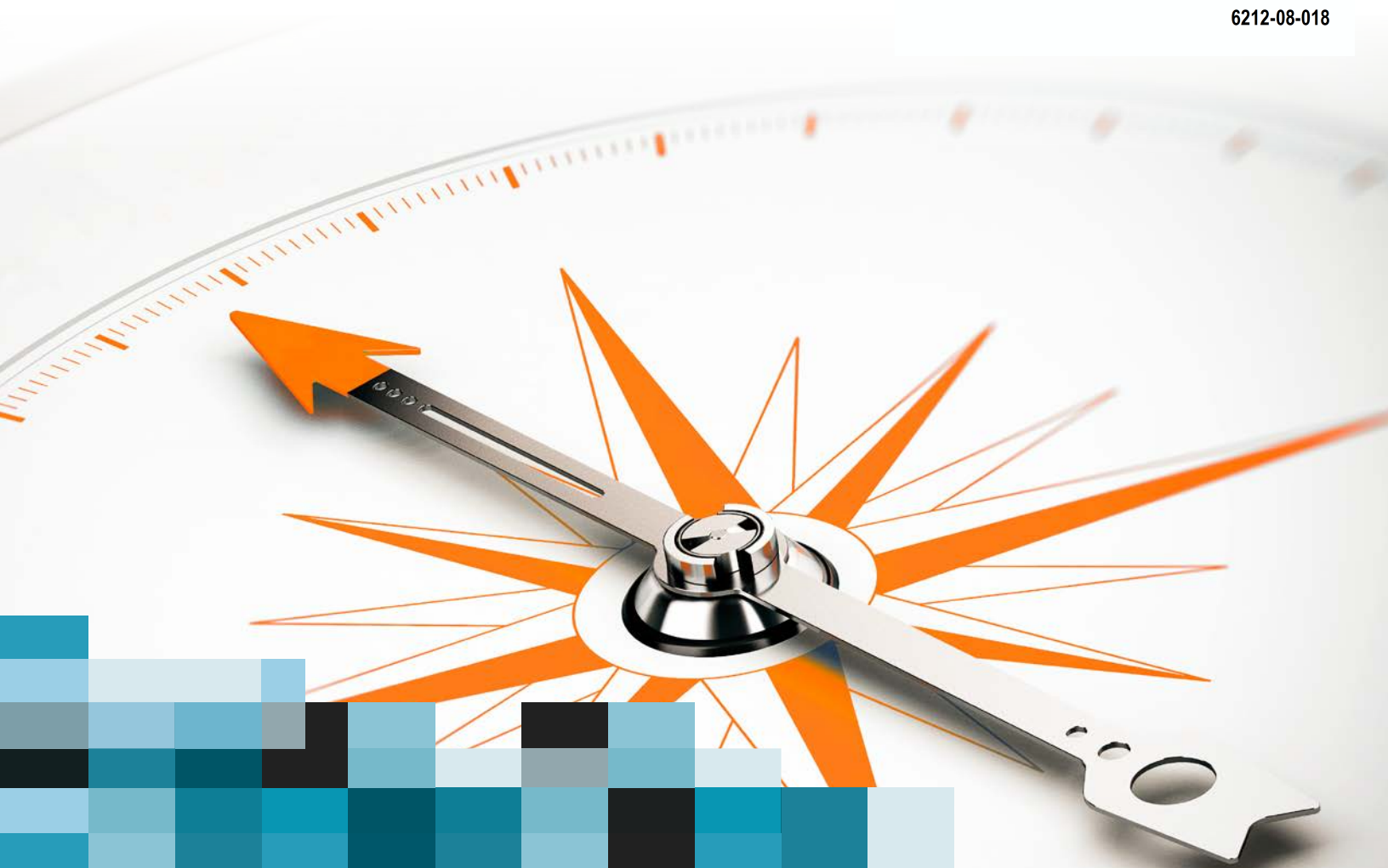




La gestion des risques en santé publique au Québec : cadre de référence

La gestion des risques en santé publique au Québec : cadre de référence

24 février 2016

Auteurs

Valérie Cortin, conseillère scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Lise Laplante, médecin-conseil
Direction de la santé environnementale et de la toxicologie
Marc Dionne¹, directeur scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
France Filiatrault, conseillère en éthique
Secrétariat général
Claire Laliberté, conseillère scientifique
Direction de la santé environnementale et de la toxicologie
Philippe Lessard¹, directeur de santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches
Michel Savard, médecin-conseil
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Joane Désilets, médecin, adjointe médicale en maladies infectieuses
Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière
Bernard Pouliot, médecin-conseil
Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent

COORDINATION SCIENTIFIQUE

Marc Dionne¹, directeur scientifique
Direction des risques biologiques et de la santé au travail

MEMBRES DU COMITÉ CONSULTATIF EN GESTION DES RISQUES À LA SANTÉ

Raynald Cloutier, médecin-conseil
Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Valérie Cortin, conseillère scientifique
Aouatif El Harchaoui, conseillère scientifique
Maurice Poulin, médecin spécialiste en santé au travail
Direction des risques biologiques et de la santé au travail
Joane Désilets, médecin, adjointe médicale en maladies infectieuses
Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière
France Filiatrault, conseillère en éthique
Secrétariat général

MEMBRES DU COMITÉ CONSULTATIF EN GESTION DES RISQUES À LA SANTÉ (suite)

Denis Gauvin, conseiller scientifique
Claire Laliberté, conseillère scientifique
Lise Laplante, médecin-conseil
Direction de la santé environnementale et de la toxicologie
Bernard Pouliot, médecin-conseil
Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Michel Savard, médecin-conseil
Ministère de la Santé et des Services sociaux

MEMBRES DU COMITÉ DIRECTEUR EN GESTION DES RISQUES À LA SANTÉ

Danielle Auger, coordonnatrice médicale en maladies infectieuses
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Daniel Bolduc, directeur scientifique
Direction de la santé environnementale et de la toxicologie
Ariane Courville, coordonnatrice médicale
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie
Éric Goyer, directeur de santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides
Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James
Éric Lampron-Goulet, médecin-conseil
Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Tesmiscamingue
Philippe Lessard¹, directeur de santé publique
Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

PERSONNES CONSULTÉES

Kim Payette Chapleau, agente d'information
Jacques Grondin, conseiller scientifique
Irène Langis, chef de service
Alain Poirier, vice-président
Karine Souffez, experte en transfert de connaissances
Vice-présidence à la valorisation scientifique et aux communications

¹ Coresponsables du projet auprès de la Table de coordination nationale en santé publique.

Pour citer ce document : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). La gestion des risques en santé publique au Québec : cadre de référence. Auteurs : Valérie Cortin, Lise Laplante, Marc Dionne *et al.* Montréal : INSPQ, 2016. 87p.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

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

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

DÉPÔT LÉGAL – 1^{er} TRIMESTRE 2016
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-75204-2 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2016)

Remerciements

Nous remercions sincèrement toutes les personnes impliquées dans le développement de ce cadre de référence en gestion des risques et plus particulièrement :

- Les intervenants et les directeurs de santé publique impliqués lors de la consultation en 2012 sur les améliorations à apporter et les préoccupations concernant la gestion des risques dans le réseau québécois de la santé.
- Les intervenants des directions de santé publique, du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de l'Institut national de santé publique (INSPQ), ainsi que les directeurs de santé publique consultés en 2015 sur la version préliminaire de ce cadre de référence.
- Les membres du Comité opérationnel de valorisation des compétences.
- Paul Bouchard et Lucie-André Roy membres du Comité consultatif en gestion des risques, Hélène Dupont et Blandine Piquet-Gauthier membres du Comité directeur en gestion des risques jusqu'à leur départ à la retraite.
- Louise Pothier pour la révision linguistique du document.

Si éventuellement nous avons oublié de vous nommer, nous vous remercions pour votre précieuse collaboration et votre compréhension. Vous avez été nombreux à collaborer avec enthousiasme. Nous vous sommes tous très reconnaissants pour le temps que vous avez consacré à partager votre expertise au bénéfice de cet ouvrage collectif.

Table des matières

Liste des tableaux.....	V
Liste des figures.....	VII
Glossaire.....	IX
Liste des sigles et acronymes.....	XV
Messages clés.....	1
Portée de ce cadre de référence en gestion des risques.....	3
1 Introduction au cadre	5
1.1 Contexte de la gestion des risques à la santé de la population au Québec.....	5
1.2 Objectifs du cadre	6
1.3 Méthode de développement du cadre	6
1.4 Présentation générale du cadre.....	7
2 Les concepts clés de la gestion des risques à la santé.....	9
2.1 Les caractéristiques du risque.....	9
2.1.1 Qu'est-ce qu'un risque à la santé de la population?.....	9
2.1.2 Que signifie le niveau de risque à la santé de la population?	10
2.1.3 Qu'est-ce qu'une chaîne de risque?.....	11
2.1.4 Qu'est-ce qu'une menace à la santé de la population?.....	13
2.1.5 Qu'est-ce que la perception du risque?	14
2.2 Gérer le risque en santé publique, une démarche multidimensionnelle	14
2.2.1 La dimension scientifique axée sur la santé de la population	15
2.2.2 La dimension environnementale	16
2.2.3 La dimension sociale	16
2.2.4 La dimension éthique.....	17
2.2.5 Les dimensions politique, organisationnelle, légale et réglementaire	17
2.2.6 La dimension économique.....	18
2.3 La gouvernance : des rôles et des responsabilités clairs.....	18
2.3.1 Les responsabilités et les moyens d'intervention prévus par la législation au Québec.....	19
2.3.2 Les modes de gestion des risques en santé publique	21
2.3.3 La participation des parties prenantes	22
2.4 Communication.....	25
3 Le processus	27
3.1 Phase 1 – Cadrage et planification : pour une vision globale claire	29
3.1.1 Cadrer la situation de risque.....	31
3.1.2 Planifier le travail	34
3.1.3 Intégrer l'éthique et la communication	39
3.2 Phase 2 – Évaluation et caractérisation : pour une bonne connaissance du risque identifié.....	41
3.2.1 Évaluer le risque à la santé	43
3.2.2 Caractériser le risque à la santé	47
3.2.3 Intégrer l'éthique et la communication	49

3.3	Phase 3 – Acceptabilité des risques et proposition d’options d’intervention : pour des décisions éclairées.....	51
3.3.1	Examiner l’acceptabilité du risque.....	52
3.3.2	Générer des options de gestion du risque.....	54
3.3.3	Intégrer l’éthique et la communication	57
3.4	Phase 4 – Décision, mise en œuvre et suivi des interventions : pour agir et pérenniser	59
3.4.1	Prendre une décision éclairée.....	61
3.4.2	Mettre en œuvre les interventions.....	63
3.4.3	Surveiller et contrôler	64
3.4.4	Intégrer l’éthique et la communication	64
4	Conclusion	67
	Références.....	69
	Annexe 1 Comparaison du cadre de 2016 et du cadre de 2003	73
	Annexe 2 La matrice de risque : un outil de caractérisation.....	81

Liste des tableaux

Tableau 1	Proposition de critères d'évaluation des options	57
Tableau 2	Comparaison du processus de gestion des risques des cadres de 2003 et 2016	77
Tableau 3	Échelle des conséquences appréhendées ou réelles.....	84
Tableau 4	Échelle relative à la probabilité d'observer les conséquences appréhendées ou réelles	85
Tableau 5	Matrice de risque à la santé.....	86
Tableau 6	Confiance dans le niveau de risque estimé	87

Liste des figures

Figure 1	Matrice de risque	11
Figure 2	La chaîne causale du risque : exemple de l'énergie nucléaire et des risques à la santé.....	12
Figure 3	Moyens d'intervention prévus par la Loi sur la santé publique (LSP) pour gérer les risques à la santé.....	21
Figure 4	Les phases du processus de gestion des risques	27
Figure 5	Les étapes de la PHASE 1 – Le cadrage et la planification.....	30
Figure 6	Les étapes de la PHASE 2 – L'évaluation et la caractérisation.....	42
Figure 7	Les étapes de la PHASE 3 – L'acceptabilité des risques et les options d'intervention	52
Figure 8	Les étapes de la PHASE 4 – Décision, mise en œuvre et suivi des interventions : pour agir et pérenniser	60
Figure 9	Processus du présent cadre de gestion des risques	76
Figure 10	Processus du cadre de 2003 (INSPQ, 2003)	76
Figure 11	Matrice de risque	83

Glossaire

Les termes définis dans le glossaire sont marqués d'une « * » lorsqu'ils apparaissent dans la définition d'un autre terme du glossaire ou pour la première fois dans le texte.

Acceptabilité du risque

Jugement de valeur résultant d'une démarche scientifique et sociale au terme de laquelle est prise une décision relative à un risque* supplémentaire imposé à un groupe dûment informé et impliqué. L'acceptabilité face à un risque peut varier significativement d'un individu à l'autre et d'un groupe d'individus à l'autre. Ce jugement doit donc tenir compte notamment de la perception du risque par les parties prenantes* concernées, du contexte* (social, économique, etc.) et des valeurs en présence (adapté du cadre de 2003 et du MSSS, 2002).

Acteurs clés

Organismes ou leurs représentants responsables du processus d'évaluation et de gestion du risque* en raison de leurs fonctions. Cela inclut les acteurs de premier niveau, soit des instances publiques qui ont une responsabilité légale d'une part et les autres acteurs clés publics ou privés d'autre part.

Agent

Élément qui peut être une entité de nature biologique, chimique ou physique, un processus, une activité humaine ou une croyance en une pratique pouvant porter atteinte à la santé.

Ambiguïté

Caractéristique d'une situation qui donne lieu à plusieurs interprétations significatives et légitimes de l'évaluation du risque* ou des mesures à mettre en place pour le contrôler. Ces différences d'interprétation compliquent bien entendu la prise de décision. L'ambiguïté peut être interprétative ou normative. L'ambiguïté interprétative se manifeste par un manque de consensus des experts en ce qui a trait à l'interprétation des résultats de l'évaluation. L'ambiguïté normative résulte quant à elle d'une controverse en termes de valeurs éthiques, notamment lorsque l'importance relative de ces dernières pour les parties prenantes* s'avère variable (adapté d'IRGC, 2005).

Chaîne de risque

Séquence des étapes causales qui peuvent aboutir à des conséquences* négatives pour la santé d'une population. Cette chaîne permet de mieux comprendre les causes du risque* et les différents niveaux d'intervention possibles pour y remédier.

Complexité

Caractéristique d'une situation présente lorsque plusieurs éléments distincts interagissent et rendent difficile l'évaluation du risque* ou des mesures à mettre en place pour le contrôler. Ainsi, de nombreuses interactions entre agents* peuvent être difficiles à identifier et à quantifier, ce qui complique l'établissement d'un lien entre ces agents causals potentiels et les effets spécifiques observés. Ces interactions peuvent éventuellement être aussi modulées par des déterminants de la santé*, complexifiant ainsi davantage la situation. Une situation est également qualifiée de complexe lorsqu'il est difficile d'évaluer l'effet global d'une mesure de contrôle du risque agissant sur plusieurs éléments distincts qui interagissent entre eux. C'est également le cas lorsqu'il est ardu d'examiner les effets combinés de multiples mesures nécessaires pour contrôler un risque (adapté d'IRGC, 2005).

Conséquences du risque à la santé

Effets négatifs sur la santé humaine d'une population résultant de l'exposition à un danger*. Elles peuvent toucher la santé directement (morbidity, incapacité et mortalité) ou plus indirectement à travers notamment des impacts sociaux ou économiques.

Contexte

Ensemble des circonstances ou conditions scientifiques et techniques, sociales, économiques, environnementales et politiques dans lesquelles se situe un risque* à la santé et qui peuvent influencer ce dernier (Définition adaptée du Dictionnaire Larousse en ligne¹ et d'OMS, 2012).

Crise

Situation brutale et émotive marquée par la complexité*, l'incertitude* ou l'ambiguïté* et qui plonge les institutions ou les organisations dans un contexte* périlleux compromettant la capacité à comprendre et à répondre adéquatement aux événements.

Danger

Tout agent* qui, seul ou combiné à d'autres, présente un potentiel intrinsèque d'engendrer des effets négatifs sur la santé après exposition. Un danger peut également référer aux propriétés inhérentes d'un agent pouvant porter atteinte à la santé.

Déterminant de la santé

Facteurs individuels, sociaux, technologiques, économiques, environnementaux ou politiques que l'on peut associer à un problème de santé en particulier ou encore à un état de santé global. Ils peuvent agir seuls ou en association avec d'autres. Ils ne sont pas toujours des causes directes. Ils peuvent influencer la santé dans un sens positif (facteur de protection) ou dans un sens négatif (facteur de risque*). Ces déterminants appartiennent à quatre champs qui contribuent à l'état de santé de la population : les caractéristiques individuelles, les milieux de vie, les systèmes et le contexte* global (adapté de MSSS 2012).

Facteur de risque

Tout élément qui, seul ou combiné à d'autres, augmente la probabilité* d'engendrer des effets négatifs sur la santé de la population exposée. Les facteurs de risque sont diversifiés. Ils peuvent être individuels, technologiques, sociaux, économiques, environnementaux ou politiques.

Gouvernance

Actions et processus par lesquels l'autorité est exercée entre plusieurs acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, des décisions collectives sont prises et mises en œuvre (adapté d'IRGC, 2005 et 2012). Cette autorité s'appuie sur des mandats et des pouvoirs prévus par la loi. La gouvernance est également fondée sur des valeurs, notamment celle d'ouverture pour instaurer une collaboration respectueuse et constructive entre toutes les parties prenantes*.

¹ Contexte. (s.d.). Dans Dictionnaire Larousse en ligne. Repéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contexte/18593?q=contexte#18491>

Incertitude

Incapacité à décrire avec exactitude les effets d'un événement et la vraisemblance de leur survenue. Deux principales causes expliquent l'incertitude : un manque de connaissances et la variabilité des données. Un état des connaissances insuffisant provient d'une qualité de la preuve disponible non satisfaisante, par exemple lorsque les données sont peu disponibles ou de qualité déficiente ou encore lorsqu'il y a des incohérences entre les sources d'information. La variabilité est pour sa part inhérente à une population, aux phénomènes aléatoires, ainsi qu'aux méthodes de quantification et de mesure (adapté d'IRGC, 2005).

Menace à la santé

Présence au sein de la population d'un agent* biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée selon la Loi sur la santé publique (LSP)². En général, elle concorde avec un risque* important pour la santé.

Menace appréhendée

Risque potentiel* répondant aux caractéristiques spécifiques d'une menace*³.

Menace réelle

Risque avéré* répondant aux caractéristiques spécifiques d'une menace*⁴.

Moyens d'intervention

Moyens prévus par la LSP pour protéger, maintenir et améliorer la santé de la population.

Niveau de risque

Degré d'intensité (faible, moyen ou élevé, etc.) attribué à un risque* en fonction de l'évaluation de la probabilité* et de l'importance (gravité et ampleur) de ses conséquences*. Le niveau de risque peut être évalué à l'aide d'une matrice de risque, outil graphique à deux dimensions (probabilité et conséquences). Le niveau de risque devrait idéalement être accompagné d'une appréciation de la fiabilité qu'on attribue à son estimation sur la base de la qualité de la preuve.

Nuisance

Effet indésirable possible sur le bien-être ou effet indirect sur la santé physique à la suite de l'exposition à un facteur du type odeur, bruit, poux, punaises de lit, etc.

Parties affectées

Groupes organisés ou non, ou encore organismes ou leurs représentants qui sont ou pourraient être exposés au danger* ou qui appréhendent de l'être. Les parties affectées pourraient donc être touchées par les conséquences* d'un risque* ou les mesures mises en œuvre pour le réduire. Elles incluent notamment la population, les milieux de vie, les organisations commerciales, industrielles ou de service.

² Loi sur la santé publique, 2001, RLRQ, c. S-2.2, art.2.

³ Le qualificatif « appréhendée » pour la menace est cohérent avec la terminologie de la Loi sur la santé publique, alors que le qualificatif « potentiel » pour risque est harmonisé avec la terminologie du cadre de 2003.

⁴ Le qualificatif « réelle » pour la menace est cohérent avec la terminologie de la Loi sur la santé publique, alors que le qualificatif « avéré » pour risque est harmonisé avec la terminologie du cadre de 2003.

Parties intéressées

Groupes organisés ou non, ou encore organismes ou leurs représentants qui ne sont pas exposés aux dangers*, mais dont leurs intérêts (économiques, sociaux ou environnementaux, etc.) pourraient être affectés par le risque* ou les mesures de réduction du risque. Les parties intéressées incluent notamment la population, les groupes de soutien aux populations, les organisations commerciales, industrielles ou de service.

Parties prenantes

Groupes organisés ou non, organismes ou leurs représentants qui sont concernés par un même risque* en tant qu'acteurs clés* ou comme parties affectées* ou intéressées*.

Probabilité

Niveau estimé d'apparition d'une conséquence négative sur la santé. Cette estimation peut être quantitative (pourcentage, nombre possible de cas, etc.) ou qualitative (rare, probable, presque certain, etc.).

La probabilité globale d'un risque à la santé s'estime en considérant les probabilités associées à différentes étapes de la chaîne de risque*, notamment la probabilité d'apparition du danger*; la probabilité d'exposition au danger et la probabilité d'observer des effets négatifs sur la santé d'une population après exposition au danger.

Risque

Conséquences* négatives sur la santé de la population et probabilité* d'observer ces conséquences à la suite d'une exposition à un agent* dangereux.

Risque acceptable

Risque* jugé suffisamment faible pour ne pas nécessiter de mesure de contrôle supplémentaire bien que ces mesures puissent malgré tout être mises en place sur une base volontaire pour réduire encore davantage le risque. Il peut s'agir notamment de surveillance médicale, épidémiologique ou environnementale afin de détecter tout changement susceptible d'indiquer une augmentation du risque (adapté d'IRGC, 2005 et d'OMS 2012).

Risque ambigu

Risque* marqué par l'ambiguïté*.

Risque avéré

« Risque* connu et éprouvé, associé à un danger* établi dont l'existence est certaine et reconnue comme étant authentique » (cadre de 2003, p. 64 : adapté de Kourilsky et Viney, 1999).

Lorsqu'un risque avéré répond aux critères spécifiques d'une menace*, on parlera d'une menace réelle* afin de respecter la terminologie de la LSP.

Risque complexe

Risque* marqué par la complexité*.

Risque incertain

Risque* marqué par l'incertitude*.

Risque intolérable

Risque* jugé non acceptable par les parties prenantes*, peu importe les bénéfices qui en découlent. Il implique d'éliminer ou de remplacer la source de risque (par exemple une technologie ou un produit chimique) ou, si c'est impossible (notamment dans le cas d'un danger* naturel), l'exposition devrait être restreinte. On tentera aussi de réduire la vulnérabilité* de la population ou des sous-groupes qui la composent (adapté d'IRGC, 2005).

Risque potentiel

« Risque* associé à un danger* hypothétique (par opposition à un risque avéré*), mais jugé plausible. Une évaluation fondée sur de nouvelles données pourrait permettre de déclarer ce risque comme étant avéré ou comme étant nul dans l'éventualité où l'hypothèse de base serait rejetée.

Un risque potentiel peut être qualifié de théorique ou d'étayé. La plausibilité d'un risque potentiel théorique n'est appuyée par aucun retour d'expérience alors que, dans le cas d'un risque potentiel étayé, un seuil d'alerte est franchi, c'est-à-dire que des retours d'expérience valident la plausibilité de l'hypothèse de risque avancée sans toutefois la démontrer. » (cadre de 2003, p. 64 : Kourilsky et Viney, 1999).

Lorsqu'un risque potentiel répond aux critères spécifiques d'une menace*, on parlera d'une menace appréhendée* afin de respecter la terminologie de la LSP.

Risque résiduel

« Risque* qui demeure existant après la mise en œuvre des actions de réduction du risque. » (cadre de 2003, p. 64).

Risque simple

Situation où les conséquences* potentielles négatives du risque* sont évidentes, où les valeurs en présence et leur priorisation sont non controversées et où l'incertitude* est faible. Il correspond aussi à des situations fréquentes dont les mesures d'intervention sont rapidement identifiables. Un risque simple ne doit pas automatiquement être associé à un risque faible ou négligeable (adapté d'IRGC, 2005).

Risque systémique

Un risque* est dit systémique lorsqu'il touche plusieurs systèmes à la fois : scientifique, économique, social, politique, etc. Le risque systémique affecte ainsi un ensemble d'éléments en relations mutuelles pour lesquels différentes autorités sont interpellées.

Risque tolérable

Risque* que les parties prenantes* sont disposées à assumer après avoir mis en place des mesures de réduction raisonnables ou après avoir accepté un statu quo responsable*, et ce, afin de bénéficier des effets positifs qui accompagnent le risque (adapté d'IRGC, 2005).

Sinistre

Situation d'une ampleur qui excède les capacités institutionnelles et organisationnelles permettant de répondre adéquatement en temps opportun. Dans un tel contexte*, la gestion du risque* peut nécessiter une mobilisation de ressources comme prévu dans la LSP.

La Loi sur la sécurité civile définit précisément un sinistre majeur et mineur :

« Sinistre majeur » : un événement dû à un phénomène naturel, une défaillance technologique ou un accident découlant ou non de l'intervention humaine, qui cause de graves préjudices aux personnes ou d'importants dommages aux biens et exige de la collectivité affectée des mesures inhabituelles, notamment une inondation, une secousse sismique, un mouvement de sol, une explosion, une émission toxique ou une pandémie;

« Sinistre mineur » : un événement exceptionnel de même nature qu'un sinistre majeur, mais qui ne porte atteinte qu'à la sécurité d'une ou de quelques personnes »⁵.

Statu quo responsable

Approche de gestion, résultant d'une décision éclairée, qui consiste à choisir de ne rien faire face au risque tout en prenant la pleine responsabilité des conséquences éventuelles.

Urgence

Situation qui se caractérise par la présence soudaine d'un danger* réel ou appréhendé pouvant porter atteinte à la santé de la population et nécessitant une intervention immédiate. Dans un tel contexte*, on se doit de travailler avec des données en temps réel, parfois incomplètes ou même contradictoires (adapté de MSSS, 1994).

Vecteur

Véhicule par lequel des individus sont exposés à un agent* (par exemple les moustiques pour le virus du Nil occidental (VNO) ou les tiques pour la maladie de Lyme).

Vulnérabilité

Condition, résultant de facteurs physiques, sociaux, économiques ou environnementaux, qui prédispose les individus d'une population à subir les effets défavorables sur leur santé d'un danger* auquel ils sont exposés.

Remarque sur le terme « aléa »

Le ministère de la Sécurité publique (MSP) utilise le terme « aléa », dont la définition s'apparente à celle d'un danger* également caractérisé entre autres par une probabilité* d'occurrence et une intensité (Ministère de la Sécurité publique, 2008). Cette définition est donc très proche de celle du risque utilisée dans le présent cadre. Pour éviter toute ambiguïté, le terme aléa ne sera pas utilisé ici

⁵ Loi sur la sécurité civile, 2001, RLRQ, c. S-2.3, art 2.

Liste des sigles et acronymes

CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec
DRSP	Direction régionale de santé publique
DSP	Directeur de santé publique
EPA	Environmental Protection Agency
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRGC	International Risk Governance Council
JASP	Journées annuelles de santé publique
LSP	Loi sur la santé publique
LSST	Loi sur la santé et la sécurité du travail
MADO	Maladies à déclaration obligatoire
MI	Maladies infectieuses
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PNSP	Programme national de santé publique
PP	Prévention/Promotion
SAT	Santé au travail
SE	Santé environnementale
SP	Santé publique
TCNSP	Table de coordination nationale en santé publique
VNO	Virus du Nil occidental

Messages clés

La gestion des risques à la santé de la population, c'est

... une responsabilité de santé publique

Au Québec, la gestion des risques à la santé de la population relève des autorités de santé publique. Elle s'appuie notamment sur la Loi sur la santé publique qui fournit des moyens d'intervention aux différentes autorités de santé publique, c'est-à-dire le ministre, le directeur national de santé publique et les directeurs de santé publique de chacune des régions de la province.

La gestion de ces risques se réalise généralement en concertation avec plusieurs acteurs-clés, notamment des ministères, des municipalités locales et des organismes publics ou privés. Dans ce contexte, les autorités de santé publique demeurent responsables de la recommandation émise pour protéger la santé de la population tout au long du processus, même lorsqu'elles conseillent une autre autorité responsable de la mise en œuvre de ces recommandations. Au besoin, elles interviendront auprès de cette dernière pour assurer la protection de la santé de la population. Cette intervention devrait être proportionnelle à l'importance du risque à la santé et à l'urgence de la situation.

... une démarche multidimensionnelle axée sur la santé

La démarche multidimensionnelle de gestion des risques repose sur l'expertise scientifique de santé publique. Toutefois, au besoin, elle intègre d'autres dimensions (sociale, politique, économique, etc.) jugées pertinentes. Ces autres dimensions sont considérées dans la mesure où elles pourraient affecter directement ou indirectement la santé de la population. De plus, elles interviennent dans la mesure où les ressources (humaines, en temps, en expertise, etc.) nécessaires sont disponibles. Une démarche de gestion des risques à la santé de la population peut donc impliquer un travail en équipe multidisciplinaire avec des collaborations internes, incluant les autres équipes de la direction de santé publique, et parfois même externes.

Par ailleurs, la communication et la réflexion éthique sont intégrées dans le processus de gestion des risques. Ainsi, la communication invite à la transparence et au dialogue entre les parties prenantes. De son côté, la réflexion éthique permet de justifier les actions sur le plan des valeurs et non pas uniquement sur une base scientifique. De par leur mission de protection et d'amélioration de la santé de la population, les acteurs de santé publique sont enclins à privilégier la santé et les valeurs professionnelles qui s'y rattachent. Cependant, l'intégration de la dimension éthique implique une ouverture sincère aux intérêts et aux valeurs des autres parties prenantes.

Une telle démarche multidimensionnelle favorise le développement d'une compréhension plus juste des enjeux.

... un cadre de référence pour accompagner les intervenants de santé publique au Québec

Le processus systématique proposé dans le présent cadre accompagne le jugement professionnel des intervenants qui évaluent ou gèrent des risques variés en santé environnementale, santé au travail ou maladies infectieuses. Les concepts clés qui y sont présentés favorisent le développement d'une compréhension commune de la gestion des risques en santé publique au Québec.

Ce processus, appelé à structurer les actions de santé publique, doit s'appliquer avec discernement. Il est donc modulable en fonction du risque et du contexte. De plus, les étapes de ce processus itératif peuvent parfois être réalisées simultanément ou dans un ordre différent de celui proposé ici.

Un outil pratique, sous forme d'aide-mémoire, est disponible pour faciliter l'application du cadre de référence à la pratique professionnelle en santé publique.

Ce cadre est complémentaire aux guides, lignes directrices ou cadres de référence en gestion des risques spécifiques comme par exemple pour la légionellose (MSSS, 2015a), le risque toxicologique d'origine environnementale (INSPQ, 2012) ou encore pour le dépistage et la surveillance médicale en santé au travail (INSPQ, 2009).

Portée de ce cadre de référence en gestion des risques

Ce cadre de référence en gestion des risques* en santé publique vise à accompagner les intervenants en santé publique du réseau québécois de la santé qui évaluent et gèrent des risques à la santé.

Un cadre pour qui?

Le présent cadre de référence s'adresse aux équipes⁶ de santé publique, ce qui inclut les directeurs de santé publique, ainsi que tous les professionnels et les gestionnaires qui évaluent ou gèrent des risques à la santé. Il s'adresse spécifiquement aux domaines de la santé environnementale (SE), de la santé au travail (SAT) et des maladies infectieuses (MI). Il pourrait aussi être utile à d'autres domaines comme ceux reliés à la prévention des traumatismes ou à l'évaluation des impacts à la santé.

Un cadre pour quoi?

Ce cadre s'applique plus spécifiquement à des risques qui touchent ou pourraient toucher l'intégrité physique des personnes. Cependant, le processus proposé pourrait aussi s'appliquer à des risques à la santé psychique ou à des risques sociaux.

Ce cadre est plus particulièrement utile pour des risques nouveaux, complexes*, incertains* ou ambigus*. Il peut être complémentaire aux protocoles, cadres ou ententes spécifiques à des situations fréquentes (par exemple contamination d'eau potable, MADO, investigation d'éclosion, etc.) ou à des situations particulières (par exemple sinistre* avec mobilisation de la santé publique par la sécurité civile, dépiage en santé au travail, etc.).

Ce nouveau cadre succèdera à celui publié en 2003 (INSPQ, 2003).

⁶ Le terme équipe dans ce cadre peut parfois inclure un seul professionnel, notamment dans le cas de problématiques locales ou habituelles.

1 Introduction au cadre

Les acteurs de santé publique sont régulièrement confrontés à des risques* à la santé qui posent des défis importants. La pandémie de grippe A/H1N1, la tragédie de Lac-Mégantic et le programme d'une maternité sans danger pour les travailleuses illustrent la diversité des problématiques en gestion des risques à la santé de la population. Les défis à relever sont notamment liés à la complexité*, l'incertitude*, l'ambiguïté* ou l'urgence* possible des situations rencontrées. Les défis de l'évaluation et de la gestion des risques sont également de nature scientifique ou liés aux enjeux sociaux, économiques, environnementaux, éthiques ou politiques. Pour réduire les risques à la santé, les intervenants de santé publique composent régulièrement avec ces différents enjeux qui semblent parfois difficilement conciliables. Ce cadre propose une démarche pour accompagner la réflexion des intervenants afin de favoriser une réponse adaptée au risque et au contexte*.

Ce document comporte trois grandes sections. La première introduit le cadre en présentant le contexte et la façon dont il a été développé. La deuxième explique les concepts clés de la démarche proposée de gestion des risques. Enfin, le cadre se termine par la présentation des phases du processus de gestion des risques.

1.1 Contexte de la gestion des risques à la santé de la population au Québec

Un premier cadre de référence en gestion des risques a été publié en 2003 par l'Institut national en santé publique du Québec (INSPQ) et adopté par la Table de coordination nationale en santé publique (TCNSP) (INSPQ, 2003). Son processus rigoureux guide l'action de santé publique dans le domaine de la protection. Il définit également sept principes directeurs qui orientent, sur le plan éthique, la pratique professionnelle en gestion des risques.

Il a été élaboré à la suite de l'adoption de la LSP en 2001. Cette loi précise les responsabilités et les pouvoirs des autorités de santé publique correspondant à leurs quatre fonctions essentielles : 1) la surveillance continue de l'état de santé de la population; 2) la promotion de la santé; 3) la prévention des maladies, des traumatismes et des problèmes sociaux ayant un impact sur la santé et 4) la protection de la santé de la population lorsque celle-ci est menacée.

Le Programme national de santé publique (PNSP) de 2015-2025 décrit quant à lui l'offre de services de santé publique. La gestion des risques et des menaces* pour la santé et la préparation aux urgences sanitaires constitue l'axe 4 d'intervention (MSSS, 2015b).

En 2012, l'INSPQ a consulté les directeurs et les professionnels des directions de santé publique pour identifier les préoccupations en gestion des risques dans le réseau. Cette consultation a notamment permis de voir émerger le besoin de développer un document plus détaillé ainsi que des outils spécifiques. Il en est notamment ressorti la nécessité d'intégrer davantage la dimension éthique dans la pratique et de renforcer la concertation et la collaboration (INSPQ, 2014). Dans ce contexte, le présent cadre a été développé. Il succèdera à celui de 2003.

1.2 Objectifs du cadre

Ce cadre vise le développement d'une compréhension commune de l'évaluation et de la gestion des risques en santé publique au Québec.

Il propose un processus systématique pour évaluer et gérer les risques à la santé de la population souvent marqués par l'incertitude, la complexité ou l'ambiguïté. Ce processus vise à accompagner le jugement professionnel des intervenants en santé publique pour structurer leurs actions. Les intervenants de santé publique ont la responsabilité de suivre la logique de la démarche tout en l'adaptant avec discernement en fonction du risque et du contexte.

1.3 Méthode de développement du cadre

Une équipe de professionnels de l'INSPQ a développé le cadre en collaboration avec :

- un comité directeur, incluant des membres actifs de la TCNSP, qui a donné les orientations stratégiques;
- un comité consultatif qui avait pour mandat de conseiller l'équipe de développement du cadre afin d'assurer son utilité, ainsi que son adéquation à la réalité des pratiques et des besoins du réseau. Ce comité était composé de représentants des équipes MI, SAT et SE de l'INSPQ et des directions de santé publique, et de la Direction générale de la santé publique au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS);
- des spécialistes de thèmes précis abordés par ce cadre (éthique, dimension sociale, communication, etc.).

Les concepts clés, présentés dans la deuxième partie du cadre, synthétisent les éléments théoriques et pratiques, préalables à une bonne compréhension du processus d'évaluation et de gestion des risques. Les concepts clés et le processus, proposés dans ce cadre, ont été développés en se basant sur le cadre de 2003 ainsi que sur les bonnes pratiques internationales d'organismes de référence. Il s'agit notamment de :

- l'International Risk Governance Council (IRGC, 2005);
- l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2012);
- l'US Environmental Protection Agency (EPA, 2014).

Ce cadre s'appuie également sur les recommandations issues du rapport de la consultation du réseau sur les besoins d'amélioration en gestion des risques (INSPQ, 2014), ainsi que sur celles émanant de la consultation concernant la version préliminaire de ce cadre en 2015.

Par ailleurs, la dimension éthique proposée dans ce cadre se veut cohérente avec l'approche d'examen éthique du Comité d'éthique en santé publique (CESP, à paraître) qui s'appuie sur le référentiel de valeurs (INSPQ, 2015).

1.4 Présentation générale du cadre

Ce cadre soutient les équipes en expliquant d'abord les concepts clés de la gestion des risques, puis en guidant la réflexion et l'action grâce à un processus systématique.

Les concepts clés abordés concernant les risques sont :

- les caractéristiques;
- la gouvernance*;
- l'analyse multidimensionnelle incluant la dimension éthique;
- la communication.

Puis, le cadre propose le processus d'évaluation et de gestion des risques, bien que son titre réfère uniquement au terme « gestion » par souci de concision et d'harmonisation avec le cadre de 2003 (INSPQ, 2003). Les quatre phases suivantes y sont détaillées :

- le cadrage et la planification;
- l'évaluation et la caractérisation;
- l'acceptabilité du risque et la proposition des options d'intervention;
- la décision, la mise en œuvre et le suivi des interventions.

Les définitions standardisées des termes utilisés dans ce cadre sont données dans le glossaire, disponible au tout début du document. Les termes définis dans le glossaire sont identifiés par l'indice « * » lorsqu'ils apparaissent pour la première fois dans le texte.

Enfin, les icônes suivantes mettent en évidence certains messages spécifiques dans le cadre :



Information importante à retenir pour faciliter la compréhension des concepts clés ou du processus.



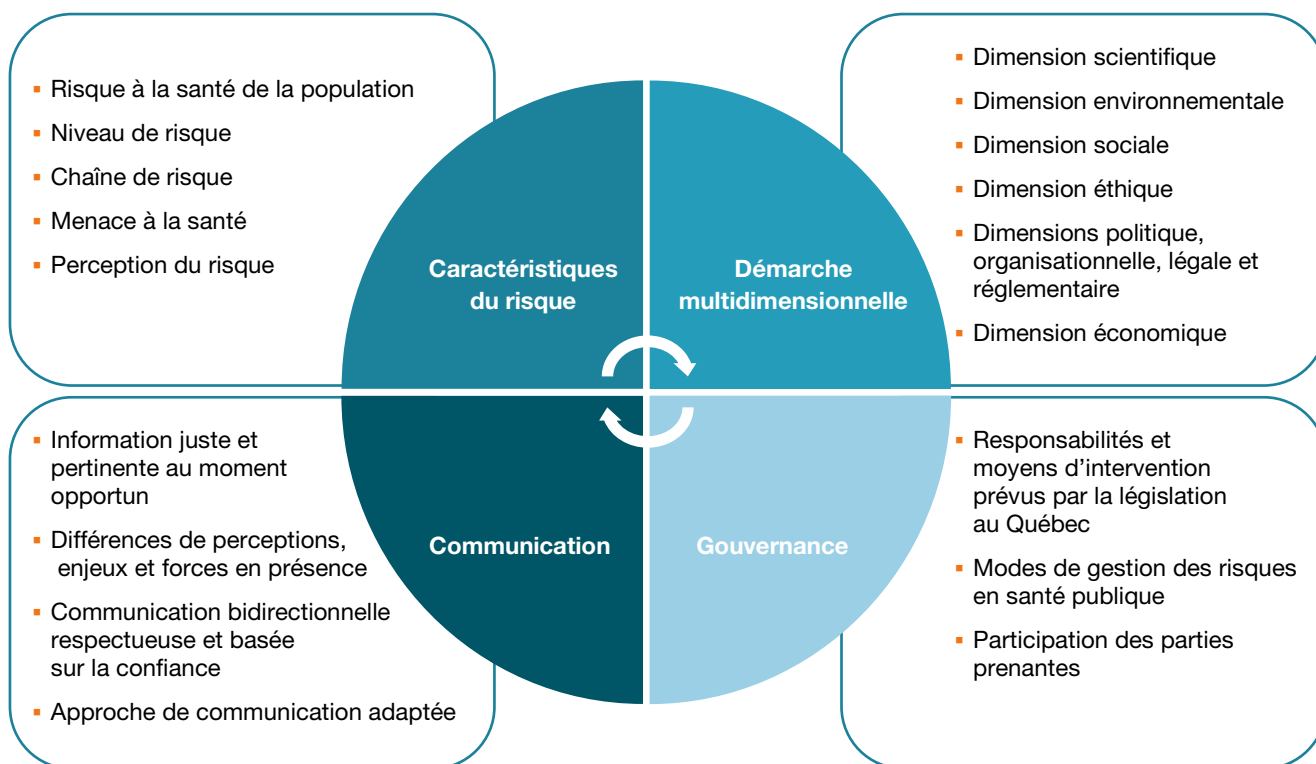
Élément auquel il convient de porter une attention particulière pour faciliter la pratique d'évaluation et de gestion des risques à la santé de la population.



Exemple illustrant la mise en application concrète des concepts clés ou du processus.

2 Les concepts clés de la gestion des risques à la santé

Cette section présente les concepts clés de la gestion des risques. Ceux-ci doivent être pris en compte à toutes les phases du processus. Ils servent de toile de fond à toutes les actions d'évaluation et de gestion des risques.



2.1 Les caractéristiques du risque

Comprendre les caractéristiques du risque à la santé de la population est essentiel afin d'offrir des solutions adéquates de gestion. Dans cette section du cadre, on précise ce qui constitue un risque, ce qui détermine un niveau de risque* ainsi que ce que représente une chaîne de risque*. On y distinguera également le risque et la menace à la santé. Enfin, on exposera le concept de la perception du risque.

2.1.1 QU'EST-CE QU'UN RISQUE À LA SANTÉ DE LA POPULATION?



Il existe plusieurs définitions possibles du terme « risque ». Dans ce cadre, nous retenons la définition suivante pour un risque à la santé de la population, définition qui est harmonisée avec celle du cadre de 2003, de l'IRGC et de l'OMS (INSPQ, 2003; IRGC, 2005 et OMS, 2012) :

« Conséquences* négatives sur la santé de la population et probabilité* d'observer ces conséquences à la suite d'une exposition à un agent* dangereux ».

Ainsi, le risque peut être défini par la formule suivante :

Risque = conséquences x probabilité

Les conséquences du risque correspondent aux effets négatifs sur la santé humaine d'une population résultants de l'exposition à un agent dangereux. Elles peuvent toucher la santé directement (morbidité, incapacité et mortalité) ou indirectement, par exemple à travers des impacts sociaux ou économiques.

La probabilité du risque à la santé est associée à différents types de probabilité :

- la probabilité d'apparition de l'agent dangereux;
- la probabilité d'exposition à l'agent dangereux;
- la probabilité d'observer des effets négatifs sur la santé d'une population après l'exposition à l'agent dangereux.

Cette probabilité peut être estimée quantitativement (pourcentage, nombre possible de cas, etc.) ou qualitativement (rare, probable, presque certain, etc.).



Soulignons qu'il y a un risque en santé publique si deux éléments sont réunis :

- Il y a ou pourrait y avoir des conséquences négatives sur la **santé humaine**.
- Le risque touche la santé d'une **population**.

En effet, la LSP précise que : « Les actions de santé publique doivent être faites dans le but de protéger, de maintenir ou d'améliorer l'état de **santé** et de bien-être de la **population** en général et elles ne peuvent viser des individus que dans la mesure où elles sont prises au bénéfice de la collectivité ou d'un groupe d'individus. »⁷

Les notions connexes de risque comme celles de danger*, d'agent*, de vecteur*, de nuisance*, de facteurs de risque*, de déterminants de la santé*, de risques potentiels* ou avérés* sont définies dans le glossaire du cadre. On y définit également les risques simples*, complexes*, incertains* ou ambigus*, de même que les urgences*, les crises* et les sinistres*.

2.1.2 QUE SIGNIFIE LE NIVEAU DE RISQUE À LA SANTÉ DE LA POPULATION?



Le risque peut être qualifié par son niveau (faible, moyen ou élevé) qui traduit son importance. Ce niveau est estimé en combinant les estimés qualitatifs ou quantitatifs respectifs des deux dimensions suivantes :

- l'importance des conséquences;
- la probabilité d'observer ces conséquences.

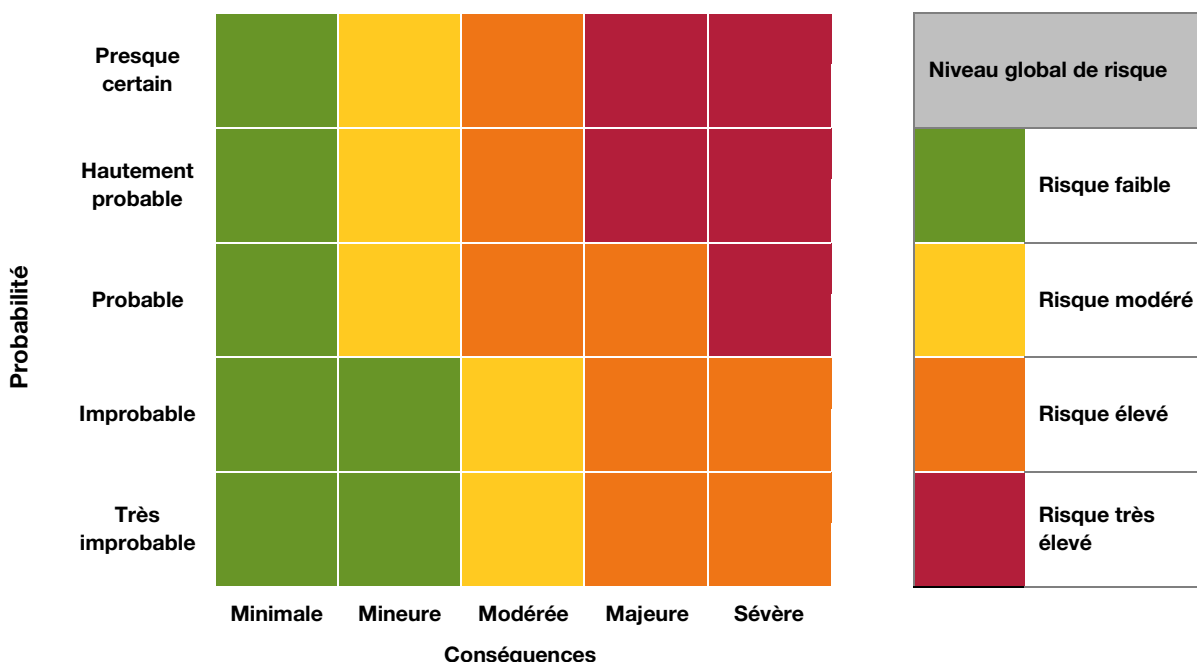
L'importance d'une conséquence dépend d'une part de la gravité de son effet sur la santé et d'autre part de son ampleur (nombre d'individus affectés ou potentiellement affectés au sein de la population). Les professionnels de santé publique estiment cette importance en fonction des données scientifiques disponibles et des faits observés.

La probabilité est quant à elle définie à la section 2.1.1 précédente.

⁷ Loi sur la santé publique, 2001, RLRQ, c. S-2.2, art.5.

Le niveau de risque peut être ainsi représenté sous forme de catégories distinctes qui se traduiront par un risque faible, moyen ou élevé. Pour rendre compte du continuum de niveau de risque observé dans le monde réel, davantage de catégories peuvent être utilisées, par exemple très faible, très élevé, etc. Les seuils entre les catégories sont définis en fonction du risque étudié et du contexte. Ils devraient faire l'objet d'une entente entre les parties prenantes*. Le niveau de risque peut être représenté visuellement à l'aide d'un outil graphique appelé la matrice de risque (figure 1, annexe 2).

Figure 1 Matrice de risque



Source : adapté et traduit avec la permission de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2012, p 20 -21).

2.1.3 QU'EST-CE QU'UNE CHAÎNE DE RISQUE?

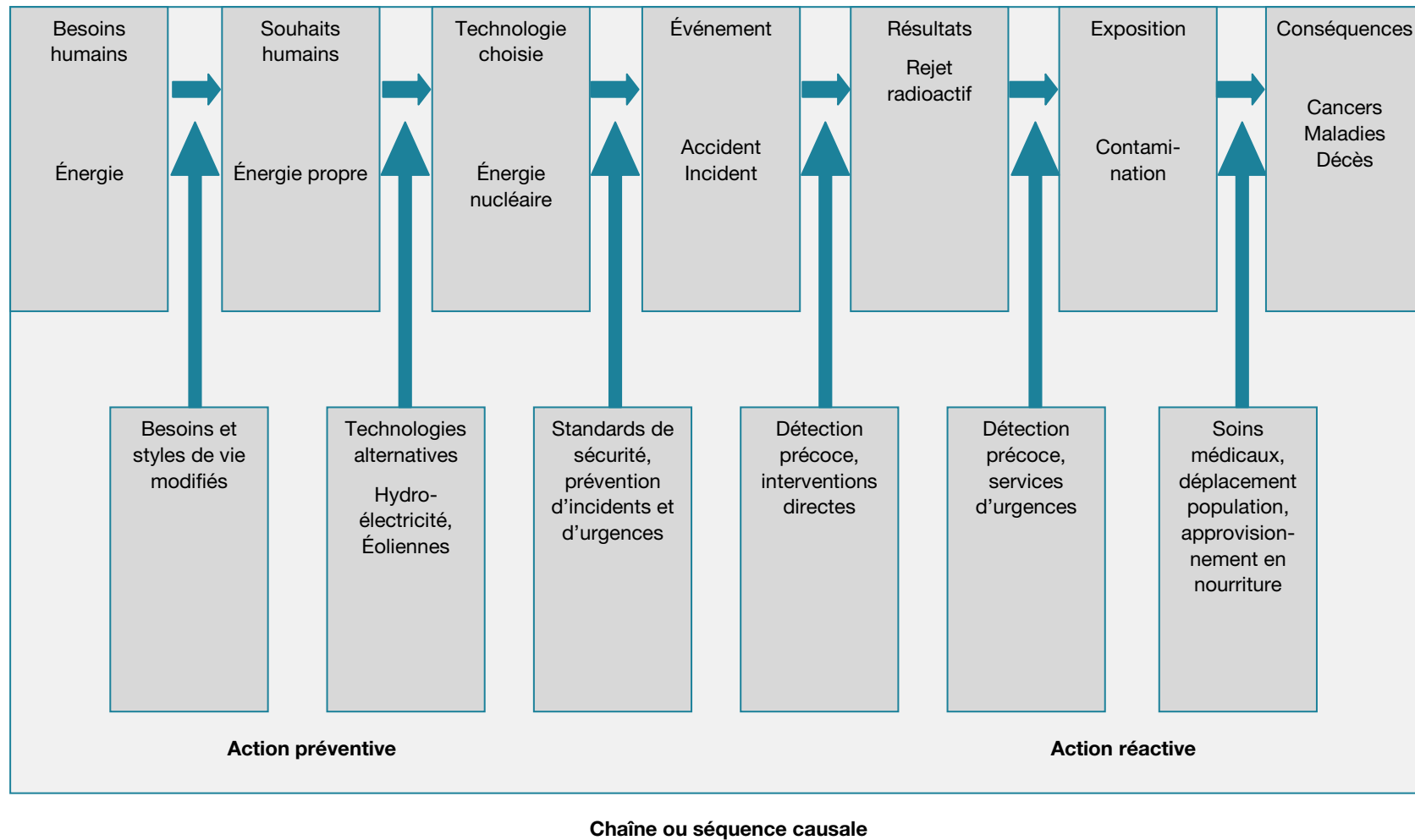


La chaîne de risque illustre la séquence des étapes causales qui peuvent aboutir à des conséquences négatives pour la santé d'une population. Les différents types de probabilité, définis à la section 2.1.1, peuvent être associés à différentes étapes de la chaîne de risque. Cette chaîne permet de mieux comprendre les causes du risque et les différents niveaux d'intervention possibles pour y remédier.

La figure 2 illustre la chaîne de risque en lien avec la production d'énergie. Un tel bénéfice pour la société, découlant de son développement technologique, s'accompagne généralement de risques.

En santé publique, la chaîne de risque peut inclure un événement déclencheur précis tel que présenté à la figure 2. Il peut alors s'agir par exemple d'un accident, d'un dysfonctionnement d'un système technologique, du non-respect d'une procédure ou encore d'un phénomène naturel comme un tremblement de terre qui libère un agent dangereux pour la santé. Par contre, dans certaines situations, la présence de l'agent dans l'environnement est naturelle, c'est le cas notamment pour le radon. L'agent peut aussi résulter d'une activité humaine et n'est donc pas nécessairement issu d'un événement déclencheur précis.

Figure 2 La chaîne causale du risque : exemple de l'énergie nucléaire et des risques à la santé



Source : adapté de l'International Risk Governance Council (RGC, 2005, p. 21) traduction libre.

2.1.4 QU'EST-CE QU'UNE MENACE À LA SANTÉ DE LA POPULATION?

Les définitions d'un risque et d'une menace à la santé revêtent une importance fondamentale au sens de la LSP, car elles déterminent les responsabilités et les pouvoirs des autorités. Ces responsabilités et pouvoirs, prévus par la LSP, sont expliqués à la section 2.2 qui porte sur la gouvernance.



Une menace à la santé de la population est définie dans la LSP par « la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée »⁸.



Il convient de retenir qu'en santé publique une menace est une sous-catégorie de risques. Ainsi une menace est un risque, mais tout risque ne constitue pas nécessairement une menace.

Bref, on désigne en santé publique sous le terme de « menace », un risque qui comporte les trois caractéristiques suivantes :

- l'agent en cause est biologique, chimique ou physique;
- il est susceptible de causer une épidémie;
- il n'est pas contrôlé.

L'agent est biologique (virus, bactéries, etc.), chimique (plomb, mercure, organochlorés, monoxyde de carbone, etc.) ou physique (radiations, ondes électromagnétiques, etc.).

« Cependant, les agents physiques mécaniques (par exemple dans le cas des traumatismes dus aux accidents de la route) et les épidémies de phénomènes sociaux (par exemple le suicide) ne représentent pas des menaces » (MSSS, 2002, p. 3).

Le terme « **épidémie** » doit être compris au sens large :

« [...] il y a épidémie lorsque le nombre de cas observés dépasse le nombre de cas normalement attendus. Le nombre absolu n'est donc pas forcément élevé, un seul cas pouvant être suffisant pour constituer une menace. La notion d'épidémie est associée à la démonstration d'un risque de transmission ou d'extension de la menace. La transmission peut se faire de personne à personne, comme dans le cas des maladies infectieuses, mais elle peut aussi dépendre de l'exposition à une source commune de contamination. Par ailleurs, la notion d'épidémie inclut la notion d'éclosion. » (MSSS, 2002, p. 4).

L'agent est considéré comme **non contrôlé**, lorsqu'il n'y a pas de mesures mises en place pour briser la chaîne de risque ou lorsque les mesures déjà appliquées n'y parviennent pas.



Exemple

Différencier un risque non contrôlé d'un risque contrôlé

Sur un site industriel, un réservoir contenant une quantité importante d'un produit chimique dangereux constitue un risque contrôlé s'il répond aux normes de sécurité adaptées à la nature de l'agent chimique. Il ne représente alors pas une menace à la santé de la population. Par contre, une détérioration de ce même réservoir, par une fissure notamment, constitue une menace

⁸ Loi sur la santé publique, 2001, RLRQ, c. S-2.2, art.2.

appréhendée*. Enfin, un déversement de l'agent chimique dans l'environnement peut représenter une menace réelle* ou appréhendée* selon les circonstances.

C'est le jugement professionnel qui permet d'identifier et d'évaluer une menace en considérant les trois composantes caractéristiques de la menace citées plus haut. Il s'agira également de considérer l'importance que ce risque représente pour la santé de la population.

Le processus de gestion des risques proposé dans le cadre s'applique à la gestion de tous les risques à la santé de la population, peu importe que ceux-ci représentent ou non une menace au sens de la LSP⁹.

2.1.5 QU'EST-CE QUE LA PERCEPTION DU RISQUE?

Par ailleurs, un risque représente également un construit social (IRGC, 2005). Le lien entre la représentation mentale subjective de chaque individu et la réalité objective se forge au travers des expériences de dangers réels et de leurs conséquences ainsi que sur la base de savoirs, concepts, valeurs, besoins et intérêts.



La perception du risque désigne toutes les représentations mentales et les façons dont les humains appréhendent, comprennent et évaluent un risque, et ce, à partir de leur propre perspective et de leurs propres expériences. Les facteurs qui modulent les perceptions sont très variés. Ils peuvent être (INSPQ, 2013) :

- liés à l'individu : expérience personnelle et connaissance du risque, âge, niveau de scolarité, caractéristiques ou bénéfices personnels, etc.;
- socioculturels : valeurs collectives, lois et normes sociales, communication par les médias, par les groupes en présence, mobilisation sociale, etc.;
- externes : nature et importance du risque, lieu, écosystèmes, impacts économiques, etc.



Ainsi, la perception d'un même risque peut grandement varier d'un individu à un autre ou entre les groupes d'individus. De plus, les perceptions évolueront dans le temps. Or, celles-ci influencent significativement le comportement des individus (IRGC, 2005). Il est donc important de les comprendre et de les prendre en compte pour favoriser l'implication des parties prenantes.

2.2 Gérer le risque en santé publique, une démarche multidimensionnelle

La santé de la population est influencée par des facteurs individuels, sociaux, technologiques, économiques, environnementaux et politiques. Ces déterminants de la santé peuvent agir seuls ou en association avec d'autres. Ils peuvent influencer la santé dans un sens positif (facteur de protection) ou dans un sens négatif (facteur de risque).

Le contexte du risque est multidimensionnel. Il réfère à l'ensemble des circonstances dans lesquelles se situe le risque à la santé de la population. Il inclut des facteurs qui peuvent avoir un effet sur le risque à la santé en agissant sur l'une des étapes causales de la chaîne de risque. La prise en compte du contexte initial et le suivi de son évolution éclaire la situation.

⁹ Loi sur la santé publique, 2001, RLRQ, c. S-2.2, art.2.

Pour tenir compte de l'influence souvent complexe de ces facteurs sur la santé, l'évaluation et la gestion des risques appellent généralement une démarche multidimensionnelle. De par leur mission, les intervenants en santé publique priorisent la dimension scientifique axée sur la santé de la population. Néanmoins, pour développer une compréhension plus juste du risque à la santé et favoriser une réponse adaptée au contexte, il peut être utile de considérer d'autres dimensions. Il s'agit notamment des dimensions environnementale, sociale, éthique, politique, organisationnelle, légale, réglementaire ou économique. Ces dimensions ne sont pas mutuellement exclusives. Par exemple, les dimensions scientifique ou éthique interviennent au niveau des autres dimensions.



Une telle démarche multidimensionnelle implique un travail en équipe multidisciplinaire avec des collaborations internes (incluant les autres équipes de la direction de santé publique) et parfois externes. Ces formes de collaboration peuvent être explorées au besoin compte-tenu des ressources disponibles. Il est rare d'avoir à traiter toutes ces dimensions pour un même risque. Il convient donc de faire appel à son jugement professionnel pour établir les dimensions pertinentes à considérer et l'ampleur à accorder à chacune. Il est aussi important de distinguer les rôles et les responsabilités de la santé publique de ceux des autres acteurs clés*.

Les différentes dimensions de la démarche sont exposées ci-après.

2.2.1 LA DIMENSION SCIENTIFIQUE AXÉE SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION¹⁰

Dans le présent cadre, la dimension scientifique¹¹ est axée sur la santé de la population. Elle permet d'établir et de faire évoluer l'état des connaissances concernant :

- les sources et les agents impliqués;
- les voies d'exposition possibles;
- la population affectée par le risque et les groupes vulnérables incluant les caractéristiques démographiques;
- les effets sur la santé (morbidité, incapacité et mortalité) à la suite d'une exposition;
- les effets secondaires possibles du traitement;
- la probabilité d'observer ces effets;
- le niveau de risque;
- la capacité de détecter précocement les cas suspects;
- la disponibilité technique de mesures de réduction du risque dans un délai raisonnable.

Les experts scientifiques analysent les données disponibles afin d'évaluer différents scénarios d'exposition et de conséquences potentielles ainsi que leur probabilité respective. Ils proposent également différentes solutions techniquement applicables.

¹⁰ La dimension scientifique inclut la dimension technologique.

¹¹ Néanmoins, les autres dimensions de la démarche proposée peuvent aussi s'appuyer sur les sciences.

2.2.2 LA DIMENSION ENVIRONNEMENTALE

La dimension environnementale inclut les environnements naturels (eau, air, sol, climat, etc.) et bâtis (air intérieur, etc.). Elle s'appuie aussi sur les sciences pour étudier certains facteurs environnementaux qui peuvent amplifier ou réduire les effets d'un risque sur la santé humaine. À titre d'exemple, certaines conditions physiques (climat, végétation, utilisation de la terre pour l'agriculture, etc.) peuvent affecter des vecteurs de transmission et influencer l'apparition et l'ampleur de zoonoses.

Le risque ou les mesures mises en place pour le réduire peuvent également avoir un impact sur les environnements naturels et bâtis. Il peut s'agir d'effets négatifs tels que la production de résidus ou de contaminants, ou d'effets positifs, tels que le contrôle simultané d'autres maladies en agissant sur les vecteurs.

2.2.3 LA DIMENSION SOCIALE

La dimension sociale du risque relève des structures et de la dynamique des humains en société, entendue comme un regroupement lié par des liens multiples et complexes. Les sciences sociales ont développé une étude scientifique des phénomènes relevant de ce qui constitue une société humaine :

- institutions, droit, démocratie;
- culture, art, religion;
- savoirs;
- style de vie;
- liens entre les membres d'un groupe, l'identité collective, l'appartenance, la famille;
- le bien commun;
- les luttes sociales.

Les impacts sociaux réfèrent à des changements dans les communautés et autres regroupements humains, leurs institutions et leurs façons de faire, par exemple dans le quotidien des gens (style de vie, qualité de vie, etc.), dans la culture (valeurs, normes, vision du monde, etc.) ou dans les liens unissant les membres du groupe – aussi appelés capital social (mobilisation, tensions sociales, gouvernance, confiance, etc.) (INSPQ 2013).

« Parmi ces divers changements, la qualité de vie et le capital social sont les variables les plus fréquemment touchées. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la *qualité de vie* réfère à la perception de la place qu'un individu occupe dans le monde. Ce concept englobe la santé physique et psychologique, le niveau d'indépendance, les relations sociales, les croyances et la relation avec l'environnement. » (INSPQ, 2013, p 6).

« Le *capital social* (ou liant social) réfère à la relation qui unit différentes personnes à l'intérieur d'un réseau. Cette dynamique prend la forme de liens de connaissance et de reconnaissance. Le capital social assure l'appartenance à un groupe et une stabilité sous forme de soutiens divers » (INSPQ, 2013, p 6).

2.2.4 LA DIMENSION ÉTHIQUE

Intégrer la réflexion éthique à l'analyse scientifique permet entre autres de cibler des options qui respectent le plus possible les valeurs en présence tout en étant adéquates sur le plan sanitaire. Deux notions clés sont associées à l'intégration de la dimension éthique dans les activités de santé publique, notamment en matière de gestion des risques : la justification et la proportionnalité. Ces notions visent à soutenir la crédibilité des acteurs et instances de santé publique et à maintenir la confiance de la population envers eux.



La notion de justification implique d'explicitier les arguments scientifiques ainsi que les valeurs qui sont mobilisées par les orientations ou actions de santé publique. Les perspectives scientifiques qui guident l'évaluation des risques et le choix des options sont elles-mêmes traversées de valeurs. Comme mentionné plus tôt dans le cadre, le référentiel de valeurs (INSPQ, 2015) présente et définit les principales valeurs mobilisées en santé publique, incluant les principes constitutifs du cadre de 2003. Les catégories de valeurs en jeu sont les suivantes :

- **valeurs associées aux finalités de santé publique** : par exemple la santé, le bien-être, la bienfaisance et non-malfaisance, le bien commun, l'utilité et l'efficacité;
- **valeurs associées à l'expertise professionnelle** : par exemple la compétence, la rigueur scientifique, l'impartialité et l'intégrité, la responsabilité et l'imputabilité, la transparence, la prudence, l'ouverture, la confidentialité et le respect de la vie privée;
- **valeurs de société significatives au regard des actions de santé publique** : par exemple l'autonomie, la liberté, l'égalité, l'équité, la justice, la solidarité, le respect de l'environnement.

Dans une perspective éthique, la notion de proportionnalité implique quant à elle la pondération qui devra être faite lorsque des valeurs s'opposent, c'est-à-dire lorsqu'elles ne peuvent pas être respectées en même temps par une option donnée de gestion du risque. La proportionnalité rejoint l'idée générale que les bénéfices doivent dépasser les fardeaux. Ainsi, dans le cas d'une mesure de santé publique, la protection ou l'amélioration de l'état de santé de la population doivent être proportionnellement plus importantes que les pertes que pourraient subir les parties prenantes au plan par exemple de leur autonomie ou de leur liberté, voire de leur conception même de la santé.

Des rappels pour faciliter l'intégration continue de cette dimension éthique sont proposés à travers les différentes phases et étapes du processus décrit à la section 3 du cadre.

2.2.5 LES DIMENSIONS POLITIQUE, ORGANISATIONNELLE, LÉGALE ET RÉGLEMENTAIRE

Les dimensions politique, organisationnelle, légale et réglementaire s'appuient sur l'organisation du pouvoir de décision et d'intervention ainsi que sur la manière d'exercer ce pouvoir. Cette dimension est abordée en détail dans la section 2.3 qui porte exclusivement sur la gouvernance.

En résumé, bien considérer ces dimensions implique :

- d'identifier les responsabilités et les pouvoirs de la santé publique et des autres autorités responsables, pouvoirs qui sont conférés par la loi compte tenu du risque à la santé;
- de recenser les lois, règlements et normes en vigueur en lien avec le type de risque analysé;
- de recenser les pratiques actuelles de gestion pour ce type de risque;
- de reconnaître les parties prenantes qui influencent les différentes phases du processus de gestion du risque et de comprendre leurs positions et les relations de pouvoir entre elles;

- de déterminer le palier de l'échelle décisionnelle et celui de l'application de la mesure de réduction du risque qui peuvent se situer à l'échelle locale, régionale, provinciale, nationale ou même internationale. De plus, dans le réseau de la santé, on distingue le palier décisionnel macro (systèmes de la santé et des services sociaux, comité interministériel), méso (institutions, comités statutaires hospitaliers), et micro (individus, cliniciens, travailleurs, professionnels et patients);
- d'identifier les facteurs organisationnels (procédure de travail ou formations par exemple) qui peuvent affecter le risque;
- de vérifier la capacité organisationnelle à évaluer, à réaliser la surveillance et à gérer les risques, notamment la capacité à signaler précocement aux autorités responsables les cas suspects (IRGC, 2005).

2.2.6 LA DIMENSION ÉCONOMIQUE

La dimension économique englobe différents coûts financiers, tant ceux associés aux effets du risque sur la santé que ceux associés aux options de gestion envisagées, par exemple :

- les coûts directs de gestion du risque et de traitement des individus affectés (ressources humaines, matérielles et informationnelles);
- les coûts indirects liés aux effets sur :
 - la capacité de travail des individus et des familles (fermeture d'école, hospitalisation, etc.);
 - les revenus familiaux et de la communauté;
 - l'économie nationale;
 - les voyages, le tourisme et le commerce;
 - les mouvements migratoires au sein de la région affectée par le risque.



Lorsqu'il est pertinent et possible de l'étudier plus en détail ou de quantifier les impacts économiques, cette dimension peut impliquer une collaboration avec des experts du domaine à l'interne ou à l'externe du réseau de la santé.

2.3 La gouvernance : des rôles et des responsabilités clairs

Les autorités doivent régulièrement faire face à des risques systémiques*, c'est-à-dire qui touchent ou proviennent de plusieurs systèmes (scientifiques, économiques, sociaux et politiques) en relation et pour lesquels différentes autorités sont interpellées.

La manière d'identifier, d'évaluer et de gérer les risques peut varier selon les institutions qui exercent leur autorité. C'est pourquoi l'identification claire de la gouvernance appropriée ainsi qu'une définition précise des responsabilités et des pouvoirs de chaque partenaire de gestion est absolument capitale avant le début de tout processus.



La gouvernance réfère aux actions et aux processus par lesquels l'autorité est exercée entre plusieurs acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux, des décisions collectives sont prises et mises en œuvre (adapté d'IRGC, 2005 et 2012). Cette autorité s'appuie sur des mandats et des pouvoirs prévus par la loi. La gouvernance est également fondée sur des valeurs, notamment celle d'ouverture pour instaurer une collaboration respectueuse et constructive entre les parties prenantes.

Les acteurs clés, qu'ils soient publics ou privés, sont des organismes ou leurs représentants responsables du processus d'évaluation et de gestion du risque en raison de leurs fonctions.

Les parties prenantes peuvent être des organismes, des groupes sociaux ou leurs représentants qui sont concernés par un même risque en tant qu'acteurs clés ou encore comme parties affectées* ou intéressées.

Les parties affectées sont des groupes organisés ou non, ou encore des organismes ou leurs représentants. Elles sont ou pourraient être exposées au danger ou alors elles appréhendent de l'être. Elles pourraient donc être touchées par les conséquences d'un risque ou les mesures mises en œuvre pour le réduire. Elles incluent notamment la population, les milieux de vie ainsi que les organisations commerciales, industrielles ou de service.

Les parties intéressées* sont aussi des groupes organisés ou non, des organismes ou leurs représentants. Elles ne sont pas directement exposées au danger, mais leurs intérêts (économiques, sociaux, environnementaux, etc.) pourraient être affectés par le risque ou les mesures de réduction du risque. Elles incluent notamment la population, les groupes de soutien aux populations, les organisations commerciales, industrielles ou de service.

Une gouvernance claire en termes de gestion des risques en santé publique devrait :

- identifier les responsabilités et les moyens d'intervention des acteurs clés prévus par la législation du gouvernement du Québec pour faire face aux risques à la santé de la population;
- reconnaître les modes de gouvernance possibles pour la santé publique, en relation avec les autres partenaires;
- favoriser une participation des parties prenantes au processus selon le contexte.

2.3.1 LES RESPONSABILITÉS ET LES MOYENS D'INTERVENTION PRÉVUS PAR LA LÉGISLATION AU QUÉBEC

Les autorités de santé publique sont le ministre de la Santé et des Services sociaux, le directeur national de santé publique et les directeurs régionaux de santé publique.

Le réseau de la santé inclut les principales instances de santé publique suivantes :

- le MSSS;
- les directions de santé publique au sein de Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et de Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS);
- l'INSPQ et ses laboratoires; soit le Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) et le Centre de toxicologie du Québec (CTQ).

Pour faire face aux risques à la santé de la population, plusieurs autres acteurs clés peuvent être impliqués, par exemple :

- des instances de soins et de services (préhospitaliers, santé physique et psychosociale, communication, etc.) du réseau de la santé;
- le ministère de la Sécurité publique (MSP) avec ses volets sécurité publique (policiers et pompiers) et sécurité civile (Organisation régionale de la sécurité civile (ORSC) et l'Organisation de la sécurité civile du Québec (OSCQ)) en cas de sinistres;

- la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) et l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité au travail (IRSST);
- le ministère du Développement durable, de l'Environnement et de la Lutte contre les changements climatiques (MDDELCC), le ministère de l'Agriculture des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ), le ministère des Forêts, de la Faune et des Parcs (MFFP);
- le ministère de l'Éducation, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (MEESR);
- le ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire (MAMROT);
- les municipalités;
- la Société d'habitation du Québec (SHQ) et la Régie du bâtiment du Québec (RBQ);
- la Sûreté du Québec (SQ);
- les entreprises privées.

Pour faire face aux risques, les responsabilités et les différents moyens d'intervention des autorités de santé publique sont définis dans la LSP.



La majorité des risques à la santé de la population peuvent être gérés à l'aide des moyens de prévention généraux, notamment par des interventions visant à informer, à identifier et à évaluer les risques ou encore à favoriser la collaboration et la concertation¹². Lorsque le niveau de risque augmente significativement et que ces moyens sont insuffisants, la LSP prévoit que les autorités de santé publique peuvent avoir recours, dans certaines situations, à des pouvoirs plus contraignants.

Ainsi, pour des risques élevés et évitables de mortalité, d'incapacité ou de morbidité pour la population, les autorités de santé publique peuvent, si la situation le justifie, demander formellement l'aide d'acteurs clés en les interpellant directement¹³. Ce pouvoir est dit d'interpellation.

Pour gérer une menace¹⁴ (section 2.1.1), les autorités de santé publique disposent si nécessaire de pouvoirs d'enquête épidémiologique et des pouvoirs d'intervention qui en découlent. Ils incluent des pouvoirs d'ordonnance, de limitation de la mobilité des personnes, d'accès à l'information, de mobilisation des ressources des établissements de santé et des services sociaux et de déclaration d'état d'urgence sanitaire¹⁵.

Ces pouvoirs plus coercitifs s'appliquent lorsque les moyens de prévention généraux¹² ou le pouvoir d'interpellation¹³ sont insuffisants pour gérer de façon satisfaisante la menace à la santé. L'urgence d'une situation, qui requiert une intervention de protection immédiate, pourrait aussi justifier rapidement l'utilisation de tels pouvoirs, même avant que la menace ne soit officiellement confirmée.

Au cours d'une enquête épidémiologique, certaines limites s'appliquent aux pouvoirs d'inspection et d'ordonnance des directeurs de santé publique lorsqu'un autre acteur clé (ministère, municipalité locale ou organisme) détient le même pouvoir en vertu d'une autre loi, règlement ou entente municipale¹⁶.

¹² Loi sur la santé publique, 2001, RLRQ, c. S-2.2, art.53.

¹³ Loi sur la santé publique, 2001, RLRQ, c. S-2.2, art.55.

¹⁴ Loi sur la santé publique, 2001, RLRQ, c. S-2.2, art.2.

¹⁵ Loi sur la santé publique, 2001, RLRQ, c. S-2.2, chapitre XI.

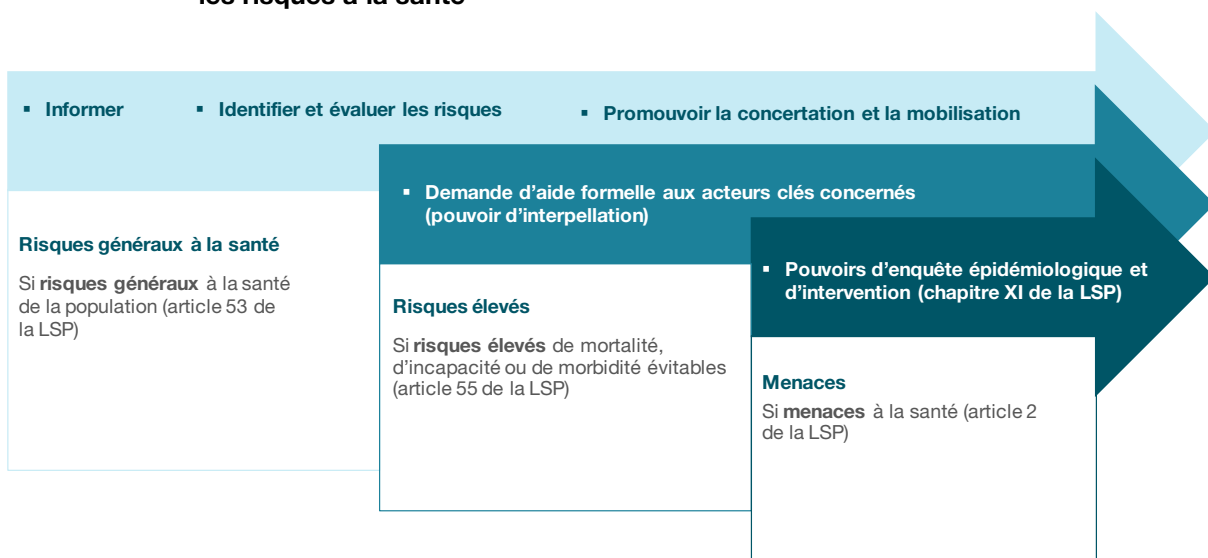
¹⁶ Loi sur la santé publique, 2001, RLRQ, c. S-2.2, art.98 et 107.

D'autres acteurs clés interviennent pour protéger la santé d'une population en fonction de la situation et des pouvoirs qui leur sont conférés par d'autres lois, notamment la Loi sur la sécurité civile, la Loi sur la santé et la sécurité du travail, la Loi sur la qualité de l'environnement, la Loi sur la qualité des aliments, la Loi sur les compétences municipales, la Loi sur le bâtiment, etc.



Ainsi, le moyen d'intervention* est choisi en fonction du risque, des autres acteurs clés et du contexte législatif et de l'urgence.

Figure 3 Moyens d'intervention prévus par la Loi sur la santé publique (LSP)¹⁷ pour gérer les risques à la santé



2.3.2 LES MODES DE GESTION DES RISQUES EN SANTÉ PUBLIQUE



Les modes de gestion des risques en santé publique varient selon que le risque potentiel* ou avéré* correspond ou non à une menace réelle ou appréhendée. Ils dépendent aussi du contexte (par exemple, sinistre ou non). De plus, le mode de gestion retenu peut être modifié selon l'évolution de la situation.

Dans le cas d'une menace réelle ou appréhendée, peu importe le contexte, c'est le mode de gestion « protection en santé publique » qui s'applique en premier lieu.

Dans le contexte d'un sinistre impliquant une menace à la santé de la population, le mode « protection » demeure actif, car le directeur de santé publique conserve ses responsabilités légales. Ce mode s'insère alors dans une dynamique plus large coordonnée par les partenaires de la sécurité civile.

Dans le cas d'un risque potentiel ou avéré qui ne constitue pas une menace pour la santé de la population, c'est le mode « prévention » qui est privilégié.

Les paragraphes suivants précisent davantage la gestion des risques pour la santé publique en modes « protection » et « prévention ».

Mode protection en santé publique

¹⁷ Loi sur la santé publique, RLRQ, c.s-2.2.

La gestion de la majorité des risques et des menaces à la santé relève essentiellement des autorités de santé publique en mode protection.

Un acteur clé important est alors la sécurité civile, responsable de la protection des personnes, des biens et de l'environnement en cas de sinistre. La sécurité civile dispose de mécanismes structurés de coordination et de concertation tant au niveau provincial qu'au niveau régional. Les responsables de la sécurité civile en santé et services sociaux favorisent la contribution concertée de tous les acteurs sans se substituer aux autorités de santé publique pour les interventions de protection que gèrent ces dernières. Les pouvoirs d'enquête épidémiologique détenus par la santé publique et les pouvoirs d'intervention qui en découlent, dont notamment le pouvoir de mobilisation des ressources des établissements de santé et des services sociaux, peuvent s'appliquer en présence d'une menace, peu importe le mode de gestion mis en place.

Le mode de gestion « sécurité civile au sein du réseau de la santé (mission santé) » permet d'activer les mécanismes de coordination en sécurité civile tout en conservant un leadership du côté de la santé publique. Ce mode de gestion est utilisé lorsque les moyens dont la santé publique dispose sont dépassés de façon significative ou si une contribution importante d'un grand nombre de directions du réseau de la santé est nécessaire.

Le mode de gestion « sécurité civile relevant du ministère de la sécurité publique (MSP) » peut quant à lui être activé dans un contexte de sinistre ou lorsque plusieurs ministères sont impliqués et détiennent certains des pouvoirs nécessaires pour gérer la situation. Ce mode de gestion implique toutefois lui aussi la participation de la santé publique en présence d'un risque ou d'une menace à la santé.

Mode prévention en santé publique

Lorsque la santé publique est interpellée, en mode prévention, par une situation qui implique un ou des acteurs clés externes au réseau de la santé, l'animation de la démarche de gestion des risques à la santé est sous la responsabilité de la santé publique, mais les décisions de gestion du risque relèvent de ces autres acteurs clés qui détiennent le pouvoir ainsi que les moyens d'intervention sur les causes de ces risques. La santé publique participe alors aux discussions avec ces autres acteurs clés, notamment pour favoriser la recherche de moyens d'intervention et l'adoption d'un échéancier de mise en œuvre adaptés à la situation.

Les autorités de santé publique peuvent aussi participer à une démarche intersectorielle au sein de laquelle elles évaluent les risques et conseillent une autre autorité responsable de la gestion des risques.

Les modes de gestion impliquant la sécurité civile ou la sécurité publique peuvent aussi s'appliquer en mode prévention dans un contexte de sinistre. Le rôle de la santé publique est alors de fournir une expertise-conseil sur les risques à la santé de la population.

2.3.3 LA PARTICIPATION DES PARTIES PRENANTES

2.3.3.1 Pourquoi impliquer les parties prenantes?

Une gouvernance inclusive suppose que toutes les parties prenantes peuvent contribuer au processus et que leur participation améliore la décision finale plutôt que de freiner le processus d'analyse décisionnelle ou la qualité de son contenu scientifique (IRGC, 2012). Le principe d'ouverture invite à favoriser la participation des parties prenantes :

« La gestion des risques par la santé publique doit permettre aux parties intéressées et touchées de participer au processus afin qu'elles puissent exprimer leur point de vue, faire connaître leurs perceptions et leurs préoccupations face à la situation, contribuer à la recherche de solutions et influencer les décisions de gestion. » (INSPQ, 2003, p 26).

Plusieurs raisons justifient les efforts déployés pour encourager la participation des parties prenantes. En effet, selon le degré d'implication, une gouvernance inclusive permet de mieux comprendre les différentes perspectives en jeu tout en favorisant l'adoption d'une vision commune quant à la définition du problème, à l'estimation du niveau de risque et à l'évaluation des options. Autant que possible, elle aide aussi à s'entendre sur une solution adaptée au contexte et à la situation (IRGC, 2005).

« La participation du public donne l'opportunité de percevoir, d'identifier et de comprendre les sentiments et les émotions qui animent les personnes subissant les risques et de faire preuve d'empathie. Elle favorise également la convergence de la compréhension des multiples facettes du risque (vocabulaire, perception, estimation scientifique, etc.), et permet, le cas échéant, de réconcilier des interprétations contraires sur la nature, la gravité et la probabilité de survenue du risque et de combler les écarts de compréhension. Ce processus permet également d'évaluer l'acceptabilité sociale des risques, de l'option envisagée et du risque résiduel*. » (INSPQ, 2003, p 27).

Par ailleurs, la participation des parties prenantes facilite leur implication pour prendre des décisions éclairées et adopter des comportements adaptés ou mettre en œuvre des solutions efficaces pour réduire les risques.

« Les participants [ou parties prenantes] apportent également d'importantes informations permettant de concevoir des solutions appropriées et d'enrichir les connaissances de base servant à la prise de décision. L'identification des conditions gagnantes de la mise en œuvre des interventions, avec l'aide de ceux qui sont directement concernés, permet d'éviter de se heurter à des résistances au moment de leur mise en œuvre. Les participants [ou parties prenantes] sont plus enclins à accepter et mettre en œuvre des décisions de gestion de risque lorsqu'ils ont participé à leur élaboration. Mieux harmonisées avec les attentes de la société, les décisions sont implantées avec plus de succès et sont plus durables, générant du même coup des économies de temps et de coûts financiers pour la mise en œuvre des interventions. » (INSPQ, 2003, p 27).

2.3.3.2 Comment impliquer les parties prenantes?



La participation des parties prenantes peut prendre différentes formes selon les objectifs poursuivis et les moyens utilisés. La littérature sur la communication et la prise de décision établit habituellement une hiérarchie entre les différentes formes participatives : plus le niveau est élevé, plus la participation effective des citoyens à la prise de décision est accrue. À chaque niveau correspond aussi un engagement spécifique des acteurs clés envers les parties affectées ou intéressées par le risque. En général, l'échelle hiérarchique adaptée de l'échelle de l'Association internationale pour la participation du public énonce les cinq niveaux suivants (IAP2, 2007 et 2011) :

1. **Informé** pour permettre aux parties prenantes de mieux comprendre le risque et son processus de gestion. Il s'agit donc de fournir de l'information équilibrée et objective dans le but de faciliter la compréhension du problème et des solutions envisagées. L'engagement des acteurs clés à ce niveau consiste à tenir au courant les parties affectées ou intéressées de la situation et de son évolution. Les outils disponibles pour informer incluent par exemple les feuillets, les séances d'information et les sites Web.
2. **Consulter** pour obtenir la rétroaction des parties prenantes sur des éléments de l'évaluation du risque, les options possibles ou les décisions. Les acteurs clés s'engagent à être attentifs aux préoccupations et aux aspirations des parties affectées ou intéressées et à leur faire connaître de quelle manière leurs commentaires influencent les décisions. On peut notamment penser aux commentaires du public ou à des groupes de discussion, des sondages et des audiences publiques, tous des moyens qui permettent de consulter les parties prenantes.
3. **Impliquer** les parties prenantes pour établir avec elles un dialogue visant à comprendre leurs perceptions du risque, voire à développer une vision commune du risque et de la démarche à adopter. La prise en compte de leurs intérêts et de leurs préoccupations est ici fort importante. Les acteurs clés s'engagent alors à travailler avec l'ensemble des parties prenantes pour que leurs préoccupations se reflètent dans les différentes options élaborées et qu'elles soient informées de la manière dont leurs commentaires ont influencé la décision. Par exemple, les ateliers, les sondages délibératifs, les tables de concertation et les comités locaux constituent des moyens pour impliquer les parties prenantes.
4. **Collaborer** pour résoudre conjointement des problèmes en établissant des partenariats avec les différentes parties prenantes. Cette forme d'engagement vise la meilleure intégration possible des recommandations émises par les parties affectées ou intéressées dans les décisions. Par exemple, les comités consultatifs, la recherche de consensus et la prise de décision participative constituent des techniques à envisager pour atteindre ce niveau de participation.
5. **Habiller/déléguer** vise à confier aux parties prenantes (cela peut être une seule partie prenante affectée par le risque ou plusieurs) le soin de prendre la décision finale. L'engagement des acteurs clés consiste alors à la mise en œuvre de ce qui aura été décidé par les parties prenantes. Par exemple, le « jury de citoyens », les référendums et les décisions déléguées donnent la possibilité d'habiller/déléguer les parties prenantes.

Les niveaux et les modalités de participation des parties prenantes devraient être adaptés au risque et au contexte. Soulignons que

« selon la nature et l'ampleur du processus de participation mis en place, les coûts et le temps additionnel requis pour impliquer les parties [affectées ou] intéressées dans la gestion de risque peuvent se révéler considérables. Tant les autorités publiques que la population possèdent une capacité restreinte en termes de ressources pour entreprendre et mener à bien de tels processus de participation. Il convient donc d'établir des critères

afin de déterminer, parmi l'ensemble des questions de gestion des risques, celles qui requièrent un engagement plus ou moins intensif de la part des citoyens. » (INSPQ, 2003, p 27).

Bref, le niveau et les modalités de participation devraient être adaptés

« au contexte de gestion des risques, en fonction notamment de la nature et de la sévérité du problème, de l'importance des controverses soulevées, de la possibilité pour les participants d'avoir une réelle influence sur la décision ainsi que des contraintes de temps et des ressources disponibles. » (INSPQ, 2003, p 27).

L'IRGC suggère de tenir compte du type de risque (simple, complexe, incertain ou ambigu) pour choisir le niveau approprié de participation des parties prenantes. D'autres situations peuvent cependant rendre souhaitable la participation élargie, car ce mécanisme demeure une mesure préventive de certains risques sociaux (INSPQ, 2010).

L'impossibilité ou les obstacles à la participation des parties affectées ne doit pas empêcher de considérer leurs éventuels points de vue. Toutefois, la participation des parties prenantes n'est pas toujours possible. À titre d'exemple, les générations futures qui pourraient être affectées par les conséquences de risques actuels ne sont pas en mesure de participer au processus décisionnel (Martel *et al.*, 1993).



Établir une synergie entre les parties prenantes permet d'offrir de meilleures solutions communes pour faire face aux risques à la santé, que celles qui auraient pu être proposées par chacune des parties séparément. Afin de parvenir à créer un tel climat d'échanges, certaines conditions doivent être réunies, notamment l'assurance que toutes les parties concernées sont conviées et que la méthode et le niveau de participation sont adaptés au risque et au contexte. De plus, il est important que chacune des parties soit en mesure de s'exprimer de manière équitable, que les points de vue exprimés soient réellement considérés et que la collaboration s'établisse dans un cadre constructif. Ces conditions permettent aux parties prenantes de développer un lien de confiance entre elles et également envers le processus de gestion des risques. Cependant, l'inclusion des parties prenantes ne garantit pas nécessairement le succès de ce processus. Un suivi du processus permet de vérifier que certains intérêts particuliers ne dominent pas le débat et que des règles communes peuvent être établies pour améliorer la qualité du processus (IRGC, 2005).

2.4 Communication

La communication représente le dernier concept central de la gestion des risques. Il est important d'en tenir compte à toutes les phases du processus. En matière de gestion des risques, on distingue deux formes principales de communication en fonction des publics cibles considérés (OMS, 2012) :

- la communication avec les parties affectées et intéressées, incluant ici la population;
- la communication opérationnelle qui s'établit au sein de l'équipe de travail ou entre celle-ci et les autres acteurs clés.

La qualité de ces deux formes de communication est essentielle pour assurer une conduite transparente du processus et favoriser la confiance.

D'un côté, la communication avec les parties affectées ou intéressées permet d'informer les personnes ou les groupes concernés par le risque afin qu'ils soient en mesure de comprendre ce dernier, ainsi que les actions proposées pour le réduire. Le temps venu, cela encourage grandement

l'adoption d'un comportement adapté au risque et au contexte. Une communication efficace et bidirectionnelle, c'est-à-dire qui va dans les deux sens, permet en fait de développer un dialogue entre les acteurs clés et les parties affectées ou intéressées afin de favoriser une collaboration, puis plus largement, de créer une forme positive de mobilisation.

Du côté de la communication opérationnelle, une communication efficace entre les différents acteurs clés, notamment entre les experts scientifiques et les gestionnaires du risque, permet le développement d'une vision plus juste et globale des enjeux. Cela facilite la cohérence des actions entre les partenaires. En gestion du risque, la communication permet le partage d'objectifs communs et de modes de travail clairs ainsi que la mise en commun des informations disponibles.



Pour viser une communication optimale, on s'appuie sur les principes suivants (adapté d'OMS, 2005, 2008 et 2013) :

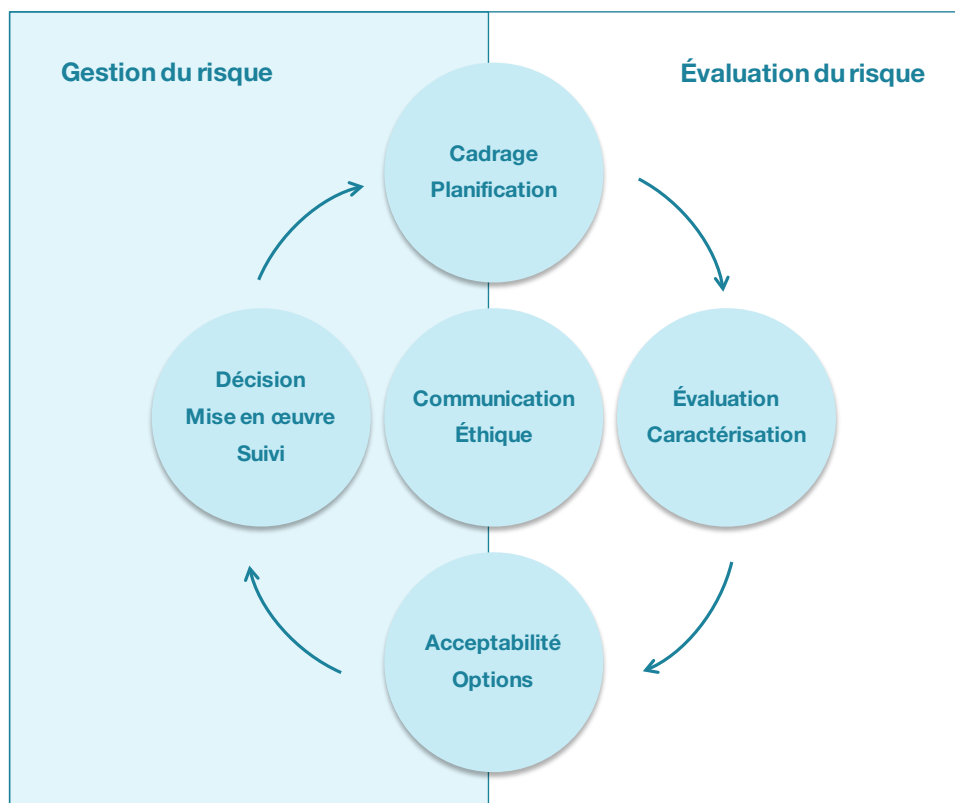
- Communiquer l'information juste et pertinente au moment opportun (Sandman 2005; EPA, 2009);
- S'outiller pour comprendre les différentes perceptions ainsi que les enjeux et les forces en présence pouvant influencer ces perceptions;
- Établir, autant que possible, une communication bidirectionnelle respectueuse et basée sur la confiance;
- Mettre en œuvre une approche de communication adaptée aux publics cibles, ainsi qu'au risque et au contexte.

Ces principes s'appliquent autant à la communication opérationnelle entre les acteurs clés qu'à la communication avec les différentes parties affectées ou intéressées.

Dans les prochaines sections, les principaux éléments de communication à considérer sont proposés à chaque phase du processus d'évaluation et de gestion des risques.

3 Le processus

Figure 4 Les phases du processus de gestion des risques



Le processus de gestion des risques repose sur quatre phases interdépendantes¹⁸ qui peuvent présenter un certain recoupement entre elles. Au cœur du processus se trouvent la communication et l'éthique qui entrent en jeu à toutes les phases.



Le **processus proposé ici est générique**. Il s'applique aux risques variés en santé publique, qu'ils correspondent ou non à une menace. Ce processus systématique structure les actions de santé publique. Il laisse place au jugement professionnel et à la créativité pour évaluer et gérer les risques à la santé adéquatement, notamment dans l'urgence ou lorsque l'on fait face à l'incertitude, la complexité ou l'ambiguïté*. Le processus est donc **modulable en fonction du risque et du contexte** :

- La démarche est axée sur l'expertise scientifique de santé publique. Au besoin, elle intègre d'autres dimensions (sociale, politique, économique, etc.) jugées pertinentes et qui pourraient aussi affecter la santé de la population.
- Il est important de tenir compte de toutes les étapes proposées. Cependant, le niveau de détail et la durée de réalisation accordés à chacune des étapes varieront en fonction du risque et du contexte. Par exemple, dans l'urgence, une ordonnance pourrait être produite en suivant la logique du processus en une heure. Alors que pour un risque complexe, présentant des effets à plus long terme, la démarche pourrait durer plusieurs mois.

¹⁸ Les phases du processus de ce cadre sont comparées à celles du cadre de 2003 (INSPQ, 2003) à l'annexe 1.

- Le processus étant itératif, une phase réalisée précédemment peut être révisée en fonction de l'évolution de la situation.
- Le niveau de participation des parties prenantes varie en fonction du risque et du contexte.

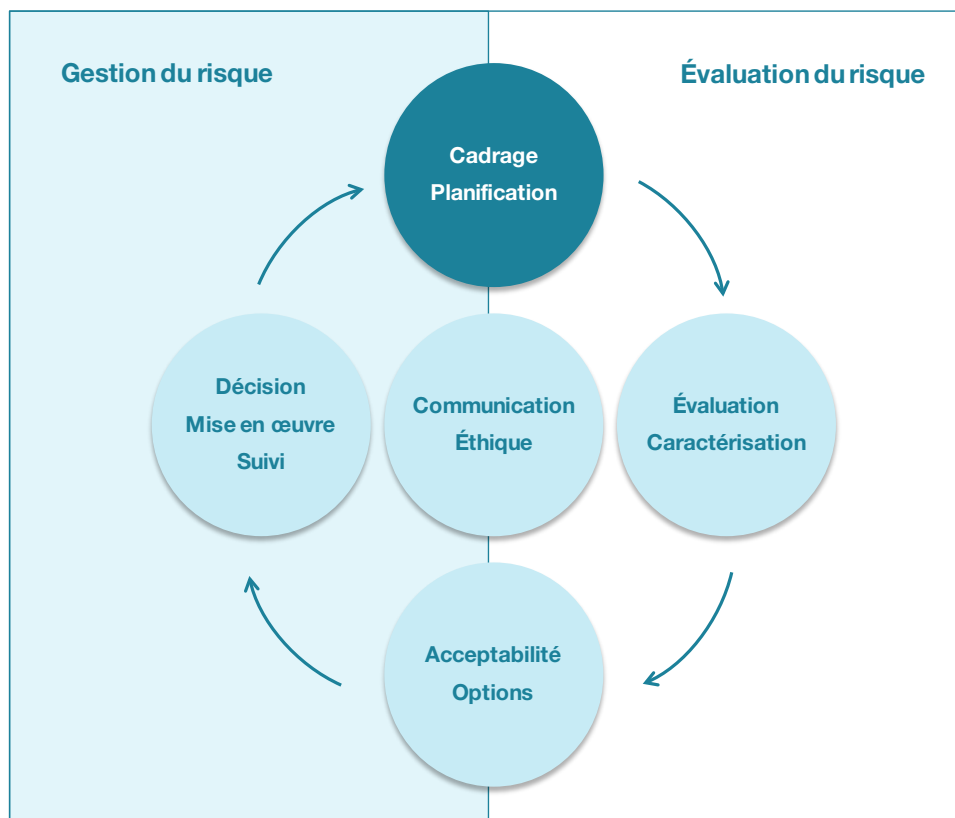
Deux zones distinctes permettent de préciser les rôles et les responsabilités des acteurs clés : d'un côté l'évaluation du risque, de l'autre la gestion du risque. Cependant, une collaboration et une concertation étroites entre évaluateurs¹⁹ et gestionnaires²⁰ des risques à la santé sont évidemment primordiales.

¹⁹ Le terme « évaluateurs du risque à la santé » inclut prioritairement les experts en santé publique, mais aussi les experts d'autres domaines qui pourraient collaborer à l'évaluation du risque (ingénieurs, économistes, etc.).

²⁰ Le terme « gestionnaires du risque à la santé » regroupe les décideurs des recommandations, les décideurs des interventions ainsi que les responsables de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation des interventions.

3.1 Phase 1 – Cadrage et planification : pour une vision globale claire

« Il s'agit d'obtenir un aperçu de la problématique, des données disponibles et des pratiques existantes en vue de bien planifier l'action. »



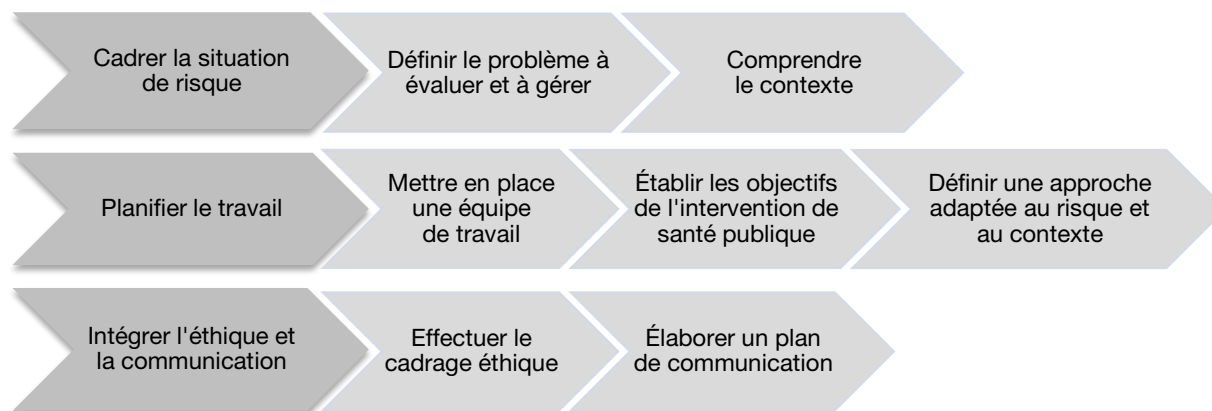
Le cadrage vise à réunir les informations facilement identifiables pour établir les grandes orientations de la démarche (adapté d'INESSS, 2013a). Il ne s'agit pas d'approfondir tous les éléments, ceux-ci seront évalués par les experts à la phase d'évaluation suivante. Un examen non exhaustif de l'information pertinente est donc suffisant.

La planification identifie quant à elle les objectifs et les actions à réaliser pour les atteindre. Il s'agit de mettre en place une approche d'évaluation et de gestion adaptée au risque et au contexte. Pour y parvenir, une collaboration étroite entre les évaluateurs et les gestionnaires est particulièrement recommandée tout au long de cette phase.

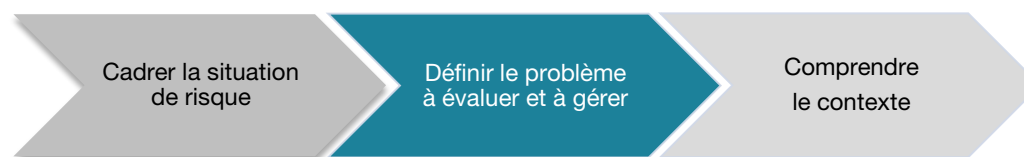
L'intégration de la dimension éthique et de la communication s'amorce dès cette première phase, notamment par l'ouverture au dialogue entre les acteurs clés. Le niveau de participation des autres parties prenantes sera quant à lui fonction du risque et du contexte pour faciliter une compréhension commune de la problématique et de l'action à planifier.

Cette première phase du processus comprend trois étapes présentées à la figure 4.

Figure 5 Les étapes de la PHASE 1 – Le cadrage et la planification



Le processus systématique est modulable en fonction du risque et du contexte. Les étapes de la phase 1 peuvent être réalisées simultanément ou dans un ordre différent de celui proposé ici. La durée de réalisation et le niveau de détail pour chacune des étapes varient. Notamment dans une situation d'urgence, l'ampleur de cette phase peut être réduite.



3.1.1 CADRER LA SITUATION DE RISQUE

3.1.1.1 Définir le problème à évaluer et à gérer

Définir le problème consiste à :

- dresser le portrait de la situation;
- identifier un risque potentiel ou avéré de santé publique;
- formuler l'énoncé de la problématique de risque.

Portrait de la situation

Il s'agit ici de résumer l'information disponible relative à la situation de risque (nombre de cas confirmés ou probables, nombre de personnes exposées, la source possible, les effets potentiels, l'incident éventuel, les modes de transmission, les moyens de prévention éventuels, etc.). Il convient aussi de documenter le contexte de la demande d'évaluation.

Les questions suivantes sont utiles pour caractériser la situation :

- Le risque constitue-t-il une menace²¹?
- Est-ce une urgence, un sinistre ou une crise?
- La situation requiert-elle une intervention immédiate ou celle-ci peut-elle se faire à plus long terme?
- Des moyens de réduction du risque existent-ils ou sont-ils déjà en place?
- S'agit-il d'une situation fréquente ou d'un risque pour lequel un guide, un règlement ou un protocole précise l'intervention à mettre en œuvre?
- Le risque est-il complexe, incertain ou ambigu?



Identification d'un risque potentiel ou avéré de santé publique

Les autorités de santé publique sont impliquées dans une démarche d'évaluation et de gestion des risques uniquement si le risque potentiel ou avéré touche la santé d'une population humaine.

Au début, l'incertitude peut être grande. Par ailleurs, si la population perçoit un risque à la santé, les autorités de santé publique devraient répondre à cette préoccupation même si elles estiment qu'il n'y a pas de risque réel. Communiquer adéquatement avec la population et lui fournir toutes les informations disponibles et pertinentes sur le risque perçu est généralement suffisant dans une telle situation.

²¹ La menace, définie dans la LSP (Loi sur la santé publique, 2001, RLRQ, c.S 2.2, art. 2) et dans le glossaire, est expliquée à la section 2.1.4.

Formulation de l'énoncé de la problématique de risque



Les parties prenantes devraient clarifier les éléments de l'énoncé de risque pour développer une vision commune de la problématique et faciliter les échanges, notamment quant aux éléments suivants :

- **Population** : Quelles populations pourraient voir leur santé affectée par ce risque?
- **Milieu/lieu** : Quel environnement professionnel, géographique ou naturel est considéré?
- **Temps** : Quelle période de temps est examinée?
- **Événement** : Quel type particulier d'incident est considéré?
- **Agent** : Quel est l'agent dangereux avéré ou potentiel?
- **Source** : Quelle est la source avérée ou potentielle de l'agent dangereux?
- **Circonstance d'exposition** : Quel est le comportement ou le bris de procédure à l'origine de l'exposition au danger?
- **Conséquences** : Quels sont les effets potentiels sur la santé?

L'énoncé de risque peut parfois être révisé au cours du processus, lorsque la compréhension de la problématique du risque s'affine.



Exemple

Énoncé du risque associé aux bioaérosols en milieu de soins

Il s'agit du risque pour les travailleurs de la santé (population) de contracter une maladie respiratoire (conséquence) transmissible par inhalation d'un bioaérosol infectieux (agent) lorsqu'ils prodiguent des soins sans appareil de protection respiratoire (circonstance d'exposition) à un patient (source) qui tousse (événement). Ce risque peut éventuellement se traduire chez les travailleurs malades par des congés de maladie sans hospitalisation, des hospitalisations, des séquelles permanentes provoquées par l'agent infectieux ou par le traitement, des décès éventuels (conséquences directes sur la santé). Il peut également provoquer pour le système de santé des coûts financiers associés aux soins et au suivi médical du personnel exposé (conséquences indirectes). Le risque touche l'ensemble des établissements de soins au Québec (milieu) au cours d'une période de temps à déterminer.

Cet énoncé du risque mérite d'être précisé davantage :

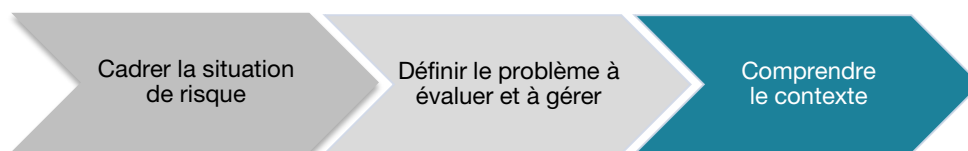
Population : S'agit-il seulement du personnel soignant ou y inclut-on aussi les travailleurs d'entretien ménager, de la maintenance des équipements, etc.?

Milieu : Les soins prodigués sont-ils considérés dans un milieu spécifique de soins comme lors d'une bronchoscopie, lors du tri à l'urgence, dans une chambre de malade ou pour l'ensemble de ces milieux?

Agent : Va-t-on considérer tous les bioaérosols infectieux ou seulement ceux reliés à la tuberculose?

Conséquences : S'intéresse-t-on aux travailleurs infectés par la tuberculose ou seulement à ceux qui développeront la maladie? Parmi les effets possibles touchant la santé physique des travailleurs, considère-t-on toutes les conséquences directes citées plus haut ou seulement certaines? Veut-on inclure les conséquences indirectes comme le fardeau économique associé à ce risque pour le système de santé?

Circonstance d'exposition : Outre le port d'un masque respiratoire, va-t-on considérer les aménagements physiques et organisationnels pouvant limiter l'exposition aux bioaérosols infectieux (ventilation et ergonomie des salles de bronchoscopie, isolement des malades soupçonnés d'infections transmissibles, par exemple).



3.1.1.2 Comprendre le contexte

Pour comprendre le contexte, il convient d'identifier :

- la gouvernance à mettre en place;
- les facteurs du contexte qui influencent le risque;
- les perceptions du risque, les préoccupations, les attentes et les intérêts des parties prenantes.

Gouvernance à mettre en place

En tenant compte du portrait de la situation et de l'énoncé du risque précédemment définis (section 3.1.1.1), il importe de clarifier la gouvernance en :

- identifiant les parties prenantes : les acteurs clés, les parties affectées et celles intéressées;
- établissant les rôles et les responsabilités des acteurs clés;
- déterminant les lois, les règlements ou les guides spécifiques qui s'appliquent;
- distinguant les moyens d'intervention les plus appropriés à utiliser (voir 2.3.1).

Rappelons qu'au sens de la LSP, les définitions d'un risque spécifique à la santé de la population et d'une menace revêtent une importance fondamentale, car elles déterminent les responsabilités et les pouvoirs des autorités (section 2.3).

Enfin, les moyens d'intervention possibles peuvent changer en fonction de la dynamique de la situation et de l'affinement de la compréhension du risque avec le temps.

Facteurs du contexte qui pourraient influencer le risque

À partir d'une évaluation sommaire de l'état actuel des connaissances, les facteurs du contexte qui pourraient influencer directement ou indirectement la santé de la population sont identifiés.

À cet effet, la question suivante apparaît utile :

- Quels sont les facteurs du contexte, par exemple les facteurs épidémiologiques (couverture vaccinale, etc.), démographiques, organisationnels, environnementaux, sociaux ou économiques associés à l'état de santé, qui augmentent ou réduisent la vulnérabilité* ou l'exposition de la population à un agent dangereux?

On distingue notamment les facteurs du contexte suivants (section 2.2) :

- Facteurs scientifiques : état de santé de la population, disponibilité et efficacité de traitements médicaux ou de moyens techniques de prévention du risque (par exemple la vaccination en MI ou le port d'un appareil de protection respiratoire contre les bioaérosols).
- Facteurs environnementaux : naturels (eau, air, sol, climat, etc.) ou de l'environnement bâti (air intérieur, etc.).
- Facteurs sociaux : les pratiques culturelles, les croyances et les perceptions, etc.
- Facteurs politiques, organisationnels, légaux et réglementaires : les pratiques de prévention et les pratiques cliniques, les programmes de formation concernant les pratiques de prévention des risques, etc.
- Facteurs économiques : le taux d'emploi, le niveau de revenu, etc.

Perceptions du risque, préoccupations, attentes et intérêts des parties prenantes

Il s'agit ici d'identifier les perceptions, les préoccupations, les attentes et les intérêts des parties prenantes. Il convient de les résumer le plus objectivement possible en mettant à distance ses propres paradigmes. Les points de convergence et de divergence (controverses) entre les parties prenantes ou au sein de celles-ci peuvent ensuite être précisés en ce qui a trait à l'interprétation des données scientifiques et aux valeurs éthiques.

L'un des défis principaux de la gestion des risques à la santé se fonde sur la résolution de l'ambiguïté qui survient lorsqu'il y a une controverse scientifique sur l'interprétation de l'analyse du risque ou encore lorsqu'émergent des conflits de valeurs éthiques. Cette dernière forme d'ambiguïté repose notamment sur des perceptions différentes d'un même risque. Intégrer la perception du risque dans le processus de gestion des risques favorise une meilleure compréhension des différentes perspectives en présence. C'est l'une des conditions identifiées pour faciliter la résolution ou la réduction de l'ambiguïté.

3.1.2 PLANIFIER LE TRAVAIL



3.1.2.1 Mettre en place une équipe de travail

Pour des risques complexes*, incertains* ou ambigus* ou pour des problématiques qui touchent plusieurs régions, la mise en place d'une équipe de travail est généralement justifiée. Le directeur de santé publique est responsable de mettre en place cette équipe, dont la composition dépendra de la nature du risque, de la situation et du contexte.

Le directeur de santé publique peut ensuite mandater une personne pour le représenter ou l'assister dans la coordination du processus. Plus particulièrement, lors de certaines situations d'urgence en santé publique, le médecin de garde peut se trouver seul pour évaluer et gérer le risque à la santé de la population qu'il dessert, selon l'autorisation fournie par son directeur de santé publique à exercer

certaines pouvoirs en son nom²². D'autre part, la gestion courante du risque en entreprise relève du médecin responsable en SAT.

Cette équipe inclut des experts scientifiques et professionnels issus des différentes disciplines nécessaires pour évaluer le risque à la santé de la population et pour générer au besoin des options d'intervention. Selon l'ampleur de la situation, l'équipe comprendra également toute autre personne pertinente, par exemple un conseiller en communication et ce, autant que possible dès le début du processus.

L'équipe planifie le travail et s'assure que toutes les expertises et les parties prenantes pertinentes seront représentées lors de l'évaluation et de la gestion du risque compte tenu des objectifs fixés à la section 3.1.2.2.

Dès le début de la phase de cadrage et de planification, il importe d'identifier clairement la personne responsable du processus qui disposera de la crédibilité pour impliquer les autres acteurs clés. La personne responsable du processus peut varier au cours des quatre phases. De plus, il est important de nommer également une personne responsable d'assurer la traçabilité du processus en vue de documenter le dossier professionnel (par exemple la tenue d'un tableau de bord).

Dans le cas de situations fréquentes ou locales, la mise en place d'une équipe peut ne pas être justifiée ni même possible, notamment pour les régions périphériques ou éloignées compte tenu du personnel disponible.



3.1.2.2 Établir les objectifs de l'intervention de santé publique

En tenant compte du portrait de la situation, de l'énoncé du risque précédemment définis (section 3.1.1.1) et du contexte (section 3.1.1.2), l'équipe convient des objectifs visés par l'intervention de santé publique en termes d'évaluation et de gestion du risque à la santé de la population. Ces objectifs pourront être davantage précisés ou ajustés en fonction de l'évolution de la situation.

Les objectifs d'évaluation du risque et d'analyse du contexte

Les objectifs généraux d'évaluation du risque à la santé consistent à identifier le danger, ses effets sur la santé incluant la relation dose-réponse, à évaluer l'exposition réelle ou appréhendée de la population concernée et à caractériser le risque. Des objectifs plus spécifiques d'évaluation du risque à la santé pourront aussi être précisés.

Les objectifs d'analyse du contexte consistent à identifier les facteurs qui pourraient influencer le risque à la santé et à évaluer au besoin leurs impacts potentiels. Ces objectifs incluent également l'évaluation des perceptions du risque, des préoccupations, des attentes et des intérêts des parties prenantes. Il convient de préciser ici les objectifs pertinents d'analyse du contexte qui seront retenus afin d'éclairer la décision.

²² Loi sur la santé publique, 2001, RLRQ, c. S-2.2, art.113.

Les objectifs de gestion du risque



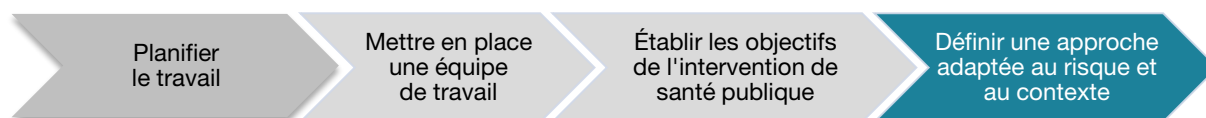
Les autorités de santé publique demeurent responsables de la gestion des risques à la santé de la population. À cette fin, elles émettent les recommandations jugées nécessaires selon la situation.

Les objectifs établis ici devraient répondre aux besoins des décideurs et des différentes parties affectées et intéressées. Cette étape est donc l'occasion d'échanges entre les acteurs clés, notamment entre les experts et les décideurs. Le niveau de participation des parties prenantes devrait être ajusté au risque et au contexte.

Les objectifs de gestion du risque seront spécifiques aux moyens à mettre en œuvre pour réduire les risques en considérant les sources et les causes du risque ainsi que les différents points d'intervention possibles sur la chaîne de risque.

Les autorités de santé publique doseront l'intensité de leurs interventions vis-à-vis des partenaires responsables de la mise en œuvre des mesures concrètes permettant de réduire ou idéalement d'éliminer le risque.

Les autorités de santé publique peuvent à la fois évaluer et gérer les risques, par exemple lors d'éclosions de maladies évitables par la vaccination. Le plus souvent, elles évaluent les risques et sollicitent d'autres acteurs clés pour prendre en charge la mise en place de mesures préventives et de protection de la santé.



3.1.2.3 Définir une approche adaptée au risque et au contexte

Dès le début, il est recommandé de définir, en concertation avec les acteurs-clés, une approche de gestion adaptée au risque et au contexte, ainsi que de préciser :

- le plan administratif de la démarche;
- le plan d'analyse scientifique;
- le plan de participation des parties prenantes.



Ces plans peuvent être réalisés en parallèle ou dans un ordre différent de celui proposé ici. Leur niveau de détail peut être réduit en fonction des besoins. Ils devraient notamment :

- permettre de répondre aux objectifs fixés tout en étant adaptés aux capacités organisationnelles et aux ressources disponibles;
- être mis à jour en fonction de l'évolution de l'état des connaissances et de la situation de risque.

Pour la santé publique, il est également important d'établir à cette étape, s'il est pertinent ou non de mettre en place des mécanismes formels pour assurer la traçabilité de la démarche. Il s'agit de pérenniser la chronologie des actions, des documents, des rencontres et des étapes complétées. En effet, il est beaucoup plus facile de prévoir dès le départ un tableau de bord auquel faire référence par la suite pour retrouver facilement de l'information sur le processus, que de le faire à posteriori.

L'approche d'évaluation et de gestion devrait être modulée en fonction du risque et du contexte.

Pour des risques complexes, incertains ou ambigus, il convient en général de favoriser (adapté d'IRGC, 2005) :

- une approche prudente afin d'éviter de causer des dommages;
- la mise en place de mesures permettant d'augmenter la robustesse des systèmes;
- un niveau de participation plus important des parties prenantes au processus.

Dans l'incertitude, la prudence²³ privilégie notamment d'avancer à petit pas. Elle vise ainsi la réversibilité de décisions critiques si de nouvelles connaissances les remettaient en question ou si certains effets négatifs devaient apparaître.

Les systèmes robustes résistent mieux aux impacts imprévus des risques grâce par exemple à l'application de facteurs de sécurité ou en combinant plusieurs solutions différentes.

Une démarche basée sur l'ouverture favorise le dialogue entre les parties prenantes et le développement d'une compréhension mutuelle des différentes perspectives ou valeurs en conflit potentiel.

Notons qu'un risque peut comporter plusieurs de ces caractéristiques (complexe, incertain ou ambigu) et celles-ci peuvent évoluer au cours du processus.

Les situations d'urgences, de crises ou de sinistres requièrent souvent de

- mettre rapidement en place des mesures de protection;
- travailler avec des données en temps réel, parfois incomplètes ou contradictoires.

Il convient donc de réduire, au besoin, l'ampleur de la démarche proposée dans ce processus.

Enfin, la gestion du risque par les autorités de santé publique en situation de sinistre peut facilement nécessiter une mobilisation de ressources comme prévu dans la LSP.

Pour des situations que l'on rencontre plus fréquemment, il s'agit généralement de suivre la démarche établie par d'éventuels guides spécifiques à ce risque lorsqu'ils sont disponibles.

Notons que les différentes approches suggérées ci-dessus pour différents risques (complexes, incertains ou ambigus) ou encore pour différentes situations (urgence, etc.) sont non exhaustives. De plus, elles peuvent aussi parfois s'appliquer dans d'autres circonstances.

Plan administratif de la démarche

Ce plan définit notamment (adapté d'INESSS 2013b) :

- les rôles et les responsabilités des acteurs clés;
- les ressources disponibles (humaines, techniques et financières);
- les produits livrables pour atteindre les objectifs fixés ainsi que les limites de la démarche;
- un échéancier;

²³ La prudence se traduit par la précaution dans le cas de risques potentiels et par la prévention dans le cas de risques avérés [cadre de 2003 (INSPQ, 2003); Service de recherche du parlement européen (EPRS), 2015].

- un budget permettant d'estimer le coût total prévu, en incluant les coûts spécifiques au suivi de la démarche et aux ressources humaines.

Enfin, il convient de vérifier que les acteurs clés ont tous compris et accepté leurs rôles et responsabilités.

Plan d'analyse scientifique

Ce sont les experts qui ont la responsabilité de prévoir les méthodes scientifiques qui permettront d'atteindre les objectifs. Le plan d'analyse précise les orientations générales des méthodes; celles-ci pourront être détaillées plus tard lors de la phase d'évaluation.

Il convient de préciser les méthodes scientifiques appropriées (adapté d'INESSS 2013b) :

- de recherche et de gestion d'information;
- d'analyse et de synthèse;
- de délibération et d'élaboration des options de gestion ou recommandations;
- de surveillance et de mise à jour des données.

Bien entendu, les méthodes scientifiques ne devront pas nécessairement toujours être précisées pour l'ensemble des domaines proposés ici.

Afin de favoriser la transparence et la rigueur, il est notamment recommandé (adapté d'EPA, 2014) :

- d'exposer le raisonnement qui a mené à choisir, parmi différents scénarios possibles, des voies d'exposition, des effets sur la santé et des relations dose-réponse spécifiques à étudier;
- de préciser les incertitudes (données manquantes, les facteurs de confusion (individuels, régionaux, inter-groupes, etc.), les hypothèses et les limites des méthodes;
- de comparer le niveau de précision attendu des méthodes utilisées à celui qui est nécessaire pour prendre les décisions;
- de planifier, au besoin et si possible, une révision scientifique par les pairs de la démarche et des livrables. Il convient alors d'établir quels éléments de la démarche seront révisés par qui et à quels moments dans le processus.

Plan de participation des parties prenantes

Planifier la participation des parties prenantes dès le début du processus favorise la collaboration entre ces dernières et leur réelle adhésion au processus (section 2.3.3).

Pour chacune des parties prenantes significatives, il convient d'établir (adapté d'Agence canadienne d'évaluation environnementale, 2008; INESSS 2013b et 2014) :

- les perceptions du risque, les préoccupations, les attentes et les intérêts des parties prenantes;
- les forces en présence et les relations de pouvoir entre les parties prenantes;
- des objectifs spécifiques à chaque phase du processus et adaptés aux différents groupes en fonction de leurs intérêts et de leur capacité à participer;
- le niveau de participation retenu (informer, consulter, impliquer, collaborer ou habiliter/déléguer) pour chacune des phases du processus compte tenu du risque et du contexte;

- le type d'activités de participation en fonction du niveau d'implication souhaité (entrevues individuelles ou de groupe, sondage, comité consultatif, etc.);
- les procédures administratives (honoraires, engagement à respecter la confidentialité, déclaration d'intérêts, etc.).

3.1.3 INTÉGRER L'ÉTHIQUE ET LA COMMUNICATION



3.1.3.1 Effectuer le cadrage éthique

Il s'agit principalement de déterminer :

- les valeurs spontanément associées au risque et à sa gestion;
- les préoccupations concernant les désaccords pressentis de valeurs et ce qu'ils expriment.

L'examen éthique d'une situation nécessite une capacité de distance critique de la part des professionnels afin de leur permettre d'être attentifs aux éventuels *a priori* qui pourraient les empêcher de prendre en compte des points de vue différents. Il importe d'ailleurs de considérer les *a priori* d'ordre scientifique tout autant que les autres. Par exemple, les controverses qui caractérisent une situation ambiguë peuvent notamment être liées à des valeurs éthiques qui éventuellement orienteront l'adoption d'un point de vue scientifique.

L'intégration de la dimension éthique pourrait devoir être soutenue par des professionnels spécialisés sur ces questions. Les personnes qui animeront d'éventuels groupes de travail ou délibérations doivent aussi être sensibilisées à la question des valeurs soulevées par les différentes parties.

3.1.3.2 Élaborer un plan de communication



Il convient d'adapter le plan de communication aux publics cibles, soit les acteurs clés et les parties affectées ou intéressées dont fait partie la population. Ce plan de communication devrait aussi être modulé en fonction du risque et du contexte.

Pour des situations notamment complexes incertaines ou ambiguës, le plan de communication devrait entre autres (adapté d'OMS, 2005, 2008 et 2013) :

- cibler les enjeux de la communication;
- déterminer les moments du processus où la communication est jugée essentielle et déterminer les objectifs de communication pour chacun de ces moments (Sandman, 2005; EPA, 2009);
- identifier les publics cibles et documenter leurs caractéristiques propres (préoccupations, connaissances, perceptions du risque, attentes et intérêts, etc.);
- établir les stratégies et les moyens de communication adaptés aux publics cibles en tenant compte des perceptions du risque, des préoccupations, des attentes et des intérêts des parties prenantes (Sandman, 2003);
- dégager les principaux messages en fonction des publics cibles incluant au besoin les premières recommandations pour les mesures de protection;

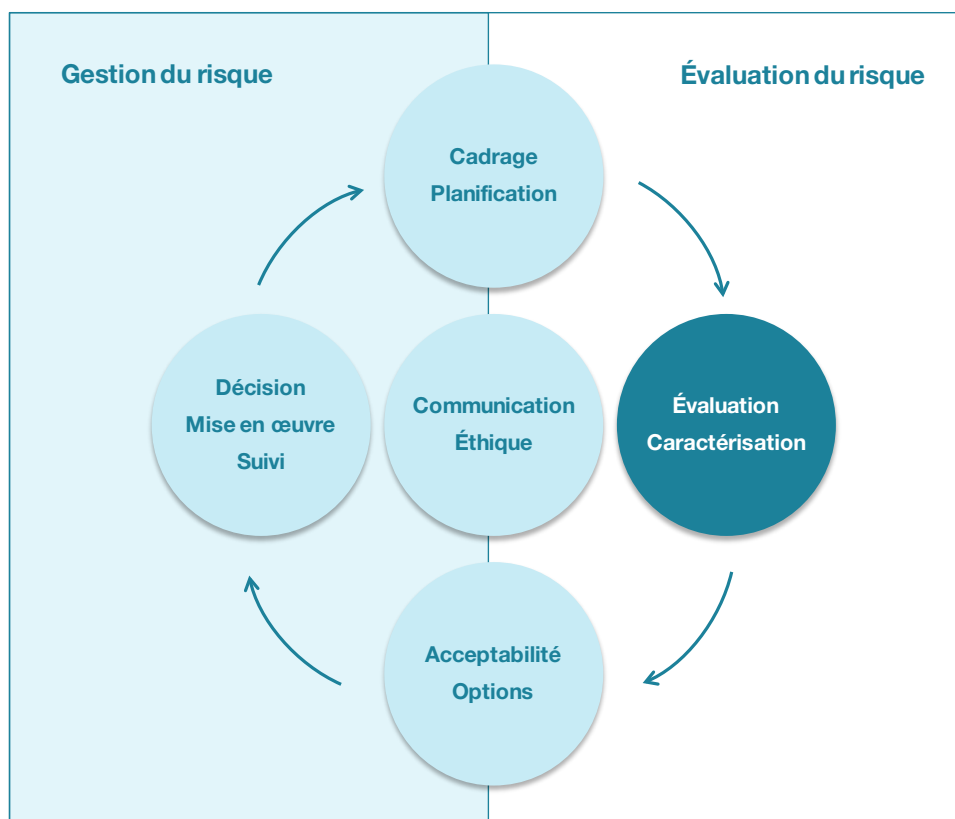
- désigner un ou des porte-paroles crédibles selon la situation, le plus souvent, l'expert en communication sera en soutien au porte-parole et non porte-parole lui-même;
- prévoir une évaluation des retombées des actions de communication.

Tout au long du processus, il est important d'établir des canaux de communication durables afin de permettre l'intégration de toute mise à jour des données pertinentes à l'évaluation du risque et à sa gestion. Finalement, il convient de suivre de près l'évolution de la situation de risque et les résultats de la communication afin d'ajuster le plan de communication et nos interventions de communication, s'il y a lieu.

Pour des situations plus simples que l'on rencontre plus fréquemment, la planification de la communication peut être simplifiée. Elle se résume généralement à identifier les personnes, la population, les groupes sociaux ou les organismes avec qui communiquer, les meilleurs moyens pour les joindre et les bons moments pour le faire.

3.2 Phase 2 – Évaluation et caractérisation : pour une bonne connaissance du risque identifié

« Il s'agit de développer une compréhension juste du risque et de ses conséquences possibles sur la santé en vue d'éclairer les décisions. »

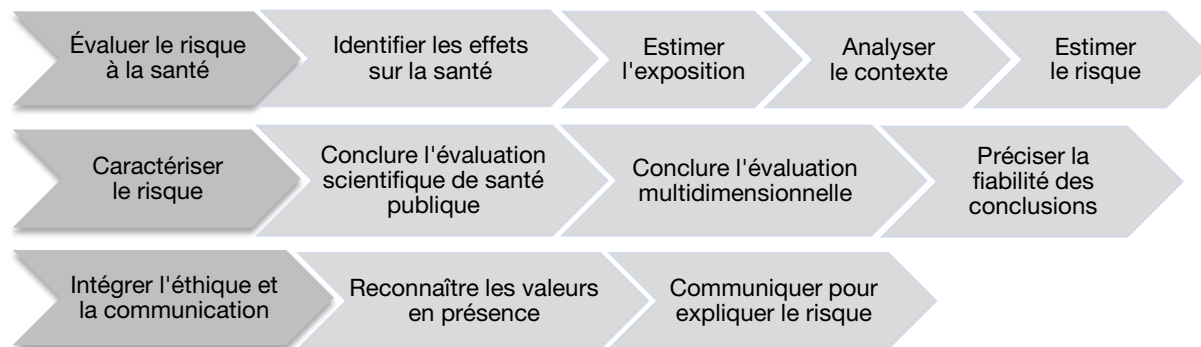


L'évaluation du risque vise à estimer les conséquences sur la santé de la population exposée et la probabilité d'observer ces dernières. Cette étape a également pour objectif d'identifier l'agent, s'il n'est pas déjà connu, les sources et les causes du risque. Il est ici aussi recommandé d'identifier les perceptions du risque, les préoccupations, les attentes et les intérêts des parties prenantes ainsi que les facteurs du contexte qui influencent le risque.

La caractérisation du risque consiste quant à elle à synthétiser et à interpréter les données significatives de l'évaluation multidimensionnelle dans une perspective globale visant à éclairer les décisions. Il s'agit de poser un diagnostic de santé publique sur le risque à la santé. Cette conclusion s'appuie sur le jugement professionnel des évaluateurs pour estimer le niveau de risque qui représente en fait une appréciation de son importance.

Cette deuxième phase du processus comprend trois étapes présentées à la figure 6. Ces étapes regroupent les éléments communs à l'évaluation et la caractérisation du risque en SAT, en SE et en MI.

Figure 6 Les étapes de la PHASE 2 – L'évaluation et la caractérisation



Le processus systématique est modulable en fonction de la situation et du contexte

- Les étapes peuvent être réalisées simultanément ou dans un ordre différent de celui proposé ici.
- Certaines étapes peuvent présenter un certain recoupement.
- L'ampleur des étapes peut varier en fonction du risque, du contexte et des ressources disponibles. Dans l'urgence, leur ampleur peut être fortement réduite pour pouvoir être exécutées très rapidement.
- Des protocoles spécifiques aux domaines de MI, SAT ou SE peuvent s'appliquer pour évaluer et caractériser certains risques particuliers.
- L'évaluation peut être quantitative ou qualitative.



En santé publique, il est peu probable de pouvoir appliquer une approche quantitative à toutes les étapes de l'évaluation du risque. En effet, le degré de quantification réalisable dépend de la disponibilité de données pertinentes, de la rapidité avec laquelle il faut évaluer le risque et de la complexité de la situation. Soulignons qu'une évaluation quantitative du risque basée sur des données peu fiables est considérée moins scientifique et crédible qu'une évaluation plus qualitative, mais qui a été bien structurée (OMS, 2012).

3.2.1 ÉVALUER LE RISQUE À LA SANTÉ



Le processus n'est pas nécessairement séquentiel. Par exemple, la première étape d'identification du danger et d'évaluation des hypothèses de causalité et la deuxième étape d'estimation de l'exposition sont généralement réalisées en parallèle.

3.2.1.1 Identifier les effets sur la santé

L'identification des effets (adapté de l'EPA, 2014) consiste à :

- identifier le danger;
- évaluer les hypothèses de causalité.

Identifier le danger

Il s'agit d'identifier l'agent ou la combinaison d'agents à la source de la problématique de risque étudiée et de déterminer les effets négatifs sur la santé humaine qui y sont associés. Ces derniers correspondent aux conséquences du risque à la santé en termes de morbidité, d'incapacité et de mortalité.

Une revue de la littérature permet généralement d'identifier, d'évaluer et de synthétiser les données scientifiques disponibles pour faire un portrait sommaire de cet agent et établir un lien entre l'agent et des effets négatifs sur la santé d'une population exposée. Différents types d'études peuvent être utilisés, notamment des études cliniques, épidémiologiques, toxicologiques. La qualité de la preuve et les limites des données scientifiques disponibles sont aussi décrites à cette étape du processus.

Évaluer les hypothèses de causalité

Évaluer les hypothèses de causalité consiste à documenter la relation entre la dose d'exposition à un agent ou à une combinaison d'agents et la survenue d'un effet particulier sur la santé (réponse). Différentes réponses peuvent être étudiées. Il peut s'agir par exemple de l'incidence de différentes maladies, du nombre d'hospitalisations associées à une certaine maladie ou du nombre de décès. L'ampleur d'une réponse peut aussi être considérée, par exemple l'ampleur d'une perte d'audition. La relation établie entre la dose et une réponse particulière est unique et spécifique à la réponse et à l'agent ou à la combinaison d'agents étudiés.



Rappelons qu'une corrélation statistiquement significative entre un danger et un effet n'implique pas nécessairement un lien de causalité. De plus, dans le cas de systèmes complexes, il convient de choisir des relations dose-réponses et des méthodes d'analyse qui permettent de tenir compte des interactions entre les différents agents. Si c'est impossible, l'incertitude qui en découle et son impact potentiel sur l'évaluation du risque devraient être signalés.

Enfin, cette étape consiste aussi à établir la vitesse d'apparition de ces effets ainsi que le mode de transmission et le mécanisme d'action de l'agent.



3.2.1.2 Estimer l'exposition

Il s'agit d'estimer quantitativement ou qualitativement :

- la concentration ou la dose réelle ou prévisible de l'agent dangereux auquel est ou pourrait être exposée la population;
- la durée de l'exposition réelle ou prévisible à l'agent dangereux;
- le nombre de personnes ou de groupes qui ont été, sont ou pourraient être exposés à une certaine concentration ou dose de l'agent dangereux;
- le nombre de personnes ou de groupes exposés plus vulnérables compte tenu d'une plus forte exposition ou encore de conditions particulières (sociodémographiques, physiologiques, économiques, etc.).

Plusieurs scénarios d'exposition peuvent être envisagés en considérant notamment différents lieux, doses d'exposition et groupes de la population. Les informations permettant d'estimer l'exposition incluent notamment les relations dose-réponse et les modes de transmission.

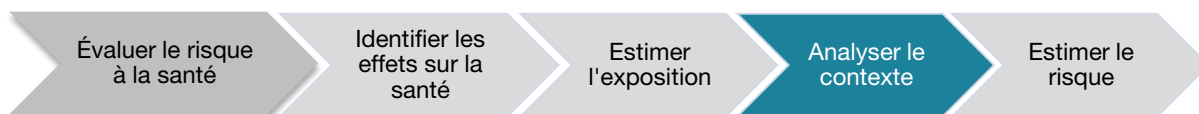


Exemples

En maladies infectieuses, dans le cas des zoonoses ou des maladies transmissibles par vecteurs (par exemple le virus du Nil occidental (VNO) ou la maladie de Lyme), l'évaluation de l'exposition requiert de l'information sur la distribution géographique de la maladie chez l'animal (par exemple la rage) ou du vecteur dans l'environnement (par exemple les moustiques pour le VNO ou les tiques responsables de la maladie de Lyme) et de tout autre facteur, par exemple climatique, qui peut favoriser leur apparition. Elle permettra ainsi d'estimer la vulnérabilité d'une région.

En santé au travail, des prélèvements sont effectués à différents postes de travail pour des contaminants préalablement identifiés afin d'établir le niveau d'exposition des travailleurs qui y sont affectés. Ces prélèvements sont réalisés en s'appuyant sur des protocoles reconnus visant à assurer la validité des résultats qui en découlent. Enfin, un jugement professionnel est porté sur la représentativité des résultats concernant l'ampleur de cette exposition.

En santé environnementale, dans le cas d'une contamination de l'eau par un agent chimique, l'évaluation de l'exposition requiert de l'information notamment sur les concentrations observées du polluant, l'historique de la contamination, l'ampleur de la zone concernée, la connaissance des voies possibles d'exposition de la population (par ingestion, inhalation ou contact cutané) ainsi que la population touchée (résidentielle, institutionnelle, milieu communautaire, villégiature, etc.).



3.2.1.3 Analyser le contexte

À l'étape d'évaluation, il peut être utile de poursuivre l'analyse du contexte, amorcée à la phase de cadrage.

Pour ce faire il convient :

- d'examiner les perceptions, les préoccupations, les attentes et les intérêts en présence;
- de documenter les facteurs du contexte significatifs qui peuvent influencer le risque.

Examiner les perceptions, les préoccupations, les attentes et les intérêts en présence

Un tel examen peut notamment faciliter la communication, l'implication des parties prenantes et une réponse adaptée au risque en déterminant les facteurs facilitant ou limitant la démarche d'évaluation et de gestion des risques. Il s'agit de répondre, le plus objectivement possible, aux questions suivantes (adapté d'IRGC, 2012) :

- Quelles sont les perceptions, les préoccupations (section 2.2.3), les attentes et les intérêts des parties prenantes?
- Une mobilisation politique ou des conflits sont-ils possibles?
- Comment les perceptions, les attentes, les intérêts, les comportements humains et les risques sont-ils reliés?
- Quel rôle jouent les institutions et les médias en ce qui a trait aux perceptions, préoccupations et intérêts des parties prenantes?
- Des différences de perspectives entre les parties prenantes concernant les objectifs, l'interprétation de résultats scientifiques, les valeurs ou une répartition inéquitable des bénéfices relatifs au risque peuvent-elles induire de la controverse?
- Y a-t-il apparence d'iniquité sociale dans la distribution du risque?

Facteurs significatifs du contexte qui influencent le risque

Certains facteurs environnementaux, organisationnels, politiques, économiques ou sociaux peuvent influencer directement ou indirectement la santé de la population ou encore le processus d'évaluation et de gestion du risque. L'évaluation de ces facteurs se poursuit ici. Elle permet d'approfondir la compréhension des éléments qui influencent la vulnérabilité ou l'exposition de la population à l'agent dangereux. De plus, elle facilite la compréhension des attentes et des intérêts des parties prenantes.

En effet, les facteurs du contexte peuvent jouer un rôle modulant l'exposition de certains groupes de la population. Au-delà des susceptibilités individuelles, les contraintes environnementales, le niveau d'éducation, le profil socio-économique ou le contexte politique sont autant de facteurs qui influencent les milieux de vie, les comportements à risque et l'adoption de mesures de prévention ou de protection susceptibles de diminuer ou d'augmenter l'exposition de groupes à un agent dangereux (par exemple proximité de la source, habitudes de vie, etc.).



Exemple

Facteurs du contexte qui pourraient influencer le risque d'exposition aux bioaérosols en milieu de soins

Chez les travailleurs de la santé, les causes des maladies respiratoires contractées en milieu de soins se situent à différents niveaux :

Pourquoi ces travailleurs prodiguent-ils des soins à des patients qui émettent des bioaérosols infectieux sans toujours mettre d'appareil de protection respiratoire? Pourquoi les environnements et l'organisation des soins provoquant l'aérosolisation d'agents infectieux ne sont-ils pas toujours conçus pour réduire l'exposition? Ces questions ouvrent la réflexion pour identifier les causes probables de l'exposition et les pistes d'intervention possibles.

De plus, les facteurs du contexte peuvent aussi influencer la perception du risque. En effet, des enjeux sociaux, politiques ou économiques ou encore des caractéristiques propres à l'agent dangereux peuvent influencer la reconnaissance du risque. Différents facteurs peuvent faire en sorte qu'on minimise ou on nie le risque tandis que la controverse peut mener à exagérer le risque.

Enfin, il convient de déterminer s'il est pertinent pour éclairer la décision d'évaluer les conséquences sur la santé de certains facteurs significatifs (impacts sociaux, économiques, etc.).



3.2.1.4 Estimer le risque

En combinant les données issues de l'estimation des effets et de l'exposition ainsi que de l'analyse du contexte, il s'agit à présent d'estimer scientifiquement, pour différents scénarios d'exposition au danger :

- les conséquences sur la santé en termes de morbidité, d'incapacité ou de mortalité, soit par exemple le nombre de malades, de décès, etc.;
- la probabilité d'observer ces conséquences.

Il convient de préciser les hypothèses considérées, les incertitudes éventuelles, la signification statistique des résultats (par exemple les intervalles de confiance, les valeurs-p, la qualité des modèles mathématiques prédictifs utilisés, etc.) et leurs impacts potentiels sur les estimés du risque.

Si l'analyse du contexte démontre la pertinence de compléter la démarche scientifique de santé publique en considérant d'autres dimensions, il convient alors d'estimer :

- les conséquences sur la santé liées à ces autres dimensions;
- la probabilité d'observer ces conséquences.

Cette estimation du risque est quantitative ou qualitative selon le contexte. Notamment, dans l'urgence ou lorsque les données ne sont pas suffisantes, une évaluation statistique est difficilement réalisable. Une évaluation qualitative s'avère alors suffisante.



3.2.2 CARACTÉRISER LE RISQUE À LA SANTÉ

En intégrant les résultats des étapes précédentes de l'évaluation, il s'agit de :

- conclure l'évaluation scientifique de santé publique;
- conclure l'évaluation multidimensionnelle du risque à la santé;
- préciser la fiabilité des conclusions.

3.2.2.1 Conclure l'évaluation scientifique de santé publique

Une fois les différentes étapes de l'évaluation du risque complétées, il convient de faire la synthèse des résultats de cette évaluation. Il s'agit de rappeler les principaux éléments spécifiques de l'énoncé de risque (section 3.1.1.1) : population, événement, agent, source, circonstances, exposition, milieu, période de temps, etc. Puis sont résumés les résultats significatifs en termes de conséquences sur la santé, de probabilité de les observer et des causes du risque.

Pour une synthèse claire, la mise en évidence de la complexité, de l'incertitude ou de l'ambiguïté de la situation est fort utile. Il est particulièrement important de rendre explicites la démarche d'évaluation choisie, les hypothèses émises, les méthodes utilisées, la qualité de la preuve et le niveau d'incertitude qui demeure présent.



À cette étape de l'évaluation, la santé publique fournit un diagnostic du risque en se basant sur les données scientifiques étayant des conséquences prévisibles ou observées en termes de morbidité, d'incapacité ou de mortalité. Les évaluateurs de santé publique concluent alors leur évaluation et estiment le niveau du risque à la santé.

La matrice de risque peut être utile pour accompagner la réflexion de l'équipe responsable d'estimer le niveau de risque (section 2.1.2 et annexe 2). Ce dernier est obtenu en combinant les deux estimés suivants :

- l'importance des conséquences avérées ou potentielles;
- la probabilité d'observer ces conséquences.

Dans certaines situations où par exemple la quantité d'information est limitée ou lorsque le niveau de risque est évident, la matrice de risque n'est pas nécessaire (OMS, 2012).

Les critères sur lesquels devrait se baser le jugement professionnel pour déterminer qu'un risque est faible ou élevé s'appuient sur une démarche scientifique tout en référant à des valeurs professionnelles, institutionnelles ou sociales. Le niveau de risque peut être évident et se déterminer rapidement. Toutefois, parfois, la définition de seuils entre différentes catégories de niveaux de risque (par exemple faible, moyen, élevé, très élevé) représente un défi et peut être une source de controverse. Il peut alors être utile d'organiser un dialogue entre les parties prenantes pertinentes afin d'établir des critères qualitatifs ou quantitatifs – idéalement communs aux parties prenantes – afin de favoriser le développement d'une vision commune.

3.2.2.2 Conclure l'évaluation multidimensionnelle

À cette étape, il s'agit de tenir compte de l'influence possible des facteurs significatifs du contexte sur les estimés du risque à la santé (section 3.2.1.4). Idéalement, il convient d'apprécier non seulement les conséquences directes (morbidité ou mortalité), mais aussi s'il y a lieu les éventuelles conséquences indirectes sur la santé découlant par exemple des impacts sociaux ou économiques. Les préoccupations et les perceptions des parties prenantes devraient aussi être considérées.

Une discussion générale met donc en perspective les résultats des étapes précédentes de l'évaluation multidimensionnelle pour conclure sur le niveau du risque à la santé. La matrice de risque peut aussi être utile pour apprécier ce dernier en considérant les différentes dimensions pertinentes (OMS, 2012).

À l'occasion de la caractérisation du risque, il est judicieux d'organiser un dialogue entre les parties prenantes, notamment lorsqu'il y a présence d'ambiguïté ou de controverse. Cela permet de clarifier les éventuelles positions différentes pour un même risque et de les mettre en perspective. Ainsi, les acteurs peuvent mieux comprendre l'origine des divergences d'opinions pouvant provenir d'une compréhension différente de l'énoncé de risque, des conséquences à la santé considérées, etc. Cette prise de conscience collective peut favoriser le développement d'une vision commune. Si malgré la collaboration entre les parties prenantes, une ambiguïté persiste, il convient de rendre compte ouvertement des divergences exprimées. Ces dernières correspondent en général à des différences de perception du risque ou à une pondération différente des éléments de l'évaluation du risque.

3.2.2.3 Préciser la fiabilité des conclusions

Pour indiquer la fiabilité qui est accordée par les évaluateurs aux résultats obtenus aux étapes précédentes, il s'agit notamment de préciser les incertitudes qui persistent, la signification statistique des résultats et les hypothèses qui ont été faites à chacune des étapes de l'évaluation.



Les évaluateurs ont la responsabilité de communiquer aux gestionnaires du risque, dans un langage simple et accessible à tous, l'information leur permettant de comprendre l'impact potentiel des incertitudes restantes sur leurs décisions. À ce stade, un dialogue entre les évaluateurs et les gestionnaires est essentiel pour aider ces derniers à bien interpréter les résultats de l'évaluation et à ne pas ignorer les effets possibles de l'incertitude. Les décideurs pourront ainsi prendre des décisions plus éclairées.

Plus l'incertitude est grande, plus la fiabilité sera faible dans les conclusions de l'évaluation et de la caractérisation. Il peut donc être utile de réévaluer les résultats si de nouvelles informations permettent de réduire l'incertitude de l'évaluation initiale.

Si peu de données sont disponibles, il est alors difficile de démontrer un lien de causalité entre un agent suspecté et un effet sur la santé observé ou appréhendé. Cependant, on ne peut pas en conclure pour autant qu'il n'y a pas d'effet et que le niveau de risque est nécessairement faible. Dans ce cas, il convient plutôt de préciser que les estimations et les conclusions générales de l'évaluation et de la caractérisation sont peu fiables. L'explicitation des perceptions du risque et de ce qui nourrit ces perceptions seront d'autant plus importantes dans une telle situation, car celles-ci ont souvent une influence plus importante lorsqu'il y a peu de données.



3.2.3 INTÉGRER L'ÉTHIQUE ET LA COMMUNICATION

3.2.3.1 Reconnaître les valeurs en présence

Il s'agit à cette étape :

- d'identifier les valeurs présentes dans la situation;
- de clarifier le sens donné à chacune des valeurs identifiées;
- de reconnaître les conflits potentiels entre certaines valeurs.

Afin d'obtenir l'éclairage le plus large possible, l'équipe de travail devrait identifier les valeurs présentes dans la situation en se mettant à distance de ses propres paradigmes. Les valeurs peuvent être identifiées en recueillant celles spontanément évoquées par les différentes parties prenantes et en considérant les conséquences du risque pour les différentes parties affectées ou intéressées. Aussi, les normes et les règles identifiées lors de la phase de cadrage et planification traduisent des valeurs sous-jacentes. Cet éclairage global devrait refléter une compréhension juste des perceptions et des préoccupations des parties prenantes, notamment celles des parties affectées par le risque.

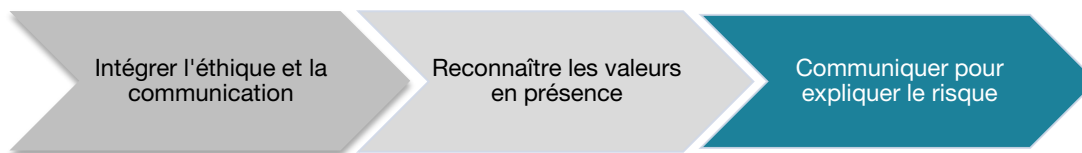


De par leur mission de protection et d'amélioration de la santé de la population, les acteurs de santé publique sont enclins à privilégier la santé et les valeurs professionnelles qui s'y rattachent. Cependant, l'intégration de la dimension éthique implique également une ouverture sincère aux intérêts et aux valeurs des diverses parties prenantes ainsi que la reconnaissance de leurs savoirs et de leur capacité à participer à l'évaluation et à la gestion des risques à la santé.



Le Référentiel de valeurs (INSPQ, 2015) peut soutenir l'identification et la clarification des valeurs. Il propose un ensemble de valeurs qui pourraient être significatives pour guider les réflexions, incluant les sept principes éthiques du cadre de 2003 à titre de valeurs. Il offre une description des valeurs les plus souvent mobilisées par les actions en santé publique. Il permet aussi de réfléchir à la portée de ces valeurs en identifiant certains défis liés à leur compréhension.

Enfin, les conflits potentiels entre les valeurs devraient également être mis en évidence, de même que les conflits entre celles-ci (par exemple entre la protection de la santé et l'autonomie des personnes) et certaines normes (par exemple, des directives sur le port d'un appareil de protection respiratoire dans un établissement). Les préoccupations éthiques découlent le plus souvent de ces conflits. Par ailleurs, l'identification de certains groupes plus à risque d'un point de vue éthique du fait de désavantages sociaux déjà présents ou appréhendés soulève une question d'équité. Les éventuelles interventions de gestion du risque pourront être envisagées de manière à réduire ces inégalités sociales de santé, un objectif important de santé publique. La qualification de « groupes vulnérables » n'est pas neutre et peut, dans certains cas, s'avérer une étiquette difficile à porter, réduisant les individus visés à leurs caractéristiques de vulnérabilité. C'est particulièrement le cas lorsque les facteurs de vulnérabilité marquent un désavantage social. Il faut alors éviter de renforcer ces désavantages sociaux dans le processus de gestion des risques tout comme dans les objectifs et décisions qui en résulteront.



3.2.3.2 Communiquer pour expliquer le risque

Il convient d'adapter les messages de communication en fonction des :

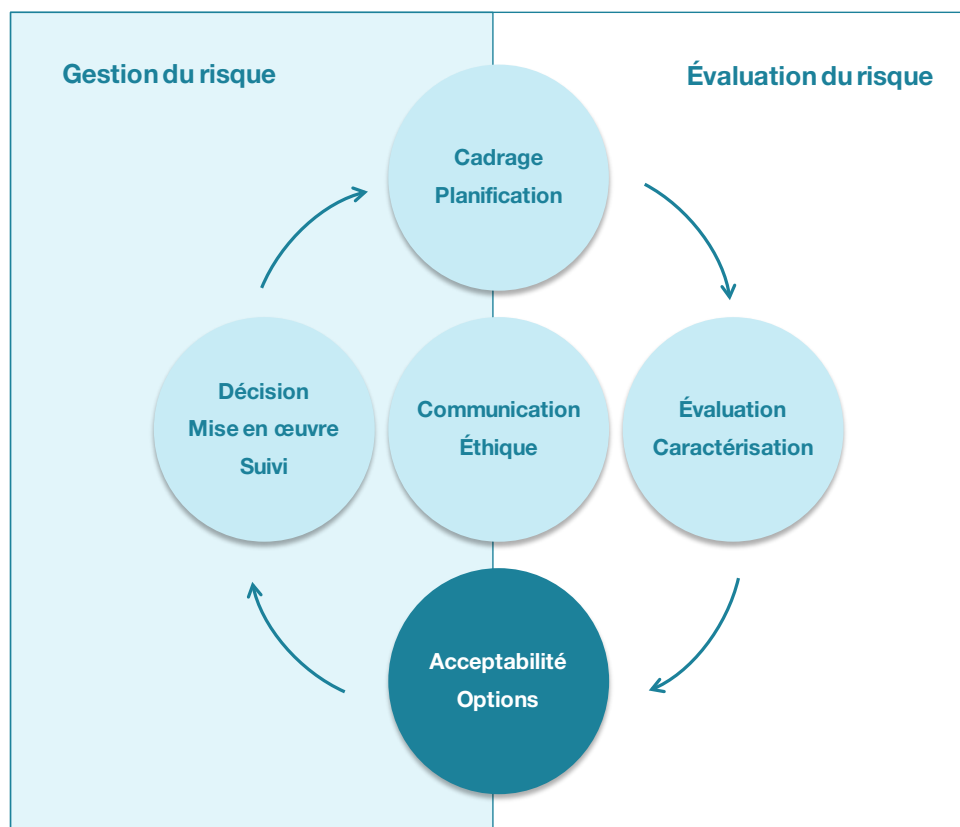
- des publics cibles (acteurs clés, parties affectées ou intéressées dont la population);
- du risque et du contexte;
- des perceptions du risque, des préoccupations, des attentes et des intérêts des parties prenantes (OMS, 2013 et Sandman, 2003).

En vue de favoriser la collaboration et l'implication des diverses parties prenantes, les activités de communication autour du risque devraient proposer des messages pour (adapté d'OMS, 2005 et 2013) :

- Faciliter la compréhension du risque avec des chiffres à la portée du public cible. Il s'agit d'expliquer notamment les effets sur la santé, la probabilité qu'ils surviennent, les causes du risque, ainsi qu'au besoin les recommandations préliminaires pour se protéger.
- Informer les parties prenantes des différentes perspectives, perceptions du risque, préoccupations et valeurs en présence. Les approches de communication devraient être adaptées en conséquence.
- Expliquer les défis éventuels de la situation et son évolution, et ce, en décrivant notamment sa complexité, l'incertitude, l'ambiguïté, l'urgence ou la crise (Sandman, 2004).
- Préciser le niveau de risque et faire état de la fiabilité des données scientifiques disponibles et qui ont été utilisées dans l'évaluation du risque (forces et limites, incertitudes), et ce, en rendant explicites les critères d'évaluation.

3.3 Phase 3 – Acceptabilité des risques et proposition d'options d'intervention : pour des décisions éclairées

« Il s'agit d'examiner quels risques les parties prenantes sont prêtes à accepter, puis de proposer des actions de réduction du risque en conséquence. »

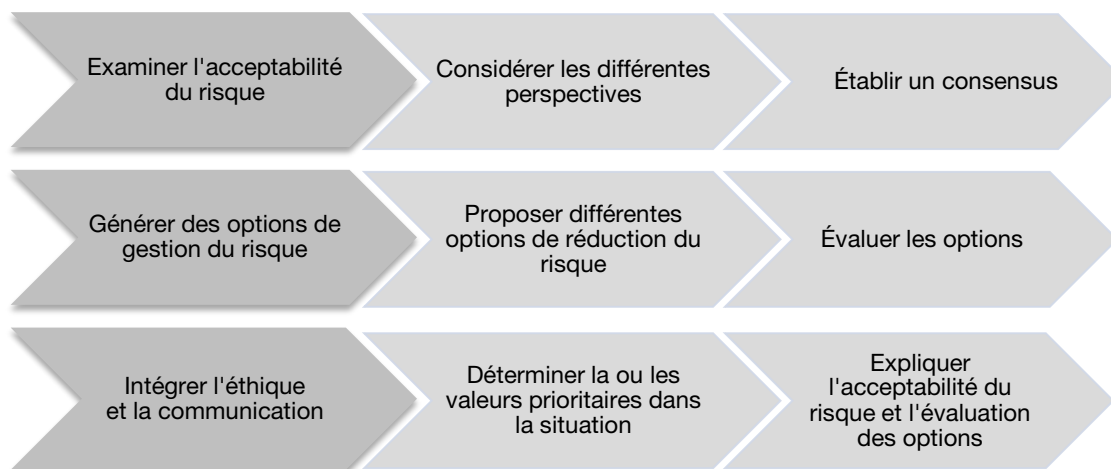


L'acceptabilité du risque* correspond au niveau de tolérance face au risque estimé grâce à la démarche scientifique et sociale déployée. L'acceptabilité s'appuie notamment sur les données scientifiques et les valeurs éthiques en présence. Elle tient aussi compte du niveau de risque estimé et de l'importance relative entre les conséquences positives et négatives qui accompagnent le risque.

Les options d'intervention proposées pour contrôler le risque devraient bien entendu être proportionnelles au niveau de risque et au degré d'acceptabilité établi. Mettre en perspective les avantages et les inconvénients de chacune des options présentées ainsi que les critères d'évaluation des options favorisent la crédibilité des décisions de gestion qui se prendront à la phase suivante du processus. La collaboration entre évaluateurs et gestionnaires devrait être étroite au cours de cette phase afin de favoriser l'identification des options d'intervention les plus adaptées au risque et au contexte.

Cette troisième phase du processus comprend trois étapes présentées à la figure 7.

Figure 7 Les étapes de la PHASE 3 – L'acceptabilité des risques et les options d'intervention



Encore à cette phase, le processus systématique demeure modulable en fonction de la situation et du contexte.

- Les étapes peuvent être réalisées simultanément ou dans un ordre différent de celui proposé.
- Certaines étapes peuvent présenter un certain recouvrement.
- L'ampleur des étapes peut varier en fonction de la situation, du contexte et des ressources disponibles. Dans l'urgence, l'ampleur des étapes peut être fortement réduite pour pouvoir exécuter ces dernières très rapidement.

3.3.1 EXAMINER L'ACCEPTABILITÉ DU RISQUE

3.3.1.1 Considérer les différentes perspectives



L'examen de l'acceptabilité par les parties prenantes aboutit à trois catégories possibles de risque (adapté d'IRGC, 2005 et d'OMS, 2012) :

- **Risque acceptable*** : risque jugé suffisamment faible pour ne pas nécessiter de mesure de contrôle supplémentaire, bien que ces mesures puissent malgré tout être mises en place sur une base volontaire pour réduire encore davantage le risque. Il peut s'agir notamment de surveillance médicale, épidémiologique ou environnementale pour détecter tout changement susceptible d'indiquer une augmentation du risque.
- **Risque tolérable*** : risque que les parties prenantes sont disposées à assumer, après avoir mis en place des mesures de réduction raisonnables ou après avoir accepté un statu quo responsable*, et ce, afin de bénéficier des effets positifs qui accompagnent le risque.

- **Risque intolérable*** : risque jugé non acceptable par les parties prenantes, peu importe les bénéfices qui en découlent. Il implique d'éliminer ou de remplacer la source de risque (par exemple une technologie ou un produit chimique) ou, si c'est impossible (cas d'un danger naturel), l'exposition devrait être restreinte. On tentera aussi de réduire la vulnérabilité de la population ou des sous-groupes qui la composent.

L'acceptabilité du risque peut varier significativement entre les parties prenantes. En effet, déterminer les seuils entre ces trois catégories d'acceptabilité présente un défi pour les acteurs clés du processus, car elles sont fonction des données scientifiques issues de l'évaluation multidimensionnelle du risque, mais également des valeurs éthiques et des perceptions du risque par les parties prenantes.



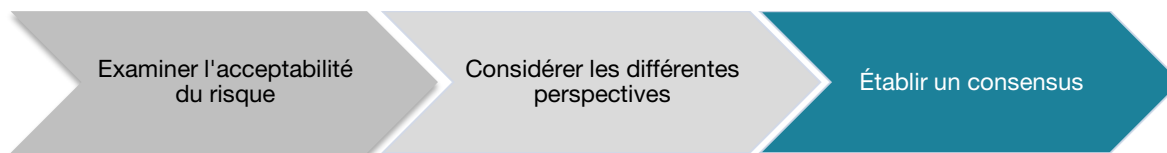
Exemple

Les risques à la santé liés à un agent présent naturellement dans l'environnement d'une région

Un agent présent naturellement dans l'environnement d'une région ou dont la concentration a été augmentée par l'activité humaine, comme l'amiante ou le radon, est reconnu par les scientifiques comme un risque significatif pour la santé si la population concernée y est exposée. Cependant, il pourrait être jugé acceptable par la population concernée. En effet, l'acceptabilité du risque est fonction de l'évaluation multidimensionnelle du risque dans un contexte particulier. Le jugement au niveau de l'acceptabilité est notamment renforcé par le fait que la réduction éventuelle ou la reconnaissance même de ce risque suppose des actions qui pourraient être considérées indésirables par la population compte tenu de leurs répercussions sur la communauté (perte de valeurs des propriétés, augmentation des coûts des travaux d'excavation locaux, perte d'attractivité de la région, ralentissement du développement économique local, etc.).



Les autorités de santé publique doivent établir leur position face à l'acceptabilité du risque à la santé de la population qu'elles soient ou non responsables de la décision finale. En effet, chaque partie prenante a la responsabilité d'établir l'acceptabilité du risque compte tenu de son domaine d'expertise. Les gestionnaires du risque examinent ensuite les différents points de vue. En particulier, ils tiennent compte des avis des évaluateurs qui s'appuient sur une démarche scientifique intégrant des valeurs professionnelles, institutionnelles ou sociales. Il est aussi important qu'ils considèrent les avis des parties affectées, même si cela n'implique pas nécessairement toujours une participation effective directe de ces dernières aux discussions. En effet, rappelons que le niveau de participation des parties prenantes au processus dépend de la situation et du contexte.



3.3.1.2 Établir un consensus



Le consensus coïncide rarement avec un assentiment unanime. Il se traduit généralement par une adhésion relative à un accord qui concilie les différentes perspectives exprimées²⁴.

Les gestionnaires du risque ont la responsabilité d'établir un consensus obtenu grâce à une collaboration étroite entre les parties prenantes. Ce consensus se traduit par un accord relatif concernant l'acceptabilité finale du risque. Si au terme des échanges entre les parties prenantes des avis divergents devaient éventuellement persister, il convient de les mentionner.



Cependant l'intervention de santé publique ne requiert pas systématiquement un consensus préalable. C'est notamment le cas dans l'urgence, lorsque la santé publique doit intervenir rapidement pour protéger la santé de la population.

Les acteurs de santé publique ayant pour finalité d'améliorer et de protéger l'état de santé de la population, ils seront naturellement enclins à donner priorité à la santé. En principe, les valeurs relatives à la pratique professionnelle devraient être actualisées tout au long du processus, permettant ainsi aux parties prenantes de recevoir avec confiance les données scientifiques tout en les assurant que leurs points de vue sont entendus et considérés.

Les valeurs les plus susceptibles d'être en tension seraient celles qui sont associées aux finalités de santé publique et celles qui sont mobilisées par les options envisagées. Pour l'ensemble des parties prenantes, la question pourrait se formuler ainsi : « Quelles sont les pertes raisonnablement acceptables pour assurer un niveau donné de protection de la santé? » Selon les valeurs en présence, la formulation pourrait être « Quelle perte d'autonomie, de liberté, de justice ou de bien-être est raisonnablement acceptable pour prévenir tel risque à la santé de la population? » Les réponses à cette question doivent faire l'objet de délibérations entre les parties prenantes afin de garantir que le consensus obtenu puisse maintenir le lien social qui les unit, lien nécessaire à la gestion du risque.

3.3.2 GÉNÉRER DES OPTIONS DE GESTION DU RISQUE



²⁴ Pour obtenir plus d'informations concernant le consensus et la façon d'intégrer les différentes perspectives consulter le document de référence « Consultation des parties prenantes » (INESSS, 2014).

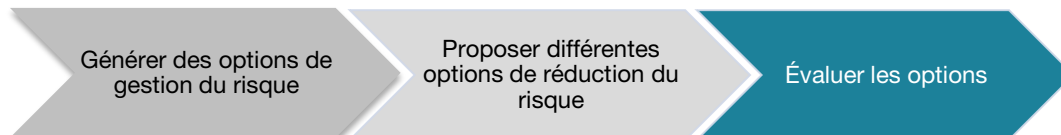
3.3.2.1 Proposer différentes options de réduction du risque

Les évaluateurs devraient proposer aux gestionnaires plusieurs options différentes qui tiennent compte du niveau de risque et de son acceptabilité. Les experts de santé publique collaborent au besoin avec les experts d'autres domaines pertinents (par exemple, pompiers, ingénieurs, etc.) pour proposer ces options de gestion. Celles mises sur la table devraient être représentatives des différentes perspectives en présence et formulées en fonction des objectifs de gestion du risque. Enfin, elles devraient tenir compte des ressources disponibles.

Différents types d'options sont possibles, seules ou combinées. Elles interviennent à différents niveaux sur la chaîne de risque (section 2.1.3). Voici quelques exemples :

- Le maintien du statu quo responsable;
- L'élimination de l'agent dangereux à la source ou la substitution de ce dernier par un agent moins ou non dangereux;
- L'application ou l'établissement de limites et de normes spécifiant les seuils des concentrations permises;
- La définition de standards techniques pour les procédés industriels ou l'équipement;
- La réduction de l'exposition (mesures de protection collectives ou individuelles);
- La surveillance épidémiologique, la vigie sanitaire ou la surveillance environnementale;
- L'information de la population concernée sur des mesures à prendre pour protéger la santé (par exemple, quoi faire si les détecteurs sonnent, comment surveiller les symptômes, qu'elles sont les mesures de premiers secours, etc.);
- Les incitatifs gouvernementaux économiques incluant la taxation, les subventions, etc.;
- Les compensations monétaires.

Ces différents types d'options orientent les interventions de la santé publique et le questionnement des experts techniques quant aux moyens et approches à mettre en place pour réduire le risque, l'exposition de la population affectée ou les conséquences sur certains groupes de la population.



3.3.2.2 Évaluer les options



L'évaluation des options est faite en étroite collaboration entre les évaluateurs et les gestionnaires du risque. Idéalement, les experts justifient scientifiquement les options et les gestionnaires définissent les critères d'évaluation des options et leur pondération, c'est-à-dire le poids relatif accordé à chacun. L'implication directe d'un plus grand nombre de parties prenantes peut être particulièrement utile à cette étape du processus, notamment dans les situations complexes, incertaines ou ambiguës.

Les autorités de santé publique sont responsables d'émettre les recommandations pour protéger la santé de la population. Elles proposent et évaluent les options pour réduire le risque à la santé. Cette étape se fait au besoin en collaboration avec d'autres experts (par exemple pompiers, ingénieurs,

etc.). Toutefois, ce sont les autorités de santé publique qui demeurent les décideurs quant aux recommandations pour protéger la santé de la population, même lorsqu'elles conseillent une autre autorité responsable de la décision finale et de la mise en œuvre du moyen d'intervention.

L'évaluation et la comparaison des options en termes d'efficacité à réduire le risque et les conséquences de ces options peuvent être faites suivant différents critères (tableau 1). Il est aussi possible d'estimer la probabilité qu'une mesure de contrôle prévienne l'apparition de nouveaux cas tout en considérant les conséquences de sa mise en œuvre à l'aide de différents outils tels qu'une matrice (OMS, 2012, p. 25-26)²⁵. Cette dernière permet de comparer les options suivant ces deux dernières dimensions (probabilité et conséquence) en fonction de différents critères. Les évaluateurs devraient convenir ensemble au préalable de ces échelles de référence. Les autorités de santé publique recommandent donc aux gestionnaires du risque les options ou les combinaisons d'options qui minimisent les conséquences négatives et présentent la probabilité la plus élevée de réduire les risques à la santé. Les options devraient être justifiées sur les plans scientifique et éthique. Cela permettra aux gestionnaires de prendre des décisions éclairées à la phase suivante du processus de gestion du risque.

Les critères du tableau 1 correspondent d'ailleurs le plus souvent à des valeurs éthiques soulevées par des interventions de santé publique ou, dit autrement, à des conditions justificatives de ces interventions. D'autres valeurs pourraient être considérées, notamment celles qui sont inscrites au Référentiel des valeurs (INSPQ, 2015). Ainsi, comme nous le verrons à la section suivante relative à la dimension éthique, une intervention n'est justifiée que si elle peut raisonnablement permettre d'atteindre les objectifs visés et avoir un impact sur l'état de santé de la population. Les options devraient donc être considérées à la lumière des valeurs qui auront été jugées prioritaires dans la situation. Au final les critères les plus importants seront ceux qui reflèteront les valeurs qui importent le plus dans la situation.

²⁵ Il s'agit d'une matrice pour évaluer les options (OMS, 2012, p. 25-26) différente de la matrice de risque (annexe 2).

Tableau 1 Proposition de critères d'évaluation des options²⁶

Le caractère raisonnable sur le plan éthique

L'évaluation de l'option en fonction de sa possibilité d'actualiser les valeurs qui auront été établies comme les plus importantes dans la situation tout en minimisant l'atteinte aux autres valeurs en présence.

La conformité réglementaire

La compatibilité de l'option avec les normes, les lois et les règlements en vigueur.

Le développement durable

La pérennité de l'option au niveau des bienfaits sanitaires ainsi qu'au niveau de la préservation de l'environnement, de la prospérité économique et de la cohésion sociale.

L'efficacité

L'aptitude à réduire les effets négatifs sur la santé et à remédier aux causes du risque.

L'efficience

La faculté d'atteindre les objectifs tout en minimisant les ressources investies, notamment les coûts d'investissement et de fonctionnement.

La faisabilité

La capacité à réaliser l'option sur le plan technique et au niveau de la disponibilité des ressources requises pour sa mise en œuvre.

L'optimisation

La minimisation des effets secondaires indésirables et la maximisation des bénéfices potentiels associés à ces options sur le plan de la santé, mais aussi au niveau social, économique, environnemental, éthique ou politique, par exemple en ce qui a trait au lien social ou aux inégalités de santé.

La proportionnalité

Le rapport positif entre les bénéfices et les inconvénients de l'option pour les différentes parties prenantes et en particulier pour les groupes affectés par le risque.

La recevabilité

Le jugement par les parties affectées de la validité et du bien-fondé de l'option.

3.3.3 INTÉGRER L'ÉTHIQUE ET LA COMMUNICATION



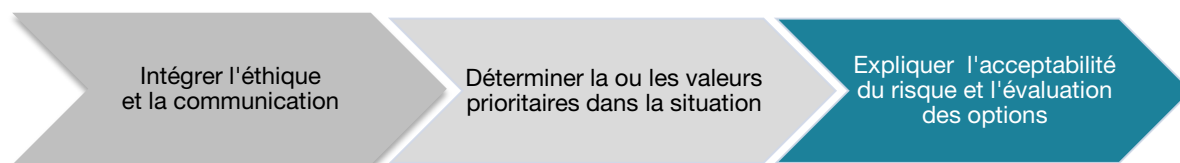
²⁶ Les critères sont proposés par ordre alphabétique, car leur pondération est modulée en fonction du risque, du contexte ainsi que des valeurs qui auront été jugées les plus importantes dans la situation.

3.3.3.1 Déterminer la ou les valeurs prioritaires dans la situation

Il s'agit d'ordonner les valeurs pour identifier la plus importante dans la situation. En effet, quand on cherche des solutions qui répondront le mieux possible à « comment bien faire dans la situation? », on cherche en fait à établir quelle est la valeur qui compte le plus, celle qui devrait avoir priorité dans la gestion des risques particuliers à la situation examinée. L'arbitrage entre les différentes valeurs en présence, surtout lorsqu'elles sont en conflit, implique de conjuguer les différentes perspectives, ce qui représente tout un défi.

L'analyse des valeurs, en vue de les ordonner, c'est aussi l'analyse de la portée des moyens proposés et l'exploration de moyens qui permettraient de mieux respecter la ou les valeurs prioritaires tout en gardant un équilibre avec d'autres valeurs jugées importantes dans la situation. Le critère de proportionnalité est donc principalement discuté. En effet, l'option doit d'abord, pour être valide, être efficace. Ainsi, la justification de l'investissement de ressources et d'une éventuelle atteinte à des valeurs importantes ne peut s'appuyer que sur une probabilité raisonnable d'atteindre les objectifs sanitaires fixés. Évidemment, ces objectifs auront au préalable été démontrés raisonnables.

Lorsqu'une option est susceptible de porter atteinte à une valeur, il y a lieu d'explorer comment cette atteinte peut être minimisée. Cette appréciation des conséquences éventuelles des options possibles permet d'envisager des mesures d'atténuation de ces conséquences. Ainsi, une préoccupation éthique liée à la possibilité de stigmatisation d'un sous-groupe de la population ne signifie pas forcément le rejet de l'option. Cela force plutôt à explorer comment réduire ce risque de stigmatisation.



3.3.3.2 Expliquer l'acceptabilité du risque et l'évaluation des options

Il convient d'adapter les messages de communication en fonction des :

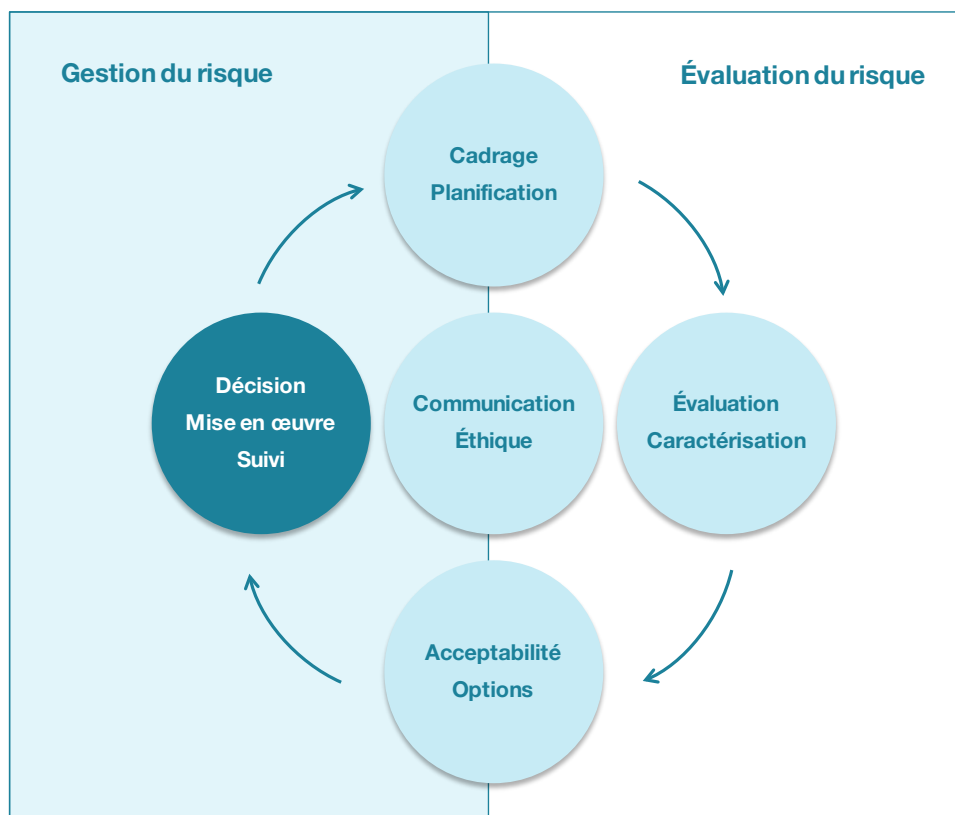
- des publics cibles (acteurs clés, parties affectées ou intéressées dont la population).
- du risque et du contexte.
- des perceptions du risque, des préoccupations, des attentes et des intérêts des parties prenantes (OMS, 2013 et Sandman, 2003).

À cette phase du processus, la communication devrait viser à expliquer les critères qui ont guidé le jugement sur l'acceptabilité du risque. Dans le cas d'ambiguïté, il est souhaitable d'expliquer les différences de perceptions ou les conflits de valeurs en présence et de justifier la priorisation retenue des valeurs.

Il s'agit aussi d'expliquer les différentes options possibles, notamment informer les parties affectées de ce qu'elles peuvent faire pour se protéger. Il peut aussi être utile de communiquer les avantages et les inconvénients des options ainsi que le niveau de confiance dans leur efficacité respective pour réduire ou contrôler le risque.

3.4 Phase 4 – Décision, mise en œuvre et suivi des interventions : pour agir et pérenniser

« Il s'agit de faire des choix et de mettre en œuvre les actions retenues, de les améliorer si nécessaire, puis de pérenniser les gains obtenus. »

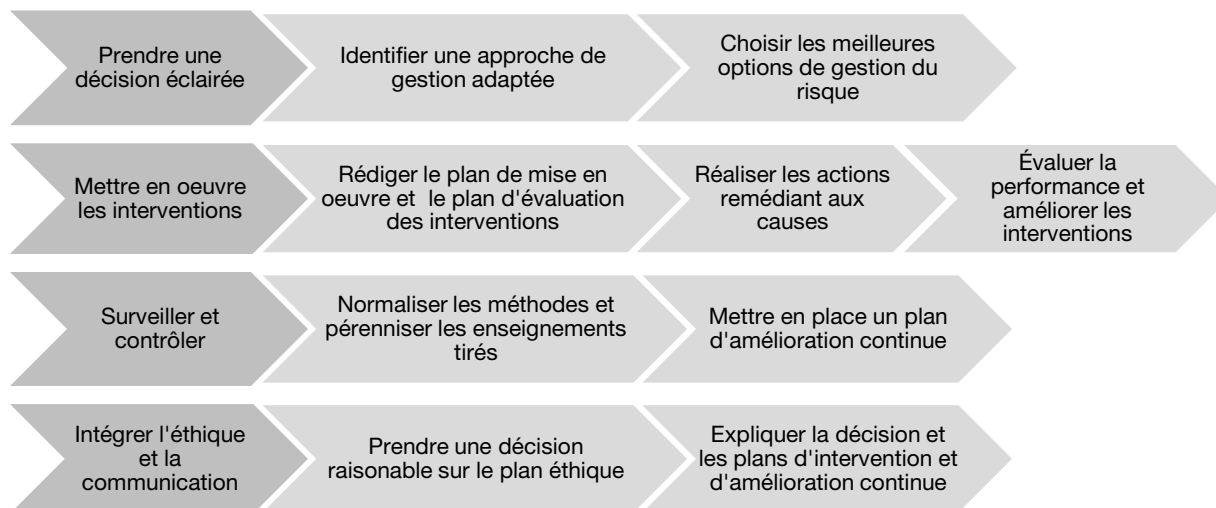


À cette quatrième phase du processus, les gestionnaires du risque à la santé de la population définissent une approche de gestion adaptée au risque et au contexte. Ils choisissent les options à retenir et celles à rejeter. Ils supervisent et contrôlent ensuite la mise en œuvre des interventions. Puis, ils mesurent et analysent les résultats obtenus afin de vérifier l'atteinte des objectifs tant du point de vue du contrôle des agents et des expositions que des conséquences sanitaires pour la population concernée.

Finalement, ils procèdent aux ajustements nécessaires et veillent à pérenniser les gains obtenus. Ils évaluent aussi l'efficacité du processus de gestion des risques en lui-même et ils s'occupent de préserver les enseignements tirés de cet effort de gestion.

Cette première phase du processus comprend quatre étapes présentées à la figure 8.

Figure 8 Les étapes de la PHASE 4 – Décision, mise en œuvre et suivi des interventions : pour agir et pérenniser



Le processus systématique est modulable en fonction de la situation et du contexte.

- Les étapes peuvent être réalisées simultanément ou dans un ordre différent de celui proposé;
- Certaines étapes peuvent présenter un certain recouvrement;
- L'ampleur des étapes peut varier en fonction de la situation, du contexte et des ressources disponibles. Dans l'urgence, leur ampleur peut être fortement réduite pour pouvoir être exécutées très rapidement.

3.4.1 PRENDRE UNE DÉCISION ÉCLAIRÉE



3.4.1.1 Identifier une approche de gestion adaptée

Les décideurs révisent l'ensemble des données issues des phases précédentes. Tenir compte du niveau et de l'acceptabilité du risque, du risque lui-même et du contexte facilitera grandement la mise en place d'une approche adaptée au risque et au contexte.

L'acceptabilité du risque, établie à la phase précédente, peut se traduire par un risque acceptable, tolérable ou intolérable (section 3.3.1). Ces différentes catégories d'acceptabilité du risque orientent l'approche et les objectifs de gestion.

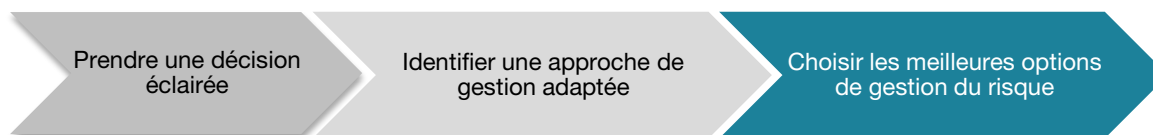
Différentes catégories d'approches de gestion du risque sont possibles :

- **l'élimination du risque** consiste à supprimer complètement le risque au moyen d'une action, par exemple en remplaçant une technologie par une autre;
- **le transfert de la gestion du risque** consiste à confier à une autre instance qui serait mieux placée pour gérer certaines composantes du risque jugées sensibles par les parties prenantes, par exemple en termes de choix technologique ou de mise en œuvre de la solution;
- **le statu quo responsable** résulte d'une décision éclairée et consiste à choisir de ne rien faire face au risque tout en prenant la pleine responsabilité des conséquences éventuelles;
- **la prévention ou la réduction d'un risque potentiel ou avéré** se réalise quant à elle par différentes actions qui peuvent intervenir à divers niveaux de la chaîne de risque.

Lorsque le risque est marqué par la complexité, l'incertitude ou l'ambiguïté, il est utile d'ajuster les approches de gestion en conséquence (section 3.1.2.3). En particulier,

« Le principe de précaution vise à permettre aux décideurs de prendre des mesures de protection lorsque les preuves scientifiques relatives à un danger pour l'environnement ou la santé humaine sont incertaines et que les enjeux sont importants » (Service de recherche du parlement européen (EPRS), 2015, p.1).

L'application du principe de précaution n'implique pas la mise en œuvre d'une mesure spécifique (EPRS, 2015). De plus, il convient d'adopter une telle approche proactive avec discernement, rigueur et transparence en tenant compte de la gravité et de la plausibilité du risque potentiel. (INSPQ, 2003)



3.4.1.2 Choisir les meilleures options de gestion du risque

Les décideurs sélectionnent les options à retenir et celles à rejeter en examinant les résultats de l'évaluation des options. En fonction du contexte, l'approche de gestion retiendra une seule option ou une combinaison d'options différentes. Aussi, les décideurs peuvent-ils choisir d'agir à différents niveaux de la chaîne de risque (section 2.1.3).



Les autorités de santé publique sont rarement les décideurs finaux de l'option ou de la combinaison d'options à retenir. Néanmoins, elles restent responsables de la recommandation émise pour protéger la santé de la population, même lorsqu'elle conseille une autre autorité. C'est souvent le cas en SE et SAT. Par contre, en MI, les autorités de santé publique peuvent plus souvent être responsables de la décision et de son application, comme c'est le cas dans le domaine de la vaccination.

La décision à prendre pour prévenir ou réduire un risque est évidente lorsqu'une ou plusieurs options se démarquent en étant meilleures sur tous les critères retenus. Sinon, il s'agira d'identifier les options ou les combinaisons d'options qui apportent pour l'ensemble des parties prenantes le meilleur équilibre entre les bénéfices et les inconvénients. Différentes approches visent à identifier les options dont les effets positifs compensent les effets négatifs. Il s'agit notamment de l'analyse coûts-bénéfices ou de l'analyse décisionnelle multicritères. Les gestionnaires devraient appliquer ce type d'approche en considérant les dimensions pertinentes permettant d'avoir une vision globale de la problématique. Dans une perspective éthique, on considérera les valeurs sous-jacentes à ces approches de manière à ce que le choix des options soit cohérent avec les valeurs identifiées comme prioritaires aux étapes précédentes. Enfin, la participation des parties prenantes à cette étape favorise la légitimité de la décision. Le degré d'implication de ces dernières devrait être modulé en fonction du risque et du contexte. Lorsqu'il y a de la controverse ou de l'ambiguïté, une participation accrue des parties affectées et intéressées est recommandée à cette étape.



Lors d'une démarche intersectorielle, il est important de tenir compte des responsabilités et des pouvoirs des différents acteurs clés prévus par les lois en fonction du contexte. Il convient également de vérifier que les décideurs ont accepté leurs responsabilités. Un maillon faible à ce niveau peut entraîner une prise en charge sous-optimale de la situation par tous les acteurs clés. La collaboration et la concertation des acteurs clés favoriseront la cohérence et la complémentarité des interventions.

3.4.2 METTRE EN ŒUVRE LES INTERVENTIONS



Les gestionnaires du risque sont responsables d'assurer une mise en œuvre efficace des interventions choisies. Ils établissent donc au préalable un plan de mise en œuvre et d'évaluation des interventions. Celui-ci permet de collecter les informations initiales nécessaires à la comparaison des niveaux de risque avant et après l'intervention.

Le plan de mise en œuvre précise les différentes étapes pour réaliser les options retenues. Le plan d'évaluation des interventions définit les activités prévues pour l'évaluation des interventions. Ces deux plans déterminent aussi notamment les responsables, les collaborateurs, les ressources et les échéanciers.

Les actions permettant de réduire le risque sont ensuite réalisées. Les gestionnaires du risque sont aussi responsables de la supervision de la mise en œuvre des interventions. Ils veillent au déploiement concerté des interventions et au respect du plan initial. Ils vérifient que les parties prenantes concernées comprennent leurs contributions attendues et qu'elles s'impliquent.



Les gestionnaires sont également chargés d'évaluer la performance des interventions de réduction du risque retenues, des approches de gestion appliquées ainsi que leurs effets non intentionnels éventuels sur différentes dimensions importantes pour les parties prenantes. La matrice de risque est un outil intéressant pour visualiser la progression des niveaux de risque avant et après l'intervention. Les résultats fournis par les systèmes de surveillance, par exemple, peuvent être utiles pour quantifier cette progression qui devrait montrer une diminution du risque. Le risque résiduel est comparé aux objectifs fixés. Si ces derniers ne sont pas atteints, de nouvelles solutions pourront être développées et testées pour améliorer les interventions.

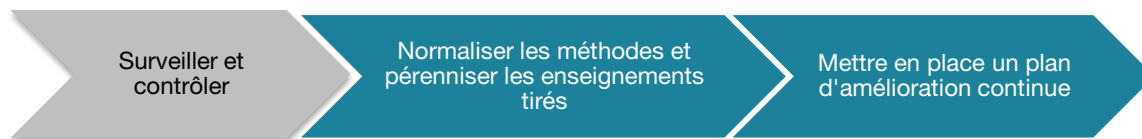
Les autorités de santé publique, lorsqu'elles conseillent une autre autorité responsable de la mise en œuvre, restent responsables de la protection de la santé de la population. Elles ajustent donc l'intensité de leur intervention auprès de l'autre autorité responsable en fonction de l'importance du risque à la santé de la population et de l'urgence de la situation.



Exemple

Intervention des autorités de santé publique auprès d'une autre autorité qu'elles conseillent

En cas de risque de décès (intoxication au monoxyde de carbone par exemple), les autorités de santé publique suivront de très près la situation et insisteront auprès des autorités responsables de l'intervention afin de s'assurer de la mise en place rapide de mesures appropriées de protection et de prévention de la santé de la population.



3.4.3 SURVEILLER ET CONTRÔLER

Cette dernière étape du processus vise à maintenir à long terme les gains obtenus par les interventions réalisées.

Les nouvelles méthodes mises en place lors de l'intervention devraient être normalisées et les enseignements tirés de cet effort de gestion des risques pérennisés. Il s'agit de documenter adéquatement les procédures établies et les constats faits, puis d'informer, et au besoin de former, les parties prenantes concernées.

Un plan d'amélioration continue permettra si nécessaire de poursuivre à plus long terme le suivi de la performance des interventions de réduction du risque retenues et des approches de gestion appliquées. Il s'agit d'assurer également le suivi de leurs effets non intentionnels éventuels. La mise en place d'un système de surveillance permettra de vérifier l'efficacité des mesures mises en place et de détecter l'apparition de risques ou de problèmes de santé. Au besoin, les interventions pourront être ajustées. Ce plan peut aussi inclure le suivi des actions à réaliser à la suite des recommandations éventuelles faites pour améliorer les résultats obtenus en termes de réduction des risques ou sur les approches de gestion employées. De nouvelles solutions pourront éventuellement être développées et testées. Le plan comprend également la mise en place et le suivi de la formation continue des parties prenantes concernées.

3.4.4 INTÉGRER L'ÉTHIQUE ET LA COMMUNICATION



3.4.4.1 Prendre une décision raisonnable sur le plan éthique

La priorisation des valeurs établie oriente la décision aussi bien au regard de l'appréciation du risque que des moyens qui seront déployés pour en assurer le contrôle. À partir de la synthèse des éléments discutés dans les phases précédentes, il sera possible de déterminer laquelle des options envisagées permet le mieux de gérer le risque dans le respect des valeurs en présence et, le cas échéant, quels éléments mériteraient d'être reconsidérés (ajustés, retirés, ajoutés, etc.). La ou les décisions seront justifiées à partir de l'argumentation qui s'est construite au cours du processus.

Une décision, même lorsqu'elle est justifiée sur le plan éthique, peut comporter des conséquences plus ou moins souhaitables pour l'ensemble des populations concernées ou pour certaines en particulier. Il convient d'en tenir compte et de chercher à réduire autant que possible la survenue de telles conséquences.

Afin de valider le caractère raisonnable de la décision sur le plan éthique, voici quatre questions à se poser lors d'une prise de décision (Lacroix A., 2012) :

- Êtes-vous suffisamment confiants pour éventuellement présenter publiquement votre analyse, votre décision et les arguments la justifiant?
- Pensez-vous que votre analyse, votre décision et les arguments la justifiant puissent servir d'exemple pour résoudre toute autre situation similaire?
- Si vous subissiez les conséquences de votre choix, jugeriez-vous toujours qu'il s'agit d'un bon choix?
- Si vous présentiez les arguments justifiant la décision à un tribunal d'appel composé de personnes que vous estimez faire preuve de discernement et qui ne partagent pas toutes vos vues, votre décision serait-elle jugée raisonnable?

3.4.4.2 Expliquer la décision et les plans d'intervention et d'amélioration continue



Il convient toujours d'adapter les messages-clés de communication aux publics cibles et aux acteurs clés ainsi qu'en fonction du risque et du contexte.

La justification de la décision est facilitée lorsque les options à retenir font l'unanimité. Lorsqu'il y a des opinions minoritaires divergentes ou de la controverse, il convient de communiquer en expliquant les raisons scientifiques et éthiques qui ont mené à privilégier une option ou une combinaison d'options, car cela contribue à légitimer cette décision et favorise son acceptation.

Par ailleurs, il est souvent pertinent de préciser les critères d'évaluation des options et leur pondération respective afin d'éclairer ce qui a guidé la décision. Dans le cas d'ambiguïté soutenue, il faut exprimer qu'on est conscient des conflits de valeurs et des différences de perceptions tout en justifiant la priorisation retenue des valeurs. Bien sûr, une attitude d'empathie est largement souhaitable ici. Cette empathie pourra s'exprimer à l'aide de formulations telles que « nous sommes conscients que vous serez contraints sur la base de cette valeur, mais nous avons pris cette décision sur la base des valeurs et critères suivants : (...) ».

Au cours de cette dernière phase du processus de gestion des risques, les parties prenantes apprécieront une communication claire et transparente autour du plan de mise en œuvre des interventions ainsi que sur leur suivi et contrôle à plus long terme (possiblement par un plan d'amélioration continue). En particulier, il s'agira de communiquer adéquatement aux parties prenantes concernées les nouvelles procédures mises en place pour réduire les risques, les enseignements tirés de cet effort de gestion et leurs contributions attendues.

4 Conclusion

Ce cadre de référence propose un processus systématique pour évaluer et gérer les risques à la santé de la population, plus spécifiquement pour les risques qui touchent ou pourraient toucher l'intégrité physique des personnes dans les domaines de la SE, de la SAT et des MI. Il a été développé dans le but de favoriser une compréhension commune des concepts clés et des différentes phases du processus pour les évaluateurs et les gestionnaires des risques à la santé de la population.

La démarche proposée vise à accompagner le jugement professionnel des intervenants en santé publique pour faire face adéquatement aux risques à la santé souvent marqués par l'incertitude, la complexité ou l'ambiguïté. La réflexion éthique est intégrée au processus de gestion des risques. Ceci permet de justifier l'action de santé publique non seulement sur le plan scientifique, mais également des valeurs. De même, la communication, placée au cœur du processus, invite au dialogue entre les parties prenantes et à la transparence du processus. Enfin, il peut parfois être utile de compléter la démarche scientifique de santé publique en considérant au besoin d'autres dimensions (par exemple sociale ou politique) jugées pertinentes pour la démarche. Les intervenants de santé publique ont la responsabilité de suivre la logique de l'ensemble du processus tout en l'adaptant avec discernement et souplesse en fonction du risque et du contexte.

Ce cadre de référence est par ailleurs appelé à évoluer en fonction du contexte. En effet, il est probable que la LSP soit révisée au cours des prochaines années. Dans ce cas, le cadre de référence serait alors aussi mis à jour pour être cohérent avec cette dernière.

Enfin, un aide-mémoire est disponible pour faciliter l'application du cadre à la pratique professionnelle en santé publique. Cette fiche se veut un outil de suivi pour faciliter la prise en considération des principales étapes décrites dans le cadre pour orienter l'action de santé publique. Il est prévu de proposer aux intervenants de santé publique différentes stratégies de diffusion et d'appropriation du cadre.

Références

- Agence canadienne d'évaluation environnementale. (2008). *Guide sur la participation du public: guide sur la participation significative du public aux évaluations environnementales en vertu de la Loi canadienne sur l'évaluation environnementale*. Agence canadienne d'évaluation environnementale. Repéré à https://www.ceaa-acee.gc.ca/Content/4/6/4/46425CAF-50B2-408D-A2A4-EDFAD2A72807/Guide_sur_la_participation_du_public.pdf
- Comité d'éthique en santé publique (CESP). (à paraître). *Le processus d'examen éthique du Comité d'éthique de santé publique et son cadre de référence (titre temporaire)*. Auteurs: France Filiatrault, Michel Désy, Bruno Leclerc. Montréal: CESP.
- Covello, V. T. (s.d.). *The EPA's Seven Cardinal Rules of Risk Communication*. Repéré à http://www.wvdhhr.org/bphtraining/courses/cdcynergy/content/activeinformation/resources/epa_seven_cardinal_rules.pdf
- Environmental Protection Agency (EPA). (2009). *The Public Notification Rule: A Quick Reference Guide*. U.S. EPA. Repéré à <http://www.epa.gov/dwreginfo/public-notification-rule>
- Environmental Protection Agency (EPA). (2014). *Framework for Human Health Risk Assessment to Inform Decision Making*. U.S. EPA. Repéré à <http://www2.epa.gov/sites/production/files/2014-12/documents/hhra-framework-final-2014.pdf>
- Government of Western Australia (Department of Health). (2010). *Health Risk Assessment (Scoping) Guidelines*. Perth: Government of Western Australia, Department of Health. Repéré à http://www.public.health.wa.gov.au/cproot/3087/2/hra_scoping.pdf
- Institut de veille sanitaire (InVS). (2011). *Approche du contexte social lors d'un signalement local en santé et environnement: Document d'appui aux investigateurs*. Rédacteurs: Côme Daniau, Frédéric Dor, Florence Kermarec. InVS. Repéré à http://www.invs.sante.fr/publications/2011/contexte_social_signalement_sante_environnement/rapport_contexte_social.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2013a). *Le cadrage des projets de l'INESSS*. Rapport rédigé par Pierre Dagenais et Valérie Martin. Montréal: INESSS. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_Metho_Cadragedesprojets.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2013b). *Préparation du plan de réalisation d'un projet - Guide méthodologique*. Rapport rédigé par Pierre Dagenais, Christine Lobè et Valérie Martin. Montréal: INESSS. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_GuideMetho_Plan_de_realisation_04.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2014). *Consultation des parties prenantes - Document de référence*. Rapport rédigé par Monique Fournier et Pierre Dagenais. Québec: INESSS. Repéré à https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_Consultation_Parties_Prenantes.pdf

- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2003). *Cadre de référence en gestion des risques pour la santé dans le réseau québécois de la santé publique*. Auteure: Sylvie Ricard. Montréal: INSPQ. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/163_CadreReferenceGestionRisques.pdf
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2009). *Cadre de référence pour le dépistage et la surveillance médicale en santé au travail*. Auteur: Comité d'experts sur le dépistage et la surveillance médicale en santé au travail. Montréal: INSPQ. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/990_CadreDepistageSanteTravail.pdf
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2010). *Relation entre l'agriculture et la qualité de la vie des communautés rurales et périurbaines*. Auteurs: Geneviève Brisson, Mary Richardson, Dominique Gagné. Montréal: INSPQ. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1169_RelAgriculQualiteVieCommuRuraPeriurbai.pdf
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2012). *Lignes directrices pour la réalisation des évaluations du risque toxicologique d'origine environnementale au Québec*. Auteurs: Équipe scientifique sur les risques toxicologiques. Montréal: INSPQ. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1440_LignesDirectRealEvaRisqueToxicoOrigEnviroSanteHum.pdf
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2013). *Guide de soutien destiné au réseau de la santé : l'évaluation des impacts sociaux en environnement*. Auteurs: Emmanuelle Bouchard-Bastien, Dominique Gagné, Geneviève Brisson. Montréal: INSPQ. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1765_GuideSoutienResSanteEvaImpactsSocEnv.pdf
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2014). *Gestion des risques dans le réseau québécois de la santé publique – Rapport de la consultation sur les préoccupations et les améliorations à apporter*. Auteurs: Paul Bouchard, Valérie Cortin. Montréal: INSPQ. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/publications/1776>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2015). *Référentiel de valeurs pour soutenir l'analyse éthique des actions en santé publique*. Auteurs: France Filiatrault, Michel Désy, Bruno Leclerc. Montréal: INSPQ. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2010_Referentiel_Valeurs_Analyse_Ethique.pdf
- International Association for Public Participation (IAP2). (2007). *IAP2 Spectrum of Public Participation*. IAP2. Repéré à http://c.ymcdn.com/sites/www.iap2.org/resource/resmgr/imported/IAP2_Spectrum_vertical.pdf
- International Association for Public Participation (IAP2). (2011). *Fondements de la participation du public d'AIP2*. Thornton: IAP2. Repéré à http://iap2canada.ca/Resources/Documents/French_Language/P03_French_IAP2_Foundations_2011_Post_Joana.pdf
- International Risk Governance Council (IRGC). (2005). *Risk Governance - Towards an Integrative Approach*. Auteurs: Ortwin Renn, Peter Graham (Annexes). Genève: IRGC. Repéré à <http://www.irgc.org/publications/core-concepts-of-risk-governance/>
- International Risk Governance Council (IRGC). (2012). *An introduction to the IRGC Risk Governance Framework*. Genève: IRGC. Repéré à <http://www.irgc.org/publications/core-concepts-of-risk-governance/>
- Kourilsky, P., & Viney, G. (1999). *Le Principe de précaution : rapport au Premier ministre*. Paris: Odile Jacob: La Documentation française. Repéré à <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/004000402/index.shtml>

- Lacroix, A. (2012). Intégrer l'éthique au jugement professionnel. Journée annuelle de santé publique. Repéré à http://jasp.inspq.qc.ca/Data/Sites/1/SharedFiles/presentations/2012/jasp2012_28nov_atelierethique_andrelacroix.pdf
- Martel, J.-M., & Rousseau, A. (1993). *Cadre de référence d'une démarche multicritère de gestion intégrée des ressources en milieu forestier*. Québec: Université Laval. Repéré à <ftp://ftp.mern.gouv.qc.ca/Public/Bibliointer/Mono/2012/05/1112628.pdf>
- Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS). (1994). *L'intervention sociosanitaire dans le cadre des mesures d'urgence. Volet Santé publique (santé environnementale). Cahier de participation*. Québec: MSSS.
- Ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS). (2002). *Mieux comprendre la Loi sur la santé publique - Une synthèse des principales questions soulevées lors de sa présentation, de janvier à juin 2002 - Novembre 2002 - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux*. Auteure: France Filiatrault. Québec: MSSS. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001462/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012 - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux*. Québec: MSSS. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000917/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012 — Mise à jour 2008 - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux*. Québec: MSSS. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000916/>
- Ministère de la santé et des Services sociaux (MSSS). (2012). *La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux*. Auteur: Hervé Anctil. Québec: MSSS. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000540/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2015a). *Guide d'intervention – La légionellose*. Auteurs: Caroline Huot, Jean-François Duchesne, Jasmin Villeneuve et al. Québec: MSSS. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000776/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2015b). *Programme national de santé publique 2015-2025 - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux*. Québec: MSSS. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>
- Ministère de la Sécurité publique. (2008). *Gestion des risques en sécurité civile*. Auteur: Marc Morin. Québec: Ministère de la Sécurité publique. Repéré à http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/securite_civile/publications/gestion_risques/gestion_risques.pdf
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2005). *WHO outbreak communication guidelines*. Genève: OMS. Repéré à http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_2005_28/en/
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2008). *World Health Organization Outbreak Communication Planning Guide 2008*. Genève: OMS.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2012). *Rapid Risk Assessment of Acute Public Health Events*. Genève: OMS. Repéré à http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70810/1/WHO_HSE_GAR_ARO_2012.1_eng.pdf

- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2013). *Health and environment: communicating the risks*. Genève: OMS. Repéré à <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-and-environment-communicating-the-risks>
- Sandman, P. M. (2003). Four Kinds of Risk Communication (Peter Sandman column). Repéré le 2 mai 2014 à <http://www.psandman.com/col/4kind-1.htm>
- Sandman, P. M. (2004). Acknowledging Uncertainty (Peter Sandman column). Repéré le 23 avril 2014 à <http://www.psandman.com/col/uncertain.htm>
- Sandman, P. M. (2005). When to Release Risk Information: Early -- But Expect Criticism Anyway (Peter Sandman/Jody Lanard column). Repéré le 23 avril 2014 à <http://www.psandman.com/col/early.htm>
- Sécurité publique Canada. (2012). *Bâtir un Canada sécuritaire et résilient: Lignes directrices sur la méthodologie d'évaluation tous risques 2012-2013*. Sécurité publique Canada. Repéré à <http://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/ll-hzrds-ssssmnt/ll-hzrds-ssssmnt-fra.pdf>
- Service de recherche du parlement européen (EPRS). (2015). *Le principe de précaution - définitions, applications et gouvernance*. Auteur: Didier Bourguignon. Bruxelles: EPRS. Repéré à http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2015/573876/EPRS_IDA%282015%29573876_FR.pdf

Annexe 1

Comparaison du cadre de 2016 et du cadre de 2003

Comparaison du cadre de 2016 et du cadre de 2003

Ce nouveau cadre de gestion des risques en santé publique (cadre de 2016) succèdera au cadre de 2003 (INSPQ, 2003).

À titre comparatif, le processus d'évaluation et de gestion des risques à la santé de ce cadre comprend quatre phases (figure 9), tandis que celui de 2003 (figure 10) compte six phases.

Les deux cadres partagent les mêmes concepts, les mêmes caractéristiques générales (communication, coordination et concertation, itérativité, adaptabilité) et étapes du processus. Toutefois, le cadre de 2016 développe plus en détail les étapes du processus et certains concepts clés. Les modifications ont été apportées en fonction des meilleures pratiques actuelles et des besoins d'amélioration identifiés par le milieu. Afin de faciliter la transition vers ce nouveau document de référence, les points communs et les différences de ces deux processus sont comparés dans le tableau 2.

L'approche réflexive du Comité d'éthique de santé publique (CESP, à paraître) s'intègre au processus pour favoriser une réflexion éthique structurée. Un Référentiel de valeurs (INSPQ, 2015) complète la proposition de processus éthique. Il intègre, tout en les reformulant, les sept principes éthiques définis dans le cadre de 2003. Les valeurs y sont regroupées suivants trois groupes :

- valeurs associées aux finalités de santé publique;
- valeurs professionnelle;
- valeurs de société significatives au regard des actions de santé publique.

Figure 9 Processus du présent cadre de gestion des risques

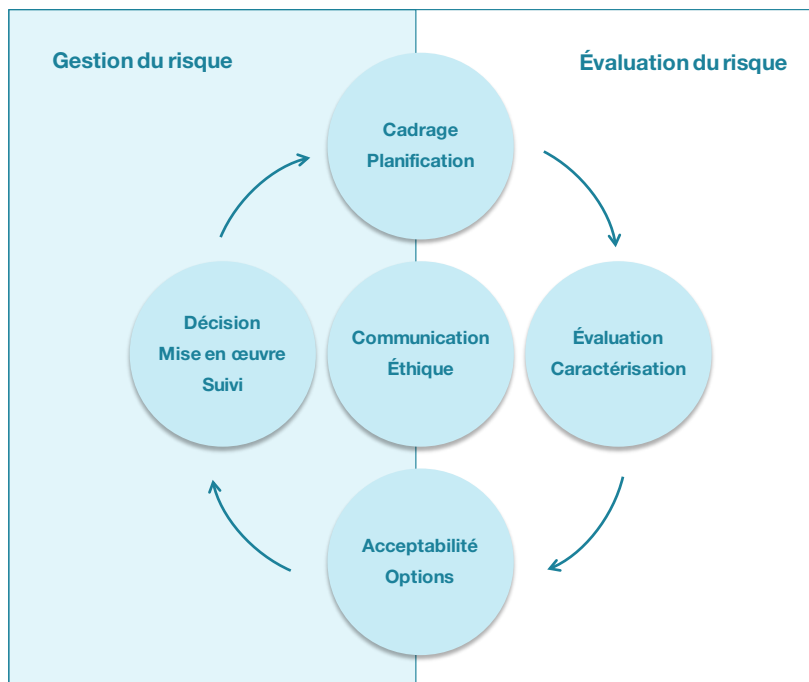


Figure 10 Processus du cadre de 2003 (INSPQ, 2003)



Tableau 2 Comparaison du processus de gestion des risques des cadres de 2003 et 2016

Phases et étapes de ce cadre (2016)	Phases et étapes du cadre de 2003 (INSPQ, 2003)
Phase 1. Cadrage et planification La phase 1 de « Cadrage et planification » comporte trois étapes : L'étape 1 « Cadrer la situation de risque » vise à réunir les informations facilement identifiables pour établir les grandes orientations de la démarche. Elle consiste à ■ définir le problème à évaluer et à gérer; ■ comprendre le contexte (incluant notamment l'identification des parties prenantes, leurs perceptions et leurs préoccupations). L'étape 2 « Planifier le travail » identifie quant à elle les actions à réaliser. Il s'agit de ■ mettre en place une équipe de travail; ■ établir les objectifs de santé publique; ■ définir une approche adaptée au risque et au contexte (dont notamment le plan de participation des parties prenantes). L'étape 3 « intégrer l'éthique et la communication » consiste à ■ effectuer le cadrage éthique; ■ élaborer un plan de communication. La collaboration et la concertation entre les décideurs et les experts est importantes à cette phase.	Phase 1. Définition du problème et de son contexte La phase 1 du Cadre de 2003 est brève. Elle comporte une liste d'éléments à considérer. Cette première phase intitulée « définition du problème et de son contexte » réfère à l'étape de Cadrage du nouveau cadre. Elle précise aussi, sans détailler, qu'il convient de déterminer les objectifs de gestion et d'établir un plan d'évaluation. Ces deux points sont inclus dans l'étape de planification du nouveau cadre Certaines actions de communication sont aussi précisées. Elles consistent à identifier les perceptions, les préoccupations et à planifier la participation du public.
Phase 2. Évaluation et caractérisation La phase 2 d'« Évaluation et caractérisation » comporte trois étapes : L'étape 1 « Évaluer le risque » vise à : ■ identifier les effets sur la santé : identifier le danger et évaluer les hypothèses de causalité; ■ estimer l'exposition; ■ analyser le contexte (incluant les perceptions); ■ estimer le risque.	Phase 2. Évaluation des risques La phase 2 du cadre de 2003 comporte six étapes. Les cinq premières étapes du cadre de 2003 sont incluses dans l'étape d'évaluation du nouveau cadre : ■ identification du danger; ■ évaluation des hypothèses de causalité; ■ estimation de l'exposition; ■ estimation du risque; ■ évaluation des perceptions du risque.

Phases et étapes de ce cadre (2016)	Phases et étapes du cadre de 2003 (INSPQ, 2003)
L'étape 2 « Caractériser le risque » consiste à synthétiser et à interpréter les données significatives de l'évaluation multidimensionnelle dans une perspective globale pour éclairer les décisions. Il s'agit de poser un diagnostic de santé publique sur le risque à la santé. Il s'agit de : - conclure l'évaluation scientifique de santé publique; - conclure l'évaluation multidimensionnelle; - préciser la fiabilité des conclusions. L'étape 3 « intégrer l'éthique et la communication » consiste à - reconnaître les valeurs en présence; - communiquer pour expliquer le risque.	La sixième étape de « Caractérisation du risque » du cadre de 2003 correspond à la deuxième étape de la phase 2 du nouveau cadre.
Phase 3. Acceptabilité du risque et proposition des options	Phase 3. Identification et examen des options de gestion des risques
La phase 3 « Acceptabilité du risque et proposition des options » comporte trois étapes : L'étape 1 « Examiner l'acceptabilité du risque », consiste à : - considérer les différentes perspectives; - établir idéalement un consensus. L'étape 2 « Générer des options de gestion du risque » consiste à - proposer différentes options de réduction du risque; - évaluer chacune des options en fonction de plusieurs critères proposés. La collaboration et la concertation entre les décideurs et les experts sont importantes à cette phase. L'étape 3 « intégrer l'éthique et la communication » consiste à - déterminer la ou les valeurs prioritaires dans la situation; - expliquer l'acceptabilité du risque et l'évaluation des options.	La phase 3 du cadre de 2003 comprend principalement l'identification et l'examen des options de gestion des risques. Elle fait référence brièvement à l'acceptabilité du risque.

Phases et étapes de ce cadre (2016)	Phases et étapes du cadre de 2003 (INSPQ, 2003)
Phase 4. Décision, mise en œuvre et suivi	Phases 4, 5 et 6
La phase 4 du cadre comporte 4 étapes : L'étape 1 « Prendre une décision éclairée » consiste à ▪ identifier une approche de gestion adaptée au risque et au contexte; ▪ choisir les meilleures options de gestion du risque. L'étape 2 « Mettre en œuvre les interventions » consiste à ▪ rédiger le plan de mise en œuvre et le plan d'évaluation des interventions; ▪ réaliser les actions remédiant aux causes; ▪ évaluer la performance et améliorer les interventions. L'étape 3 « Surveiller et contrôler » consiste à ▪ normaliser les méthodes et pérenniser les enseignements tirés; ▪ mettre en place un plan d'amélioration continue. L'étape 4 « intégrer l'éthique et la communication » consiste à ▪ prendre une décision raisonnable sur le plan éthique; ▪ expliquer la décision, les plans d'intervention et d'amélioration continue.	Les trois étapes de la 4^e phase du cadre correspondent aux trois dernières phases du cadre de 2003 : ▪ la phase 4 « Choix de l'approche de gestion des risques » du cadre de 2003 correspond à l'étape 1 de la dernière phase du nouveau cadre « Prendre une décision éclairée »; ▪ la phase 5 « Mise en œuvre des interventions » du cadre de 2003 correspond à l'étape 2 de la dernière phase du nouveau cadre « Mettre en œuvre les interventions »; ▪ la phase 6 « Évaluation du processus et des interventions » correspond à l'étape 3 de la dernière phase du nouveau cadre « Surveiller et contrôler ».
Communication	Communication
La communication dans ce cadre est un concept clé de gestion des risques qui s'appuie sur quatre principes ▪ communiquer l'information juste et pertinente au moment opportun; ▪ s'outiller pour comprendre les différences de perceptions ainsi que les enjeux et les forces en présence pouvant influencer ces perceptions; ▪ établir, autant que possible, une communication bidirectionnelle respectueuse et basée sur la confiance; ▪ mettre en œuvre une approche de communication adaptée aux publics cibles, ainsi qu'au risque et au contexte. La communication est expliquée et intégrée à chaque phase du processus	La communication dans le cadre de 2003 correspond à une des caractéristiques générales du processus de gestion des risques. Elle est décrite brièvement à la première phase du processus. Elle se concrétise principalement par l'application des principes d'ouverture et de transparence.

Phases et étapes de ce cadre (2016)	Phases et étapes du cadre de 2003 (INSPQ, 2003)
Dimension éthique	Dimension éthique
Le cadre intègre les principales phases de l'analyse éthique du CESP (CESP, à paraître) aux phases du processus de gestion des risques. Le référentiel de valeurs (INSPQ, 2015) constitue un outil pour soutenir la détermination des valeurs en présence. Il en offre une compréhension de base. Ce référentiel de valeurs : ▪ inclut les sept principes du cadre de 2003; ▪ présente plusieurs valeurs liées à la mission de santé publique et aux pratiques professionnelles; ▪ permet l'ouverture aux valeurs de société significatives au regard de la santé publique.	Dans une section séparée de celle relative au processus, le cadre de 2003 décrit en détail sept principes guidant l'action de Santé publique : ▪ appropriation de ses pouvoirs; ▪ équité; ▪ ouverture; ▪ primauté de la protection de la santé; ▪ prudence; ▪ rigueur scientifique; ▪ transparence. Le cadre de 2003 n'aborde pas les éventuelles tensions entre ces principes.

Annexe 2

La matrice de risque : un outil de caractérisation

Échelle des conséquences considérées dans la matrice

L'importance des conséquences avérées ou potentielles, en termes de gravité de la maladie et d'ampleur (nombre de cas), peut être estimée à l'aide de l'échelle générale proposée par l'OMS au tableau 3 qui définit chacune des catégories.

Tableau 3 Échelle des conséquences appréhendées ou réelles

Niveaux	Définition
Minimales	Impacts limités sur la population affectée Très peu de perturbations des activités et services habituels Les interventions de base sont suffisantes et il n'y a pas lieu de mettre en place des mesures de contrôle additionnelles Très peu de coûts additionnels pour les parties prenantes
Mineures	Impacts mineurs sur une petite population ou sur un groupe à risque Perturbations limitées des activités et services habituels Un petit nombre de mesures de contrôle additionnelles à mettre en place requérant un minimum de ressources Quelques coûts additionnels pour les parties prenantes
Modérées	Impacts modérés sur une grande population ou un groupe à risque affectés Perturbations modérées des activités et services habituels Des mesures de contrôle additionnelles seront nécessaires dont certaines requerront des ressources Augmentation modérée des coûts pour les parties prenantes
Majeures	Impacts majeurs sur une petite population ou sur un groupe à risque Perturbations majeures des activités et services habituels Un nombre important de mesures de contrôle additionnelles seront nécessaires dont certaines requerront des ressources significatives Augmentation significative des coûts pour les parties prenantes
Sévères	Impacts sévères sur une grande population ou sur un groupe à risque Perturbations sévères des activités et services habituels Un nombre important de mesures de contrôle additionnelles seront à mettre en place dont la majorité requerra des ressources significatives Augmentation sérieuse des coûts pour les parties prenantes

Source : adapté et traduit avec la permission de l'Organisation mondiale de la santé, (OMS, 2012, p 22).

Échelle des probabilités considérées dans la matrice

La probabilité correspond à celle d'observer la conséquence du risque évalué. Au tableau 4, l'échelle de probabilité de la matrice propose cinq niveaux : presque certain, très probable, probable, improbable et très improbable et une définition générale pour chaque catégorie.

Tableau 4 Échelle relative à la probabilité d'observer les conséquences appréhendées ou réelles

Niveaux	Définition
Presque certain	Est attendu dans la majorité des cas : Probabilité de 95 % et plus
Très probable	Se produira probablement dans la majorité des cas : Probabilité entre 70 % et 94 %
Probable	Se produira parfois : Probabilité entre 30 % et 69 %
Improbable	Pourrait parfois se produire Probabilité de 5 % à 29 %
Très improbable	Pourrait se produire dans des circonstances exceptionnelles Probabilité inférieure à 5 %

Source : adapté et traduit avec la permission de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2012, p 21).

Échelle du niveau de risque considérée dans la matrice

En combinant le niveau associé à une conséquence sur la santé (tableau 1) et le niveau de la probabilité correspondante (tableau 2), on obtient un niveau de risque proposé au tableau 5 suivant quatre niveaux : faible, modéré, élevé et très élevé. Le tableau 5 propose des actions à poser pour chaque catégorie.

Tableau 5 Matrice de risque à la santé

Niveau global de risque		Actions
	Risque faible	Gérer suivant les protocoles spécifiques, les programmes habituels et la réglementation établie (par ex. : surveillance selon les modalités habituelles)
	Risque modéré	Spécifier les rôles et les responsabilités des acteurs clés. Assurer un suivi ou prévoir des mesures de contrôle spécifiques (par exemple surveillance accrue, campagnes de vaccination additionnelles)
	Risque élevé	Solliciter l'attention des autorités responsable de la gestion : la mise en place d'une structure de contrôle et de commandement peut être nécessaire; plusieurs mesures de contrôle seront requises dont certaines pourraient avoir des conséquences significatives
	Risque très élevé	Réponse immédiate requise même si l'événement est rapporté en-dehors des heures ouvrables. Impliquer les autorités responsables de la gestion : l'établissement d'une structure de contrôle et de commandement devrait être complété dans un délai de quelques heures. La mise en place de mesures de contrôle pouvant entraîner des conséquences importantes est hautement probable.

Source : adapté et traduit avec la permission de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2012, p 21).

Échelle du niveau de confiance accordée à l'estimation du niveau de risque

Le raisonnement devrait être complété en justifiant l'estimation du niveau de risque dans la matrice suivant la qualité de la preuve. Cette dernière dépend de la fiabilité et de l'exhaustivité de l'information utilisée, ainsi que des hypothèses faites lors de l'évaluation et de la caractérisation du risque. Le tableau 6 propose trois niveaux de confiance dans le niveau de risque estimé (faible, raisonnable et élevée) et une définition générale pour chaque catégorie.

Tableau 6 Confiance dans le niveau de risque estimé

Niveau de confiance	Données disponibles
Confiance élevée	Plusieurs études d'experts et résultats de recherches Excellentes informations et données d'études Résultats de surveillance à long terme disponibles Les prédictions obtenues par modélisation sont cohérentes avec les données observées Fortes preuves que l'exposition au danger produit des effets négatifs sur la santé
Confiance raisonnable	Études d'experts et résultats de recherche plus limités Résultats de surveillance à court terme disponibles Modélisation réalisée mais les prédictions obtenues montrent parfois certaines aberrations par rapport aux données observées Information suffisante et certains éléments de preuve démontrent que l'exposition au danger produit des effets négatifs sur la santé
Confiance faible	Pas de donnée d'étude Pas de vérification par modèle possible Pas de modélisation réalisée Information disponible inadéquate Peu d'information sur l'exposition et les effets sur la santé

Source : adapté et traduit avec la permission de Government of Western Australia, Department of Health (Government of Western Australia, 2010, p 15).

