

# Le principe de réciprocité : comment peut-il éclairer la santé publique et les politiques publiques favorables à la santé? —

## Résumé

Octobre 2014

Résumé  
Pour des connaissances en matière de politiques publiques favorables à la santé

Ce document est un bref sommaire d'une note documentaire ayant le même titre. La note documentaire, comprenant toutes les références, est disponible en ligne à : [http://www.ccnpps.ca/docs/2014\\_Ethique\\_Reciprocite\\_Fr.pdf](http://www.ccnpps.ca/docs/2014_Ethique_Reciprocite_Fr.pdf).

### Qu'est-ce que la réciprocité?

Qu'elle soit considérée comme une valeur ou formulée comme un principe servant de guide à l'action, la réciprocité est souvent mise à contribution en santé publique pour s'assurer que les pouvoirs publics ou les individus prennent en considération et agissent en fonction des obligations qu'ils ont envers les uns et que les autres ont envers eux. Il s'agit d'une des valeurs généralement considérées lorsque l'on analyse d'un point de vue éthique les décisions et les

mesures touchant la santé publique ou les politiques publiques favorables à la santé.

En éthique de la santé publique, la réciprocité peut nous aider :

- à anticiper les contributions et les besoins des individus et des groupes, et à y répondre de manière convenable en prenant en compte leurs intérêts;
- à penser aux obligations que nous avons les uns envers les autres du fait de notre interdépendance sociale ou de notre appartenance à des groupes;
- à façonner nos points de vue et nos attitudes concernant l'engagement social et la coopération.

### Résumé des dimensions de la réciprocité

De façon très générale, la réciprocité signifie réagir à un bienfait ou à un préjudice de manière convenable et proportionnelle (Becker, 1990 et 2005). En santé publique, Ross Upshur fait appel à la réciprocité en tant que principe selon lequel « la société doit être prête à soutenir les individus et les communautés dans leurs efforts pour s'acquitter de leurs devoirs » et à indemniser en général leur « sacrifice en matière de revenu ou de temps » (Upshur, 2002, p. 102, traduction libre).

Bien que cette dernière définition soit souvent citée en santé publique, il y a plusieurs manières de comprendre le concept de réciprocité. Pour aider les acteurs de santé publique à s'y retrouver parmi les différents usages et interprétations de la réciprocité, nous présentons ici un survol des principales dimensions du concept telles qu'on les retrouve dans la littérature en santé publique, de même que dans d'autres domaines.

**Convenance et proportionnalité** : la convenance fait référence à la compréhension de ce qui est considéré comme un bienfait ou un préjudice du point de vue d'autrui, ce qui permet de réagir aux autres d'une façon qu'ils considéreront comme avantageuse. Une réponse convenable à un préjudice est un bienfait correcteur visant à restaurer la stabilité. La proportionnalité, quant à elle, fait référence à une manière appropriée de réagir en ce qui touche l'ampleur de la réponse, considérant l'effort que celle-ci exige plutôt que sa valeur financière (Becker, 1990 et 2005).

**Étroite/large** : la distinction entre des conceptions étroites et larges d'obligations réciproques repose sur la question demandant si une personne devrait réagir uniquement aux gestes auxquels elle s'est volontairement associée (étroite), ou si elle devrait aussi réagir aux gestes non sollicités (large) (Becker, 1990; Viens, 2008).



**Intéressée/désintéressée** : bien qu'il puisse s'avérer difficile de prouver que les actions des autres sont désintéressées, il est certain que si nous croyons que tel est le cas, nous nous montrerons plus enclins à faire confiance à ces personnes et à agir conséquemment.

**Directe/indirecte/généralisée** : la question « qui réagit à qui? » détermine s'il s'agit de réciprocité directe (1:1), indirecte (un tiers réagit à une action) ou généralisée (champ d'application encore plus diffus : les personnes impliquées ne voient pas nécessairement qui est touché par leurs actions et ne réagissent pas nécessairement à une action spécifique. Cette forme de réciprocité peut être perçue comme une disposition à agir) (Becker, 2005; Herne, Lappalainen et Kestilä-Kekkonen, 2013).

**Faible/forte** : la distinction entre la réciprocité faible (une forme de coopération plus limitée, motivée par des intérêts personnels) et la réciprocité forte (une tendance à coopérer avec les autres membres d'un groupe et à punir ceux qui ne coopèrent pas, même lorsqu'il en coûte quelque chose à la personne agissant de la sorte) repose sur la différence entre accorder la priorité aux intérêts personnels ou aux intérêts collectifs (Gintis, 2000).

**Deux paradigmes** : selon les perceptions de chacun, la réciprocité peut être comprise de façons très diverses et avoir des implications très variées. Ces variations dépendent notamment du fait que les autres sont perçus à travers une opposition (« moi et les autres ») ou comme des parties d'un tout auquel on appartient aussi (« nous sommes tous dans le même bateau ») (Baylis, Kenny et Sherwin, 2008; Robertson, 1998). Les différences entre ces deux perspectives sont nombreuses et se manifestent dans les détails.

## Études de cas

Deux études de cas sont disponibles dans la dernière section de la note documentaire (p. 12-14). Chacune, à l'aide d'un exemple, permet d'examiner comment les praticiens ou les décideurs peuvent intégrer le principe de réciprocité dans leur travail. La première porte sur les aidants naturels alors que la seconde s'attarde au cas d'une autorité de santé publique qui réfléchit à la mise en place d'une stratégie pour une alimentation saine dans une communauté défavorisée.

## Questions pour la mise en pratique

1. Certains des aspects d'un projet (programme, réponse à un enjeu de santé publique, à un plan ou à une politique en santé publique) pourraient-ils représenter un fardeau pour certains individus ou groupes?
  - a. Quelles personnes ou quels groupes seront concernés? Quelles sont les implications particulières pour ces personnes avant, pendant et après la mise en œuvre de ces plans?
  - b. Quelle est l'ampleur des fardeaux? Comment allez-vous les évaluer?
  - c. Pensez-vous que les personnes pourraient avoir besoin que les conditions leur permettant de faire leur travail soient améliorées ou mises en place?
  - d. Les gens pourraient-ils avoir besoin de formation ou de protection additionnelle, de n'importe quel type?
  - e. Un certain type de reconnaissance, d'assurance ou de compensation serait-il approprié?
2. Qui en tire des avantages? À qui cela nuit-il? Où se trouvent les personnes marginalisées dans tout cela, et comment ont-elles été consultées et invitées à participer? Que pensent-elles des avantages, des fardeaux, des responsabilités et des préjudices dans cette situation?
3. En quoi votre engagement envers ces enjeux et vos communications amélioreront-ils la confiance du public?
4. Votre modèle de réciprocité dépend-il de la capacité antérieure ou subséquente de tous les bénéficiaires de « rembourser » ce qu'ils reçoivent du système des relations réciproques? Quels types de contribution comptent? Discutez avec vos collègues.
5. Quelles sont les limites de la réciprocité? À quoi ou à qui le « nous » réfère-t-il? Y a-t-il un « autre »?

## Références sélectionnées

(Pour la liste complète des références utilisées, veuillez s.v.p. consulter la note documentaire *Le principe de réciprocité : comment peut-il éclairer la santé publique et les politiques publiques favorables à la santé?*, disponible à : [http://www.ccnpps.ca/docs/2014\\_Ethique\\_Reciprocite\\_Fr.pdf](http://www.ccnpps.ca/docs/2014_Ethique_Reciprocite_Fr.pdf))

Baylis, F., Kenny, N. P. et Sherwin, S. (2008). A relational account of public health ethics. *Public Health Ethics*, 2008, 1-14.

Becker, L. (1990). *Reciprocity* (2<sup>e</sup> éd.). Chicago : University of Chicago Press.

Becker, L. (2005). Reciprocity, justice and disability. *Ethics*, 116(1), 9-39.

Gintis, H. (2000). Strong reciprocity and human sociality. *Journal of Theoretical Biology*, 206, 169-179.

Herne, K., Lappalainen, O. et Kestilä-Kekkonen, E. (2013). Experimental comparison of direct, general and indirect reciprocity. *Journal of Socio-Economics*, 45, 38-46.

Robertson, A. (1998). Critical reflections on the politics of need: Implications for public health. *Social Science & Medicine*, 47(10), 1419–1430.

Upshur, R. E. G. (2002). Principles for the justification of public health intervention. *Canadian Journal of Public Health*, mars-avril 2002, 93(2)101-103.

Viens, A. M. (2008). Public health, ethical behaviour, and reciprocity. *The American Journal of Bioethics*, 8(5), 1-3.

**Octobre 2014**

Auteurs : Michael Keeling et Olivier Bellefleur, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Soutien à l'édition : Maud Emmanuelle Labesse, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

**COMMENT CITER CE DOCUMENT**

Keeling, M. et Bellefleur, O. (2014). *Résumé — Le principe de réciprocité : comment peut-il éclairer la santé publique et les politiques publiques favorables à la santé?* Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

**REMERCIEMENTS**

Le CCNPPS tient à remercier Martha Andrews (Santé publique Sudbury & districts), Angus Dawson (Université de Birmingham) et Michel Désy (Institut national de santé publique du Québec) pour leurs commentaires sur une version préliminaire de ce document.

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

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

N° de publication : 2745

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

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

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

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

