

# SANTÉ ET CITOYENNETÉ

Les expériences du Brésil et du Québec

*Sous la direction de*  
André-Pierre Contandriopoulos, Zulmira Hartz,  
Marion Gerbier et Amélie Nguyen

**Les Presses de l'Université de Montréal**

Extrait de la publication

## **SANTÉ ET CITOYENNETÉ**

*Page laissée blanche*

Sous la direction de André-Pierre Contandriopoulos,  
Zulmira Hartz, Marion Gerbier et Amélie Nguyen

**SANTÉ ET CITOYENNETÉ**  
**Les expériences du Brésil et du Québec**

Présentation de Jean Rochon

**Les Presses de l'Université de Montréal**

*Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives nationales du Québec et Bibliothèque et Archives Canada*

Vedette principale au titre:

Santé et citoyenneté: les expériences du Brésil et du Québec

Comprend des réf. bibliogr.

ISBN 978-2-7606-2158-9

eISBN 978-2-7606-2555-6

1. Santé, Services de - Québec (Province). 2. Santé, Services de - Brésil. 3. Santé, Services de - Administration - Québec (Province). 4. Santé, Services de - Administration - Brésil. 5. Citoyenneté - Québec (Province). 6. Citoyenneté - Brésil. 1. Contandriopoulos, André-Pierre, 1943- .

RA450.Q8S26 2009

362.109714

C2009-940930-5

Dépôt légal : 2<sup>e</sup> trimestre 2009

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

© Les Presses de l'Université de Montréal, 2009

Les Presses de l'Université de Montréal reconnaissent l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Programme d'aide au développement de l'industrie de l'édition (PADIE) pour leurs activités d'édition.

Les Presses de l'Université de Montréal remercient de leur soutien financier le Conseil des Arts du Canada et la Société de développement des entreprises culturelles du Québec (SODEC).

IMPRIMÉ AU CANADA EN MAI 2009

## Sigles et abréviations

ABRASCO	Association brésilienne de doctorat en santé collective
ABS	<i>Australian Bureau of Statistics</i>
ACDI	Agence canadienne de développement international
AIH	Autorisation d'admission dans les hôpitaux
AIHW	<i>Australian Institute for Health and Welfare</i>
AIS	Actions intégrées de la santé
AMS	Enquête sur l'assistance médico-sanitaire
ANFIIDE	Association nationale de la fédération des infirmières et infirmiers diplômés et étudiants
ANS	Agence nationale de santé complémentaire
ATRICON	Association des membres des tribunaux de comptes
BDNM	Base de données nationale sur les médecins
BID	Banque interaméricaine de développement / Bureau international de développement
BIRD	Banque internationale de reconstruction et de développement
BIREME	Bibliothèque nationale de médecine de São Paulo
BM	Banque mondiale
BMD	Banques multilatérales de développement
CAMES	Conseil africain et malgache de l'enseignement supérieur
CAREC	Centre d'épidémiologie des Caraïbes
CBHPM	Classification brésilienne hiérarchisée des actes médicaux
CEDEC	Centre d'études de culture contemporaine
CEDEPLAR	Centre de recherche et de planification régionale de l'Université fédérale de Minas Gerais
CEM	Comptes d'épargne médicale
CEPIS	Centre péruvien d'ingénierie sanitaire
CESSS	Commission d'étude sur la santé et les services sociaux
CHSRF	Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé / <i>Canadian Health Services Research Foundation</i>
CHU	Centre hospitalier universitaire

CICT	Centre d'information scientifique et technologique
CIES	Centre de recherche et d'étude en santé de l'Université de Managua
CMBL	<i>Confederação Das Misericórdias Do Brasil</i>
CNS	Conseil national de la santé
CONASEMS	Conseil national des secrétaires municipaux de santé / <i>Conselho nacional de secretários municipais de saúde</i>
CONASS	Conseil national des secrétaires de santé / <i>Conselho nacional de secretários de saúde</i>
CPE	Centre de la petite enfance
CPMF	Contribution provisoire sur le mouvement financier
CRSSS	Conseils régionaux de la santé et des services sociaux
CTP	Coopération technique entre pays
CTPD	Coopération technique entre pays en voie de développement
DATASUS	Département informatique du SUS
DD	Dépenses de santé des familles
DHHS	<i>Department of Health and Human Services</i>
DIC	Ischémie du cœur
DIS	Département d'informatique en santé
DRU	Séparation actuelle de recettes de l'union
DSIS	Division du système d'information sanitaires du Ministère de la santé du Tchad
EBM	<i>Evidence-Based Medicine</i>
EGOS	<i>European Group for Organisational Studies</i>
FASS	Fonds pour l'adaptation des services de santé
FHC	(Gouvernement de) Fernando Henrique Cardoso
FINEP	Agence de financement d'études et de projets
FIOCRUZ	Fondation Oswaldo Cruz
FMI	Fonds monétaire international
GMENAC	<i>Graduate Medical Education National Advisory Committee</i>
GSS	<i>Government Statistical Service</i>
HCS	<i>Health Care Services</i>
HiT	<i>Health Care Systems in Transition</i>
HPE	<i>Health Professions Education</i>
IBGE	Institut brésilien de géographie et de statistiques
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
IDB	Indicateurs et données de base sur la santé
IG	Impôts généraux et contributions sociales
INCAP	Institut de nutrition d'Amérique Centrale et du Panama
INPS	Institut national de prévoyance sociale
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
INTRAH	<i>Program for International Training in Health</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
IRA	Infections respiratoires aiguës
JHPIEGO	<i>Johns Hopkins Program for International Education and Training in Reproductive Health</i>
LCS	Loi canadienne sur la santé

MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
NCVHS	<i>National Committee on Vital and Health Statistics</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
NOAS	Normes opérationnelles d'attention à la santé
NOB	Normes opérationnelles de base
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
ODI	<i>Overseas Development Institute</i>
OEA	Organisation des États américains
OING	Organisations internationales non gouvernementales
OMD	Objectifs du millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisations non gouvernementales
ONS	<i>Office for National Statistics</i>
OPAS	Organisation panaméricaine de la santé / <i>Pan American Health Organisation (PAHO)</i>
OPCS	<i>Office of Population Censuses and Surveys</i>
OSS	Organisations sociales de santé
OSSIP	Organisations du secteur social d'intérêt public
PANAFTOSA	Centre panaméricain de fièvre aphteuse
PDTSP	Programme de progrès technologiques en santé publique
PEA	Population en activité
PME	Petites et moyennes entreprises
PNAD	Enquête nationale par échantillonnage de domiciles
PPP	Partenariat public-privé
PPS	Plans de santé privés
PPV	Sondage sur les standards de vie / <i>Pesquisa sobre Padrões de Vida</i>
PROADESS	Projet d'évaluation de la performance du système de santé
PSF	Programme de santé de la famille
PSMR	Praticiens de la santé en milieu rural
PT	Parti des travailleurs
REDET	Réseau interaméricain de formation sur les déterminants sociaux de la santé et la gestion des services de santé
RIPSA	Réseau inter-agences d'informations pour la santé
RRSSS	Régies régionales de la santé et des services sociaux
RUIS	Réseaux universitaires intégrés de santé
SAMP	<i>Southern African Migration Project</i>
SAMU	Système d'assistance mobile urgente
SIA	Système d'information sur les traitements ambulatoires
SIH	Système d'admission dans les hôpitaux
SIM	Système d'information sur la mortalité
SINAN	Système national d'appels de déclaration
SINASC	Système d'information sur les enfants vivants à la naissance
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
SUDS	Système unifié et décentralisé de la santé
SUS	Système unique de santé du Brésil
SVS	Secrétariat de vigilance à la santé
SYLOS	Systèmes locaux de santé
TCPS	Transfert canadien en matière de programmes sociaux



TCS	Transfert canadien en matière de santé
TED	Troubles envahissants du développement
TRSS	Transfert visant la Réforme des soins de santé
UNHCHR	Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme
UNICEF	Fonds international de secours à l'enfance des Nations unies
URSS	Union des républiques socialistes soviétiques
USI	Unité de santé internationale
USP	Université de São Paulo

# Présentation

Cet ouvrage a été réalisé sur la base des textes préparés à l'occasion du premier symposium international de la Conférence luso-francophone de la santé (COLUFRAS). Ces contributions ont été enrichies par les discussions qui ont eu lieu durant le symposium. Le thème central de la conférence, « Santé et citoyenneté », s'est avéré particulièrement fécond en débats et idées sur l'action de l'État dans le domaine de la santé, principalement dans les sociétés démocratiques. Le présent ouvrage est conçu comme un dialogue entre les problématiques qui ont cours au Québec et celles qui préoccupent le Brésil. Il offre un large panorama des questions auxquelles tous les pays doivent répondre pour qu'au XXI<sup>e</sup> siècle, chacun puisse avoir accès aux soins quand il en a besoin, et pour que la santé publique soit prise en compte dans les politiques publiques.

## Un bref historique

Le premier symposium de la COLUFRAS survient une douzaine d'années après la proposition du docteur Fernando Passos Cupertino de Barros de développer une collaboration entre le Brésil et le Québec dans le domaine de la santé. Pendant les cinq premières années, l'idée a fait son chemin à la faveur de rencontres entre Brésiliens et Québécois. Au début de l'année 1998, une étape marquante a été franchie à plusieurs points de vue. D'abord, la visite d'une délégation québécoise au Brésil a permis la signature avec le président de la Confederação Das Misericordias Do Brasil (CMB), le père José Linhares Ponte, d'une lettre d'intention afin d'établir une coopération en matière

d'organisation des services de santé, de réadaptation des patients souffrant de déficiences physiques, et de l'acquisition des équipements de santé. Quelques mois plus tard, en qualité de ministre de la santé et des services sociaux, j'ai moi-même rencontré au Québec une mission brésilienne dirigée par le Père Linhares Ponte et le docteur Fernando, vice-président de la CMB. Nous avons alors discuté des modalités d'une coopération fondée sur une base d'échanges de connaissances et d'expériences.

Un an plus tard, je n'étais plus ministre, mais le docteur Fernando était, lui, devenu le ministre de la santé de l'État de Goiás. La coopération s'est progressivement développée grâce à l'étroite collaboration de Normand Asselin, au ministère québécois de la Santé et des Services sociaux, et de Lucien Albert, directeur de l'Unité de santé internationale (USI) de l'Université de Montréal. La participation de l'Institut de réadaptation de Montréal a activé la création d'un centre de réadaptation physique au Brésil. L'Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais a alors réalisé un projet de régionalisation avec une équipe de l'État de Goiás. L'expérience brésilienne de municipalisation dans le secteur de la santé a par ailleurs été précieuse au Québec pour la mise en place des Centres et des Réseaux locaux de santé et de services sociaux.

Depuis dix ans, la coopération entre le Brésil et le Québec a généré huit protocoles ou lettres d'intention et six accords ou ententes dans divers domaines en plus de la santé, notamment concernant la formation, la science et la technologie, l'environnement, ou encore les ressources minérales. La dernière entente dans le domaine de la santé a été signée au mois d'avril 2004 entre le ministre de la santé et des services sociaux du Québec et le Conseil national des secrétaires d'État à la santé (CONASS) du Brésil. Cette entente ciblait cinq domaines prioritaires : la promotion et la protection de la santé, la prévention des problèmes de santé, la distribution des services de santé sur une base locale, l'accès aux services de santé d'urgence et les technologies de l'information en santé.

Les liens tissés par ces échanges ont confirmé que nous tous, issus du Brésil tout comme du Canada et en particulier du Québec, partageons les mêmes valeurs d'équité et de justice sociale, et poursuivions le même but d'égalité d'accès à une gamme complète de services de qualité pour assurer la prévention et le traitement des problèmes de santé, et soutenir la réadaptation. De plus, nous voulions qu'au-delà du système de santé, toutes les politiques socioéconomiques prennent en considération leurs influences sur la santé. Enfin, nous étions convaincus que deux cultures minoritaires des

Amériques, les cultures lusophone et francophone, avaient beaucoup à gagner d'un rapprochement au sein d'un vaste espace anglophone et hispanophone. Au cours de la dernière année, des discussions entre collègues brésiliens et québécois, auxquelles s'est jointe la directrice de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPAS), ont témoigné de l'intérêt et des opportunités d'identifier des projets de coopération tripartite avec d'autres pays lusophones et francophones en Amérique, en Europe et en Afrique.

### **Santé et citoyenneté**

De tous les droits fondamentaux, la santé est probablement le plus crucial en ce qu'elle conditionne dans une large mesure la capacité de bénéficier des autres droits et de réaliser son plein potentiel de développement. Préserver, maintenir et restaurer la santé est un droit, mais aussi une responsabilité individuelle et collective. Les questions relatives à la santé interpellent chacun de nous à la fois comme personne humaine et comme membre d'une communauté. Sur le plan individuel, il est généralement admis que l'efficacité des interventions en santé est tributaire de la responsabilité assumée par chacun pour son état de santé et de l'utilisation informée des services. Sur le plan collectif, la santé est un bien commun dont la sauvegarde concerne toute la communauté.

Le thème général que traduit le titre de cet ouvrage est devenu un enjeu majeur pour l'organisation des services de santé et l'avenir des systèmes de santé. Ce thème renvoie à la participation des individus et des collectivités aux choix qui sont faits en matière de santé. Il interroge les liens entre les institutions et la population tant du point de vue des relations avec les personnes que de celui des interactions avec la collectivité. Selon les pays démocratiques, la participation de la population à la gouverne des systèmes de santé s'est concrétisée suivant différentes modalités et a évolué au gré des expériences vécues.

En guise d'introduction à la lecture de ce livre, j'aimerais proposer quelques réflexions sur la citoyenneté qui sont inspirées de mon expérience de la pratique en santé publique et de la prise de décision politique dans le contexte du système de santé et de services sociaux du Québec. Ces réflexions s'organisent autour des trois types de participation qui sont au cœur de l'idée de citoyenneté : la participation aux décisions, la participation aux services et à la défense des droits, et la participation aux choix sociaux.

### ***La participation aux décisions***

La participation aux décisions s'est orchestrée sur deux plans : au sein des établissements de services de santé et de services sociaux, et au sein des instances régionales. Dans les deux cas, la participation a pris une double forme : d'une part, l'élection de représentants de la population aux conseils d'administration et, d'autre part, la consultation de la population par des assemblées générales annuelles. Les régies régionales ont parfois tenu des consultations spécifiques et ponctuelles, mais l'expérience paraît jusqu'à présent peu concluante. Le niveau critique de participation au processus électoral et aux consultations a graduellement affaibli la signification de ces mécanismes d'intégration. Une voie d'amélioration du processus réside peut-être dans la définition précise de l'objet de participation à la décision, et dans les mécanismes de sélection des représentants de la population.

À l'échelle des établissements locaux, la contribution des représentants de la communauté est surtout importante pour les questions relatives à la collaboration avec les autres services publics, notamment l'école et la municipalité, et à la modulation de l'offre de services. Une procédure adéquate de consultation des groupes sociaux et des partenaires locaux permettrait d'identifier les personnes compétentes et connaissant bien leur communauté pour contribuer à cet objectif. Sur le plan régional, les enjeux intersectoriels sous-tendent les décisions relatives à la répartition des ressources. Les personnes désignées par les partenaires socioéconomiques pourraient donc participer à la sélection des priorités et des moyens de favoriser les alliances intersectorielles.

### ***L'action communautaire***

Un autre type de participation concerne la contribution des groupes communautaires aux services d'entraide et de défense des droits des personnes. Ce type de participation se retrouve dans plusieurs pays des Amériques et d'Europe, souvent sous la désignation de « tiers secteur ». Des travaux de recherche ont conclu à la capacité de ces organismes d'offrir des services qui répondent à des besoins identifiés par les citoyens et qui sont souvent complémentaires des services publics. De plus, on reconnaît que ces structures constituent un lieu d'expression de la citoyenneté.

Au Québec, le mouvement d'action communautaire s'est considérablement développé au cours des trois dernières décennies. On dénombre

aujourd'hui plus de 8000 organismes. Plusieurs agissent dans le domaine de la santé en offrant des services et du soutien, notamment auprès de populations cibles ou vulnérables – jeunes, personnes âgées, personnes atteintes de handicaps physiques ou mentaux, toxicomanes –, et beaucoup interviennent dans le domaine de l'action sociale sur les déterminants de la santé, en visant, par exemple, l'insertion sociale et professionnelle et la lutte contre la pauvreté. Les organismes communautaires sont soutenus par les fonds publics depuis les années 1970. Depuis 2001, une politique gouvernementale confirme la stabilité des engagements et établit des mécanismes et des mesures pour soutenir, valoriser et consolider l'action communautaire, reconnaissant sa contribution au développement social, à l'exercice de la citoyenneté et à l'enracinement dans la communauté.

### ***La participation aux choix sociaux***

Les décisions et les actions qui en découlent sont conditionnées par les choix sociaux que l'on fait... et que l'on ne fait pas. L'enjeu des décisions se situe bien en amont de l'offre de services et de la répartition des ressources, et relève du cadre symbolique des valeurs sociales et des questions d'ordre éthique. Ces choix relèvent de la décision politique et non de la décision administrative ou judiciaire. Ils font souvent l'objet de politiques publiques, c'est-à-dire de décisions de l'autorité constituée édictant des buts, des règles et des mesures pour obtenir un comportement ou un résultat attendus. Dans une société démocratique, les citoyens veulent de plus en plus être consultés entre les rendez-vous électoraux et impliqués dans les débats de fond, autant sur le plan national qu'international.

Dans le domaine de la santé et des services sociaux, l'allocation des ressources entre la santé et les autres secteurs, de même qu'au sein du secteur de la santé, et l'équilibre entre la liberté individuelle et le bien commun figurent parmi les enjeux majeurs qui retiennent l'attention des citoyens. L'allocation des ressources soulève la question des déterminants de la santé et de l'efficacité des interventions sur les plans individuel et collectif. Comment allouer judicieusement les ressources entre services de santé, formation, alimentation, logement, environnement physique et social, niveaux de revenus? Dans le système de santé, devrait-on allouer les ressources selon l'efficacité des traitements, la gravité des problèmes, le pronostic, l'impact des interventions sur l'état de santé de la population?

L'équilibre entre la liberté individuelle et le bien commun est remis en question alors que l'individualisme est devenu un fait de société. Jusqu'à quel point les comportements individuels peuvent-ils compromettre le bien commun? Quelles sont les limites de la liberté individuelle en regard des comportements à risque pour la santé? Jusqu'à quel point les coûts des services de santé peuvent-ils absorber les conséquences des comportements irresponsables à l'égard des risques connus pour la santé?

Pour que l'autorité politique puisse prendre des décisions éclairées, il faut des mécanismes de participation permettant un dialogue, ainsi qu'un processus de médiation et d'arbitrage qui chemine vers une décision. Le préalable à cette participation est une formation continue tout au long de la vie pour que le niveau des connaissances et des compétences civiques permette de comprendre les enjeux et de s'engager dans une délibération qui rejoint les valeurs au-delà des impressions et des préjugés. Les travaux de recherche à ce sujet ont commencé à dégager les conditions qui peuvent favoriser la participation à ce niveau de dialogue social. Il faut en priorité une information objective et complète sur les problématiques en cause, des règles de jeu claires, un processus transparent qui neutralise les rapports de force des groupes dominants. L'expérience semble démontrer que les citoyens peuvent alors s'exprimer et établir des consensus sur des enjeux fondamentaux. La décision politique peut ainsi se prendre sur une base plus solide et s'appuyer sur l'engagement des partenaires socioéconomiques au moment de la mise en œuvre des politiques.

### **Les thématiques retenues**

Pour chacune des thématiques retenues dans le présent ouvrage, deux textes offrent en parallèle les visions québécoise et brésilienne du sujet. Des commentaires viennent témoigner des réflexions que ces travaux ont suscitées chez des experts de la santé de part et d'autre. Les textes visent avant tout à exposer l'état des connaissances afin de soutenir la prise de décision par les gestionnaires et les professionnels de la santé, et d'enrichir les échanges ou les interactions entre ces différents groupes d'acteurs.

Le premier thème présente les fondements du rôle du citoyen dans la gouvernance. L'article de Vargas décline les concepts de participation et gouvernance à travers leur application sous la forme de « forums participatifs », et la perception controversée de ces forums qui opposent les visions des « sceptiques » et des « confiants ». Le texte de Gauvin et ses collègues retrace

quant à lui les évolutions de la tradition participative au Québec, en soulignant les caractéristiques et les exigences de la participation selon ses formes, et en construisant sur l'évaluation comparée des avantages et inconvénients des expériences passées de participation pour améliorer les formes à venir.

Les deux thèmes suivants approfondissent deux tandems d'instruments centraux dans les systèmes de santé : la régulation et le financement d'un côté, la décentralisation et l'intégration de l'autre. L'article de Bahia reprend les étapes de consolidation du système de santé brésilien dans son équilibre entre ressources publiques et privées de financement, et l'impact de cet équilibre sur la régulation générale du système. L'équipe québécoise de Lamarche s'intéresse pour sa part aux articulations du système de financement de la santé autour de fonctions caractéristiques, qui déterminent les flux de ressources et de ce fait les niveaux et degrés de régulation de l'ensemble du système de santé. Du point de vue de la décentralisation des systèmes, Elias détaille l'historique de diversification du système public du Brésil, en questionnant le poids et les compétences des pouvoirs locaux (en particulier les municipalités et sous-systèmes de santé) et leur influence directe sur le degré et l'équité d'implication des citoyens dans les décisions sur l'avenir du système. En parallèle, D. Contandriopoulos et ses collègues adoptent une approche plus organisationnelle du phénomène de décentralisation, en tant qu'équilibre dynamique entre autonomie et contrôle, et instrument de réforme et d'adaptation des diverses organisations qui composent un système de santé.

Puis, la dynamique du système est discutée en regard de l'évaluation de la performance et de la formation des ressources humaines. Viacava décrit la fragmentation institutionnelle du système d'information en santé au Brésil, les variantes et les adaptations de gestion des données que cela implique, et propose une comparaison avec les options de gestion adoptées au Canada et à l'international afin de dégager des pistes d'amélioration et d'uniformisation du système brésilien d'autoévaluation. Champagne et A.-P. Contandriopoulos partent à l'inverse d'une mise au point des concepts-clés qui fondent l'évaluation de la performance, et insistent sur les précautions à prendre pour construire un système rigoureux et pertinent de la performance d'un système de santé. Du point de vue des ressources humaines en santé, l'étude de Pierantoni reprend les grandes évolutions de la théorie du capital humain en soulignant le poids de la formation du personnel de santé dans la détermination et le bon fonctionnement du système, et en interrogeant les nouvelles



exigences et compétences que doivent assumer les professionnels impliqués. L'équipe québécoise de Nouhou et ses collègues répond à la question de ces nouveaux défis de l'exercice des professions médicales en mettant l'accent sur la formation et l'évaluation en continu, et souligne l'importance d'intégrer à la réflexion des perspectives de carrière et d'innovation, ainsi que d'adaptation au milieu.

En dernier lieu, l'institutionnalisation de la coopération est questionnée à partir du développement de la coopération entre le Brésil et le Québec. Ferreira et Fonseca s'accordent sur les bénéfices à soutirer des mécanismes de coopération internationale, qui ont su à travers la mondialisation évoluer d'une optique paternaliste à une approche plus constructive et égalitaire, et placent au premier rang la référence au citoyen comme une garantie de conserver comme priorité le bien-être des populations. De leur côté, Valentini et Albert explorent les schèmes émergents de concrétisation de la coopération en santé à l'échelle internationale, en appuyant leurs réflexions de nombreuses illustrations de partenariats, dans lesquels le Québec s'est trouvé ou se trouve engagé, et en discutant les meilleures stratégies de pérennisation de ce type d'ententes transnationales, sans omettre le poids décisif du financement dans de telles transactions mondiales.

Dans sa conclusion, A.-P. Contandriopoulos montre que les différents sujets abordés selon les perspectives brésilienne et québécoise ont une forte cohérence. Ils posent des questions auxquelles tous les pays doivent trouver des réponses qui soient, d'une part, propres à leur culture et à leur histoire et qui, d'autre part, doivent s'inscrire dans une perspective citoyenne.

JEAN ROCHON,  
Président de la COLUFRAS

I

**CITOYEN ET GOUVERNE**

*Page laissée blanche*

# 1

## **Scepticisme et confiance : perspectives de la littérature spécialisée**

*Soraya M. Vargas Côrtes\**

Cet article présente une tentative de classification des différents types de réponses que l'on peut trouver dans la littérature sur la manière dont les forums participatifs influencent la gestion et l'implantation de politiques publiques en général et de politiques de la santé en particulier. L'intérêt porté à ce thème provient en grande partie de la constatation que ces forums sont aujourd'hui disséminés dans différents domaines et à divers niveaux de l'administration publique (Bulhões, 2002 ; Carvalho, 1998 ; Côrtes, 1995, 1998 ; Dagnino, 2002 ; Raicheles, 2000 ; Santos, 2001 ; Tatagiba, 2002 ; Valla, 1998). Il existe plusieurs expériences de budget participatif (Dias, 2002 ; Schneider et Goldfrank, 2002 ; Silva, 2001 ; Souza, 2001) et de consultation populaire (Côrtes, 2003) qui ont été mises en œuvre par les autorités gouvernementales de municipalités et de certains États, en dehors du cas de la création du Forum démocratique par le pouvoir législatif de l'État du Rio Grande do Sul (Côrtes, 2003 ; Bandeira, 1999). Il existe également des

---

\* S. M. Vargas Côrtes est professeure au Département de Sociologie de l'Université Fédérale du Rio Grande du Sud (UFRGS).

## **VI. L'INSTITUTIONNALISATION DE LA COOPÉRATION**

- 11** L'institutionnalisation de la coopération internationale  
axée sur le citoyen 339  
*José Roberto Ferreira et Luiz Eduardo Fonseca*
- 12** De nouveaux modes de partenariats pour une plus grande  
solidarité internationale 359  
*Hélène Valentini et Lucien Albert*
- Commentaires 385  
*Valéry Ridde et Pierre Pluye*
- Conclusion 391  
*André-Pierre Contandriopoulos*

**À LIRE ÉGALEMENT DANS LA COLLECTION PARAMÈTRES**

**L'évaluation : concepts et méthodes**

*A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos et Z. Hartz (dir.)*

**Approches et pratiques en évaluation de programme**

*V. Ridde et C. Dagenais (dir.)*

**Les inégalités sociales de santé au Québec**

*K. Frohlich, M. De Koninck, A. Demers et P. Bernard (dir.)*

**HORS COLLECTION**

**Le privé dans la santé. Les discours et les faits**

*F. Béland, A.-P. Contandriopoulos, A. Quesnel-Vallée et L. Robert (dir.)*



**PROTÉGEONS  
NOS FORÊTS**

Ce livre a été imprimé au Québec en mai 2009  
sur du papier entièrement recyclé  
sur les presses de l'imprimerie Transcontinental.