

UNE STRATÉGIE ORIGINALE DE GESTION DES RISQUES : LES INCITATIFS FINANCIERS CONDITIONNELS SONT-ILS UNE AVENUE POUR LUTTER CONTRE LES MALADIES CHRONIQUES ?

Marie-Eve Couture Ménard

Volume 40, numéro 1-2, 2009–2010

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1107373ar>

DOI : <https://doi.org/10.17118/11143/10382>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue de Droit de l'Université de Sherbrooke

ISSN

0317-9656 (imprimé)

2561-7087 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Couture Ménard, M.-E. (2009). UNE STRATÉGIE ORIGINALE DE GESTION DES RISQUES : LES INCITATIFS FINANCIERS CONDITIONNELS SONT-ILS UNE AVENUE POUR LUTTER CONTRE LES MALADIES CHRONIQUES ? *Revue de droit de l'Université de Sherbrooke*, 40(1-2), 65–95.
<https://doi.org/10.17118/11143/10382>

Résumé de l'article

Afin de contribuer à la quête d'outils de gestion des risques pour faire face au fléau des maladies chroniques, la présente étude propose une exploration des programmes d'incitatifs financiers conditionnels. Ces programmes s'adressent généralement à des populations défavorisées au plan socioéconomique, à qui une somme d'argent est remise en contrepartie de certains comportements adoptés. Dans un exercice de transposition des principes sous-jacents à ces programmes au contexte de la lutte contre les maladies chroniques, nous discutons des effets potentiels qui pourraient en découler, tels que la stigmatisation des personnes défavorisées.

**UNE STRATÉGIE ORIGINALE
DE GESTION DES RISQUES :
LES INCITATIFS FINANCIERS CONDITIONNELS
SONT-ILS UNE AVENUE POUR
LUTTER CONTRE LES MALADIES CHRONIQUES?**

par Marie-Eve COUTURE MÉNARD*

Afin de contribuer à la quête d'outils de gestion des risques pour faire face au fléau des maladies chroniques, la présente étude propose une exploration des programmes d'incitatifs financiers conditionnels. Ces programmes s'adressent généralement à des populations défavorisées au plan socioéconomique, à qui une somme d'argent est remise en contrepartie de certains comportements adoptés. Dans un exercice de transposition des principes sous-jacents à ces programmes au contexte de la lutte contre les maladies chroniques, nous discutons des effets potentiels qui pourraient en découler, tels que la stigmatisation des personnes défavorisées.

With a view to examining certain risk management tools as a means of contending with the growing chronic illness epidemic, this paper explores the practicality of having recourse to a system of conditional cash transfers. These programs are generally aimed at socioeconomically disadvantaged populations by providing a financial incentive to adopt or modify certain behaviors. However, by adapting certain key elements of this type of program to combating chronic diseases, the writer points out certain negative effects such as the stigmatization of disadvantaged populations.

*. Avocate, doctorante en droit civil à l'Institut de droit comparé de l'Université McGill. Cet article est issu d'une conférence donnée dans le cadre du colloque *Risques et populations marginalisées : une perspective de santé*, tenu à l'occasion du 77e Congrès annuel de l'Acfas et qui s'est déroulée à Ottawa le 13 mai 2009.

66 *Une stratégie originale de gestion des risques :
les incitatifs financiers conditionnels (2009-10) 40 R.D.U.S.
sont-ils une avenue pour lutter contre les maladies chroniques?*

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| <i>Maladies chroniques et personnes défavorisées</i> | 70 |
| <i>Incitatifs financiers conditionnels et pauvreté</i> | 76 |
| <i>Maladies chroniques et récompenses : exercice de transposition</i> | 80 |
| <i>Risques à éviter ou risques inévitables?</i> | 85 |
| <i>À suivre...</i> | 92 |

Les personnes défavorisées au plan socioéconomique seraient plus à risque de développer des maladies chroniques, comme le diabète de type 2, l'obésité et les maladies cardiovasculaires, qui constituent une menace sanitaire et économique universelle alarmante¹. Dès lors, les programmes d'incitatifs financiers conditionnels, en vertu desquels une somme d'argent est remise aux bénéficiaires en contrepartie de certains comportements adoptés, pourraient-ils constituer une avenue de prévention? Telle est la problématique que j'ai proposée d'explorer lorsque l'on m'a invitée à participer au colloque « Risques et populations marginalisées : une perspective de santé » à l'occasion du 77^e Congrès annuel de l'Association francophone pour le savoir (Acfas).

L'idée m'est venue d'examiner le lien entre les programmes d'incitatifs financiers conditionnels et les maladies chroniques à la suite de la lecture de deux courts articles parus dans la section *Head to Head* du *British Medical Journal* en juillet 2008 et intitulés « Should disadvantaged people be paid to take care of their health? Yes. »² et « Should disadvantaged people be paid to take care of their health? No. »³ Dans cet argumentaire auquel se livrent Cookson et Popay, les auteurs font miroiter tantôt les bénéfices possibles, tantôt les effets pervers potentiels de l'idée de « récompenser » les personnes défavorisées lorsqu'elles adoptent des habitudes favorables à leur santé. Les incitatifs financiers conditionnels constituent un outil de gestion des risques qui,

-
1. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme national de santé publique 2003-2012 : mise à jour 2008* (Programme), Québec, MSSS, 2008 aux pp. 29, 34-35 [Ministère de la Santé et des Services sociaux]. La relation entre le statut socioéconomique des personnes et les facteurs de risques des maladies chroniques sera explicitée dans la première section du présent article.
 2. Richard Cookson, « Should disadvantaged people be paid to take care of their health? Yes. » (2008) 337:a594 BMJ 140 [Cookson].
 3. Jennie Popay, « Should disadvantaged people be paid to take care of their health? No. » (2008) 337:a594 BMJ 141 [Popay].

malgré le malaise qu'il suscite, continue de se frayer un chemin au sein des politiques publiques de plusieurs États⁴.

Tel qu'il sera exposé subséquemment, les programmes d'incitatifs financiers conditionnels actuellement en vigueur sont orientés vers la réduction de la pauvreté, majoritairement dans les États où le revenu moyen par habitant est faible ou moyen⁵. Or, l'objectif du présent article est d'examiner les incitatifs financiers conditionnels en tant qu'outil de gestion des risques dans le contexte précis des maladies chroniques. Aussi, ce texte n'est pas une prise de position, mais plutôt un exercice exploratoire d'un outil intrigant et d'actualité. Cette exploration est pertinente au moment où la gouvernance de la santé publique est en mutation. En effet, une transition épidémiologique a marqué le XX^e siècle, allant de la prédominance des maladies épidémiques infectieuses vers celle des maladies chroniques non transmissibles⁶. Cette transition s'est d'abord manifestée dans les sociétés modernes et s'est concrétisée récemment dans les pays en développement⁷. Jusqu'à maintenant, si les autorités de santé publique ont joué un rôle important dans le contrôle des maladies infectieuses, leur

-
4. Des programmes d'incitatifs financiers conditionnels sont présents notamment au Brésil (Bolsa Familia), en Colombie (Familias en Accion), au Mexique (Oportunidades) et aux États-Unis (Opportunity New York City). Cookson, *supra* note 2 à la p. 140; Center for Global Development, *Performance-Based Incentives for Health : Conditional Cash Transfer Programs in Latin America and the Caribbean* (Working Paper #120) Amanda Glassman, Jessica Todd et Marie Gaarder, CGD, 2007, à la p. 2 [Center for Global Development]; Organisation mondiale de la Santé, *Conditional Cash Transfers : What's in it for Health?* (Technical Briefs for Policy -Makers) Ole Doetinchem, Ke Xu et Guy Carrin, OMS, 2008, à la p. 2 [Organisation mondiale de la santé].
 5. Organisation mondiale de la Santé, *supra* note 4 aux pp. 1-2.
 6. L'expression « maladies non transmissibles » réfère ici à des maladies qui ne sont pas infectieuses.
 7. European Observatory on Health Systems and Policies, *Managing Chronic Conditions - Experience in eight countries* (Observatory Studies Series no 15) Ellen Nolte, Martin McKee et Cécile Knai, OMS, Copenhagen, 2008, à la p. 1 [European Observatory]; Organisation mondiale de la Santé, *Reducing Risks, Promoting Healthy Life* (World Health Report), OMS, Genève, 2002, aux pp. 4-5 [Organisation mondiale de la Santé 2].

contribution en ce qui a trait à la prévention et au contrôle des maladies chroniques est moins évidente. Les gouvernements sont en quête d'outils de gouvernance adaptés à ces nouveaux défis. Comme le souligne Prentice : « It is less clear how the front line of defense applies to chronic disease prevention, where the “vectors” are largely behavior and environment »⁸.

Afin de contribuer à cette quête d'outils de gouvernance en santé publique à l'ère des maladies chroniques, la présente étude expose d'abord la menace sanitaire et économique que constituent ces maladies en mettant l'accent sur leur relation avec les personnes défavorisées. Elle se poursuit par une présentation du fonctionnement général des programmes d'incitatifs financiers conditionnels en vigueur (ci-après appelés « programmes de transferts d'argent conditionnels (PTC) ») et par une identification du mécanisme et des principes qui les sous-tendent. Finalement, il s'en suit la transposition de ces principes à la problématique des maladies chroniques chez les personnes défavorisées, pour entreprendre une réflexion sur les effets potentiels des incitatifs financiers conditionnels, telle que la stigmatisation des personnes défavorisées et le paternalisme de l'État.

Si les réflexions abordées dans le présent article sont axées essentiellement sur des concepts théoriques mis en scène par les PTC, nous reconnaissons, certes, que des considérations plus pratiques mériteraient d'être examinées pour compléter l'analyse critique des programmes. À ce propos, il serait pertinent de s'interroger sur la faisabilité d'éventuels PTC élaborés pour prévenir les maladies chroniques. Par exemple, pour s'assurer du respect des conditions de transfert d'argent par les bénéficiaires (ex. inscription à des activités physiques, diminution de la consommation d'alcool, alimentation plus saine), quels seraient les mécanismes envisageables? Comment les professionnels de la

8. Bob Prentice et Georges Flores, « Local Health Departments and the Challenge of Chronic Disease : Lessons From California » (2007) 4:1 Preventing Chronic Disease à la p. 1 [Prentice].

santé seraient-ils sollicités pour la mise en œuvre de ces programmes? L'étude de ces questions n'est toutefois pas l'objet du présent article, qui se veut avant tout un exercice de transposition théorique des PTC de lutte contre la pauvreté vers les PTC de lutte contre les maladies chroniques.

Maladies chroniques et personnes défavorisées

La prévention et le contrôle des maladies chroniques sont deux des plus gros défis de santé publique que doivent relever les États à travers le monde à l'aube du XXI^e siècle. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ces maladies sont responsables de 60 % des décès au niveau planétaire et constituent ainsi la première cause de mortalité dans le monde⁹. Les maladies chroniques se définissent comme étant des affections de longue durée qui, généralement, sont incurables. Elles sont le plus souvent évitables par l'adoption de saines habitudes de vie¹⁰. Par exemple, le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer et l'obésité sont des maladies chroniques. L'OMS estime notamment que plus de 180 millions de personnes dans le monde souffrent du diabète et que ce chiffre pourrait plus que doubler d'ici 2030¹¹. Aussi, d'ici 2015, presque 20 millions de personnes mourront de maladies cardiovasculaires, dont les facteurs de risques les plus importants sont les mauvaises habitudes alimentaires, le manque d'activité physique et le tabagisme, qui sont des facteurs de risques dits « modifiables »¹².

-
9. Organisation mondiale de la Santé, « Maladies chroniques », Thèmes de santé (2010), en ligne : OMS <http://www.who.int/topics/chronic_diseases/fr/index.html>.
 10. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *supra* note 1 à la p. 29; European Observatory, *supra* note 7 à la p. 1.
 11. Organisation mondiale de la Santé, « Le diabète », Centre des médias, Aide-mémoire no 312 (novembre 2008), en ligne : OMS <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/fr/index.html>>.
 12. Organisation mondiale de la Santé, « Maladies cardiovasculaires », Centre des médias, Aide mémoire (février 2007), en ligne : OMS <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/fr/index.html>>.

C'est d'abord dans les pays industrialisés que les maladies chroniques se sont hissées au premier rang des causes de mortalité. Leur incidence est surtout liée au vieillissement de la population et aux habitudes de vie malsaines, comme le tabagisme, la consommation nocive d'alcool, la sédentarité et les mauvaises habitudes alimentaires (ex. une alimentation trop riche en gras transformés et en sel)¹³. Quant aux pays en développement, l'augmentation importante des maladies chroniques au sein de leur population en fait désormais aussi la première cause de mortalité, mais leur impose une double charge : en effet, ces États continuent de composer avec les maladies infectieuses qui sévissent au sein de leur population. Simultanément, ils doivent répondre à l'apparition croissante de maladies chroniques, résultat de l'adoption d'habitudes de vie de plus en plus apparentées au monde industrialisé (tabagisme, aliments transformés)¹⁴. Les maladies chroniques sont donc bel et bien une menace sanitaire universelle.

Outre les enjeux sanitaires, ces maladies ont des impacts économiques non négligeables sur les systèmes de santé, mais aussi sur la productivité¹⁵. D'une part, puisqu'elles sont généralement incurables, les maladies chroniques engendrent une demande de soins à long terme. Selon l'OMS, au rythme actuel, les maladies chroniques deviendront le fardeau le plus lourd financièrement sur les systèmes de santé¹⁶. Par exemple, les personnes diabétiques génèrent des dépenses de santé deux à

-
13. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *supra* note 1 à la p. 29; Organisation mondiale de la Santé, « Intégrer la prévention aux soins de santé », Centre des médias, Aide-mémoire no 172 (octobre 2002), en ligne : OMS <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs172/fr/index.html>> [Organisation mondiale de la Santé 3].
 14. Organisation mondiale de Santé 2, *supra* note 7 à la p. 10.
 15. John Catford, « Chronic disease: preventing the world's next tidal wave – the challenge for Canada 2007? » (2007) 22:1 Health Promotion International 1 à la p. 1 [Catford].
 16. Organisation mondiale de la Santé 3, *supra* note 13.

trois fois supérieures au reste de la population et ces coûts peuvent s'élever de 1 000 \$ à 15 000 \$ par année¹⁷.

De plus, les maladies chroniques affectent souvent les personnes de la population active¹⁸. Une récente étude américaine affirme qu'à elles seules, les maladies tels le cancer, le diabète, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires, les conditions pulmonaires et les maladies mentales, ont un impact total annuel de 1,3 milliard de dollars, dont 1,1 milliard représente le coût de la perte de productivité¹⁹.

Parmi les caractéristiques des maladies chroniques, l'une d'elles est centrale : la nature de leurs principaux facteurs de risques. Ces derniers correspondent généralement à des habitudes de vie qu'adoptent les individus tout au long de leur existence, et non pas à des causes biologiques, par exemple un virus ou une bactérie²⁰. Les facteurs de risques des maladies chroniques en font donc des affections qui pourraient souvent être évitées. Dès lors, pour lutter contre ces maladies, les efforts doivent surtout se concentrer sur la prévention afin d'empêcher qu'une grande partie de la population nécessite des traitements à long terme²¹.

-
17. Agence de la santé publique du Canada, *Examen sur les politiques du diabète – Rapport du groupe d'experts* (2009), en ligne : Agence de la santé publique du Canada <<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/dprrep-epdrge/sit-cont-fra.php>>.
 18. Prentice, *supra* note 8; J.J. Miranda et al., « Non-communicable diseases in low- and middle-income countries : context, determinants and health policy » (2008) 13:10 *Tropical Medicine and International Health* 1225 à la p. 1226.
 19. Ross DeVol et Armen Bedroussian, *An Unhealthy America: The Economic Burden of Chronic Disease*, Californie, Milken Institute, 2007 à la p. 1.
 20. Ces maladies sont aussi dites multifactorielles, puisqu'elles découlent souvent d'une combinaison de ces facteurs de risques. Jeremiah A. Barondess, « Toward Reducing the Prevalence of Chronic Disease – A life course perspective on health preservation » (2008) 51:4 *Perspectives in Biology and Medicine* 616 à la p. 617 [Barondess].
 21. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *supra* note 1 à la p. 7; Catford, *supra* note 15 à la p. 2; European Observatory, *supra* note 7 à la p. 11.

Cette nature particulière des facteurs de risques des maladies chroniques en fait également des affections dont une part importante de la prévention et du contrôle passe par le comportement de l'individu²². L'idée d'une responsabilisation de la personne face à sa santé est d'ailleurs fréquemment invoquée dans ce contexte²³. Alors que certains risques sont hors de notre contrôle, comme c'est le cas parfois en matière de maladies chroniques dont les facteurs de risques sont génétiques, il demeure que les principaux facteurs de risques des maladies chroniques peuvent être diminués ou augmentés selon notre volonté, comme le manque d'activité physique et le tabagisme. Ainsi, selon Cookson, une des raisons pour laquelle les systèmes de santé coûtent cher est que les citoyens ne prennent pas soin de leur santé; les habitudes de vie malsaines de chaque individu imposent des coûts importants pour l'ensemble de la société²⁴.

Devant la menace des maladies chroniques, les gouvernements tentent par plusieurs moyens d'amener les citoyens à modifier certains de leurs choix de vie quotidiens les plus personnels. Aussi, de nombreuses initiatives de santé publique visant à promouvoir les saines habitudes de vie ont vu le jour au cours de la dernière décennie. Celles-ci comprennent

-
22. Howard Leventhal, « Changing Attitudes and Habits to Reduce Risk Factors in Chronic Disease » (1973) 31 The American Journal of Cardiology 571 aux pp. 571-572.
 23. Les auteurs font aussi référence à l'*empowerment* et le *self-management* de l'individu face à sa santé ou face à sa maladie. Ces notions s'appliquent à l'individu en tant que citoyen membre d'une communauté, et à l'individu en tant qu'utilisateur du système de santé. Dorothy Y. Hung et al., « Rethinking Prevention in Primary Care : Applying the Chronic Care Model to Address Health Risk Behaviors » (2007) 85:1 The Milbank Quarterly 69 [Hung]; Andrew M.H. Siu et al., « Evaluation of the chronic disease self-management program in a Chinese population » (2007) 65:1 Patient Education and Counseling 42; Barondess, *supra* note 20 à la p. 623; Shawn A. Lawrence et al., « Behavioral Health : Treatment and Prevention of Chronic Disease and the Implications for Social Work Practice » (2003) 17:2 Journal of Health & Social Policy 49; European Observatory, *supra* note 7.
 24. Cookson, *supra* note 2 à la p.140.

notamment des campagnes de sensibilisation dans les écoles²⁵, des campagnes de sensibilisation régionales et nationales²⁶, ainsi que des législations interdisant la vente de produits contenant des gras transformés dans les restaurants²⁷. Le Québec a d'ailleurs adopté, en 2007, la *Loi instituant le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie*²⁸.

Or, entretenons-nous tous la même relation avec les facteurs de risques des maladies chroniques? Sommes-nous tous aussi exposés à ces derniers, ou aussi sensibles aux choix qui s'offrent à nous dans notre environnement de vie en matière d'habitudes saines ou malsaines? Il semble que non. L'OMS rappelle que les perceptions et les réactions des humains face aux risques sont influencées par les expériences vécues dans le passé, par les valeurs inculquées par les familles, les communautés et les gouvernements²⁹. À cet égard, plusieurs auteurs insistent sur le fait que les facteurs de risques des maladies chroniques sont étroitement liés à l'environnement socioéconomique des citoyens³⁰,

-
25. Voir par ex. Québec, Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, *Pour un virage santé à l'école*, 2008, en ligne : Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport <<http://www.mels.gouv.qc.ca/sections/virageSante/index.asp?page=approche>>; R.-U., National Health Service, *School Fruit and Vegetable Scheme*, 2009, en ligne : National Health Service <<http://www.5aday.nhs.uk/sfvs/default.aspx>>.
26. Voir par ex. Gouvernement du Québec, *0-5-30 Combinaison Prévention*, 2008, en ligne : Gouvernement du Québec <<http://www.0-5-30.com/>>; Québec, Acti-menu, *Défi J'arrête, j'y gagne*, 2009, en ligne : Défi Tabac <http://www.defitabac.qc.ca/defi/fr/le_defi/le_defi_en_bref/en_quoi_consiste_le_defi.html>; Australie, Government of Victoria, *Go for your life*, 2009, en ligne : Go for your life <<http://www.goforyourlife.vic.gov.au/>>.
27. Voir par ex. Msnbc, « New York city passes trans fat ban » (mai 2010), en ligne : Msnbc <<http://www.msnbc.msn.com/id/16051436/>>; Canadian Broadcasting Company, « Calgary moves against trans fats » (mai 2010), en ligne : Canadian Broadcasting Company <<http://www.cbc.ca/canada/story/2007/12/29/calgary-fats.html>>.
28. *Loi instituant le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie*, L.R.Q. 2007, c. F-4.0021.
29. Organisation mondiale de la Santé 2, *supra* note 7 aux pp. 3, 32.
30. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *supra* note 1 à la p. 29; Nicole Darmon et Adam Drewnowski, « Does social class predict diet

ce qui implique de considérer à la fois les inégalités sociales et les mesures à adopter.

Ce sont surtout les populations désavantagées, qui ont un faible revenu, qui assument en grande partie le fardeau des risques menant à des maladies chroniques. D'une part, c'est dans les quartiers défavorisés que l'on trouve le plus grand nombre de commerces de restauration rapide, que l'on trouve moins d'endroits où se procurer des aliments frais, qu'il n'est pas sécuritaire de faire de l'exercice dans les lieux publics comme les parcs³¹. D'autre part, les personnes des milieux défavorisés répondraient moins aux messages promotionnels de santé et seraient moins enclines à profiter des services de santé publics, comme les programmes de dépistage³². Les raisons qui sous-tendent cette situation sont complexes et découlent notamment de l'environnement social, du style de vie et des conditions matérielles stressantes des populations défavorisées³³. Dans un récent rapport, le *National Health Service* d'Angleterre affirme ceci :

Healthy choices are often difficult for anyone to make, but where people do not feel in control of their environment or their personal circumstances, the task can be more challenging. People who are (...) stretched for money, out

quality?» (2008) 87:5 *American Journal of Clinical Nutrition* 1107; Cookson, *supra* note 2 à la p. 140; Agence de la santé publique du Canada, *Le lien entre le statut socio-économique et la santé de la population : explication des inégalités en matière de santé*, 2001, en ligne : Agence de la santé publique du Canada <<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/resources-ressources/gradient-fra.php>>; Richard Lowry et al., « The Effect of Socioeconomic Status on Chronic Disease Risk Behaviors Among US Adolescents » (1996) 276:10 *The Journal of American Medical Association* 792.

31. R.-U., Department of Health, *Choosing Health – Making Healthy Choices Easier*, HM Government, Public Health White Paper, NHS, 2004, à la p. 20 [Department of Health].
32. Cookson, *supra* note 2 à la p. 140; Center for Global Development, *supra* note 4 à la p. 4.
33. Cookson, *supra* note 2 à la p. 140.

*Une stratégie originale de gestion des risques :
les incitatifs financiers conditionnels (2009-10) 40 R.D.U.S.
sont-ils une avenue pour lutter contre les maladies chroniques?*

of work, poorly qualified, or who live in inadequate or temporary accommodation or in an area of high crime, are likely to experience less control over their lives than others and often are pressed to cope with immediate priorities³⁴.

Une personne dans l'une ou plusieurs de ces situations pourra accorder moins d'importance aux conséquences sur sa santé de ses choix quotidiens en matière d'alimentation, d'exercice physique ou de tabagisme³⁵.

Ainsi, il est possible d'agir sur deux plans à l'égard de la relation qu'entretiennent les personnes défavorisées avec les facteurs de risques des maladies chroniques. D'une part, on peut agir sur la motivation des personnes défavorisées à adopter de saines habitudes de vie; d'autre part, on peut apporter un support à cette motivation pour que les habitudes de vie saines soient plus faciles à adopter dans leur quotidien, en agissant sur leur environnement de vie. Devant ces possibilités d'action, une stratégie de gestion des risques axée sur les incitatifs financiers conditionnels est-elle une avenue à considérer? Autrement dit, pourrait-on envisager de récompenser en argent les personnes défavorisées lorsqu'elles adoptent des habitudes de vie favorisant la prévention des maladies chroniques?

Incitatifs financiers conditionnels et pauvreté

Les incitatifs financiers conditionnels constituent un outil de gestion des risques utilisé de plus en plus dans le cadre de politiques d'assistance sociale sous forme de programmes de transferts d'argent conditionnels (PTC) à des bénéficiaires issus de populations défavorisées. Les PTC sont des programmes gouvernementaux apparus dans les années 1990, pour la plupart dans les États d'Amérique latine, comme le Mexique, le Brésil, la Colombie et le Honduras³⁶. Aujourd'hui, on en compte plus d'une

34. Department of Health, *supra* note 31 à la p. 13.

35. *Ibid.*

36. Organisation mondiale de la Santé, *supra* note 4 à la p. 2.

vingtaine dans le monde. L'objectif ultime des programmes actuellement en vigueur est de lutter contre la pauvreté, de briser plus spécifiquement l'engrenage de la pauvreté d'une génération à l'autre et de tendre vers l'inclusion sociale des personnes défavorisées³⁷. Cet objectif est atteint notamment via l'amélioration de la santé et de l'éducation des bénéficiaires³⁸.

Les programmes à travers le monde ont des portées et des structures variées, mais essentiellement ils offrent des sommes d'argent aux bénéficiaires admissibles, à la condition que ceux-ci adoptent des habitudes ou des comportements spécifiques préétablis liés généralement à l'éducation et à la santé³⁹. Parmi les conditions établies, on retrouve, par exemple, l'exigence que les enfants respectent un taux élevé de présentéisme à l'école, qu'ils reçoivent certains vaccins ou que les femmes enceintes effectuent des visites médicales régulières⁴⁰. Il peut même être question que l'enfant obtienne de bons résultats scolaires lors d'examens importants⁴¹. Si les bénéficiaires ne remplissent pas les conditions du programme, ils ne reçoivent pas l'argent.

-
37. Frances Lund et al., *Is there a Rationale for Conditional Cash Transfers for Children in South Africa*, Working Paper no 53, University of Kwazulu-Natal, School of Development Studies, Durban, 2008 à la p. 3 [Lund]. Sur l'engrenage intergénérationnel de la pauvreté voir Armando Barrientos et Jocelyn DeJong, « Reducing Child Poverty with Cash Transfers : A Sure Thing? » (2006) 24:5 *Development Policy Review* 537 à la p. 538 [Barrientos].
38. The Rockefeller Foundation, *Opportunity NYC*, (mai 2010) en ligne : The Rockefeller Foundation <<http://www.rockefellerfoundation.org/what-we-do/where-we-work/new-york-city/opportunity-nyc>> [Rockefeller Foundation]; World Bank Institute, *Examining Conditional Cash Transfer Programs: A role for Increased Social Inclusion?* (SP Discussion Paper no 0603) Bénédicte de la Brière et Laura B. Rawlings, Washington, Social Safety Net Primer Series, The World Bank, 2006 à la p. 6 [World Bank Institute].
39. Barrientos, *supra* note 37 à la p. 546.
40. Organisation mondiale de la Santé, *supra* note 4 à la p. 1.
41. Besa Luci, « Cash Incentives for the Poor » (mai 2010), en ligne : Gotham Gazette <http://www.seedco.org/documents/press/news/gazette_aug.pdf> [Luci]. Notons que cette condition est particulière puisqu'elle est à la charge de l'enfant. Cet aspect sera discuté plus loin.

Les PTC reposent sur l'idée que des contraintes, notamment financières, empêchent les personnes défavorisées d'adopter certains comportements qui leur permettraient de mieux intégrer la société⁴². D'autre part, ces programmes reposent sur l'idée que les personnes défavorisées sont plus sensibles aux incitatifs financiers⁴³.

Plusieurs études ont été publiées relativement à l'efficacité des PTC et nombre d'entre elles concernent le programme mexicain, appelé *Progresa* lors de son implantation en 1997 et aujourd'hui nommé *Oportunidades*⁴⁴. C'est l'un des plus gros PTC développés et il rejoint cinq millions de familles mexicaines⁴⁵. De façon générale, les études sur les PTC montrent des résultats positifs en ce qui a trait à la présence des enfants à l'école, à l'amélioration de la croissance et du développement des enfants et à l'utilisation des services de santé par les bénéficiaires⁴⁶. Dans l'ensemble, les PTC auraient des retombées positives et les études montrent un taux très élevé de respect des conditions par les bénéficiaires⁴⁷.

Afin d'illustrer le fonctionnement de base des PTC, voici brièvement l'exemple du tout premier programme de transferts d'argent conditionnels développé dans un État du Nord⁴⁸ et dans un grand centre urbain : New York.

Le projet *Opportunity NYC* a été lancé en septembre 2007 par le maire Michael Bloomberg, avec l'intention de trouver un moyen de réduire la pauvreté dans certains quartiers de la ville de

42. Lund, *supra* note 37 à la p. 4.

43. Cookson, *supra* note 2 à la p. 140.

44. Sedesol, *Oportunidades*, External Evaluation Results (mai 2010), en ligne : http://www.oportunidades.gob.mx/Wn_English/exter_eva.html.

45. *Ibid.*

46. Lund, *supra* note 37 à la p. 5; Organisation mondiale de la Santé, *supra* note 4 à la p. 2.

47. Barrientos, *supra* note 37 à la p. 549.

48. Rockefeller Foundation, *supra* note 38.

New York et d'élargir les occasions d'inclusion sociale des familles à faible revenu⁴⁹. Dans sa phase pilote, le projet est exclusivement financé par des institutions privées comme la *Rockefeller Foundation*⁵⁰. Le programme comporte trois volets dont le premier est le plus pertinent à cette étude. Il s'adresse à des familles avec de jeunes enfants et s'appelle *Opportunity NYC Family Reward*. Les conditions de transferts d'argent de ce programme se rattachent à l'emploi des adultes, à l'éducation des enfants et à la santé de toute la famille. Ce volet du projet pilote devrait inclure 2 250 familles vivant dans les quartiers du Bronx, de Brooklyn et de Manhattan⁵¹.

Les critères d'éligibilité au programme sont les suivants : la famille doit habiter dans un des quartiers désignés de la ville de New York, ainsi qu'avoir au moins un enfant entamant son grade 4, 7 ou 9 et qui est inscrit dans une école publique de la ville; la famille doit inclure au moins un parent étant un résident permanent, ainsi qu'avoir un revenu égal ou inférieur à 130 % du seuil de pauvreté fédéral⁵². Les familles qui participent au programme reçoivent un montant d'argent prédéterminé chaque fois qu'elles remplissent une des conditions établies. Parmi celles-ci on retrouve les suivantes : présence régulière de l'enfant à l'école, présence du parent aux réunions scolaires, amélioration des résultats scolaires de l'enfant, souscription à une assurance médicale, suivi annuel de santé, suivi annuel chez le dentiste et emploi du parent à temps plein. Les bénéficiaires doivent fournir une preuve à l'effet qu'ils ont rempli telle ou telle condition pour recevoir l'argent et, si les familles remplissent toutes les conditions, elles peuvent toucher entre 4000 \$ et 6000 \$ de

49. *Ibid.*

50. *Ibid.*

51. New York, Center for Economic Opportunity, *Opportunity NYC : Family Rewards* (2010), en ligne : Center for Economic Opportunity <http://www.nyc.gov/html/ceo/downloads/pdf/ceo_report_family_rewards.pdf> [Center for Economic Opportunity].

52. *Ibid.* Notons que 130 % du seuil de pauvreté correspond à un revenu annuel de moins de 22 321 \$ pour une famille constituée de deux ou trois membres.

transferts par année, un montant qui peut être utilisé par les bénéficiaires comme bon leur semble⁵³.

Une fois les contours généraux des PTC tracés, on peut tenter d'imaginer un tel programme dans le contexte de la lutte aux maladies chroniques : l'État donne de l'argent à titre de « récompense » à des personnes défavorisées admissibles au programme, notamment à des familles avec des enfants, à la condition que celles-ci respectent certaines conditions préétablies qui correspondent à des comportements favorisant la prévention des maladies chroniques. Ainsi, on pourrait retrouver les exigences suivantes : participation à des séances d'information sur les saines habitudes de vie, participation à des programmes pour arrêter de fumer, membre d'une équipe sportive ou d'un établissement d'entraînement, soumission à des mesures de dépistage notamment pour le cholestérol, le diabète et l'hypertension, liste d'épicerie comportant l'achat d'aliments frais, visite annuelle chez le médecin. Il faut garder en tête que le respect des conditions doit pouvoir être démontré par les bénéficiaires.

Or, au-delà de la faisabilité d'un tel programme, il est primordial de s'interroger sur le mécanisme et les principes sur lesquels reposent les incitatifs financiers conditionnels. Ceux-ci sont-ils transposables à la problématique des maladies chroniques?

Maladies chroniques et récompenses : exercice de transposition

D'entrée de jeu, les incitatifs financiers diffèrent du modèle traditionnel d'assistance sociale⁵⁴. Selon le modèle traditionnel, le

53. *Ibid.*

54. World Bank Institute, *supra* note 38 à la p. 6; John Farrington et Rachel Slater, « Introduction : Cash Transfers : Panacea for Poverty Reduction or Money Down the Drain? » (2006) 24:5 Development Policy Review 499 aux pp. 502-503 [Farrington].

bénéficiaire X reçoit un bien ou un service Y. Le bénéficiaire est passif en ce sens qu'il reçoit Y dès lors qu'il y est admissible, sans plus. De même, le bien ou le service Y est octroyé à titre d'aide à la personne, donc correspondant à un besoin ponctuel. Les programmes de coupons alimentaires suivent le modèle traditionnel, par exemple.

Or, selon le modèle des incitatifs financiers conditionnels, utilisés dans le cadre des PTC, le bénéficiaire X doit poser une action Z pour recevoir un bien Y, en l'occurrence une somme d'argent. Contrairement au mécanisme traditionnel, on attend du bénéficiaire une participation active au programme, en ce qu'il doit poser l'action Z. De plus, le bien Y, même s'il peut représenter une aide au bénéficiaire, agit ici comme un incitatif et prend la forme d'une récompense. L'idée est que le bénéficiaire s'aide lui-même en accomplissant Z, et Y le motive à cet effet. Parfois, la récompense aidera le bénéficiaire à exécuter d'autres conditions. Par exemple, une mère peut hésiter à manquer deux heures de travail pour se présenter à son rendez-vous chez le médecin parce qu'elle a vraiment besoin du salaire correspondant à ces deux heures. À ce moment, la récompense d'un montant Y pourra lui permettre de faire le choix d'aller à son rendez-vous chez le médecin.

La participation active des bénéficiaires dans le cadre des PTC est reflétée dans le programme d'*Opportunity NYC* : « By completing the activities related to your child's education and earning the education Rewards, you are helping your child prepare for a bright and secure future »⁵⁵. De la Brière parle à ce titre d'une « *co-responsabilisation* » entre l'État et le bénéficiaire⁵⁶. Selon elle, l'État fait preuve d'un paternalisme diminué alors que

55. New York, Opportunity NYC – Family Rewards, *Education Rewards*, (2010), en ligne : Opportunity NYC <<http://opportunitynyc.org/education>>.

56. Bénédicte de la Brière et Laura B. Rawlings, « Examining Conditional Cash Transfer Programs : A role for Increased Social Inclusion? » dans *Social protection and inclusion : experiences and policy issues*, Genève, International Labour Office, 2006, 9 à la p. 15.

le citoyen s'engage activement à remplir certaines conditions dans une période de temps déterminée. Cette dynamique s'apparente à celle d'un contrat en ce qu'il y a des attentes et des sanctions en cas de non-respect (si les conditions ne sont pas respectées, il n'y a pas de transfert d'argent)⁵⁷. Selon Cookson, qui examine les PTC dans une perspective de santé, il est juste qu'on attende des bénéficiaires d'un programme d'assistance sociale qu'ils fassent des efforts simples et minimaux pour changer leur comportement, afin d'éviter d'alourdir le fardeau pour leurs concitoyens⁵⁸. Barrientos considère pour sa part que les bénéficiaires d'assistance sociale devraient être perçus moins comme des clients mais plus comme des agents de changement⁵⁹.

Tel qu'évoqué précédemment, la motivation des individus, voire la responsabilisation des individus face à leur santé, est un élément essentiel de la prévention des maladies chroniques. En effet, il n'est pas possible d'arrêter de fumer, de diminuer la consommation d'alcool, de faire de l'exercice physique ou de bien s'alimenter pour quelqu'un d'autre. L'individu doit nécessairement contribuer activement à la préservation de sa santé. À cet égard, le modèle des incitatifs financiers est intéressant puisqu'il agit sur la motivation des bénéficiaires en les impliquant activement et en leur offrant un incitatif à cet effet. Aussi, au lieu d'employer des moyens dissuasifs pour décourager certains comportements, comme donner une amende aux fumeurs qui fument dans des endroits où ce n'est pas permis, dans le cadre des PTC, des comportements sont plutôt incités par une reconnaissance des actions posées considérées comme « bonnes » socialement. D'ailleurs, le programme d'*Opportunity NYC* est centré sur le concept de « *reward* »⁶⁰. À cet égard, les PTC permettent de s'adresser à des sous-groupes de la population, dont la motivation à adopter certains comportements doit davantage être suscitée.

57. World Bank Institute, *supra* note 38 à la p. 15.

58. Cookson, *supra* note 2 à la p. 140.

59. Barrientos, *supra* note 37 à la p. 550.

60. New York, Opportunity NYC – Family Reward, *Welcome*, 2010, en ligne : Opportunity NYC <<http://opportunitynyc.org/>>.

Par exemple, les incitatifs financiers constituent un outil qui pourrait prendre en compte la relation particulière entre les maladies chroniques et les personnes défavorisées, contrairement à des politiques de santé publique universelles comme les campagnes de sensibilisation antitabac. D'ailleurs, comme le mentionne Cookson : « The case for offering “prevention payments” to the general population is weak, because of the high costs of administration and waste in paying people for doing what they are already doing »⁶¹.

Autre point intéressant, dans le cadre des PTC, le bien Y — ici une récompense —, est octroyé directement au bénéficiaire, c'est-à-dire sans intermédiaire⁶², de sorte que le bénéficiaire jouit d'une plus grande autonomie face à ce qui lui est offert⁶³. D'ailleurs, dans un document de *Opportunity NYC*, il est indiqué ceci : « These funds are unrestricted, and may be used as the family deems necessary. »⁶⁴ Les PTC mettent ainsi plus de choix entre les mains des bénéficiaires que le font les programmes axés sur l'octroi d'une aide sous forme de biens ou de services précis, comme les coupons alimentaires⁶⁵. Concrètement, au lieu d'offrir gratuitement des cours d'exercice physique à des bénéficiaires, les PTC récompensent les bénéficiaires qui effectuent un cours d'exercice physique. Les bénéficiaires profitent de la récompense comme bon leur semble.

Par ailleurs, les PTC sont développés dans l'esprit d'agir à long terme sur la situation des bénéficiaires, et non à court terme face à un besoin immédiat. Dans leur conception actuelle, leur objectif est de prévenir l'engrenage intergénérationnel de la pauvreté. Aussi, les PTC sont fortement axés sur les générations futures et impliquent, pour la plupart, des familles avec de jeunes

61. Cookson, *supra* note 2 à la p. 140.

62. World Bank Institute, *supra* note 38 à la p. 15.

63. Organisation mondiale de la Santé, *supra* note 4 à la p. 3.

64. Center for Economic Opportunity, *supra* note 51.

65. Farrington, *supra* note 54 à la p. 499.

enfants⁶⁶. Ainsi, en suscitant la participation active des bénéficiaires, ils espèrent que ceux-ci adopteront d'eux-mêmes, à long terme, les comportements souhaités, et que ces derniers seront transmis au fil des générations. Cet élément est pertinent à la problématique des maladies chroniques, puisque les facteurs de risques de ces dernières correspondent à des habitudes de vie adoptées tout au long de l'existence de l'individu et que les habitudes peuvent se transmettre d'une génération à l'autre⁶⁷.

Également, les PTC tiennent compte de la synergie entre différents éléments d'une problématique sociale, par exemple celle qui existe entre la santé, l'éducation et la pauvreté, par le biais de conditions liées aux différentes sphères pertinentes. Ce sont en ce sens des programmes d'assistance sociale multidimensionnels : « CCT programs [Conditional Cash Transfers] thus provide a multi-dimensional benefit for participating families and economies. (...) CCT programs recognize that the barriers to better health and service use are part of a broader problem of household resource scarcity »⁶⁸. Les maladies chroniques sont des affections dites multifactorielles, en ce qu'elles découlent souvent d'une combinaison de facteurs de risques⁶⁹ et les PTC permettraient d'en tenir compte. Par exemple, les conditions d'obtention des transferts d'argent pourraient être associées à la fois aux habitudes alimentaires, à l'exercice physique et à la participation à des programmes de dépistage. Au-delà de la synergie entre les facteurs de risques, un PTC lié à la prévention des maladies chroniques pourrait tenir compte de la relation entre la pauvreté et les maladies chroniques.

En dépit de l'harmonisation possible des principes de base des PTC avec la problématique des maladies chroniques, le recours à des incitatifs financiers conditionnels en cette matière suscite d'importantes réflexions, notamment en ce qui concerne la

66. World Bank Institute, *supra* note 38 aux pp. 6 et 8.

67. Catford, *supra* note 15 à la p. 2.

68. Center for Global Development, *supra* note 4 aux pp. 2 et 35.

69. Baroness, *supra* note 20 à la p. 617.

conditionnalité des transferts d'argent, la stigmatisation des personnes défavorisées et le fardeau mis sur l'individu au cœur d'une problématique sociétale.

Risques à éviter ou risques inévitables?

La conditionnalité rattachée aux transferts d'argent dans le cadre des PTC est-elle véritablement une valeur ajoutée? Cette question est soulevée par plus d'un auteur⁷⁰. Des comportements peuvent être influencés par des transferts d'argent, mais sans qu'il soit nécessaire d'y attacher des conditions. Certains programmes de soutien social où il n'y avait pas d'élément de conditionnalité ont influencé de façon positive les comportements des bénéficiaires, souligne Popay⁷¹. L'auteur affirme d'ailleurs ceci : « When extra cash is available and people are able to make healthier choices, they often do so »⁷².

Dans le cas de la prévention des maladies chroniques, si les personnes défavorisées recevaient des sommes d'argent équivalentes à celles octroyées par les PTC, et que leur environnement de vie leur permettait davantage de faire les bons choix en termes de santé, feraient-elles ces choix? La réponse n'est pas évidente. Il semble que parfois, même devant la possibilité de faire le bon choix, les individus ne le font pas. Par exemple, si de la malbouffe et de la nourriture saine sont disponibles dans les cafétérias, il n'est pas certain que les individus choisiront la seconde. Également, bien que l'on connaisse les dangers de la cigarette, cela n'empêche pas beaucoup de personnes de fumer. C'est pourquoi certains organismes ou autorités militent en faveur de l'interdiction de la malbouffe dans les écoles⁷³ ou autour de

70. Popay, *supra* note 3 à la p. 141; Lund, *supra* note 37 à la p. 18; Barrientos *supra* note 37 à la p. 549; Center for Global Development, *supra* note 4 à la p. 5.

71. Popay, *supra* note 3 à la p. 141.

72. *Ibid.*

73. Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, *Politique-cadre pour une saine alimentation et un mode de vie physiquement actif* (Politique), Québec, Gouvernement du Québec, 2007 à la p. 6.

celles-ci⁷⁴, ou en faveur de l'interdiction de vendre des produits contenant plus d'un certain pourcentage de gras transformés dans les restaurants⁷⁵. D'où la plus large question : l'État doit-il présumer que ses citoyens agissent de façon responsable envers leur santé dans le sens que ceux-ci, devant la possibilité de prendre la « bonne » décision en matière de santé, la prendront; ou bien l'État doit-il prendre cette décision pour les citoyens? À ce propos, le *National Health Service* de l'Angleterre a réalisé une étude auprès de la population et en a tiré l'observation suivante :

(...) changes need to be based on choices, not direction. We are clear that the Government cannot – and should not – pretend it can « make » the population healthy. But it can – and should – support people in making better choices (...). (...) First, people told us that they want to take responsibility for their own health. They were clear that many choices they made – such as what to eat or drink (...) – were very personal issues. People do not want Government or anyone else, to make these decisions for them. Second, what they did expect was that the Government would support them in making these choices⁷⁶.

Théoriquement, les PTC offrent une solution à cet égard, pourrait-on croire. L'État établit les conditions à respecter considérées comme « bonnes » pour la santé, et les bénéficiaires

-
74. Coalition québécoise sur la problématique du poids, Communiqué, « Gatineau, Lavaltrie et Baie-Saint-Paul participeront au projet pilote pour limiter l'offre de malbouffe autour des écoles » (14 mai 2009), en ligne : Coalition québécoise sur la problématique du poids <http://www.cqpp.qc.ca/images/communiqués/CQPP_Zonage-Communique%20de%20presse_Annonce%20des%203%20villes%20choisies_final.pdf>.
75. Alberta, Alberta Health Services, *Environmental Health – Trans fats*, (2010), en ligne : <http://www.calgaryhealthregion.ca/publichealth/envhealth/trans_fats/trans_fats_home.htm#policy>; New York, New York City Department of Health and Mental Hygiene, *The Regulation to Phase Out Artificial Trans Fat in New York City Food Service Establishments*, (2009), en ligne : <<http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/cardio/cardio-transfat-bro.pdf>>.
76. Department of Health, *supra* note 31 aux pp. 3, 5.

ont le libre choix de respecter ou non ces conditions. D'ailleurs, pour de la Brière, le mécanisme des incitatifs financiers fait preuve de paternalisme diminué de la part de l'État : « Central to CCT's approach is a new focus on « co-responsibilities » between the state and citizens where the state lessens its paternalistic role (...) [nos soulignés] »⁷⁷. Un choix X ou Y des bénéficiaires est toutefois encouragé par la promesse d'une somme d'argent.

Or, en rendant conditionnelles les sommes d'argent octroyées dans un objectif d'assistance sociale, est-ce que ce n'est pas finalement un mécanisme coercitif plutôt qu'un mécanisme qui favorise l'autonomie des bénéficiaires? On peut se demander si les bénéficiaires des PTC ont réellement le choix de respecter ou non les conditions, puisqu'ils sont dans une situation vulnérable. Sous des allures de programmes qui suggèrent que le bénéficiaire est l'artisan de ses propres réalisations, est-ce que les PTC ne sont pas plutôt la manifestation d'un paternalisme déguisé? D'autant plus que c'est l'État qui dicte aux bénéficiaires les comportements considérés comme « bons » socialement. D'après Cookson, s'il s'agit de paternalisme, ce n'est pas pour autant un paternalisme excessif : « Are conditional cash transfers an example of the nanny state gone mad? Not really. One person's unhealthy behaviour imposes external costs on fellow citizens. So this is not excessive paternalism »⁷⁸.

On pourrait argumenter que si l'État donnait les mêmes sommes d'argent aux bénéficiaires des PTC sans y attacher de conditions à remplir préalablement, il n'agirait pas de façon paternaliste puisqu'il considérerait que les bénéficiaires sont responsables et adopteront les « bons » comportements avec cet argent. Par contre, si l'État demande de remplir telle ou telle condition pour bénéficier du montant d'argent, il agit de façon paternaliste parce qu'il ne croit pas que les bénéficiaires sont assez responsables et adopteront les « bons » comportements si ceux-ci ne sont pas incités par la conditionnalité des paiements.

77. World Bank Institute, *supra* note 38 à la p. 15.

78. Cookson, *supra* note 2 à la p.140.

D'ailleurs, Adato fait sur ce point la réflexion suivante : « (...) cash transfers can be perceived as demeaning, implying that the poor don't know what is good for them and need to be told by the government »⁷⁹. Lund va plus loin et dénonce l'élément conditionnel des PTC, invoquant que celui-ci rend de tels programmes possiblement inconstitutionnels en Afrique du Sud : « Conditional social security, based on assumptions that poor parents are in some way culpable if their children fail to attend school or attend clinics is inconsistent with the structural explanations for poverty which are implicit in the Constitution »⁸⁰. Le commentaire de Lund effleure un risque non négligeable des PTC : la stigmatisation des personnes défavorisées.

D'une part, si les incitatifs financiers conditionnels sont utilisés dans le contexte des maladies chroniques, il y a un risque que les personnes défavorisées soient associées automatiquement, par le reste de la population, à des personnes qui ont des maladies chroniques, à des personnes qui n'agissent pas de façon responsable face à leur santé ou qui, comme l'écrit Popay, n'ont pas la volonté d'agir de façon socialement acceptable⁸¹. En ce sens aussi, les personnes défavorisées pourraient être étiquetées comme des personnes qui coûtent cher à la société parce qu'elles ne prennent pas soin de leur santé. Dans un article du journal new-yorkais *Gotham Gazette*, Besa Luci mentionne ceci : « Some charge it [Opportunity NYC] advances the idea that poor people are poor because of the things they do – or do not do. Others question whether poor people deserve a reward for doing things they should do anyway, such as take their children to the doctor »⁸².

Les médias peuvent contribuer à alimenter cette stigmatisation, notamment par les titres sensationnalistes de leurs publications. Le quotidien *24 heures* a d'ailleurs publié un article

80. Lund, *supra* note 37 à la p. 18.

81. Popay, *supra* note 3 à la p. 141.

82. Luci, *supra* note 41.

en 2009 intitulé « Obésité : un code postal qui en dit long », qui relate une entrevue réalisée avec le docteur Adam Drewnowski, directeur du *Center for Obesity Research* de l'Université de Washington, qui précise que : « Il faut arrêter de penser que l'obésité est seulement génétique. C'est aussi profondément lié au manque de ressources et à l'absence d'offre alimentaire. Il existe clairement des quartiers obésogènes »⁸³. Il n'est pas difficile d'imaginer que si un quartier était visé par un PTC axé sur la prévention des maladies chroniques, les personnes habitant ce quartier seraient stigmatisées comme étant des personnes malades ou irresponsables face à leur santé.

Or, la stigmatisation des personnes défavorisées est-elle inévitable dans le contexte des PTC? C'est un fait, et non un jugement de valeur, que les individus qui sont dans une situation socioéconomique difficile sont les plus exposés à ces facteurs. Si l'on ignore cette relation particulière et que l'on adopte des politiques de santé publique universelles, diminuant du coup les risques de stigmatisation, est-ce que cela ne nuira pas davantage à ces personnes, ne tenant pas compte de leur situation particulière et des inégalités sociales en santé? Alors qu'on aurait tendance à croire que la conditionnalité des PTC entraîne la stigmatisation des bénéficiaires, selon Adato, « conditionality may overcome the possible stigma associated with welfare payments if conditions are seen as part of a social contract between beneficiaries and the state »⁸⁴.

Les incitatifs financiers conditionnels visant les personnes défavorisées sont donc une avenue qu'il faut considérer avec soin. S'écarter d'une approche traditionnelle d'assistance sociale peut comporter des effets pervers⁸⁵ et ceux-ci doivent être attentivement

83. Sarah-Maude Lefebvre, « Obésité : un code postal qui en dit long » (mai 2010), en ligne : 24 heures <<http://www.24hmontreal.canoe.ca/24hmontreal/actualites/archives/2009/04/20090401-141337.html>>.

84. Adato, *supra* note 79 à la p. 3.

85. Outre les risques mentionnés précédemment, des études ont révélé que les incitatifs financiers conditionnels pouvaient pousser les personnes

évalués. Par exemple, hormis les effets précédemment évoqués, certains dénoncent la pression que mettent les PTC sur les bénéficiaires. À propos du programme *Opportunity NYC*, une auteure rapporte les témoignages suivants d'enfants dont la famille est bénéficiaire du programme : « You can't believe the pressure on us right now...My father will be on my back all the time because 300 \$ is a lot to my family »⁸⁶.

En matière de prévention des maladies chroniques chez les personnes défavorisées, est-il souhaitable, donc, de s'écarter du modèle traditionnel d'assistance sociale? L'octroi de biens ou de services par l'entremise d'agents sociaux est-il un aspect important de la prévention des maladies chroniques? Ou bien doit-on prioriser une approche qui établit un lien direct entre le bénéficiaire et le gouvernement dans l'optique d'une plus grande responsabilisation de l'individu? Par exemple, certains programmes de santé publique incluent la distribution régulière de fruits et légumes par les établissements scolaires pour inciter

défavorisées à adopter certains comportements ou à poser certains gestes, dans le seul espoir d'être éligibles au programme. Par exemple, une étude a montré une augmentation de la fécondité là où les programmes s'adressent aux femmes enceintes, ainsi que des cas de sous-alimentation chez les enfants pour maintenir l'éligibilité au programme. Mylene Lagarde, Andy Haines et Natasha Palmer, « Conditional Cash Transfers for Improving Uptake of Health Interventions in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review » (2007) 298:16 *Journal of the American Medical Association* 1900 [Lagarde]. De plus, certaines critiques concernent l'exclusion de groupes de la population pour lesquels un PTC pourrait être bénéfique. Par exemple, les PTC incluent rarement les personnes handicapées qui ne peuvent pas travailler, les personnes âgées ou les personnes vivant dans une communauté qui n'offre pas les services liés aux conditions imposées. Barrientos, *supra* note 37 à la p. 548. Par ailleurs, Lund insiste sur la nécessité de s'assurer que la structure globale de la société permet aux bénéficiaires de réellement se sortir de la pauvreté s'ils respectent les conditions du programme, par exemple en ce qui a trait aux possibilités d'emploi après la graduation des jeunes ayant participé au programme. Lund, *supra* note 37 à la p. 6. Voir aussi Center for Global Development, *supra* note 4 à la p. 19.

86. Luci, *supra* note 41.

les jeunes à s'alimenter sainement⁸⁷, ce qui s'inscrit dans une approche plus traditionnelle et peut aussi s'avérer bénéfique. De même, serait-il plus efficace, par exemple, d'offrir aux employés et aux étudiants des séances d'exercice physique régulières ou bien de récompenser uniquement les personnes qui effectuent régulièrement de l'exercice physique?

Quelles que soient les réponses à ces questions, les PTC présentent une limite majeure en termes d'approche de gestion des risques puisqu'ils constituent un outil de gestion des risques qui met le fardeau d'un problème de société presque exclusivement sur l'individu. Très axés sur la responsabilisation des bénéficiaires, les PTC rendent-ils compte de l'importance du contexte social dans la problématique des maladies chroniques? L'environnement dans lequel évoluent les bénéficiaires leur permet-il de respecter les conditions qui leur sont imposées pour recevoir l'argent, et leur permet-il d'accéder à des services adéquats⁸⁸? Par exemple, dans le contexte des maladies chroniques, si les bénéficiaires doivent consulter régulièrement un médecin, le système de santé répond-il à cette demande? Les soins octroyés sont-ils de qualité? Si les bénéficiaires doivent participer

87. Voir par ex. Commission européenne, Agriculture et Développement Rural, *Le programme de l'UE en faveur de la consommation de fruits à l'école*, (2010), en ligne : Commission européenne <http://ec.europa.eu/agriculture/markets/fruitveg/sfs/index_fr.htm>.

88. Center for Global Development, *supra* note 4 à la p. 21; Barrientos, *supra* note 37 à la p. 548; Lagarde, *supra* note 85 à la p. 1908; Organisation mondiale de la Santé, *supra* note 4 à la p. 3. Notons toutefois qu'une relation peut parfois s'établir entre les prestataires de services et les bénéficiaires des PTC. En effet, de la Brière rapporte que certains programmes plus décentralisés ont récemment mis sur pied des mécanismes d'implantation qui mettent l'accent sur les prestataires de services, notamment des domaines de l'éducation et de la santé et œuvrant dans les milieux de vie des bénéficiaires. Par exemple, en Argentine, au Brésil et au Chili, des comités, formés entre autres de bénéficiaires, servent d'instance d'échange entre ces derniers et les prestataires de services de la communauté dans le but d'assurer une implantation optimale du PTC. Center for Global Development, *supra* note 4 à la p. 16.

à des activités sportives, de telles activités sont-elles offertes? Rappelons que les personnes défavorisées sont les plus exposées aux facteurs de risques des maladies chroniques. Il n'y a donc pas seulement le comportement de l'individu qui entre dans l'équation, il y a également son environnement de vie. À ce sujet, compte tenu de la nature des facteurs de risques des maladies chroniques comme le tabagisme, l'alimentation grasse et salée et le manque d'exercice physique, il va de soi que les individus ne sont pas les seuls acteurs impliqués dans cette problématique. Les communautés, les gouvernements, les organisations internationales et non gouvernementales ainsi que les industries du secteur privé, comme celles du domaine agroalimentaire ou du tabac, les employeurs et les écoles ont un rôle à jouer. La prévention des maladies chroniques appelle à la responsabilisation collective de tous ces acteurs⁸⁹ et non pas uniquement à la responsabilisation de l'individu, en l'occurrence les personnes défavorisées. Hung parle d'une responsabilité de la communauté et insiste sur la reconnaissance que les habitudes de vie affectant la santé sont fonction de conditions sociales, culturelles, politiques et économiques élargies⁹⁰.

À suivre...

De toute évidence, les PTC ne font pas l'unanimité. De son côté, Popay est catégorique : « Surely, we can respond to the 21st century's giants of inequality in income, wealth, and health with something more imaginative and a greater likelihood of success than conditional cash transfers with fragile evidence base. »⁹¹ Pourtant, Shibuya considère les PTC comme une solution miracle : « They are creating an incentive for families to invest in

89. Department of Health, *supra* note 31 à la p. 15; Ministère de la Santé et des Services sociaux, *supra* note 1 à la p. 7; Andrew Penman, « Regulation for chronic disease control : the pathfinder role of tobacco » (2008) 19:11-12 *Public Health Bulletin* 195 [Andrew Penman]; Catford, *supra* note 15 à la p. 3.

90. Hung, *supra* note 23.

91. Popay, *supra* note 3 à la p. 141.

their own children's futures. Every decade or so, we see something that can really make a difference, and this is one of those things. »⁹² Que l'on s'y oppose ou que l'on y voit une panacée, les programmes d'incitatifs financiers conditionnels visant les personnes défavorisées sont bel et bien présents dans le paysage des politiques publiques du XXI^e siècle. Aussi, la tenue de la *Third International Conference on Conditional Cash Transfers* en 2006, qui suit celles de 2002 et 2004, témoigne de l'intérêt soutenu qu'on leur porte⁹³. Les PTC demeurent pour l'instant axés sur la lutte à la pauvreté. Bien qu'ils comportent un aspect relatif à la santé des bénéficiaires, celui-ci n'est pas développé dans la perspective spécifique de prévenir les maladies chroniques⁹⁴. Toutefois, le recours aux incitatifs financiers conditionnels en cette matière ne paraît pas si farfelu à la lumière de ce qui précède, d'autant plus que les gouvernements s'affairent à développer de nouvelles approches en santé publique⁹⁵.

Il est certes important de développer des outils de gestion des risques qui tiennent compte de la relation particulière entre les personnes défavorisées et les facteurs de risques des maladies chroniques. Dans son Programme national de santé publique 2003-2012, le gouvernement du Québec souligne que « La Loi [Loi sur la santé publique] invite à agir pour réduire les inégalités de santé et de bien-être au sein de la population ainsi que pour contrer les effets des facteurs de risques touchant, notamment, les

92. Kenji Shibuya, « Conditional cash transfers: a magic bullet for health? » (2008) 371: 9625 *The Lancet* 789 à la p. 789.

93. The World Bank, Social Protection « Third International Conference on Conditional Cash Transfers » (mai 2010), en ligne : <<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/WBI/WBIPROGRAMS/SPLP/0,,cont entMDK:20892674~pagePK:64156158~piPK:64152884~theSitePK:461654,00.html>>.

94. Bien que l'objectif premier des PTC, dans leur conception actuelle, ne soit pas la lutte aux maladies chroniques, il demeure qu'un document de l'OMS rapporte que le programme mexicain *Oportunidades* aurait contribué à réduire l'obésité, l'hypertension et le diabète chez les adultes. Organisation mondiale de la Santé, *supra* note 4 à la p. 2.

95. Andrew Penman, *supra* note 89 à la p. 197.

groupes les plus vulnérables.»⁹⁶ Le *National Health Service* d'Angleterre fait de même : « Our fundamental aim must be to create a society where more people, particularly those in disadvantaged groups or areas, are encouraged and enabled to make healthier choices »⁹⁷. Les incitatifs financiers conditionnels pourraient être intégrés à des programmes qui s'adresseraient aux personnes défavorisées et viseraient à inciter de saines habitudes de vie. Par contre, il ne faudrait pas oublier que cet outil de gestion des risques n'est qu'un outil parmi d'autres et que, dans la lutte aux maladies chroniques, il faut agir également sur l'environnement de vie des individus et sur les créateurs de risques. Comme le rappelle Popay « Cash might coerce some people into changing behaviour but if their lives do not change we should not be surprised if they lapse or substitute other unhealthy behaviours »⁹⁸.

Il demeure que la menace planétaire sanitaire et économique que constituent les maladies chroniques ainsi que les particularités de ce fléau, en ce qu'il est intimement lié à notre mode de vie quotidien et que ses facteurs de risques ne sont pas hors de notre contrôle, nous poussent à explorer et à s'ouvrir à de nouveaux outils de gouvernance en santé publique. Il serait pour le moins étonnant de fermer la porte à toute considération des incitatifs financiers conditionnels sous prétexte qu'ils comportent des effets pervers, alors même que l'idée de pénaliser les personnes qui prennent des risques pour leur santé, comme les fumeurs ou les personnes obèses, a déjà été mise sur la table⁹⁹.

96. Ministère de la Santé et des Services sociaux, *supra* note 1 à la p. 10.

97. Department of Health, *supra* note 31 à la p. 11.

98. Popay, *supra* note 3 à la p. 141.

99. Matthew J. Peters, « Should smokers be refused surgery? » (2007) 334:7583 *BMJ* 20; Matthew J Peters, Lucy C Morgan et Laurence Gluch, « Smoking cessation and elective surgery : the cleanest cut » (2004) 180 *The Medical Journal of Australia* 317; Jennifer Miller, « Obese in Alabama to Pay More for Health Insurance Coverage » (mai 2010), en ligne : Emax Health <<http://www.emaxhealth.com/155/1/24341.html>>. Plusieurs forums de discussion ou sites de nouvelles sur internet abordent la question. Voir par ex. Zinfos 974, « Journée mondiale contre

En d'autres termes, si l'idée de désavantager les individus qui adoptent de mauvaises habitudes de vie est considérée, celle de récompenser les individus qui adoptent de saines habitudes de vie ne mérite-t-elle pas d'être elle aussi l'objet de réflexions?

le tabac : " les malades doivent payer", L'actualité en continu » (mai 2010), en ligne : Zinfos 974 <http://www.zinfos974.com/Journee-mondiale-contre-le-tabac-Les-malades-doivent-payer_a7156.htm>; Yahoo! Answers, « Should obese people pay more taxes? » (mai 2010), en ligne : Open Question <<http://answers.yahoo.com/question/index?qid=20090701091702AAi84p9>>; Tech Support Forums, « Should Smokers and Obese People Pay More for Insurance? » (mai 2010) en ligne : <<http://www.techsupportforum.com/relaxation-room/political-scene/345407-should-smokers-obese-people-pay-more-insurance.html>>; ABC News, « Who Should Pay for Obese Health Care? » (mai 2010), en ligne : ABC News <<http://abcnews.go.com/Health/Diet/story?id=7981746&page=1>>.