

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) (Herne, Lappalainen et Kestilä-Kekkonen, 2013 ; Becker, 2005).

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 si 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 ») (Robertson, 1998; Baylis, Kenny et Sherwin, 2008). 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 (pp. 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
 - d. permettant de faire leur travail soient améliorées ou mises en place?
 - e. Les gens pourraient-ils avoir besoin de formation ou de protection additionnelle, de n'importe quel type?
 - f. 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 »?

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

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)
- 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^e éd.). Chicago : University of Chicago Press.
- Becker, L. (2005). Reciprocity, justice and disability. *Ethics*, 116, 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.
- Upshur, R. E. G. (2002). Principles for the justification of public health intervention. *Canadian Journal of Public Health*, mars-avril 2002, 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 (Service de santé publique de Sudbury et du district), 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 réseau des centres agit autant comme une structure de diffusion des contributions spécifiques des centres que de lieu de production conjointe des projets communs. 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 : XXXX

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé au : www.ccnpps.ca.

An English version of this paper is also available at www.ncchpp.ca.

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

