

À LA UNE QUAND LE PRIMAIRE SE LAVE LES MAINS...

JULIE FRAPPIER, M.Sc. | Économiste de la santé et consultante, Institut Économique de Montréal

Selon Santé Canada¹, les mains sont une voie de transmission importante d'infections. Un lavage adéquat des mains réduit l'incidence des infections tant en milieu hospitalier que dans la collectivité. Les organismes nationaux et internationaux de prévention et de lutte contre les infections ont souligné à maintes reprises dans leurs lignes directrices, que le lavage des mains est la mesure la plus importante pour la prévention des infections.

Considérant le risque élevé d'infection et de contamination chez l'enfant¹, et que ces derniers impliquent une augmentation de l'absentéisme scolaire, une perte de concentration, une réduction du succès académique et sportif, l'Académie Ste-Thérèse a donc jugé pertinent d'évaluer l'impact d'une meilleure gestion d'hygiène des mains. L'étude pilote,



©iStockphoto.com/Don Bayley

SOMMAIRE

DANS CE NUMÉRO DU BULLETIN DE SANTÉ PUBLIQUE

À la UNE : Quand le primaire se lave les mains... p. 1

En bref

Cancer Info Droits : un nouveau service judicieux! p. 3
Les Centres de collaboration nationale p. 5

Dossier : Les associations de santé publique

Des acteurs-clés pour influencer les politiques publiques p. 7

Dossier : Innovation sociale

Modes de soutien, constats et pistes d'action p. 14

visant les 3^e et 4^e années s'est déroulée du 29 janvier au 27 avril 2007, soit 12 semaines d'observation. Au terme de cette période d'observation, nous avons analysé les données d'absentéisme et le questionnaire¹ rempli par les parents afin de déterminer l'impact de cette étude (voir tableau page 2).

Les résultats du questionnaire auprès des parents ont démontré que les groupes étaient homogènes (similaires) en

1. Questionnaire portant sur la fragilité immunitaire des enfants et les habitudes d'hygiène personnelles.

termes de fragilité immunitaire et habitudes d'hygiène personnelle. Grâce à cette homogénéité des groupes, nous pouvons inférer que les résultats d'études semblent causés par le programme d'hygiène de main (et non pas expliqués par une différenciation dans la fragilité immunitaire des enfants).

Les résultats indiquent clairement qu'un programme d'hygiène des mains est bénéfique pour les enfants. Ces résultats sont cohérents avec plusieurs études scientifiques publiées, utilisant une méthodologie similaire en milieu scolaire primaire (Canada, Etats-Unis). Donc ne soyez pas surpris de retrouver sur votre liste scolaire une certaine quantité de gel antiseptique...

« Les résultats indiquent clairement qu'un programme d'hygiène des mains est bénéfique pour les enfants. »

Nous voulons remercier le travail extraordinaire de Mme Gisèle Loïselle qui a initié et géré cette étude impliquant 260 enfants. De plus, cette étude est une réussite de parents bénévoles qui ont partagé leur savoir-faire (expertise en hygiène de mains et méthodologie de la recherche) et qui ont travaillé activement à cette étude.

Un merci spécial aux parents des élèves de 3^e et 4^e année, nous avons frôlé près de 100 % le retour des questionnaires.

Enfin, nous remercions le groupe SoluMed qui ont généreusement offert gratuitement du gel antiseptique (Stérigel) à toutes les classes concernées pendant la période d'observation. ■

ONT PARTICIPÉ À LA RÉALISATION DE CE BULLETIN

Coordination et rédaction

Marie-Claude Perreault, ASPQ

Révision

Lucie Thibodeau, ASPQ

Collaborateurs

Dior Ba

Julie Frappier, Institut Économique de Montréal

Organisme multiresources pour les personnes atteintes de cancer (OMPAC)

Joanie Rollin, Réseau québécois en innovation sociale (RQIS)

Louise St-Pierre

Mise en page

Caroline Brunet

Graphisme

Studiométrique

Contribution financière

Ministère de la Santé et des Services sociaux

« Les organismes nationaux et internationaux de prévention et de lutte contre les infections ont souligné à maintes reprises dans leurs lignes directrices, que le lavage des mains est la mesure la plus importante pour la prévention des infections. »

TABLEAU : RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

	ABSENCES SCOLAIRES	NOMBRE TOTAL D'ABSENCES	MOYENNE DES ABSENCES SCOLAIRES
ENFANTS DANS LE GROUPE INTERVENTION	15	22,25	0,58
ENFANTS DANS LE GROUPE CONTRÔLE	21	28,5	0,81
DIFFÉRENCE ENTRE LES 2 GROUPE	40 %	28 %	40 %

CANCER INFO DROITS :

UN NOUVEAU SERVICE JUDICIEUX !

Par l'Organisme multiressources pour les personnes atteintes de cancer – OMPAC

L'APRÈS-CANCER : SE BATTRE POUR RETROUVER LE DROIT DE VIVRE

Retour à l'emploi à temps plein obligatoire, congé de maladie forcé, congédiement illégal, bataille juridique... Francine, 49 ans, n'aurait jamais cru que l'après-cancer puisse être plus difficile que la maladie elle-même.

Le 4 janvier 2006, Francine apprend qu'elle a un cancer du sein. Elle travaille alors depuis 22 ans comme adjointe administrative du vice-président dans une grande entreprise. Après quelques jours de retour au travail progressif, la compagnie d'assurances la force à reprendre un temps plein, soit moins de 6 mois après la fin de ses traitements. Quelques jours plus tard, évidemment trop épuisée, son employeur la presse de retourner en congé de maladie.

À son retour, alors qu'une entente avait été acceptée par tous les parties — employeur, compagnie d'assurances et médecin — on lui annonce la suppression de son poste. Sachant pertinemment qu'elle a été licenciée de manière arbitraire et que son poste avait été attribué à une personne « en santé », Francine décide de poursuivre son employeur en justice.

Aujourd'hui, à bout de souffle, elle a accepté la compensation salariale minimale que son ancien employeur lui a offerte.

« Après quelques jours de retour au travail progressif, la compagnie d'assurances la force à reprendre un temps plein, soit moins de 6 mois après la fin de ses traitements. Quelques jours plus tard, évidemment trop épuisée, son employeur la presse de retourner en congé de maladie. »

« Il s'agit d'une ligne d'information gratuite répondant à tout type de préoccupations d'ordre légal tels que l'accès aux services, le maintien et le retour à l'emploi, les assurances, les mandats d'inaptitude, le dossier médical, les documents de fin de vie. »

Elle se trouve maintenant seule face à un troisième combat : comment trouver un nouvel emploi alors que son ancien employeur refuse de donner des références ?

Francine souhaite que des situations comme la sienne ne se reproduisent plus et que les personnes en rémission soient mieux préparées psychologiquement à l'après-cancer. Par manque d'énergie, de temps et de ressources financières, rares sont celles qui décident de faire valoir leurs droits.

CANCER INFO DROITS : UN SERVICE UNIQUE AU QUÉBEC

En 2010, une personne sur deux sera touchée par le cancer au cours de sa vie. Des témoignages comme celui de Francine sont malheureusement trop nombreux et risquent encore de se multiplier. C'est pourquoi OMPAC, un organisme d'accompagnement pour les personnes atteintes de cancer et leurs proches a décidé de répondre à leur réalité en lançant le service Cancer Info Droits.

Il s'agit d'une ligne d'information gratuite répondant à tout type de préoccupations d'ordre légal tels que l'accès aux services, le maintien et le retour à l'emploi, les assurances, les mandats d'inaptitude, le dossier médical, les documents de fin de vie.

→ suite page 4

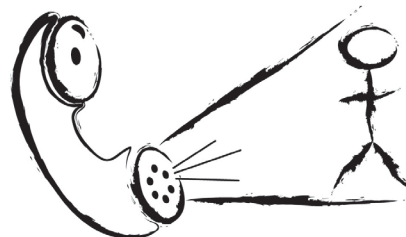
La maladie génère beaucoup de stress et d'anxiété pour toute la famille. Parce qu'il s'agit d'un combat pour sa vie, une personne touchée par le cancer ne devrait pas avoir à subir des effets secondaires sociaux. Ce service unique au Québec et qui répond à un besoin criant est complémentaire aux services d'accompagnement qu'OMPAC offre déjà. ■

OMPAC est un organisme de bienfaisance qui offre depuis 25 ans des services d'accompagnement psychosocial en dehors du milieu hospitalier. Il s'adresse aux personnes atteintes de cancer comme à leurs proches. Parmi ses services gratuits on compte de l'écoute téléphonique (514-729-8833), des rencontres individuelles et de groupe, des activités de détente, des conférences et des ateliers.

OMPAC est un réel lieu d'appartenance où chacun vient déposer ses angoisses et partager son vécu. Par une approche humaniste centrée sur la personne, OMPAC aide tout un chacun à trouver en lui les ressources pour faire face à l'épreuve.

Cancer Info Droits
1 877 504-3032

un service d'OMPAC



Organisation multiresources
pour les personnes atteintes de cancer

Au 1 877 504-3032, une intervenante communautaire accompagne les personnes dans la connaissance de leurs droits et l'accès aux services sociaux. Elle ne donne pas de conseils juridiques, mais outille au mieux les personnes aux prises avec ces problèmes afin d'augmenter leur capacité d'agir. Elle les oriente ensuite vers les ressources disponibles et adaptées à leur situation.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE : ON COMPTE SUR VOUS!

Quand? Le jeudi 6 décembre 2007 de 17 h 00 à 20 h 30

Où? Au Centre 7400 situé au 7400 boul. Saint-Laurent à Montréal

Besoin de renseignements supplémentaires? Appelez-nous! 514-528-5811

LES CENTRES DE COLLABORATION NATIONALE :

DES OUTILS PRÉCIEUX

MARIE-CLAUDE PERREAULT | ASPQ

Depuis l'année 2004, l'Agence canadienne de santé publique poursuit l'engagement qu'a pris le gouvernement dans le renouvellement ainsi que le renforcement de la santé publique au Canada, par l'entremise de la création de six centres de collaboration nationale (CCN) indépendants des instances fédérales. Chacun d'entre eux, parrainé par un établissement d'accueil régional, oriente ses activités dans une sphère spécifique de la santé publique, préalablement considérée comme étant prioritaire. Essentiellement, ils veillent à ce que l'information et la recherche, dans leur champs d'expertise, soient accessibles, simples, structurées et pertinentes.

LEUR RAISON D'ÊTRE

Les centres collaborateurs ont tous des objectifs précis qui les aident à guider et orienter leurs actions. Plus précisément, les centres visent particulièrement la multiplication des échanges, le transfert des connaissances et la création de liens solides entre les divers acteurs de santé publique. Que ce soit entre chercheurs, membres du milieu de la santé ou autres intervenants, le but ultime est l'amélioration de la pratique par la disponibilité, la vulgarisation et l'échange de données probantes.

« Plus précisément, les centres visent particulièrement la multiplication des échanges, le transfert des connaissances et la création de liens solides entre les divers acteurs de santé publique. »

Bien que chaque centre œuvre dans un domaine d'activités qui lui est propre, les centres travaillent néanmoins en collaboration, de sorte que l'information circule et soit bénéfique aux activités de tous, dans un esprit de complémentarité. C'est dans cet ordre d'idée que le deuxième atelier d'été *Tout éclaircir*, organisé par les CCN et l'Association canadienne de

SPHÈRES D'ACTION PRIORITAIRES

• • •

La santé des Autochtones (Prince George)

Les déterminants de la santé (Antigonish)

La santé environnementale (Vancouver)

Les maladies infectieuses (Winnipeg)

Les politiques publiques et la santé (Montréal)

Les méthodes et outils (Hamilton)

santé publique a eu lieu. Lucie Granger, directrice générale de l'ASPQ, était d'ailleurs présente à cet événement alliant renforcement et collaboration en matière de santé publique.

Les actions entreprises par les différents centres sont guidées par certains concepts qu'il leur faut respecter afin d'être efficaces. Par exemple, les projets poursuivis doivent correspondre aux besoins réels des praticiens, donc être pertinents. Une approche participative est encouragée, l'interdisciplinarité favorisée et la complémentarité des travaux hautement souhaitée, pour ne nommer que ceux-là.

LE CENTRE NATIONAL DE COLLABORATION SUR LES POLITIQUES PUBLIQUES EN SANTÉ – CCNPPS

Un des CNC trouve son siège social à Montréal, dans les infrastructures de l'Institut national de santé publique du Québec, pour lequel travaille d'ailleurs une de nos administratrices, soit Louise St-Pierre. Tel que le spécifie le nom du

centre, ses activités se concentrent principalement sur les politiques publiques susceptibles d'influer sur les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de santé (non-médicaux), telles que les politiques de transport ou d'alimentation, par exemple.

« Un des CNC trouve son siège social à Montréal, dans les infrastructures de l'Institut national de santé publique du Québec, pour lequel travaille d'ailleurs une de nos administratrices, soit Louise St-Pierre. »

SES TROIS GRANDS CHAMPS DE CONNAISSANCES

- L'évaluation des risques pour la santé des politiques publiques en vigueur ou en cours d'élaboration ainsi que la promotion de nouvelles politiques favorables à la santé;
- Le processus d'élaboration et d'adoption des politiques publiques;
- Les méthodes et stratégies de synthèse et de transfert des connaissances dans le contexte de politiques publiques favorables à la santé.

Par politiques publiques, tel que précisé sur le site du CCNPPS, nous entendons les choix faits par une autorité gouvernementale (provinciale, régionale ou municipale)

dans le but de régler un problème public. Ces politiques se traduisent généralement par des mesures ou des instruments. Le CCNPPS s'intéresse particulièrement aux processus qui influencent ces choix, que ce soit celui de l'émergence des problèmes dans la société, de la mise à l'agenda gouvernemental d'un problème ou de la formulation de la ou des solutions pour tenter de le régler.

Ce texte n'est qu'un bref survol du vaste projet que représente le CCNPPS. Pour en connaître davantage sur les services offerts ou encore l'étendue de ses activités, veuillez consulter son site internet à l'adresse suivante : <http://www.ccnpps.ca/fr/index.aspx?sortcode=1> ■

Le but du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) est de soutenir les acteurs de santé publique à travers le Canada dans leur efforts de promotion de politiques publiques favorables à la santé et ce, en les éclairant sur les meilleures stratégies à utiliser.

Source : site internet du CCNPPS à l'adresse : <http://www.ccnpps.ca/493/Le+Centre.htm>

TEXTES, IDÉES ET COMMENTAIRES RECHERCHÉS !

N'hésitez pas à nous soumettre vos commentaires, textes, idées ou résultats de recherche susceptibles d'intéresser la rédaction du Bulletin de santé publique.

Veuillez communiquer avec nous à l'adresse suivante : mcperreault@aspc.org

Votre implication est vivement souhaitée!



LES ASSOCIATIONS DE SANTÉ PUBLIQUE : DES **ACTEURS-CLÉS** POUR INFLUENCER LES POLITIQUES PUBLIQUES

SUITE DE LA PREMIÈRE PARTIE DIFFUSÉE DANS L'ÉDITION

DIOR BA et LOUISE ST-PIERRE

Dans le cadre des JASP 2006 qui soulignait le 20^e anniversaire de la Charte d'Ottawa, sur la promotion de la santé, l'ASPQ s'est intéressée à une de ses cinq stratégies, soit l'établissement de politiques publiques saines. L'atelier organisé par l'ASPQ présentait en effet les résultats des analyses effectuées par trois associations de santé publique (Canada, Colombie-Britannique, Québec) sur quelques-unes de leurs expériences d'influence de politiques publiques. L'analyse a été réalisée à l'aide d'un cadre conceptuel utilisant des notions théoriques issues des sciences politiques à la faveur d'un stage de maîtrise effectué par Mme Dior Ba.

« Ce deuxième article aborde plus en détails les deux expériences d'influence de politiques analysées pour l'ASPQ : la pratique sage-femme et le virage à droite aux feux rouges. »

Un premier article paru en janvier 2007 a exposé le cadre d'analyse utilisé ainsi que ses fondements théoriques, ce qui a permis de faire ressortir le rôle particulier ainsi que les atouts des associations de santé publique comme acteurs politiques. Ce deuxième article aborde plus en détail les deux expériences d'influence de politiques analysées pour l'ASPQ : la pratique sage-femme et le virage à droite aux feux rouges. Non seulement leur description représente un intérêt historique en soi, mais elle permet aussi de faire ressortir certaines dimensions du rôle de l'ASPQ dans le processus de développement des politiques analysées, dimensions mises en relief par les concepts théoriques utilisés.

Après un bref retour sur les modèles théoriques à la base du cadre d'analyse explicité dans le premier article, les expériences de l'ASPQ seront présentées. Quelques constats seront ensuite proposés.

UN BREF RAPPEL DU CADRE D'ANALYSE

• • •

Le cadre d'analyse a été construit à l'aide des trois modèles les plus utilisés en sciences politiques :

A) *Le modèle des étapes du développement d'une politique publique* (Howlett et Ramesh, 1995) est présenté généralement en cinq phases clés : *l'émergence* d'une problématique, qui correspond à la phase où une problématique est portée à l'attention du public et des décideurs ; *la mise à l'agenda* gouvernemental, qui correspond à la phase où cette problématique est prise en compte par le gouvernement qui y cherche une solution ; *la formulation* de la politique comme solution pour régler le problème en question ; *son adoption* ; puis *la mise en œuvre*. Les associations de santé publique interviennent généralement pour soutenir l'émergence d'une problématique de santé publique ainsi que pour favoriser sa mise à l'agenda gouvernemental.

B) *Le modèle des courants* de Kingdon (1995) vise à expliquer pourquoi et comment une problématique arrive à l'agenda politique. Selon ce modèle, il faut que trois courants soient couplés à la faveur d'une fenêtre d'opportunité. Les trois courants sont présentés comme étant : *le courant des problèmes* qui fait référence à la définition du problème et sa perception par les déci-



deurs; *le courant des solutions* qui fait référence aux solutions suggérées pour régler le problème; *le courant de la politique* qui fait référence au climat politique, aux tendances nationales et à l'opinion publique. Les groupes d'intérêts et les coalitions peuvent contribuer au développement de chacun de ces courants. Les personnes qui travaillent à coupler les trois courants au moment de l'ouverture d'une fenêtre d'opportunité (élection, crise médiatique, renouvellement d'un programme, etc.) sont appelées des *entrepreneurs*. Vincent Lemieux (2002) a enrichi ce modèle en identifiant les différents rôles des acteurs à l'intérieur de chacun de ces courants mais aussi en fonction de chacune des phases du processus de développement d'une politique, énumérées précédemment. Ainsi, selon que les acteurs évoluent à l'intérieur ou à l'extérieur de l'univers politico-administratif et qu'ils soient des experts de la problématique en question ou non, ils assument des rôles *d'agent* (expert du contenu à l'intérieur du gouvernement), de *responsable* (décideur à l'intérieur du gouvernement), *d'intéressé* (expert à l'extérieur du gouvernement), ou de *particulier* (non expert à l'extérieur du gouvernement). Ces acteurs possèdent des atouts différents qu'ils peuvent mettre à profit pour influencer le cours du développement d'une politique.

C) *Le modèle des coalitions plaidantes*, développé par Sabatier & Jenkins-Smith (1993), considère qu'une politique est soumise aux pressions d'au moins deux grandes coalitions, appelées dans ce modèle les « coalitions plaidantes ». Ces coalitions regroupent de façon plus ou moins serrée, selon la problématique en cause, l'ensemble des individus et des organisations qui sont soit en faveur, soit en défaveur d'une politique. Les acteurs d'une même coalition adhèrent au même système de valeurs et de croyances et celles-ci sont modulées au gré des apprentissages effectués grâce aux nouvelles connaissances et à la confrontation des autres systèmes de croyances (Gagnon et al 2007). Les valeurs et croyances d'une coalition plaidante sont aussi influencées par les grands changements qui peuvent survenir dans l'environnement externe. Le but de ce modèle est d'expliquer les changements de politiques.

DEUX EXPÉRIENCES D'INFLUENCE DE POLITIQUES PUBLIQUES

1. LA RECONNAISSANCE DE LA PRATIQUE SAGE-FEMME AU QUÉBEC

HISTORIQUE

En 1990, le gouvernement adoptait la *Loi sur la pratique des sages-femmes dans le cadre de projets pilotes*. Une longue série d'actions ont été menées avant d'en arriver à ce compromis entre deux positions opposées. On peut en situer les premiers jalons au cours de la décennie 1970-80 puisque déjà en 1973, la politique de périnatalité du ministère de la santé est vue comme une plate-forme politique permettant de faire la remise en question des attitudes du monde de la santé face à la grossesse et à l'accouchement (Doray et al, 2004). Durant cette décennie, on assiste à l'influence du mouvement féministe qui réclamait une auto-prise en charge par chacun de sa santé et une humanisation des naissances. Les deux enjeux majeurs de ces revendications portaient sur le droit à l'avortement et à l'accouchement naturel avec des sages-femmes. En 1977, une pétition est mise en circulation par un collectif de femmes pour réclamer la reconnaissance de la pratique des sages-femmes au Québec. Le manifeste, intitulé Renaissance de la sage-femme, est présenté au Conseil du Statut de la Femme (CSF) et au Ministère des Affaires Sociales (MAS). De plus, certaines femmes n'hésitent pas à faire appel clandestinement à l'aide de sage-femme pour pouvoir accoucher à la maison.

« Les années '80 ont en effet été le théâtre de la création du mouvement « Naissance-Renaissance » prônant l'humanisation des naissances et la pratique sage-femme. »

C'est sur cette vague de fond que ce sont développés une série d'événements et d'actions qui ont menés au changement de politique de 1990. Les années '80 ont en effet été le théâtre de la création du mouvement « Naissance-Renaissance » prônant l'humanisation des naissances et la pratique sage-femme; des colloques régionaux « Accoucher ou se faire accoucher » organisés par l'ASPQ en 1980 en collaboration avec le MAS; de la mise sur pied de l'Association des sages-femmes du Québec (sages-femmes diplômées) en 1981 et



de l'Alliance québécoise des sages-femmes (sages-femmes autodidactes) en 1986. Au cours de cette même année, le Comité de travail sur la pratique sage-femme au Québec est mis en place. Celui-ci reconnaît dans son rapport l'urgence d'une intervention et propose la légalisation de la pratique des sages-femmes comme une solution au problème.

Après plusieurs consultations et allers-retours entre les diverses positions, le gouvernement reconnaît en 1990 la pratique légale des sages-femmes au Québec, de façon expérimentale toutefois, par la mise sur pied de projets-pilotes dont le but est d'en faire une évaluation de l'efficacité et de la pertinence. Ce compromis, obtenu de hautes luttes, autorise les sages-femmes ayant réussi l'examen théorique et clinique d'évaluation de leur capacité de pratiquer pendant une période limitée dans huit projets-pilotes relevant d'un CLSC. Sept maisons de naissances réparties dans la province seront créées, elles débiteront leurs activités en 1994. C'est en 1999 que la pratique sera finalement reconnue avec la Loi sur les sages-femmes.

L'ASPQ DANS LE PROCESSUS DE DÉVELOPPEMENT DE LA POLITIQUE

L'ASPQ est un acteur de longue date dans le domaine de la périnatalité au Québec. C'est ce qui lui a permis d'être un joueur important non seulement pour favoriser l'émergence de la problématique sage-femme dans la population, mais aussi pour placer cette problématique à l'agenda gouvernementale et plus tard, pour en influencer l'étape de formulation de la solution.

En vertu de ses connaissances de la problématique et des milieux concernés, l'ASPQ a été sollicitée pour organiser les colloques régionaux « Accoucher ou se faire accoucher ». Cette vaste consultation a permis de regrouper plus de 10 000 personnes autour d'enjeux tels que la médicalisation de la grossesse et l'accouchement, le morcellement et la déshumanisation des soins et des services. Ces colloques ont permis de rendre explicite les problèmes ainsi que les attentes exprimés par partie importante de la population. Ils ont ainsi contribué au déclenchement d'un large mouvement de lutte pour la reconnaissance de la profession de sages-femmes. L'intégration de cette profession dans le système de santé était présentée comme une des solutions aux problèmes liés aux pratiques entourant la périnatalité au Québec et de la déshumanisation des naissances.

Le renouvellement de la politique sur la périnatalité peut être considéré comme étant la fenêtre d'opportunité grâce à laquelle l'ASPQ a pu faire insérer, grâce aux liens développés avec les professionnelles et les décideurs associés au dossier périnatalité à l'intérieur du ministère (*agents et responsables*), la pratique sage-femme. Des données scientifiques fournies pour appuyer cette proposition portaient tant sur le nombre de césariennes effectuées en comparaison aux normes fixées par l'OMS, que sur les coûts comparatifs des accouchements effectués par des médecins et des sages-femmes.

« Le renouvellement de la politique sur la périnatalité peut être considéré comme étant la fenêtre d'opportunité grâce à laquelle l'ASPQ a pu faire insérer, grâce aux liens développés avec les professionnelles et les décideurs associés au dossier périnatalité à l'intérieur du ministère (*agents et responsables*), la pratique sage-femme. »

L'ensemble des acteurs concernés se retrouvaient dans l'une des deux coalitions plaidantes suivantes. La coalition A (pour) regroupait les groupes féministes, les sages-femmes, l'ASPQ, des membres du milieu artistique ainsi que des *agents* et des *responsables* de l'appareil gouvernemental favorables à cette solution. La coalition B (contre), elle, regroupait la fédération des médecins spécialistes du Québec, la fédération des omnipraticiens, la corporation professionnelle des médecins du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et aussi, d'autres *agents* et *responsables* gouvernementaux, réfractaire à l'instauration d'une nouvelle profession. Bien que partageant les mêmes valeurs en matière de protection des vies humaines et d'humanisation des naissances, les deux coalitions s'opposaient quant à la solution proposée par l'une ou l'autre. Ainsi, les membres du corps médical proposaient des infirmières-sages-femmes plutôt que des sages-femmes autonomes. Ils considéraient l'arrivée des sages-femmes comme une menace à leur profession. (Doray et al. 2004).

→ suite page 10



Les informations recueillies nous amènent à croire que l'ASPQ a assumé un rôle de leader au sein de la coalition A. En effet, compte tenu de sa position privilégiée à l'interface entre les responsables ministériels et les regroupements des sages-femmes, sa crédibilité associée au dossier périnatalité et sa capacité à mobiliser la population, l'ASPQ jouissait d'une position stratégique qui lui permettait de bien défendre la proposition de la coalition à laquelle elle avait adhéré. Elle était en mesure aussi d'obtenir et de faire connaître des données probantes à l'appui de la solution proposée par la coalition. Fait important à noter, l'ASPQ comptait parmi ses membres, des personnes qui travaillaient au ministère de la santé et particulièrement une personne qui était chargée du dossier périnatalité. Ces atouts lui ont permis de jouer un rôle important dans l'organisation d'une campagne de levée de fonds lors de l'enquête menée par le coroner pour évaluer les causes et circonstances entourant la mort d'un bébé né à la maison survenu au cours de cette campagne.

« On passe ici d'un mouvement idéologique et social à un mouvement institutionnel de professionnalisation à travers la mobilisation de porteurs de dossiers au sein de la structure gouvernementale parmi lesquels se trouvaient des membres de l'ASPQ. »

Ce qui aurait pu jouer en défaveur de la quête de la coalition A s'est conclu par une forte campagne médiatique qui a rallié la communauté artistique et la population à cette lutte. La coalition A a eu un écho favorable à ses propositions au sein du gouvernement et celui-ci est devenu le porteur de dossier en ce qui concerne la reconnaissance professionnelle des sages-femmes. Le processus de professionnalisation est déployé à l'intérieur même de l'appareil gouvernemental par des personnes occupant des postes clefs au ministère (Doray et al. 2004). On passe ici d'un mouvement idéologique et social à un mouvement institutionnel de professionnalisation à travers la mobilisation de porteurs de dossiers au sein de la structure gouvernementale parmi lesquels se trouvaient des membres de l'ASPQ.

2. LE VIRAGE À DROITE SUR FEU ROUGE

La deuxième expérience analysée fut l'investissement de l'ASPQ au cours du développement de la politique autorisant le virage à droite au feu rouge (VDFR) sur les routes du Québec. À la différence de la première expérience analysée toutefois, son action a été circonscrite à l'intérieur d'une très courte période, soit au moment de la formulation et de l'adoption de la politique.

HISTORIQUE

La mise en place du VDFR remonte aux années 70, principalement aux États-Unis, après les deux premières crises énergétiques. La principale raison évoquée était l'économie d'énergie. C'est en 1980 que le Canada décide à son tour de se lancer dans cette voie. Toutes les provinces l'autorisent à l'exception du Québec. À cette époque, Québec et New-York étaient les seuls à ne pas autoriser le VDFR sur leur territoire en Amérique du Nord. Sur le plan international, toutefois, l'Amérique du Nord constituait la seule exception en matière de VDFR. En effet, les normes de la convention de Vienne sur la sécurité routière ne permettent pas cette manœuvre, le code de la sécurité routière ayant pour but d'éviter tout conflit entre les automobilistes et les autres usagers de la route et les piétons.

Les années '90 marquent la période durant laquelle le sujet suscite de plus en plus d'intérêt au Québec. Le gouvernement dépose un projet de loi sur la réforme du code de la sécurité routière en 1996, mais c'est en 1999 que le livre vert sur la sécurité routière est publié et soulève le problème de la mobilité aux carrefours (Guérette 2002). Le VDFR y est alors présenté comme la solution permettant de désengorger la circulation. La solution est très prisée par certains responsables qui voient en elle le remède à plusieurs autres problèmes reliés à la circulation. Ainsi elle permettrait, selon cette position, de rendre la circulation plus fluide, de réduire la consommation de carburant et les émissions de gaz carbonique. L'harmonisation de la signalisation avec le reste de l'Amérique du Nord a aussi été évoquée abondamment.

D'un autre côté, des associations de personnes vulnérables et de personnes âgées se sont opposées au projet jusqu'au moment de la prise de décision finale. Une coalition regroupant une dizaine d'organismes et d'établissements en réadaptation a été formée. Il s'agit de la *Coalition contre le VDFR*.



Cette coalition décriait les dangers que pourrait occasionner une telle manœuvre pour la population en général et surtout pour la population identifiée comme vulnérable telle que celle des enfants, des personnes âgées, des piétons, des cyclistes et des personnes à mobilité réduite ou ayant un handicap visuel. Les coûts occasionnés en terme de sécurité routière, de sécurité des piétons, de finances publiques dédiées aux soins de santé, de campagnes de sensibilisation, de transport adapté et de programmes de prévention ont aussi été soulevés (Buffard, 2002).

« En 2000, la Commission parlementaire étudie la possibilité de l'implantation du VDFR au Québec. Trois options ont été proposées : le statu quo, le VDFR généralement permis et le VDFR avec permission spécifique (Turcotte, 2006). »

En 2000, la Commission parlementaire étudie la possibilité de l'implantation du VDFR au Québec. Trois options ont été proposées : le statu quo, le VDFR généralement permis et le VDFR avec permission spécifique (Turcotte, 2006). En mai 2000, l'annonce du choix de la deuxième option est faite et son implantation passera par la mise en place et l'évaluation de projets-pilotes. Ces projets-pilotes ont été instaurés dans vingt-six municipalités, excluant Québec et Montréal. Le Comité consultatif et de suivi du VDFR mis sur pied a été chargé d'observer l'évolution de la mise en œuvre du VDFR pendant la première année. Ce comité regroupait des représentants de groupes-cibles d'utilisateurs, du milieu municipal, de ministères et d'organismes municipaux et des experts en sécurité routière. Les critères d'évaluation étaient basés sur le temps d'attente et de déplacement, l'analyse des accidents, l'étude des comportements et la réalisation de sondages.

La *Coalition contre le VDFR* a été associée à ce comité mais n'a pu intégrer le comité d'évaluation des projets-pilotes composé d'experts du ministère du Transport (MTQ) et de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). Elle a ainsi décidé d'effectuer elle-même des observations sur les lieux où le virage à droite était autorisé et d'effectuer

une évaluation parallèle. Selon elle, 64 % des automobilistes observés ne respectaient pas les consignes prévues par le MTQ permettant une manœuvre sécuritaire (Guérette, 2002).

Au cours de cette période, le ministère du Transport avait demandé à un expert, Michel Gou (2002) professeur à l'École polytechnique de Montréal, d'effectuer une évaluation complémentaire. Le rapport de ce dernier n'allait pas en faveur de cette solution et proposait des solutions alternatives qui n'ont pas été retenues. Le VDFR est autorisé au Québec depuis le 13 avril 2003 sauf sur l'Île de Montréal.

L'ASPQ DANS LE PROCESSUS DU DÉVELOPPEMENT DE LA POLITIQUE

L'ASPQ s'est impliquée dans le développement de cette politique à la demande de la *Coalition contre le VDFR* qui réclamait une voix de santé publique pour appuyer ses revendications. La Coalition s'est tournée vers l'ASPQ en l'absence de l'implication formelle du réseau institutionnel de santé publique et ce, environ deux mois avant la prise de décision par les autorités chargées de la gestion du dossier d'autoriser le VDFR. L'implication de l'ASPQ s'est faite par l'intermédiaire de quelques-uns de ses membres qui, malgré leur entrée en scène tardive, n'ont pas ménagé leurs efforts pour faire connaître les données scientifiques qui allaient à l'encontre de la solution proposée par les décideurs, plaider auprès de hauts responsables du gouvernement, participer aux conférences de presse et mobiliser les professionnels de santé publique. L'ASPQ assoie alors sa position sur des valeurs de solidarité sociale envers les groupes vulnérables à mobilité réduite (personnes âgées, personnes handicapées) et de santé publique.

Ces valeurs rejoignent celles qui constituent les assises de la coalition contre la proposition (que nous allons appeler la coalition B) qui, en plus d'inclure la *Coalition contre le VDFR* formelle, regroupe tous les acteurs qui ont émis des réserves dont, l'Union des municipalités du Québec (UMQ), le Service de police de la Communauté urbaine de Montréal (SPCUM), l'Association des directeurs de police du Québec (ADPQ), la Ville de Québec et la Ville de Montréal ainsi que les associations de promotion de l'usage du vélo. Les arguments évoqués par ceux-ci sont principalement les impacts négatifs sur la sécurité routière, l'altération du degré d'autonomie des personnes vulnérables et l'accroissement du sentiment d'insécurité dans les déplacements (Turcotte, 2006).

→ suite page 12



Les acteurs qui peuvent être classés dans la coalition A (pour) sont les organismes de transport, les assureurs automobiles, l'industrie du camionnage et celle du taxi, ainsi que le ministre des Transports de l'époque qui croyait fermement à la solution proposée et qui en était le principal promoteur. Les arguments les plus importants évoqués sont l'économie de temps et de carburant, la réduction des émissions de polluants et l'uniformisation nord-américaine.

« À l'inverse de ce qui s'était passé dans le cas de la pratique sage-femme, l'implication de l'ASPQ n'a pas fait l'objet d'un fort appui de l'intérieur même de l'organisation. (...) il s'agissait d'une problématique peu connue pour les membres du conseil d'administration de l'ASPQ (...). »

On se trouvait en présence de deux grandes forces, l'une s'appuyant principalement sur des arguments de sécurité publique et l'autre portée par des impératifs économiques et ce, dans un contexte où l'opinion publique était plutôt neutre, sinon favorable chez la plupart des automobilistes. La position adoptée par l'ASPQ a été de donner plus de poids à la voix des groupes vulnérables et de porter le message de la santé publique en s'appuyant sur des données scientifiques caractérisant les impacts potentiels de la mesure en nombre d'accidents et de pertes de vie humaine. À l'inverse de ce qui s'était passé dans le cas de la pratique sage-femme, l'implication de l'ASPQ n'a pas fait l'objet d'un fort appui de l'intérieur même de l'organisation. Non seulement il s'agissait d'une problématique peu connue pour les membres du conseil d'administration de l'ASPQ, mais son implication avait été perçue périlleuse par la Direction Générale de la Santé Publique du ministère de la Santé et de Services sociaux qui tentait au même moment de faire adopter par le gouvernement l'article 54 de la future Loi de Santé Publique du Québec. Cet article de loi audacieux oblige les autres ministères à faire des études d'impacts sur la santé de leurs lois et règlements en élaboration.

Dans ce dossier, l'ASPQ s'est impliquée à la toute fin du processus de développement de la politique, soit au moment de la prise de décision, lorsque la *Coalition contre le VDFR*, principal leader de la coalition B, a senti que tous les atouts

devaient être regroupés pour un dernier coup de force. Il est évidemment très difficile d'estimer l'influence qu'a pu avoir son action à l'intérieur de ce jeu complexe d'influences de toutes sortes qui caractérise la prise de décision. Il est permis de croire cependant que les arguments portés par la coalition B ont mené vers le compromis adopté qui a donné aux municipalités la possibilité de choisir les intersections où le VDFR serait autorisé et qui a exclu la ville de Montréal de cette mesure.

EN CONCLUSION, QUELQUES CONSTATS

Cet article n'a pas la prétention de proposer une analyse de politiques comme le feraient des spécialistes en sciences politiques. Nous croyons toutefois que l'utilisation de notions conceptuelles issues des sciences politiques appliquées à l'étude de ces deux cas nous permet de dégager quelques leçons qui peuvent devenir des repaires utiles pour les actions de l'ASPQ dans ce domaine. Nous en avons retenu trois, présentées très succinctement.

1. PRENDRE EN COMPTE LA PERSPECTIVE HISTORIQUE

Parmi les aspects mis en relief par l'étude de ces deux cas, figure la confirmation d'une des prémisses de l'analyse de politiques selon laquelle, de façon générale, le cycle du développement d'une politique se déroule sur une décennie et plus. Selon Sabatier & Jenkins-Smith (1993), il faut en effet compter sur une période de dix ans pour voir un changement de politique. Ceci amène les acteurs de santé publique à devoir bien situer leurs actions en vertu de cette échelle de temps et à accepter que cette stratégie de promotion de la santé nécessite de mettre en pratique les vertus essentielles que sont la patience, la détermination et la persévérance.

2. BIEN LIRE LES CONTEXTES (INTERNE ET EXTERNE)

Ces contextes font référence autant au moment spécifique du processus de développement de la politique où l'action a lieu, aux acteurs concernés et leurs croyances qu'à l'appui que l'ASPQ est prête à y donner. Nous l'avons vu, l'action sur une politique publique nécessite temps, connaissances, énergie et ressources. Aussi, il est plus facile de changer le cours des choses si l'implication se fait au début du processus de développement d'une politique, pour influencer la mise à l'agenda d'une nouvelle politique par exemple, que de tenter d'apporter des changements importants à une proposition déjà bien avancée. Il a été dit cependant que la mise



à l'agenda nécessite que le problème soit bien circonscrit et que la (ou les) solution soit claire et acceptable. Un problème bien défini avec une solution non acceptable ou non réalisable ou l'absence de solution sera difficilement intégrée dans l'agenda gouvernemental. De même, si la solution ou le problème ne correspond pas à l'opinion prédominante ou aux valeurs de société, des travaux préalables de mobilisation et de sensibilisation devront être menés. Le modèle des coalitions plaidantes nous amène à devoir considérer l'ensemble des acteurs concernés par une problématique qui fait l'objet d'une politique. Ceux-ci vont au-delà des décideurs gouvernementaux et des groupes les plus visibles pour inclure d'autres organisations et secteurs du gouvernement qui peuvent aussi être touchés. La compréhension de leur rôle, la reconnaissance de leurs besoins ainsi qu'une bonne lecture des croyances et valeurs sous-jacentes à leurs positions constituent des atouts majeurs à une action éclairée.

3. CONNAÎTRE ET MOBILISER SES ATOUTS

Les associations de santé publique possèdent des atouts importants leur permettant de jouer un rôle significatif en faveur de l'établissement de politiques publiques saines. Selon Lemieux (2002) les principaux atouts des *intéressés* — rôle auquel on peut associer l'ASPQ — sont leurs ressources informationnelles et leur capacité à établir des relations avec d'autres acteurs. Ainsi, la capacité des associations de santé publique à obtenir et vulgariser les connaissances scientifiques et son rôle de porte-parole pour la santé publique, valeur importante de société, en font des alliées crédibles. De plus, de façon générale, ces associations ont la capacité

de sensibiliser et même de mobiliser l'opinion citoyenne via les médias et autres actions publiques et celle de développer des alliances pour renforcer le message et l'action. Nous pouvons ainsi avancer que l'ensemble de ces atouts, lorsque utilisés de façon judicieuse, confère à l'ASPQ un potentiel d'influence considérable pour influencer sur le processus de développement d'une politique, potentiel qu'elle a su mettre à profit d'ailleurs dans certains dossiers de santé publique, dont la pratique sage-femme et la lutte au tabagisme constituent de beaux exemples.

« Les associations de santé publique possèdent des atouts importants leur permettant de jouer un rôle significatif en faveur de l'établissement de politiques publiques saines. »

En guise de conclusion, nous nous permettons de paraphraser M. Jean Rochon, ancien ministre de la Santé québécois qui cumule plusieurs années d'expérience à une position de décideur de politiques, en rappelant que *les décisions gouvernementales sont la plupart du temps le résultat d'un compromis entre les différentes positions exposées*. Ce principe démocratique fonctionne dans la mesure où les différentes positions sont effectivement affirmées et soutenues par un argumentaire solide. Voilà sans contredit un des rôles de l'ASPQ. ■

RÉFÉRENCES

- Bouffard, M. (2002) Le virage à droite au feu rouge serions-nous complètement aveuglés?. *Bulletin de santé publique*, 23(1), 2002, p.8-11.
- Doray, P.; Collin, J.; Aubin-North, S. (2004). L'État et l'émergence des « groupes professionnels. *Canadian Journal of Sociology / Cahiers canadiens de sociologie* 29.1 83-110, [En ligne], http://muse.jhu.edu/journals/canadian_journal_of_sociology/v029/29.1doray.html (Page consultée le 13 novembre 2006).
- Gagnon, F.; Turgeon, J.; Dallaire, C. (2007) Healthy public policy : a conceptual cognitive framework. *Health Policy*, Vol. 81 (1); 42-55.
- Guérette, H. (2002). L'impact du VDFR sur les déplacements des personnes handicapées visuelles. Site Internet de l'Institut Nazareth et Louis-Braille, [En ligne], <http://www.inlb.qc.ca/infodefvisuelle/vdfr.aspx>, (page consultée le 13 septembre 2006).
- Guou et al (2002). *Le virage à droite au feu rouge au Québec*. Centre de développement technologique (CDT). École de polytechnique de Montréal.
- Howlett, M. and Ramesh, M., (1995). *Public Policy, Policy Cycles and Policy Subsystems*, Oxford University Press, 239 p Kingdon, J. W. (1995). *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Harper Collins College, New York.
- Kingdon, J. W., (1995). *Agendas, Alternatives and Public Policies*, Harper Collins College, New York.
- Lemieux, Vincent. (2002). *L'étude des politiques publiques : les acteurs et leur pouvoir*, Les presses de l'Université Laval, 2^e édition.
- Turcotte, V. (2006) *Le virage à droite au feu rouge*. Présentation à l'ACFAS – 17 mai 2006. Groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé (GEPPS).
- Sabatier P.A & Jenkins-Smith, H. C. (1993). *Policy Change and Learning : An Advocacy Coalition Approach*. Boulder, Westview



L'INNOVATION SOCIALE AU QUÉBEC : MODES DE SOUTIEN, CONSTATS ET PISTES D'ACTION

DEUXIÈME PARTIE

JOANIE ROLLIN | Coordonnatrice du Réseau québécois en innovation sociale (RQIS)



Dans le précédent Bulletin, nous vous avons présenté un article qui résumait les deux premières sections d'un ouvrage intitulé « Acteurs et processus d'innovation sociale au Québec » produit par l'équipe du projet du Réseau québécois en innovation sociale (RQIS). Cet article présentait une définition opérationnelle de l'innovation sociale et exposait un *Schéma global d'un processus d'innovation sociale*, outil développé pour guider les acteurs dans la mise en œuvre de celle-ci. Dans cette deuxième partie, nous vous proposons les dernières sections de cet ouvrage. D'abord, nous vous présenterons quelques « modes de soutien à l'innovation sociale ». Ensuite, nous vous exposerons des constats et des pistes d'action qui ont émergés des deux journées de concertation qui ont eu lieu à l'hiver 2007. Nous concluons avec le dévoilement de quelques éléments du plan d'action 2007-2010 du projet du RQIS.

LE SYSTÈME QUÉBÉCOIS D'INNOVATION : QUELQUES ACTEURS ET « MODES DE SOUTIEN » À L'INNOVATION

Les processus d'innovation sociale prennent généralement racine dans des contextes socio-économiques qui leur sont favorables. L'aboutissement d'un processus d'innovation sociale dépend fortement de la configuration institutionnelle de la société dans laquelle il prend forme. Si certaines sociétés, communautés, organisations ou encore certains secteurs ou domaines d'activités sont plus novateurs que d'autres, c'est souvent parce que les acteurs qui les composent ont mis en place des « modes de soutien » qui permettent aux promoteurs d'innovations sociales de mener à terme leurs initiatives. Ces acteurs sont, entre autres, des « bailleurs de fonds » ou encore des « partenaires de soutien ».

Au Québec, il existe divers instruments, mesures d'accompagnement et outils, financiers ou autres, sur lesquels peuvent compter et s'appuyer les promoteurs d'innovations sociales. Comme on retrouve des innovations sociales dans tous les secteurs et domaines d'activités, dans tous les types d'organisations, sur tous les territoires, et que leurs processus sont animés par une diversité d'activités (p. ex. : recherche, expérimentation, diffusion, transferts, appropriation, etc.), les modes de soutien apparaissent nombreux et diversifiés. Depuis quelques années, certains modes de soutien sont créés dans le but avoué de favoriser le développement d'innovations sociales. Certains, déjà existants, ont été remodelés pour atteindre cet objectif. Cependant, nombre d'autres modes de soutien existent sans que l'innovation sociale apparaisse clairement comme une finalité. Ces derniers, tout aussi importants que les premiers, font qu'il est difficile de faire un décompte exhaustif de tous les modes de soutien à l'innovation sociale qui existent au Québec. C'est pour cette raison que dans son document, l'équipe du RQIS n'en présente que quelques exemples. Il s'agit surtout de ceux mis en place par des acteurs québécois et canadiens dans le but « explicite » de favoriser la mise en œuvre d'innovations sociales. Dans la section 4 de l'ouvrage, chacun d'eux est présenté brièvement. C'est en annexe qu'ils sont exposés en détail. Voici, rapidement, quelques-uns d'entre eux.



La Politique québécoise de la science et de l'innovation (PQSI, 2001) du gouvernement du Québec Révisée en 2006 et devenue la Stratégie québécoise de la recherche et de l'innovation (SQRI, 2007), cette politique encadre l'action gouvernementale en matière d'innovation sociale.



Le ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation (MDEIE) Le MDEIE est le ministère responsable de la mise en



œuvre la SQRI. Il a créé depuis 2001 deux programmes visant le soutien à l'innovation sociale : le Programme de soutien à la valorisation et au transfert (PSVT) et la Mesure pilote d'expérimentation de projets « soutien à l'innovation sociale dans les organismes communautaires ».



Le Groupe de travail sur l'innovation sociale (GTIS)
Coordonné par un conseiller en innovation sociale du MDEIE depuis 2005, le GTIS est un groupe de réflexion interministériel sur l'importance de l'innovation sociale et de la valorisation de la recherche en sciences humaines et sociales.



Le Conseil de la science et de la technologie (CST)
Mis en place par l'État québécois, le CST s'assure de la cohérence du développement scientifique et technologique de la province. En 1997, il a proposé le modèle du système national d'innovation comme cadre d'analyse de l'innovation au Québec. Il produit des avis dont quelques-uns offrent une assise intéressante pour faire progresser la réflexion en innovation sociale.



Les dispositifs de recherche
La contribution de la recherche à l'innovation sociale est multiple. Qu'elle soit appliquée ou fondamentale, elle peut contribuer de diverses façons à l'une ou l'autre des étapes des processus de l'innovation sociale. Elle peut intervenir en amont, en aval ou au cours de ceux-ci (p. ex. : approfondir et développer les savoirs, structurer les processus, évaluer les retombées). Comme son apport peut être divers, de nombreux dispositifs de recherche sont susceptibles d'y contribuer. Quatre dispositifs québécois ont d'ailleurs l'innovation sociale comme objet principal de recherche.



Les fonds subventionnaires de recherche
L'appui que les gouvernements québécois et canadien fournissent à la recherche, par l'intermédiaire de leur fonds, joue un rôle central dans le développement du système québécois d'innovation. Depuis les 15 dernières années, certaines exigences inscrites dans les programmes des fonds encouragent particulièrement l'innovation sociale (p. ex. : réseautage université-milieu, transfert de connaissances, valorisation et diffusion).



Les centres (CLT), organismes (OLT) et structures universitaires de liaison et de transfert

La valorisation de la recherche, le transfert des connaissances et le maillage entre les universités et les milieux sont des facteurs favorables à l'émergence et au développement des innovations sociales. Depuis près d'une décennie au Québec, des organisations œuvrent à titre d'agents de liaison entre les universités et les organisations privées, publiques ou associatives. Leur objectif principal est non seulement d'établir des ponts entre la recherche universitaire et les milieux de pratique, mais surtout de faciliter et d'harmoniser l'échange des connaissances entre ces instances.



Les fondations

Les fondations québécoises et canadiennes peuvent aussi contribuer à l'essor des innovations sociales au Québec. Elles le font, entre autres, par du soutien financier à la recherche sur des problématiques précises, par la remise de prix à des projets novateurs, par des bourses étudiantes, voire par le financement et la réalisation d'activités de transfert et de diffusion.

« Plusieurs acteurs, particulièrement en provenance des milieux de recherche et des milieux de pratique, ont travaillé et travaillent toujours à sensibiliser les personnes concernées aux bienfaits d'un meilleur soutien, tant financier que technique, à l'une ou l'autre des activités qui animent les processus d'innovation sociale. »

Enfin, il existe au Québec divers modes de soutien à l'innovation sociale. Certains sont strictement d'ordre financier, d'autres sont davantage liés à la réalisation ou à l'accompagnement d'activités que l'on retrouve dans les processus d'innovation sociale. Est-ce que les modes de soutien à l'innovation sociale sont suffisants, élaborés, traduits de façon adéquate et bien répartis entre les étapes du processus de sorte qu'ils facilitent la mise en œuvre d'un nombre appréciable d'initiatives à potentiel d'innovation sociale ?

→ suite page 16



Il est actuellement difficile de répondre favorablement à cette question. Somme toute, le Québec semble se démarquer à certains égards en innovation sociale, notamment en ce qui a trait au soutien, à la valorisation et au transfert des résultats de la recherche en sciences sociales et humaines vers les milieux de pratique.

La démarche qui a amené le Québec à se questionner à l'égard de l'innovation sociale et à se positionner en sa faveur est collective. Plusieurs acteurs, particulièrement en provenance des milieux de recherche et des milieux de pratique, ont travaillé et travaillent toujours à sensibiliser les personnes concernées aux bienfaits d'un meilleur soutien, tant financier que technique, à l'une ou l'autre des activités qui animent les processus d'innovation sociale.

CONCERT'ACTION PUBLIQUE EN INNOVATION SOCIALE 2007 : CONSTATS ET PISTES D'ACTION « CONCERTÉS »

Comme l'innovation sociale est l'« affaire » de plusieurs, l'équipe du projet de RQIS, qui avait comme mandat dans sa première phase d'activités (2005-2006) d'identifier des constats et des pistes d'action à privilégier en la matière au Québec, a décidé de faire l'exercice de façon concertée. Ainsi, à l'hiver 2007, elle a réalisé une démarche de mobilisation / concertation qui a réuni près de 75 acteurs québécois. Les deux rencontres de *Concert'Action publique en innovation sociale* qui ont eu lieu à Montréal (janvier) et à Québec (février), ont permis de poser certains constats et de cibler quelques pistes d'action susceptibles, à court, moyen ou long terme, de résoudre certains des problèmes rencontrés par les acteurs tentant de mettre en place des innovations sociales. Voici les six constats qui ont émergé de la démarche ainsi que les pistes d'action qui y sont associées.

CONSTAT 1 : MANQUE DE CONNAISSANCES THÉORIQUES ET OPÉRATIONNELLES SUR L'INNOVATION SOCIALE

Si les acteurs qui participent à la mise en place d'une innovation sociale ignorent souvent qu'ils sont au cœur d'une dynamique d'innovation sociale, c'est que les connaissances théoriques et opérationnelles en la matière sont encore à un stade embryonnaire au Québec. Malgré une définition relativement consensuelle, il demeure difficile pour eux — en l'absence d'un langage commun — d'utiliser ce concept équivoque et de qualifier leurs initiatives « d'innovation sociale ». Leurs rôles sont souvent mal définis et l'importance de leurs investissements, généralement sous-estimée.

PISTES D'ACTION

Encourager les acteurs impliqués dans les processus d'innovation sociale à développer et à s'approprier une compréhension et un vocabulaire commun en matière d'innovation sociale.

Favoriser l'avancement des connaissances théoriques et opérationnelles en matière d'innovation sociale par la réalisation (ou encore par le soutien à la réalisation) de recherches fondamentales ou appliquées sur l'innovation sociale et sur ses diverses dimensions.

CONSTAT 2 : ABSENCE D'INDICATEUR DE MESURE EN INNOVATION SOCIALE

La recherche sur les indicateurs de mesure en innovation sociale est embryonnaire au Québec. L'absence de tels indicateurs, que ce soit pour rendre compte des activités réalisées en matière d'innovation sociale, pour cibler les initiatives en cours, pour assurer la mise en œuvre d'un projet ou pour évaluer les retombées des activités reliées aux innovations sociales, constitue un enjeu de taille. Il s'agit non seulement d'un frein à la compréhension du phénomène et à sa reconnaissance, mais aussi d'une entrave à la création et à la mise sur pied de nouvelles initiatives à potentiel d'innovation sociale ainsi qu'à la consolidation et la pérennisation des modes de soutien.

PISTES D'ACTION

Stimuler et soutenir des programmes de recherche fondamentale ou appliquée sur les indicateurs de mesure en innovation sociale afin de pouvoir évaluer les retombées sociales et économiques des innovations sociales au Québec.

Encourager l'intégration des indicateurs de mesure de l'innovation sociale au Tableau de bord des systèmes régionaux d'innovation qui constitue un guide à l'intervention gouvernementale et un soutien aux acteurs régionaux dans la formulation de leur stratégie régionale d'innovation.

**CONSTAT 3 : MANQUE DE VISIBILITÉ ET D'HARMONISATION DES MODES DE SOUTIEN EN INNOVATION SOCIALE**

Tel que mentionné, il existe plusieurs modes de soutien à l'innovation sociale au Québec. Cependant, il demeure difficile pour les acteurs de les identifier clairement. Souvent, ces modes de soutien ont été créés sans égard particulier à une stratégie globale de soutien à chacune des activités d'un processus d'innovation sociale visant l'harmonisation et la pérennisation du financement et de l'accompagnement au cours du processus. Par ailleurs, plusieurs de ces modes de soutien ont été créés sans que l'innovation sociale apparaisse comme une finalité. Qui plus est, les modes de soutien présentés précédemment sont souvent peu diffusés hors des secteurs gouvernementaux ou universitaires, ce qui les rend difficilement accessibles au grand public. Le manque de diffusion des modes de soutien à l'innovation sociale semble représenter un enjeu important pour les acteurs concernés. Enfin, dans l'ensemble, il a été observé que les modes de soutien à l'innovation sociale sont insuffisants, modestes, fragiles, diffus et difficiles d'accès pour les acteurs de certains milieux.

PISTES D'ACTION

Encourager les acteurs, particulièrement les bailleurs de fonds et les partenaires de soutien, à mieux définir les modes de soutien à l'innovation sociale, à mieux consolider ceux qui existent déjà et à en créer de nouveaux lorsque le besoin se fait sentir.

Mettre au point des outils (guides, formations, documentation, etc.) pour mieux orienter les différents acteurs dans l'élaboration de modes de soutien afin que l'innovation sociale apparaisse explicitement comme une finalité ainsi que pour rendre ces modes de soutien plus visibles et plus accessibles aux acteurs prenant part à des processus d'innovation sociale.

CONSTAT 4 : MANQUE DE RECONNAISSANCE ET D'ACCOMPAGNEMENT EN MATIÈRE DE RELATIONS PARTENARIALES AU SEIN DES PROCESSUS D'INNOVATION SOCIALE

D'une importance stratégique pour les processus d'innovation sociale, les partenariats et les alliances entre des acteurs issus de divers horizons apparaissent davantage comme un

obstacle à la mise en œuvre d'une innovation sociale que comme un élément favorable. Les causes de cet obstacle majeur sont entre autres le choc des cultures, les intérêts distincts des partenaires, les exigences organisationnelles différentes, le décalage entre les agendas des acteurs et l'absence d'un point de rencontre. Malgré les efforts de chacun pour faciliter ces alliances, il appert que des modes de soutien spécifiques pourraient atténuer les difficultés et ainsi faciliter la mise en œuvre des processus. À l'heure actuelle, les modes de soutien de type « accompagnement au niveau des relations partenariales » sont insuffisants et répartis inégalement au sein des processus d'innovation sociale.

PISTES D'ACTION

Renforcer les connaissances sur le partenariat en encourageant la recherche fondamentale et opérationnelle sur le sujet.

Soutenir les acteurs dans l'identification et dans la définition des rôles et des compétences de chacun des acteurs impliqués dans un processus d'innovation sociale.

Favoriser une meilleure reconnaissance du travail en partenariat au sein des organisations, particulièrement au sein des milieux universitaires et des milieux de pratique.

Créer des outils d'accompagnement (guides, formations, documentation, etc.) pour rendre le travail en partenariat plus viable.

« D'une importance stratégique pour les processus d'innovation sociale, les partenariats et les alliances entre des acteurs issus de divers horizons apparaissent davantage comme un frein à la mise en œuvre d'une innovation sociale qu'un élément favorable. »

→ suite page 18



CONSTAT 5 : MANQUE DE SOUTIEN AU NIVEAU DE LA VALORISATION ET DU TRANSFERT EN INNOVATION SOCIALE

Actuellement, le Québec dispose de quelques mécanismes de valorisation et de transfert en innovation sociale. Ils sont peu nombreux, peu diversifiés et la clientèle bénéficiant de ces dispositifs demeure encore à ce jour limitée. Les centres de liaison et de transfert ne couvrent qu'une partie des secteurs et domaines d'activités dans lesquels les innovations sociales sont mises en œuvre.

PISTES D'ACTION

Faciliter le transfert des connaissances acquises en matière d'innovation sociale et stimuler leur appropriation par les acteurs en créant des outils et des moyens de diffusion et de transfert (guides, programmes de formation, site Internet, etc.).

Stimuler et encourager l'implantation d'organismes dont la fonction serait liée à la valorisation et au transfert des connaissances dans des domaines et des secteurs d'activités variés.

« Actuellement, le Québec dispose de quelques mécanismes de valorisation et de transfert en innovation sociale. Ils sont peu nombreux, peu diversifiés et la clientèle bénéficiant de ces dispositifs demeure encore à ce jour limitée. »

CONSTAT 6 : MANQUE DE DIFFUSION DE L'INNOVATION SOCIALE

Malgré le fait qu'il existe au Québec quelques lieux d'échange en matière d'innovation sociale, les acteurs intéressés par ce sujet ne disposent d'aucun lieu de convergence.

PISTES D'ACTION

Susciter la création ou encourager la participation d'une diversité d'acteurs à des lieux d'échange et de réflexion sur l'innovation sociale (table de concertation, communautés de pratiques, plateforme d'échange virtuelle, colloque, etc.).

Favoriser la création d'un lieu de diffusion des connaissances théoriques et opérationnelles en matière d'innovation sociale et encourager les acteurs à faire converger leurs expériences en matière d'innovation sociale vers ce lieu de diffusion commun.

Consolider et faciliter l'accès aux lieux d'échange existants en matière d'innovation sociale.

Encourager la vulgarisation des résultats de recherche sur l'innovation sociale, son processus, ses acteurs et ses retombées.

À la lumière de ces constats et pistes d'action, beaucoup de travail reste à faire pour favoriser davantage la mise en œuvre des innovations sociales québécoises. De toute évidence, les actions à poser pour répondre aux constats énoncés ne peuvent être l'affaire que d'un seul acteur. L'étude du RQIS a démontré très clairement que les processus d'innovation sociale exigent généralement l'engagement d'une diversité d'acteurs. Tous doivent se questionner et se positionner par rapport aux constats exposés et aux pistes d'action proposées. Chacun a son devoir à faire pour faire avancer les choses!



CONCLUSION : LE PROJET DE RQIS PHASE II

Au terme d'une réflexion collective, l'Université du Québec a déposé au MDEIE une demande de financement pour poursuivre les activités du projet de RQIS. La demande a été formulée en fonction de trois des six constats :

- **Constat 4**

Manque de reconnaissance et d'accompagnement en matière de relations partenariales au sein des processus d'innovation sociale ;

- **Constat 5**

Manque de soutien au niveau de la valorisation et du transfert en innovation sociale ;

- **Constat 6**

Manque de diffusion de l'innovation sociale.

À la fin du mois de mars 2007, une réponse favorable permettait à l'équipe du projet d'entamer une seconde phase d'activité (2007-2010). C'est encore une fois par l'intermédiaire de son Programme de soutien à la valorisation et au

transfert (PSVT) que le MDEIE, en collaboration avec l'Université du Québec, financera les activités et ce, pour les trois prochaines années. Voici les objectifs généraux qui guideront ses activités :

- Consolider l'action d'animation du projet de RQIS ;
- Mettre au point des outils d'accompagnement pour faciliter la liaison et le transfert des connaissances entre les milieux de la recherche et les milieux de pratique ;
- Accompagner des projets en innovation sociale (projets pilotes).

L'équipe entend exposer sa programmation à l'automne 2007.

Pour télécharger ou commander l'ouvrage « Acteurs et processus d'innovation sociale au Québec » ou encore pour tout commentaire ou question en lien avec cet article, les activités du projet de RQIS ou tout simplement l'innovation sociale, veuillez consulter le site Internet suivant : www.uquebec.ca/rqis ■

PRIX JEAN-PIERRE BÉLANGER : UN IMMENSE MERCI À TOUS CEUX QUI ONT POSÉ LEUR CANDIDATURE

L'ASPQ est fière d'annoncer qu'elle a reçu cette année un **nombre record de candidatures**. Les 28 dossiers analysés par le comité de sélection étaient tous plus inspirants et intéressants les uns que les autres. La qualité des dossiers et leur côté innovateur font en sorte que **notre prochaine parution du Bulletin de santé leur sera dédiée**. Nous avons hâte de vous les présenter ! Toujours inconnu au moment de mettre sous presse, veuillez noter que le gagnant du Prix Jean-Pierre Bélanger recevra ses honneurs lors d'un cocktail le 21 novembre prochain, à l'hôtel Fairmont Le Reine Elizabeth de Montréal.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Lucie Thibodeau, présidente
Réseau des centres de ressources périnatales

Martin St-Georges, vice président
CSSS Lucille-Theasdale

Marie-Andrée Comtois, trésorière
Doctore

Pierrette Michaud, secrétaire
DSP de la Capitale nationale

Renald Bujold
DSP de Montréal-Centre

Lucien Albert
Université de Montréal
Unité de santé internationale

Hélène Cornellier
AFEAS

Maria Labrecque Duchesneau
Au cœur des familles agricoles

Céline Lemay
Regroupement Les sages-femmes du Québec

Micheline Séguin-Bernier
ADRLSSSS de la Mauricie – Centre-du-Québec

Benoît Sévigny
FQRSC

Louise St-Pierre
INSPQ

Carmen Veillette-Boucher
DSP de l'Abitibi-Témiscamingue

Josée De Grandmont
De Grandmont.com

PERMANENCE

Lucie Granger
Directrice générale

Martine Deschênes
Adjointe administrative

Julie Paquette
Agente de bureau

Marie-Claude Perreault
Agente de communications et
de coordination d'événements

DOSSIER PÉRINATALITÉ

Catherine Chouinard
Chargée de projet

COALITION QUÉBÉCOISE POUR LE CONTRÔLE DU TABAC (CQCT)

Louis Gauvin
Coordonnateur

Heidi Rathjen
Directrice de campagne

Mélanie Champagne
Rédactrice-analyste

Vous n'êtes pas encore membre de l'ASPQ? C'est le moment!

Nom et prénom :

Organisme :

Adresse : Code postal :

Ville :

Tél. : Fax :

Courriel :

Profession :

Champ(s) d'intérêt :

Nouveau membre :

Renouvellement :

MEMBRE INDIVIDUEL

Tarif régulier :

1 an 45,58 \$ 2 ans (-10 %) 82,04 \$ 5 ans (-20 %) 182,32 \$

Tarif réduit – Étudiant/retraité/bénévole
(joindre une preuve de votre statut)

1 an 11,40 \$ 2 ans (-10 %) 20,51 \$ 5 ans (-20 %) 45,58 \$

Adhésion conjointe ASPQ/ACSP – Les individus
peuvent adhérer conjointement à l'Association pour la santé
publique du Québec (ASPQ) et l'association et l'Association
Canadienne de santé publique (ACSP) en une seule procédure
d'inscription et pour une durée d'un an.

1 an – Tarif régulier 145,58 \$ 1 an – Tarif réduit 68,40 \$

MEMBRE INSTITUTIONNEL

Institution à vocation régionale,
sous-régionale ou provinciale :

1 an 284,88 \$ 2 ans (-10 %) 512,78 \$ 5 ans (-20 %) 1139,50 \$

Institution à vocation locale :

1 an 142,44 \$ 2 ans (-10 %) 256,39 \$ 5 ans (-20 %) 569,75 \$

Organisme sans but lucratif :

1 an 56,98 \$ 2 ans (-10 %) 102,56 \$ 5 ans (-20 %) 227,90 \$

Cochez une seule case sur ce formulaire – Somme ci jointe : _____ \$