sélection de faits, de croyances et de valeurs dans une narration prescriptive plausible, ces cadres de politiques, ou scénarios, permettent aux acteurs et aux auditoires de réduire la complexité des problèmes de politiques, de donner un sens aux problèmes et aux événements, et d'évaluer de manière grossière les alternatives possibles de ces politiques » (Juillet 2007, 259). Cette approche nous entraîne bien au-delà des coalitions d'acteurs concurrentes chez qui il existe une définition commune du problème. Les politiques discursives mettent l'emphase sur le fait que, très souvent, les débats sur les politiques se font entre des groupes qui énoncent des compréhensions fondamentalement différentes du problème, de la signification du problème et de la variété de solutions possibles.

Dans le cas de l'obésité, par exemple, comme j'y ai fait allusion plus tôt, il existe plusieurs façons d'encadrer le problème, chacune avec sa propre gamme de faits centraux et implicites et de convictions sur la nature du problème de l'obésité. Comme l'a observé Lawrence en se basant sur une analyse des articles sur l'obésité dans la presse américaine, il existe deux cadres concurrentiels, l'un qui met l'emphase sur le comportement individuel et l'autre sur les facteurs environnementaux. Selon le premier cadre, le problème de l'obésité a pour cause et solution des choix individuels. Le rôle du gouvernement se borne à s'assurer que les individus disposent de l'information nécessaire pour faire des choix éclairés (par ex., modifications du curriculum scolaire; campagnes publicitaires). Au contraire, dans le cadre environnemental, le problème est attribué à une alimentation malsaine et à un environnement physique plus large où les gens ont de la difficulté à obtenir l'exercice dont ils ont besoin. Cette situation est le résultat de choix politiques et la solution du problème passe donc par des changements dans les politiques publiques (Lawrence 2004).

---

Comme le disait un lecteur d'une version antérieure de cet article, (a) les décisions de politiques devraient être informées par des données scientifiques; (b) les raisonnements non-scientifiques (c'.-à-d. normatifs) devraient être clairement distingués des raisonnements scientifiques; (c) enfin, c'est l'amalgame des deux qui est le plus irritant pour les chercheurs. Cela dit, l'un des axiomes de base d'une bonne partie des recherches en sciences et technologie est le fait que la connaissance scientifique, comme toute forme de connaissance, est une construction sociale (voir Latour, Bruno, and Steve Woolgar, eds. 1979).

### 3.4 RÔLE DES DONNÉES PROBANTES DANS L'ÉLABORATION DISCURSIVE DES POLITIQUES

Selon le chercheur John Dryzek, « Personne ne défend plus l'idée qu'il soit possible de produire des lois englobantes basées sur la déduction logique [...] et personne dans le monde des sciences sociales ne croit plus qu'il soit possible d'amasser de telles lois et de développer une théorie prédictive qui pourrait ensuite servir de base à des interventions politiques dans la toile causale qui constitue les systèmes sociaux » (Dryzek 2004)<sup>17</sup>. Cette citation nous introduit au point de départ épistémologique de ce qui est maintenant connu sous le vocable d'analyse à tournure discursive ou délibérative des politiques publiques. Dans la foulée des traditions post-positivistes et constructivistes de la philosophie des sciences, cette approche des politiques publiques soutient que l'analyse des politiques, bien qu'elle fasse partie intégrale de la pratique discursive dans l'élaboration des politiques, ne peut offrir une perception neutre de notre monde. Quand on pense à l'élaboration des politiques selon cette approche, l'analyste des politiques et les décideurs ne sont pas placés au-dessus du monde réel de ces politiques et des conflits qui en découlent. Ils sont inextricablement reliés au processus d'élaboration des politiques et les perspectives des analystes, comme des décideurs et des chercheurs, sont conditionnées par qui ils sont et par leur position dans le processus social que constitue l'élaboration des politiques. Ainsi, contrairement au modèle des stages, dans lequel les données probantes et l'analyse se trouvent largement en dehors du modèle<sup>18</sup>, ou à celui de l'ACF qui envisage qu'il puisse y avoir un analyste relativement neutre des politiques, la tournure discursive nie la possibilité qu'un analyste, ou quiconque désirent contribuer des données probantes au processus d'élaboration des politiques, puisse être une tierce partie neutre. Selon cette tradition, la production gratuite de connaissances qui pourrait éventuellement contribuer au processus d'élaboration des politiques n'existe pas. Comme l'avait observé Rogers Smith, la connaissance est toujours inextricablement reliée à l'avancement d'un cadre de valeurs spécifique (Smith 2002). En fait, et toujours dans le respect des racines constructivistes de la tournure délibérante, selon cette perception de l'élaboration des politiques, les faits sont des constructions sociales et non pas des caractéristiques objectives d'un monde matériel attendant d'être découvertes (Finnemore & Sikkink 2001; Haas 2004). La perception post-positiviste de l'analyse des politiques soutient « qu'il n'existe pas de faits sociaux indépendants de l'investigateur, comme créature socio-politique » (Lynn 1999, 419).

Selon cette perception du processus d'élaboration des politiques, le travail de l'analyste des politiques ou, en fait, de tout individu souhaitant modifier une politique publique, n'est pas tant de rassembler des faits nouveaux et différents et d'en déduire les meilleures options pour la politique publique mais plutôt de favoriser la communication et le dialogue entre les divers participants au processus d'élaboration des politiques. Plutôt qu'une quête d'une vérité pour éclairer l'élaboration de la politique, l'analyse d'une politique et de ses modifications consiste à reconnaître qu'il existe de nombreuses vérités. Plutôt que de produire ce qui serait une proposition de connaissances hautement contextualisée (comme on le trouve dans l'approche de l'ACF), l'analyse politique devient un exercice d'analyse de ce que les participants au

---

<sup>17</sup> Cependant, contrairement à Dryzek, nombreux sont ceux qui défendent cette position (Green 2005, 96).

<sup>18</sup> Dans le modèle des stages, il est très possible que les fonctionnaires produisent une analyse basée sur les données probantes disponibles et/ou puisent dans l'analyse produites par des personnes extérieures au gouvernement. Néanmoins, dans ce modèle, les données probantes et l'analyse demeurent une force indépendante.

processus d'élaboration d'une politique, ou ceux qui risquent d'en être affectés ou qui ont un intérêt face aux décisions prises, ont à dire sur la politique en question (Hajer & Laws 2006). L'analyse politique consiste alors à se concentrer sur les convictions, sur le cadre virtuel des problèmes d'une politique et à examiner attentivement la narration, le discours et, dans certains cas, l'histoire orale (Hajer 2005).

Selon le tournant délibératif, les analystes d'une politique (et, pour les besoins de cet article, les partisans d'une politique publique favorable à la santé) deviennent une partie intégrale du processus délibératif. Leur analyse, leur engagement et toute donnée probante qu'ils génèrent ne constituent pas l'exercice d'une tierce partie neutre ou enracinée sans passion sous la bannière de la « science » mais sont des éléments fondamentaux des délibérations sur la manière la plus appropriée d'avancer pour répondre aux défis de politique publique auxquels la société fait face. Selon cette approche, les données probantes utiles pour une politique sont le fruit d'une approche très précise, presque ethnographique, qui cherche à identifier et décrire les convictions, les cadres virtuels et les discours sur le problème de politique publique. Et, comme ce ne sont vraisemblablement pas des éléments stables, le travail de l'analyste ou de ceux qui veulent modifier une politique publique consiste donc à retourner sur le terrain régulièrement pour vérifier s'il y a eu des changements dans les convictions de la population, dans le cadre virtuel où elle situe le problème ou dans le discours qu'elle utilise pour décrire le problème (Hajer & Laws 2006).

Pour revenir une fois de plus aux défis posés à la santé publique par le niveau croissant de l'obésité, le calcul du nombre de personnes cliniquement obèses et l'évaluation de l'impact relatif de solutions individuelles (par ex., nutrition et exercice) et sociétales (par ex., nature de l'environnement construit) n'est que le début du processus d'analyse. Une approche plus délibérative de l'analyse des politiques publiques et, par conséquent, l'élaboration d'une politique favorable à la santé, encourage l'analyste à explorer le sens du mot « obésité », la construction sociale de ce concept, les différentes compréhensions de ce concept chez les professionnels du monde de la santé et chez ceux qui n'en font pas partie, chez ceux qui sont obèses et ceux qui ne le sont pas ainsi que dans la population en général, en comparaison avec les parents d'enfants considérés comme obèses. De plus, si l'analyse doit mener à une politique, le travail d'analyse consiste alors faire une autocritique des limites de l'avis qu'on peut donner face à une politique alors qu'on connaît les limites des données probantes. Par exemple, les données provenant de la recherche sur les causes de l'obésité ne seront probablement validées qu'en se référant à la seule communauté scientifique (par ex., médecine, santé publique) alors même que les définitions de l'obésité sont elles-mêmes loin d'être immuables et changent au fil du temps (Chang & Christakis 2002). Mieux encore, les données probantes provenant de la recherche sur l'obésité servent souvent à alimenter un processus menant à des décisions de politique publique et à des programmes d'intervention qui cherche non seulement à influencer le comportement de ceux qui sont obèses (une approche au niveau individuel) mais également de ceux qui prennent les décisions affectant la capacité des populations à bien se nourrir, à faire de l'exercice régulièrement et, de manière générale, à vivre de manière à réduire le risque d'obésité (une approche à un niveau plus sociétal). Par conséquent, il semble raisonnable d'inclure dans le processus d'analyse politique une étude soigneuse et une analyse de la compréhension que ces groupes et individus ont de l'obésité, dans quel cadre virtuel ils le situent, et quelles histoires ils racontent, à eux-mêmes, à leurs

pairs et à la société, sur ce qu'ils font et qui ils sont. En d'autres termes, si les données probantes doivent influencer une politique qui, à son tour, est censée influencer des comportements, alors nous devons nous assurer que nous comprenons comment tous ceux qui sont impliqués dans le processus comprennent les problèmes dont il est question.

En termes plus pratiques et plus directs, une approche plus discursive de l'élaboration des politiques veut dire compléter la trousse à outils de celui qui analysera ces politiques. À la panoplie traditionnelle de méthodes quantitatives, il existe un besoin pour des outils qui permettent l'analyse du discours, l'identification des divers cadres virtuels et concurrents et, peut-être surtout, pour des outils qui permettent un dialogue entre une grande variété de personnes, incluant des analystes, des décideurs et des membres des nombreuses communautés qui sentiront l'impact des changements de politique et de programmes d'intervention (Fischer 2003). Par exemple, considérez le travail des Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques (RCRPP) qui a relevé le défi d'analyser la politique publique concernant l'entreposage à long terme des déchets nucléaires. Ce domaine a traditionnellement été perçu comme un défi empirique mettant l'emphase sur les sciences et le génie. Avant que les gouvernements puissent prendre des décisions sur la manière et le lieu d'entreposage des déchets nucléaires, ils ont besoin d'une perception beaucoup plus fine de ce que pense la population, pas seulement en général (« pas dans ma cour ») mais aussi en tenant compte du fait qu'il faut réconcilier notre besoin d'électricité avec les centrales et les déchets nucléaires qui en résultent (Maxwell et coll. 2004). Les RCRPP et une grande diversité d'autres organismes, au Canada et dans plusieurs autres pays, expérimentent des outils et des techniques délibératives d'élaboration des politiques publiques, conçus pour que les opinions des citoyens puissent compter dans les problèmes de politiques publiques complexes.

## CONCLUSIONS

Même si, comme le suggère Keynes, les gouvernements détestent être bien informés, ils se sentent contraints de faire appel aux recherches scientifiques dans le processus d'élaboration des politiques publiques. Les gouvernements sont donc des consommateurs (et producteurs) effrénés de recherche scientifique et de données scientifiques probantes pour alimenter les politiques publiques. Cependant, comme nous en a prévenu Martin Rein, « le lien n'est ni consensuel, ni gracieux, ni évident »<sup>19</sup> et cet article essaye de décrire et baliser ce manque de consensus, de grâce et de clarté. Pour conclure, la série de propositions qui suit est tirée des divers modèles d'utilisation des données probantes dans l'élaboration des politiques publiques décrits dans cet article.

**Proposition Un: Les données probantes scientifiques ont peut-être une plus grande influence sur des choix de programmes distincts**

**Proposition Deux: Les transferts de recherches et de connaissances sont critiques mais ne constituent pas toute l'histoire.**

**Proposition Trois: Le rôle des données probantes scientifiques est variable, selon le stage du processus d'élaboration au cours duquel elles sont introduites.**

Dans le domaine des sciences de la santé, défini au sens large, la façon dont les données probantes influencent les politiques publiques est souvent implicite, mais il est généralement présumé que ces données éclairent (ou devraient éclairer) les décisions concernant ces politiques, comme le feraient des données probantes dans les décisions cliniques. C'est-à-dire qu'il y aurait un lien raisonnablement direct, une relation linéaire, entre ce que nous savons et ce que nous faisons. Deux choses se démarquent dans ce modèle d'utilisation des données probantes pour élaborer des politiques. Tout d'abord, le modèle semble avoir une certaine pertinence pratique dans des décisions portant sur des programmes distincts. Il peut y avoir un lien relativement direct entre les données probantes et les gestes posés, que le geste concerne moins une politique publique vaste (par ex., quel est le rôle du gouvernement dans la réduction de l'incidence d'obésité chez les enfants?) et davantage des programmes très spécifiques d'intervention (par ex., quel genre de régime d'activités physiques en milieu scolaire a le plus grand impact sur l'obésité des enfants?). Ensuite, dans ce modèle d'utilisation des données probantes dans l'élaboration des politiques publiques, le transfert des données de recherche est critique. Faire circuler ces données probantes entre ceux qui les produisent et ceux qui pourraient les utiliser est très important et fait partie du processus d'élaboration des politiques.

Pourtant, nous constatons que les politiques publiques continuent à être élaborées sur d'autres bases que celle des meilleures données probantes disponibles. Ce constat est un casse-tête permanent. De plus, ce casse-tête est de la plus haute importance pour ceux qui s'intéressent aux politiques publiques favorables à la santé, définies hors du secteur formel de la santé

---

<sup>19</sup> Rein 1976, 272.

comme les politiques ayant un impact sur la santé, tels que l'éducation, le transport et les politiques fiscales. Pour commencer à expliquer quand et comment les données probantes scientifiques ont ou n'ont pas un impact sur les politiques publiques, cet article décrit certaines compréhensions de cette relation dans la science politique.

Le modèle dit « des stages » d'élaboration des politiques publiques met l'emphase sur l'inhérente complexité de ce processus. Selon ce modèle, la prise de décision n'est qu'un stage parmi tant d'autres. Cela suggère que se préoccuper d'exercer une influence sur des « décideurs » spécifiques est un effort mal placé, ou du moins offre un récit incomplet. Une politique publique est rarement le résultat d'une seule décision sur un choix de politique. La décision d'agir nécessitera souvent de nombreuses décisions distinctes, prises sur une période de plusieurs semaines, mois ou mêmes années. De plus, les données probantes joueront un rôle différent selon le stage du processus d'élaboration de la politique publique — ordre du jour, formulation de la politique, prise de décision, mise en application et évaluation.

Cependant, la science politique est, à tout le moins, une étude du pouvoir et, pour les besoins de cet article, nous nous sommes intéressés à la myriade de façons dont les données probantes issues de la recherche sont utilisées par ceux qui détiennent le pouvoir et ceux qui en sont dépourvus. Dans le modèle des sciences de la santé et dans le modèle des stages, on considère en grande part les données probantes comme des choses qui existent et sont produites hors du processus d'élaboration des politiques. Les données probantes sont introduites pour influencer les politiques publiques. Au contraire, dans les deux derniers modèles d'élaboration de politiques discutés dans cet article, les données probantes et leur production font partie intégrale du processus.

**Proposition Quatre : La relation entre tout ensemble de données probantes et une politique publique dépend de la position de dominance de la coalition d'acteurs qui s'en est approprié.**

Si on utilise le schéma conceptuel des coalitions d'acteurs pour comprendre le rôle des données probantes dans l'élaboration d'une politique publique, ceux qui cherchent à utiliser ces données pour influencer une politique sont perçus (qu'ils le veuillent ou non) comme des membres clés de coalitions concurrentes. L'influence sur des décideurs de tout ensemble de données de recherche résultera de la position de la coalition d'acteurs qui met l'emphase sur ces données (Burton 2006). Ainsi, les débats contemporains sur les gestes à poser pour combattre l'obésité chez les enfants peuvent être compris comme une lutte entre deux coalitions d'acteurs (ou plus), dont l'une définit l'obésité comme un problème d'ordre individuel et met l'emphase sur l'importance critique d'influencer le comportement des individus (c'est-à-dire une meilleure alimentation et davantage d'exercice physique). Dans la mesure où cette coalition d'acteurs est dominante — et les choix de politiques publiques des gouvernements actuels suggèrent qu'elle l'est — les données scientifiques probantes quant à l'impact de l'environnement bâti sur l'incidence de l'obésité auront une influence limitée, quelle que soit la pertinence de ces données.

**Proposition Cinq :** **L'élaboration d'une politique publique est un processus social et les données probantes sont socialement construites. L'analyse et la promotion de certaines options de politiques consiste à encourager les communications et le dialogue entre les divers participants au processus d'élaboration des politiques publiques.**

**Proposition Six:** **Les partisans d'une politique publique favorable à la santé doivent analyser le discours, identifier les schémas conceptuels divers et concurrents de cette politique et promouvoir le dialogue entre les membres des nombreuses communautés qui seront touchées par des changements dans la politique et dans les programmes d'intervention.**

Les chercheurs en science politique et les sciences sociales qui étudient les politiques publiques adoptent aujourd'hui une variété d'approches théoriques et méthodologiques assez différentes (Orsini & Smith 2007) qui, chacune à leur manière, conceptualisent radicalement le rôle des données probantes, le rôle de l'analyste des politiques et, en fait, l'existence même d'une science prédictive de l'élaboration des politiques publiques. Lorsqu'on aborde ce processus en utilisant de telles approches, l'analyste des politiques et les décideurs ne sont pas placés au-dessus des véritables réalités d'une politique publique, ni des conflits qu'elle suscite. Elles font inextricablement partie du processus d'élaboration des politiques publiques et les perspectives de l'analyste comme celles du décideur sont profondément conditionnées par qui ils sont et par leur position dans le processus social que constitue l'élaboration des politiques publiques. Par conséquent, le rôle de l'analyste des politiques publiques et, par extension, des partisans de ces politiques, consiste donc à encourager les communications et le dialogue entre les divers participants au processus d'élaboration et à reconnaître qu'il existe de nombreuses vérités susceptibles d'éclairer ces politiques. Comprendre et promouvoir les options de ces politiques publiques (favorables à la santé) devient alors un exercice de focalisation sur les convictions, sur les cadres virtuels dans lesquels sont situés ces problèmes, et d'étude rigoureuse des narrations, discours et, dans certains cas histoires (Hajer 2005).

Pour les professionnels en santé publique et les autres désirant promouvoir une politique publique favorable à la santé, plusieurs de ces propositions seront familières et tomberont sous le sens commun. La santé publique, en tant qu'exercice intellectuel, profession ou mouvement, est une habituée et une familière de longue date des complexités du processus d'élaboration des politiques, du fait que ce processus concerne le pouvoir, les relations de pouvoir, le pouvoir discursif, délibératif, et l'engagement citoyen (Garvin 1997). Alors que certains professionnels de la santé publique sont plus à l'aise de s'identifier comme des chercheurs et des analystes, il semblerait d'autres, en bon nombre, ressentent une obligation professionnelle de militer et d'encourager la participation citoyenne dans ce processus (Chapman 2004). En fait, pour revenir à la métaphore du pont utilisée au début de cet article, bien qu'une bonne part de l'emphase ait porté sur ce qu'une politique publique favorable à la santé peut apprendre de la science politique, la circulation sur le pont peut et devrait se faire dans l'autre direction et les chercheurs en science politique intéressés par les délibérations, les discours et l'engagement citoyen devraient apprendre des professionnels de la santé publique, particulièrement de ceux

qui pratiquent dans la nouvelle tradition de santé publique (Peterson & Lupton 1996; Hofrichter 2003; Rowitz 2006).

Promouvoir et encourager une politique publique favorable à la santé exige un ensemble d'outils et d'approches. Dans certains cas, la meilleure façon de développer une telle politique est de mettre l'emphase sur un modèle de politique publique favorable à la santé basée sur des données probantes qui soit simples, relativement linéaire, et intuitif pour nombre de personnes formées aux sciences de la santé et familières avec une médecine favorisant la recherche de données probantes. Dans d'autres cas, cependant, promouvoir une politique publique favorable à la santé exige des modèles et des approches plus sophistiquées, qui tiennent compte du pouvoir et comprennent le pouvoir d'un cadre virtuel, du discours et de l'engagement citoyen.



## RÉFÉRENCES

- Albæk, Erik, Christoffer Green-Pedersen, and Lars Beer Nielsen. 2007. Making tobacco consumption a political issue in the United States and Denmark: The dynamics of issue expansion in comparative perspective. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice* 9, (03/01): 1–20.
- Amara, Nabil, Mathieu Ouimet, and Réjean Landry. 2004. New Evidence on Instrumental, Conceptual, and Symbolic Utilization of University Research in Government Agencies. *Science Communication* 26, (1) (September 1): 75–106.
- Bekker, M. P. M., K. Putters, and T.E.D. Van der Grinten. 2004. Exploring the relation between evidence and decision-making—A political-administrative approach to health impact assessment. *Environmental Impact Assessment Review* 24, (2) (FEB): 139–149.
- Breton, E., L. Richard, F. Gagnon, M. Jacques, and P. Bergeron. 2006. Fighting a Tobacco-Tax Rollback: A Political Analysis of the 1994 Cigarette Contraband Crisis in Canada. *Journal of Public Health Policy* 27, (1): 77–99.
- Burton, Paul. 2006. Modernising the policy process: Making policy research more significant? *Policy Studies* 27, (3): 173–195.
- Chalmers, Iain. 2005. If evidence-informed policy works in practice, does it matter if it doesn't work in theory? *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice* 1, (2): 227–242.
- Champagne, François, and Louise Lemieux-Charles, eds. 2004. *Using Knowledge and Evidence in Healthcare: Multidisciplinary Perspectives*. Toronto: University of Toronto Press.
- Chapman, S. 2004. Advocacy for public health: a primer. *Journal of Epidemiology and Community Health* 58, (5) (May 1): 361–365.
- Chang, Virginia W., and Nicholas A. Christakis. 2002. Medical modelling of obesity: A transition from action to experience in a 20th century American medical textbook. *Sociology of Health & Illness* 24, (2) (March 2002): 151–177.
- Checkland, K. 2004. National Service Frameworks and UK general practitioners: street-level bureaucrats at work? *Sociology of Health and Illness* 26, (7): 951–975.
- Davies, Huw T. O., Sandra M. Nutley, and Peter C. Smith, eds. 2000. *What works? Evidence-based policy and practice in public services*. London: The Policy Press.
- Davies, J. K. 2001. Back to the Future? Prospects for healthy public policy. *Public Health Medicine* 3, (2): 62–66.
- Deleon, Peter. 1999. The Stages Approach to the Policy Process: What Has It Done? Where Is It Going? In *Theories of the Policy Process*. ed. P. Sabatier, 19–34. Boulder, Co.: Westview Press.

- Dobrow, Mark J., Vivek Goel, and R. E. G. Upshur. 2004. Evidence-based health policy: Context and utilisation. *Social Science & Medicine* 58, (1): 207–217.
- Dopson, Sue, and Louise Fitzgerald, eds. 2005. *Knowledge to Action: Evidence-based Healthcare in Context*. New York: Oxford University Press.
- Dryzek, John. 2004. [Review of Frank Fischer, Reframing Public Policy: Discursive Politics and Deliberative Practices.] *Policy Sciences*, 37 (1): 89.
- Evans, Robert G., 2006. Fat zombies, Pleistocene Tastes, Autophilia and the “Obesity Epidemic.” *Healthcare Policy / Politiques De Santé* 2, (2) (11/15/): 18–26.
- Finnemore, Martha, and Kathryn Sikkink. 2001. Taking Stock: The Constructivist Research Program in International Relations and Comparative Politics. *Annual Review of Political Science* 4, (1): 391–416.
- Fischer, Frank. 2003. *Reframing Public Policy: Discursive Politics and Deliberative Practices*. Oxford: New York: Oxford University Press.
- Gagnon, France, Jean Turgeon, and Clémence Dallaire. 2007. Healthy public policy: A conceptual cognitive framework. *Health Policy* 81, (1) (4): 42–55.
- Garvin, Theresa, and John Eyles. 1997. The sun safety metanarrative: Translating science into public health discourse. *Policy Sciences* 30, (2) (05/01): 47–70.
- Goodin, Robert E., Martin Rein, and Michael Moran. 2006. The Public and its Policies. In *The Oxford Handbook of Public Policy.*, eds. Robert E. Goodin, Martin Rein and Michael Moran, 3–35. Oxford: Oxford University Press.
- Green, Donald P. 2005. Donald P. Green: on evidence-based political science. *Daedalus* 134, (3): 96.
- Gross, Paul R., and Norman Levitt, eds. 1994. *Higher Superstition: The Academic Left and Its Quarrels with Science*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Haas, Peter. 2004. When does power listen to truth? A constructivist approach to the policy process. *Journal of European Public Policy* 11, (4) (January 1, 2004): 569–592.
- Hajer, Maarten, and David Laws. 2006. Ordering through Discourse. In *The Oxford Handbook of Public Policy.*, eds. Robert E. Goodin, Martin Rein and Michael Moran, 251–268. Oxford: Oxford University Press.
- Hajer, Maarten. 2005. Setting the Stage: A Dramaturgy of Policy Deliberation. *Administration and Society* 36, (6): 624–647.
- Hajer, Maarten. 1997. *The Politics of Environmental Discourse*. Oxford: Oxford University Press.
- Hofrichter, Richard, ed. 2003. *Health and Social Justice: Politics, Ideology, and Inequity in the Distribution of Disease*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Holmes, Colin A. 2006. Never mind the evidence, feel the width: A response to Holmes, Murray, Perron and Rail. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 4, (3): 187–188.

- Holmes, Dave, Stuart J. Murray, Amelie Perron, and Genevieve Rail. 2006. Deconstructing the evidence-based discourse in health sciences: Truth, power and fascism. *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 4, (3): 180–186.
- Howlett, Michael, and Evert Lindquist. 2004. Policy Analysis and Governance: Analytical and Policy Styles in Canada. *Journal of Comparative Policy Analysis* 6, (3) (December 2004): 225–249.
- Howlett, Michael, and M. Ramesh, eds. 2003. *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*. 2nd ed. Don Mills, ON: Oxford University Press.
- Hunter, David J. 2005. Choosing or losing health? *Journal of Epidemiology and Community Health* 59, (12) (December 1): 1010–1013.
- Jenicek, M. 2006. Evidence-based medicine: fifteen years later. Golem the good, the bad, and the ugly in need of a review? *Medical Science Monitor* 12, (11).
- Keith, S. W., D. T. Redden, P. T. Katzmarzyk, M. M. Boggiano, E. C. Hanlon, R. M. Benca, D. Ruden, et al. 2006. Putative contributors to the secular increase in obesity: Exploring the roads less traveled. *International Journal of Obesity (2005)* 30, (11) (Nov): 1585–1594.
- Kemm, John. 2006. The limitations of “evidence-based” public health. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 12, (3): 319–324.
- Kindig, David, A. 2007. Understanding Population Health Terminology. *The Milbank Quarterly* 85, (1): 139–161.
- Labonte, Ron. 1998. Healthy public policy and the World Trade Organization a proposal for an international health presence in future world trade/investment talks. *Health Promotion International* 13, (3): 245–256.
- Larsen, Jakoba Bjerg, Karsten Vrangbæk, and Janine M. Traulsaen. 2006. Advocacy coalitions and pharmacy policy in Denmark—Solid cores with fuzzy edges. *Social Science & Medicine* 63, (1): 212–224.
- Latour, Bruno, and Steve Woolgar, eds. 1979. *Laboratory Life: The Construction of Scientific Facts*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Lavis, John N. 2004. A Political Science Perspective on Evidence-Based Decision-Making. In *Using Knowledge and Evidence in Health Care: Multidisciplinary Perspectives*, eds. Louise Lemieux-Charles, Francois Champagne. Toronto: University of Toronto Press.
- Lavis, John N., Suzanne E. Ross, and Jeremiah E. Hurley. 2002. Examining the Role of Health Services Research in Public Policymaking. *The Milbank Quarterly* 80, (1): 125–154.
- Lawrence, Regina G. 2004. Framing Obesity: The Evolution of News Discourse on a Public Health Issue. *The Harvard International Journal of Press/Politics* 9, (3): 56–75.
- Lomas, Jonathan. 1990. Finding Audiences, Changing Beliefs: The Structure of Research Use in Canadian Health Policy. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 15, (3): 525–542.

- Lynn, Laurence E. 1999. A Place at the Table: Policy Analysis, Its Postpositive Critics, and Future of Practice. *Journal of Policy Analysis and Management* 18, (3) (Summer 1999): 411–425.
- Marmor, Theodore R., and David Boyum. 1999. Medical care and public policy: The benefits and burdens of asking fundamental questions. *Health Policy* 49, (1–2): 27–43.
- Marmot, Michael G. 2004. Evidence-based policy or policy based evidence? *BMJ* 328, (7445) (April 17): 906–907.
- Maxell, Judith, Nandini Saxena, Suzanne Taschereau, and Judy Watling. 2004. *Responsible Action—Citizens’ Dialogue on the Long-term Management of Used Nuclear Fuel*. Ottawa: Canadian Policy Research Networks.
- Miles, A., and M. Loughlin. 2006. Continuing the evidence-based healthcare debate in 2006. The progress and price of EBM. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 12, (4): 385–398.
- Milio, N. 2001. Glossary: healthy public policy. *Journal of Epidemiology and Community Health* 55, (9) (September 1): 622–623.
- Mohindra, K. S. 2007. Healthy public policy in poor countries: Tackling macro-economic policies. *Health Promotion International* 22, (2) (June 1): 163–169.
- Muir Gray, J A. 2004. Evidence based policy making. *BMJ* 329, (7473) (October 30): 988–989.
- Nutley, Sandra M., Isabel Walter, and H. T. O. Davies, eds. 2007. *Using Evidence: How Research Can Inform Public Services*. Bristol: Policy Press.
- Orsini, Michael, and Miriam Smith. 2007. Critical Policy Studies. In *Critical Policy Studies.*, eds. Michael Orsini, Miriam Smith, 1–16. Vancouver: UBC Press.
- Ouimet, M., R. Landry, N. Amara, and O. Belkhdja. 2006. What factors induce healthcare decision-makers to use clinical guidelines? Evidence from provincial health ministries, regional health authorities and hospitals in Canada. *Social Science and Medicine* 62, (4): 964–976.
- Petersen, Alan R. and Deborah Lupton, eds. 1996. *The New Public Health: Health and Self in the Age of Risk*. London; Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Pressman, Jeffrey L., and Wildavsky, Aaron B., eds. 1979. *Implementation: How Great Expectations in Washington are Dashed in Oakland: Or, Why It’s Amazing that Federal Programs Work At All, This Being a Saga of the Economic Development Administration as Told by Two Sympathetic Observers Who Seek to Build Morals on a Foundation of Ruined Hopes*. 2nd ed. Berkeley: University of California Press.
- Rein, Martin. 1976. *Social Science and Public Policy*. Harmondsworth, UK; New York: Penguin.
- Rowitz, Louis, 2006. *Public Health for the 21st Century: The Prepared Leader*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

- Sabatier, P., and H. Jenkins-Smith. 1999. The Advocacy Coalition Framework: An Assessment. In *Theories of the Policy Process*. ed. P. Sabatier, 233–260. Boulder, CO: Westview Press.
- Sabatier, Paul A. 1988. An advocacy coalition framework of policy change and the role of policy-oriented learning therein. *Policy Sciences* 21, (06/01): 129–168.
- Shulock, Nancy. 1999. The Paradox of Policy Analysis: If it is Not Used, Why Do We Produce So Much of It? *Journal of Policy Analysis and Management* 18, (2) (Spring 1999): 226–244.
- Skidelsky, R. 1992. *John Maynard Keynes: A Biography. Vol. 2: The Economist as Saviour, 1920–1937*. London: Macmillan.
- Smith, Rogers M. 2002. Should We Make Political Science More of a Science or More about Politics? *Political Science & Politics* 35, (2) (June 2002): 199–201.
- Strong, W. B., R. M. Malina, C. J. R. Blimkie, S. R. Daniels, R. K. Dishman, B. Gutin, A. C. Hergenroeder, et al. 2005. Evidence Based Physical Activity for School-Age Youth. *Journal of Pediatrics* 146, (6): 732–737.
- Tesh, Sylvia, Carolyn Tuohy, Tom Christoffel, Trevor Hancock, Judy Norsigian, Elena Nightingale, and Leon Robertson. 1987. The meaning of healthy public policy. *Health Promotion International* 2, (3) (January 1): 257–262.
- Walker, L., and L. Gilson. 2004. “We are bitter but we are satisfied”: nurses as street-level bureaucrats in South Africa. *Social Science and Medicine* 59, (6): 1251–1261.
- Weiss, Carol Hirschon, and Johanna Birckmayer. 2006. Social Experimentation for Public Policy. In *The Oxford Handbook of Public Policy.*, eds. Robert E. Goodin, Martin Rein and Michael Moran, 806–830. Oxford: Oxford University Press.
- Willison, Donald J., and Stuart M. MacLeod. 1999. The role of research evidence in pharmaceutical policy-making: evidence when necessary but not necessarily evidence. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 5, (2) (May 1999): 243–249.