

LA SANTÉ DES COMMUNAUTÉS :

*perspectives pour la contribution de la santé publique
au développement social et au développement des communautés*

LA SANTÉ DES COMMUNAUTÉS :

*perspectives pour la contribution de la santé publique
au développement social et au développement des communautés*

Avril 2002

AUTEURS

Michel Beauchemin	Direction de la santé publique de Québec
Claude Bégin	Direction de la santé publique de Lanaudière
Martin Bouchard	Direction de la santé publique de la Côte-Nord
Carmen Boucher	Direction de la santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue
Louise Brunet	Direction de la santé publique de Chaudière-Appalaches
Réналd Bujold	Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Noel-André Delisle	Direction de la santé publique de la Montérégie
Marie-Claude Drouin	Direction de la santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Réal Lacombe	Direction de la santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue
Manon Laporte	Direction de la santé publique du Nord-du-Québec
Richard Leroux	La Coopérative La Clé
Julie Lévesque	Institut national de santé publique du Québec
France McKenzie	Direction de la santé publique de Laval
Claire Millette	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Michel Mongeon	Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Céline Morrow	Direction de la santé publique de Québec
William A. Ninacs	La Coopérative La Clé
Lise Ouellet	Direction de la santé publique de Lanaudière
Lilianne Pagé	Direction de la santé publique de l'Estrie
Richard Paquin	Direction de la santé publique des Laurentides
Hélène Rollin	Direction de la santé publique de l'Outaouais
Jean-Maurice Roy	Direction de la santé publique de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Pascal Soucy	Direction de la santé publique de la Gaspésie--Îles-de-la-Madeleine
Denis St-Amant	Association des CLSC et des CHSLD du Québec
Louise Therrien	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

RÉDACTION

Richard Leroux	La Coopérative La Clé
William A. Ninacs	La Coopérative La Clé

COLLABORATION À LA RÉDACTION

Carmen Boucher	Direction de la santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue
Louise Brunet	Direction de la santé publique de Chaudière-Appalaches
Réналd Bujold	Direction de la santé publique de Montréal-Centre
Noel-André Delisle	Direction de la santé publique de la Montérégie
Réal Lacombe	Direction de la santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue
Julie Lévesque	Institut national de santé publique du Québec
Claire Millette	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

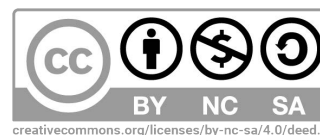
SOUS LA COORDINATION DE

Julie Lévesque	Institut national de santé publique du Québec
----------------	---

*Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'INSPQ : <http://www.inspq.qc.ca>
Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.*

CONCEPTION GRAPHIQUE : MARIE PIER ROY
DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTÉCOM ([HTTP://WWW.SANTECOM.QC.CA](http://www.santecom.qc.ca)) / COTE : INSPQ-2002-001
DÉPÔT LÉGAL – 2^e TRIMESTRE 2002
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA
ISBN 2-550-39175-6

©Institut national de santé publique du Québec (2002)



AVANT-PROPOS

Depuis quelques années, le réseau de la santé a réalisé plusieurs avancées dans le domaine du développement social et du développement des communautés, notamment grâce à la Politique de la santé et du bien-être (1992) et aux Priorités nationales de santé publique (1997-2002) dont les principes directeurs précisait que l'engagement auprès des communautés devait s'accroître afin de stimuler les initiatives communautaires. D'autre part, les forums régionaux, suivis du Forum national sur le développement social (1998) organisé par le Conseil de la santé et du bien-être, ont mobilisé le réseau de la santé publique ainsi que différents acteurs d'un grand nombre de secteurs d'activités.

Par ailleurs, d'autres travaux en lien avec le bilan national et la stratégie gouvernementale de lutte à la pauvreté ont été entrepris, engageant un grand nombre d'organismes, dont les conseils régionaux de développement.

Dans cette foulée, l'idée d'un document sur le développement social et le développement des communautés a surgi au début de l'année 2000 lors des travaux menant à l'élaboration d'une programmation pour l'unité de Développement des communautés de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Ce projet, soumis en octobre 2002 aux membres d'un groupe de travail de répondants en développement social et en développement des communautés, fit rapidement consensus. À cette occasion, les membres ont exprimé le souhait d'un portrait des actions réalisées par les directions de santé publique dans ce domaine afin de mieux connaître les pratiques et les perceptions des intervenants des directions de santé publique du Québec.

Il importe de souligner le travail de concertation et de partenariat des directions de santé publique et du ministère de la Santé et des Services sociaux qui se sont engagés de façon énergique dans la réalisation de ce projet par le partage de leur expertise. C'est en leur nom que l'Institut a accepté de publier ce document, qui nous l'espérons, apportera une contribution importante pour l'action de la santé publique en développement social et en développement des communautés.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
PREMIER CHAPITRE	3
1 LA SANTÉ ET SES DÉTERMINANTS	3
1.1 La santé	3
1.2 Les déterminants de la santé	3
1.3 Importance d'agir sur les déterminants sociaux de la santé	4
1.4 Le développement et les multiples formes de capitaux	6
1.4.1 Le capital humain	8
1.4.2 Le capital économique	9
1.4.3 Le capital écologique	9
1.4.4 Le capital social	10
1.4.5 Le capital culturel	11
DEUXIÈME CHAPITRE	13
2 LE DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET LE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS	13
2.1 Le développement social	13
2.1.1 Composantes fondamentales du développement social	14
2.2 Le développement des communautés	16
2.2.1 Composantes fondamentales du développement des communautés	18
TROISIÈME CHAPITRE	21
3 INTERVENIR EN DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET EN DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS : LES ÉLÉMENTS INCONTOURNABLES	21
3.1 La participation	22
3.2 L'empowerment	23
3.3 La concertation et le partenariat	26
3.4 La réduction des inégalités	28
3.5 L'harmonisation et la promotion des politiques publiques favorables à la santé	29
QUATRIÈME CHAPITRE	33
4 L'ACTION AU NIVEAU LOCAL, RÉGIONAL ET NATIONAL	33
4.1 L'intersectorialité et les acteurs du développement	33
4.2 Rôles et responsabilités en fonction des paliers d'intervention en santé publique	37
4.2.1 Illustration des rôles et responsabilités au palier local	37
4.2.2 Illustration des rôles et responsabilités au palier régional	39
4.2.3 Illustration des rôles et responsabilités au palier national	41
4.3 Principes et conditions de succès	44
4.3.1 Les principes	44
4.3.2 Conditions de succès	45
CONCLUSION	47
BIBLIOGRAPHIE	49

INTRODUCTION

« La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés » se veut d'abord et avant tout un document qui cerne ces types de développement et leur potentiel de rayonnement; il illustre les contributions possibles des intervenants à tous les niveaux du réseau québécois de la santé publique.

Le document aborde les valeurs d'humanité et de dignité qui sous-tendent le développement individuel et collectif et permet de clarifier les concepts, les rôles et les conditions favorables pouvant guider les pratiques et l'action à divers paliers de l'intervention en santé publique. En ce sens, il est un outil pour dégager les liens entre la santé et le développement sous de multiples angles, un outil de réflexion pour enrichir les pratiques de façon dynamique. Il rend accessible l'adoption et l'intégration de certains éléments de plus en plus actuels et pertinents pour améliorer les conditions et la qualité de vie des communautés, notamment avec les groupes vulnérables. Ces éléments de base sont : la participation, l'*empowerment*, la concertation et le partenariat, la réduction des inégalités, l'harmonisation et la promotion des politiques favorables à la santé.

Ce document propose une approche émergente, adaptée aux diverses communautés et une intervention renouvelée en santé publique qui permettront de soutenir les efforts déjà présents dans divers milieux. Il serait souhaitable que les perspectives proposées dans ce document puissent influencer les travaux d'élaboration du prochain Programme national en santé publique afin de toucher un plus grand nombre de déterminants sociaux de la santé et du bien-être. Cette approche émergente et les paramètres de l'intervention proposés se sont développés de manière concomitante, à la faveur des **principes directeurs des Priorités nationales de santé publique (1997-2002)** :

- ♦ **agir et comprendre** avant l'émergence des maladies et des problèmes, en intervenant sur le renforcement des facteurs de protection de la santé et des conditions de vie favorables au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être, sur la détection précoce des problèmes sociaux et de santé et sur la réduction des facteurs de risque;
- ♦ **s'engager davantage auprès des communautés**, c'est-à-dire encourager et soutenir les dynamismes communautaires et travailler en étroite collaboration avec les décideurs locaux et régionaux et les autres acteurs des communautés. La santé publique peut, en particulier, participer à l'identification des problèmes, à la détermination des interventions efficaces, ainsi qu'au démarrage et au soutien de projets pilotes, d'initiatives communautaires ou de projets de développement local;
- ♦ **s'engager davantage dans la lutte contre les inégalités en matière de santé et de bien-être** : l'intervention de santé publique peut contribuer, d'une part, à réduire les inégalités socio-économiques et, d'autre part, à diminuer leurs effets négatifs sur la santé et le bien-être de la population;
- ♦ **intervenir de façon concertée et coordonnée**, c'est-à-dire susciter l'adhésion d'un ensemble d'acteurs à des priorités communes et favoriser l'intensification des efforts et la solidarité vers un véritable partenariat.

Cette réflexion et cette analyse autour des concepts et des principes d'application du développement social et du développement des communautés visent à actualiser davantage ces principes.

Le **premier chapitre** veut principalement répondre à la question : *Pourquoi inscrire l'action en santé publique dans des stratégies de développement ?* Pour ce faire, quelques constats sont présentés ainsi que les caractéristiques des dimensions sociale, culturelle, économique, humaine et environnementale du développement.

Le **deuxième chapitre** propose une définition des caractéristiques et des composantes du développement social et du développement des communautés. De plus, il fait ressortir les distinctions et les points communs aux deux concepts.

Le **troisième chapitre** décrit les particularités de l'intervention de santé publique en développement social et en développement des communautés. La participation, l'*empowerment*, la concertation et le partenariat, la réduction des inégalités et les politiques publiques saines y sont décrits. Un schéma illustrant les liens unissant santé publique, développement social et développement des communautés y est présenté.

Enfin, le **quatrième chapitre** fournit quelques illustrations des rôles et responsabilités qui peuvent être assumés par les paliers local, régional et national. Ce chapitre fait notamment ressortir plusieurs défis et enjeux à considérer pour les différents acteurs engagés dans l'action.

Ce document vise à améliorer la compréhension de ces domaines d'intervention, à proposer une vision souple et efficace qui soit adaptée aux différentes régions et qui épouse l'action des communautés locales. Il paraît opportun d'éviter une vision unique et restrictive des concepts, des pratiques et des rôles. Plusieurs stratégies, considérations et conceptions sont encore sur la table de travail des chercheurs et des auteurs et viendront enrichir nos réflexions au fur et à mesure que nous appliquerons les grands principes de l'action en santé publique. Pour le lecteur, il importe donc d'envisager ce document comme une contribution qui pourra être bonifiée dans l'avenir à la lumière des expériences entreprises un peu partout au Québec et ailleurs dans le monde.

PREMIER CHAPITRE

1 LA SANTÉ ET SES DÉTERMINANTS

1.1 La santé

Retenant les éléments des définitions de l'Organisation mondiale de la santé, de la Charte d'Ottawa, des Priorités nationales de santé publique, de la Politique de la santé et du bien-être et de la Loi de santé publique adoptée récemment par l'Assemblée nationale du Québec, la santé se définit comme un état de bien-être, présupposant une capacité physique, psychologique et sociale qui permet à une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie.

La santé dépasse donc largement l'absence de maladie et déborde des seuls aspects physique et mental. La santé est liée à la capacité de l'individu d'agir dans la communauté et dans la société auxquelles il appartient.

Il importe maintenant d'explorer la question des déterminants de la santé pour en venir à cerner ceux que le réseau de la santé et des services sociaux pourrait investir davantage afin de favoriser une meilleure santé et un meilleur bien-être.

1.2 Les déterminants de la santé

Les Priorités nationales de santé publique (1997-2002) définissent l'intervention de santé publique comme « *l'action sur les déterminants de la santé et du bien-être au niveau de la population et des systèmes qui la régissent*¹ ». Cette intervention se caractérise par quatre fonctions : promotion de la santé et du bien-être, protection de la santé de la population, prévention des problèmes de santé et des problèmes sociaux et surveillance de l'état de santé de la population.

Les déterminants reconnus en santé publique sont classés en cinq catégories² :

1. Les facteurs endogènes ou biologiques;
2. Les habitudes de vie et les comportements;
3. L'environnement physique;
4. L'environnement social : milieux de vie (famille, école, travail) et conditions de vie (revenu, scolarité, logement, emploi, événement stressant);
5. L'organisation du système de soins et de services.

¹ MSSS. *Priorités nationales de santé publique*, 1997-2002, Québec, 1998, 103 pages.

² MSSS. *Priorités nationales de santé publique*, 1997-2002.

1.3 Importance d'agir sur les déterminants sociaux de la santé

La Politique québécoise de la santé et du bien-être de 1992 (PSBE) indique que la santé et le bien-être des Québécois et des Québécoises se sont, dans l'ensemble, beaucoup améliorés durant la période de 1960 à 1990. Cependant, l'accessibilité universelle aux soins de santé et aux services sociaux n'a pas permis au système d'éliminer, ni même de réduire, les écarts de santé et de bien-être. Au contraire, on a mis en évidence l'existence de gradients socio-économiques de santé³, sorte d'escalier qui relie les mesures de mortalité et de morbidité et le statut socio-économique : dans une échelle de revenu, un individu d'un niveau socio-économique inférieur risque d'être en moins bonne santé que celui du niveau au-dessus.

« Précisons que les recherches démontrent clairement qu'être en bonne santé ne relève pas uniquement des habitudes de vie (tabagisme, alimentation, activité physique, etc.) En fait, elles disent que même si toute la population adoptait de saines habitudes de vie (une bonne alimentation, pas de tabac, pas d'alcool, etc.), l'espérance de vie globale augmenterait assurément, mais que les différences relatives à l'état de santé persisteraient entre les classes sociales⁴. »

On constate entre autres que :

« ... ces inégalités ont été observées autant en ce qui a trait à la mortalité qu'à la morbidité en général. Elles touchent presque toutes les causes de décès et à peu près tous les types de maladies. Pour l'ensemble du Québec, l'espérance de vie à la naissance chez les hommes est aujourd'hui de 76 ans. Elle tombe cependant à 71 ans chez les hommes qui appartiennent au cinquième de la population le plus défavorisé, sur les plans matériel et social, tandis qu'elle grimpe à près de 80 ans pour les hommes les plus favorisés. On constate donc un écart de 9 ans⁵. »

Veenstra (2001) souligne que, dans la plupart des pays occidentaux, on constate un rapport direct entre le statut social des individus et la santé, peu importe comment on le mesure et quels que soient les indicateurs utilisés. Au sein des pays occidentaux, plus on grimpe dans l'échelle des revenus, meilleur est l'état de santé. Un bon revenu mène à une bonne santé, non seulement parce qu'il permet de mieux s'alimenter, se vêtir, se loger et combler ses besoins primaires, mais aussi parce qu'un bon revenu permet davantage de choix et d'emprise sur sa destinée. De là l'intérêt de réduire les écarts de santé et de bien-être et de s'inscrire dans la lutte aux inégalités et à la pauvreté.

Ce qui est en jeu, ce sont les déterminants sociaux de la santé et du bien-être de même que le contexte social et économique dans lequel ils se manifestent. Bien au-delà de l'accès aux soins de santé, ces déterminants sont de plus en plus la cible des intervenants en santé publique.

³ RENAUD, Marc, et Louise BOUCHARD, « Expliquer l'inexpliqué : l'environnement social comme facteur clé de la santé », dans *Interface*, vol. 15, no 2, mars-avril 1994.

⁴ MSSS, *Rapport du Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté*, document interne au MSSS, novembre 2001, p. 21.

⁵ Rapport de l'IOM page 23

Les stratégies de la politique de la santé et du bien-être vont d'ailleurs dans le sens d'agir sur les déterminants sociaux, notamment en insistant sur l'importance de :

- ♦ favoriser le renforcement du potentiel des personnes;
- ♦ soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires;
- ♦ améliorer les conditions de vie;
- ♦ agir pour et avec les groupes vulnérables;
- ♦ harmoniser les politiques publiques et les actions en faveur de la santé et du bien-être.

Pour Sir Donald Acheson, président du Centre international pour la santé et la société de Londres,

« ... aujourd'hui, les connaissances scientifiques sur les déterminants sociaux de la santé s'accumulent rapidement. Le besoin d'orienter nos efforts dans leur direction est de plus en plus clair. Ceci veut dire que la santé publique doit agir encore plus en amont, y sensibiliser le public et promouvoir le débat sur les déterminants sociaux⁶. »

Ces idées rejoignent celles du document *La Santé pour tous au XXI^e siècle*, publié en 1998 par l'Organisation mondiale de la santé et qui résume à la fois les fondements scientifiques et les enjeux soulevés par les déterminants sociaux de la santé, notamment :

1. Le besoin de politiques qui empêcheront les gens de vivre longtemps dans des conditions défavorisées;
2. L'influence de l'environnement social et psychologique sur la santé;
3. L'importance d'assurer un bon milieu de vie pour les jeunes enfants;
4. L'impact du travail sur la santé;
5. Les problèmes du chômage et des emplois précaires;
6. Le rôle positif de l'amitié et de la cohésion sociale;
7. Les dangers de l'exclusion sociale;
8. Les effets de l'alcool et des autres drogues;
9. Le besoin d'assurer à tous l'accès à de la nourriture de qualité;
10. Le besoin de systèmes de transport plus favorables à la santé.

Dans un rapport publié en 2000, *l'Institute of Medicine* de Washington pousse beaucoup plus loin l'exploration de ce champ d'intervention pour la santé publique, en particulier en regard des liens entre les habitudes et les conditions de vie⁷.

⁶ WILKINSON, R., ET M. MARMOT, *Social Determinants of Health : The Solid Facts*, Organisation mondiale de la santé, Copenhague, 1998.

⁷ INSTITUTE OF MEDICINE, *Promoting Health, Intervention Strategies from Social and Behavioral Research*, National Academy Press, Washington, 2000.

Selon les auteurs, plutôt que de cibler un nombre limité de déterminants de la santé et du bien-être, les interventions sur les facteurs comportementaux et sociaux devraient être liées à plusieurs niveaux d'influence, qu'ils soient individuels, interpersonnels, institutionnels, communautaires ou politiques. C'est donc non seulement le comportement individuel qui est la cible de l'intervention, mais aussi le contexte social dans lequel il évolue.

Le comité qui a produit le rapport de *l'Institute of Medicine* souligne que :

« ... les différences dans les niveaux de santé et de bien-être sont affectées par une interaction dynamique entre les facteurs biologiques, comportementaux et environnementaux, interaction qui se déploie sur tout le parcours de vie des individus, des familles et des communautés⁸ ».

Ce constat a d'ailleurs amené ce comité à proposer des efforts de recherche et d'intervention en santé publique basés sur un modèle écologique.

Ainsi, l'intervention en santé publique devrait viser l'exercice, par les personnes et les communautés d'un plus grand contrôle sur leur vie (*empowerment*), en vue de réaliser leurs ambitions et satisfaire leurs besoins. La santé est ici perçue comme une ressource de la vie quotidienne et le développement de cette ressource comme l'essentiel de la cible de la santé publique.

Trevor Hancock affirme, quant à lui, que « *la santé est déterminée par une large gamme de facteurs sociaux, environnementaux, culturels, économiques et comportementaux, il s'agit là d'un modèle holistique de la santé* ». (Hancock, 1999)

1.4 Le développement et les multiples formes de capitaux

La **notion de développement**⁹ suggère une transformation des structures et des systèmes menant à une amélioration de la qualité de vie pour toutes les personnes. Le concept de développement est associé à une vision globale de la réalité qui tient compte simultanément du contexte économique, politique, social, culturel et écologique dans lequel les gens vivent.

Les processus de développement se basent aussi sur une volonté d'intégrer le progrès dans une approche de durabilité : l'amélioration de la qualité de vie des générations actuelles ne doit pas se réaliser aux dépens de celle des générations futures et cela, autant sur le plan environnemental, économique que social.

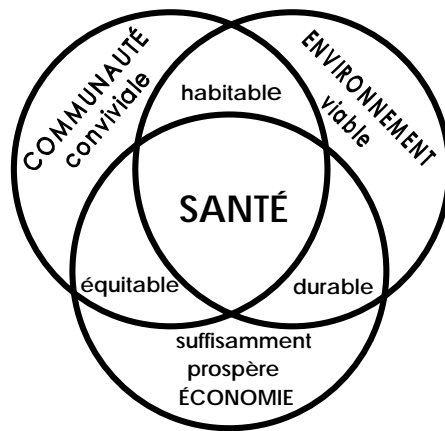
Trevor Hancock est un des experts dans le domaine de la santé publique qui a largement contribué à vulgariser les liens existant entre la santé et le développement. En ce qui concerne la communauté, Hancock considère que le défi principal du réseau de la santé est de créer du capital communautaire dans l'optique de développer des communautés plus saines.

⁸ INSTITUTE OF MEDICINE, Promoting health, Intervention Strategies from Social and Behavioral Research, National Academy Press, Washington, 2000.

⁹ COMMISSION MONDIALE DE LA CULTURE ET DU DÉVELOPPEMENT. « Notre diversité créatrice », 1994, p. 22, cité dans GIGUÈRE, Rita, *La culture comme base du développement*, Université rurale québécoise au Bas-Saint-Laurent, 1999.

Il a d'ailleurs contribué à élaborer et à promouvoir le modèle de communauté en santé qui lie la communauté, l'environnement et l'économie (voir schéma ci-dessous). Il propose également un ensemble d'indicateurs permettant de mesurer la santé des communautés pour mieux orienter l'action de santé publique.¹⁰

MODÈLE CONCEPTUEL DE COMMUNAUTÉ EN SANTÉ



Cette vision de la santé, conforme à celle de la PSBE (1992), repose sur trois grandes convictions :

- ♦ La santé et le bien-être de la population représentent à priori un **investissement** pour la société.
- ♦ La santé et le bien-être résultent d'une **interaction** constante entre l'individu et son milieu.
- ♦ Le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être reposent sur un **partage des responsabilités** entre les individus, les familles, les milieux de vie, les pouvoirs publics et l'ensemble des secteurs d'activité de la vie collective¹¹.

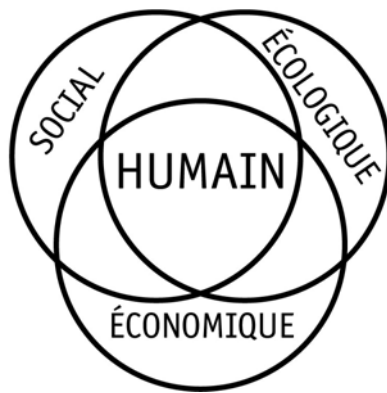
De façon générale, le terme « **capital** » est utilisé pour désigner les ressources, essentielles à la réalisation du développement. Le capital est souvent perçu comme la somme des richesses capables de produire d'autres richesses. Dans une perspective de développement, le capital représente une ressource sans laquelle le changement visé ne pourrait se réaliser. (Coleman, 1990, p. 302)

¹⁰ HANCOCK, T, R. LABONTÉ ET R. EDWARDS. *Indicators that Count ! – Measuring Population Health at the Community Level*, Centre for Health Promotion, University of Toronto, 2000.

¹¹ *La politique de la santé et du bien-être* de 1992.

Trevor Hancock argumente en faveur d'une nouvelle forme de capitalisme « *qui non seulement ne détruit pas le capital environnemental, social et économique, mais qui, en fait le fait fructifier* ». (Hancock, 1999) D'autre part, il insiste sur l'importance du développement durable : « *Le développement humain et la réalisation du potentiel humain nécessitent une forme d'activité économique qui soit durable socialement et viable écologiquement, dans l'intérêt de cette génération et des générations futures¹².* » Il illustre sa pensée dans la figure ci-dessous. Au modèle de Hancock, nous ajoutons aussi le **capital culturel** décrit un peu plus loin dans le texte.

MODÈLE DES QUATRE TYPES DE CAPITAL



1.4.1 Le capital humain

La dimension humaine du développement fait référence à la personne, à ses besoins, à son état physique, à son bien-être, à son développement et à son ressourcement personnel. Selon le Rapport mondial sur le développement humain 2000, les droits de la personne et le développement humain partagent une conception et un objectif commun : assurer la liberté, le bien-être et la dignité de tous les individus, partout dans le monde.

Le **capital humain** prend sa source dans l'ensemble des personnes d'une communauté. Le capital humain se développe lorsque se maintiennent et s'améliorent la santé et le bien-être des membres et quand leur instruction, leurs habiletés, leur sens de l'innovation et leur créativité peuvent se développer, lorsqu'ils sont engagés dans leur communauté et qu'ils participent à sa gouverne.

Dans le domaine de la santé publique, intervenir en faveur du capital humain, c'est développer les capacités des individus notamment par le biais de multiples programmes de promotion et de prévention qui visent à améliorer la santé des individus et à renforcer leur capacité de la prendre en charge. Selon Hancock, c'est le point culminant ou le centre de son modèle de développement. Pour lui, l'augmentation du capital humain est le produit du développement économique, du développement environnemental, du développement social et culturel, et résulte ainsi d'une augmentation des quatre formes de capital.

¹² HANCOCK, TREVOR. *Compte rendu de conférences*, Journées annuelles de santé publique, 1999.

1.4.2 Le capital économique

L'économie peut être définie comme « *l'ensemble des activités d'une collectivité relatives à la production, à la distribution et à la consommation des richesses* » (Larousse, 2001). Ces richesses sont généralement associées aux facteurs de production : ressources matérielles, ressources humaines (main-d'œuvre et qualification) et ressources financières.

Individuellement et collectivement, la dimension économique du développement se mesure souvent par le degré de richesse ou de pauvreté des individus et des groupes constituant la collectivité.

Ainsi, le **capital économique** correspond à la richesse financière et matérielle d'une communauté et constitue le moyen privilégié d'atteindre un degré de prospérité suffisant pour satisfaire les besoins des personnes qui la composent, c'est-à-dire s'alimenter, se vêtir et se loger, fournir l'eau propre et l'hygiène appropriée, assurer l'éducation universelle et offrir des services de santé et des services sociaux accessibles à tous.

Le capital économique devrait permettre la création d'emplois sains et, par une redistribution équitable des richesses, satisfaire les besoins de base de chacun. Bref, le capital économique devrait avant tout contribuer à accroître les effets positifs des déterminants de la santé.

Dans le domaine de la santé publique, intervenir sur le plan de l'économie, c'est surveiller l'état de santé et de bien-être des populations défavorisées, proposer et s'engager dans les interventions qui peuvent le mieux soutenir la lutte à la pauvreté et la réduction des inégalités socio-économiques, en favorisant un développement économique favorable au mieux-être des communautés.

1.4.3 Le capital écologique

La Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement (1992), tenue à Rio de Janeiro, a largement contribué à faire prendre conscience :

« ... qu'un développement irresponsable ne tenant pas compte de l'écologie et basé sur des ressources non renouvelables entraîne des effets néfastes considérables, et la santé ne s'en trouve pas épargnée. Les changements climatiques globaux, l'écotoxicité, l'épuisement des ressources renouvelables et non renouvelables et la réduction de la biodiversité menacent la santé de tous. » (Hancock, 1999)

Pour Hancock, le **capital écologique** est donc composé de « *l'air, l'eau, la faune, la nature, les pêcheries, les forêts, les terres agricoles, l'énergie, les minéraux et les autres ressources sur lesquelles se fonde la richesse humaine* » (Hancock, 1999).

La préoccupation environnementale en santé publique oriente l'intervention vers une approche de développement viable et durable qui réponde aux besoins actuels sans compromettre l'aptitude des générations futures de répondre à leurs besoins. Elle vise aussi à assurer, à long terme, la salubrité et l'intégrité de leur environnement.

Intervenir dans le champ de l'écologie, c'est tenir compte des effets à court et à long terme des tendances actuelles de production, de consommation et de comportement envers l'environnement, la santé humaine et la protection des générations futures. C'est s'appuyer sur l'expérience solide qu'ont accumulée les équipes de santé environnementale, tant dans les contenus que dans les processus.

1.4.4 Le capital social

La dimension sociale du développement renvoie au vaste champ dans lequel on trouve les conditions de vie et de santé, la citoyenneté, la solidarité et les rapports sociaux. La dimension sociale est étroitement liée à la notion d'accessibilité : l'accès au soutien, aux ressources, à l'autonomie, à l'égalité, à la participation aux sphères publiques de la citoyenneté, au marché du travail et à l'organisation sociale.

Pour Putnam, (1993) le **capital social** est composé des caractéristiques de l'organisation sociale comme les réseaux, les normes et la confiance qui facilitent la coordination et la coopération pour le bénéfice commun. Hancock y ajoute des éléments plus formels comme la société civile, les programmes sociaux, les structures politiques et légales qui garantissent les droits politiques et sociaux des individus¹³.

Le capital social ne peut pas se produire en marge des relations sociales et il est indissociable du contexte dans lequel il s'accumule. Ainsi, plus l'organisation sociale d'un milieu sera développée (nombre d'organisations, maillage, réseautage), plus les conditions favorisant l'augmentation du capital social seront favorables.

Le capital social est en quelque sorte le ciment qui lie les différentes composantes des communautés et l'infrastructure sociale, qui favorise la paix, la sécurité et la santé, et qui fournit l'accès équitable à la nourriture, au logement, à l'éducation, à un revenu adéquat et à un environnement propre et sûr.

Il semble clair que l'amitié, les bonnes relations sociales et les réseaux d'appui forts, qu'ils soient amicaux, sociaux, familiaux ou communautaires, améliorent la santé à la maison, au travail et dans la communauté. À l'inverse, l'exclusion sociale et l'isolement qui en découle créent de la misère et ont des effets sur la qualité de vie d'une population.

Dans le domaine de la santé publique comme dans d'autres domaines, intervenir sur la dimension sociale, c'est agir sur les déterminants sociaux de la santé et du bien-être ainsi que sur le contexte social et économique dans lequel ils se manifestent. C'est s'appuyer aussi sur les capacités d'agir des communautés et travailler à les renforcer.

¹³ HANCOCK, TREVOR. *Health-based Indicators of Sustainable Human Development*, Paper prepared for the Office of Sustainable Development, Health Canada, mars 2001.

1.4.5 Le capital culturel

La culture inclut tout ce qui permet de donner un sens, une signification particulière aux gens et aux événements. La culture, c'est autant les arts créés par les artisans, les artistes, les producteurs que l'ensemble des valeurs, des croyances, des traditions qui, par le biais des institutions d'une communauté, se transmettent ou se reproduisent et établissent des normes généralement convenues et partagées par les membres d'une collectivité.

Les *Centres for Disease Control and Prevention* américains soulignent que les comportements reliés à la santé sont influencés directement par des éléments de la culture¹⁴. Compte tenu des changements démographiques et des modifications des composantes ethniques de la société québécoise, les considérations culturelles deviennent incontournables et elles prennent encore plus d'importance dans l'élaboration d'interventions en santé publique.

Au modèle de Hancock, nous ajoutons donc le **capital culturel** qui serait composé des ressources puisées dans l'assemblage complexe d'idées, d'images, de valeurs, de modes organisationnels, de potentiel créateur, de techniques et de savoir-faire légués à une communauté par les personnes qui l'ont construite antérieurement. Les influences extérieures adaptées par la communauté et les nouvelles idées qu'elle invente pour relever les défis de son environnement naturel et social font aussi partie du capital culturel.

Dans le domaine de la santé publique, investir le champ de la culture, c'est tenir compte des influences culturelles d'une communauté dans la planification d'une intervention, c'est favoriser le développement en conformité avec les valeurs, les institutions et les besoins de la communauté, c'est miser sur les forces et ressources particulières qu'on trouve au sein des diverses communautés culturelles.

¹⁴ CDC/ATSDR COMMITTEE ON COMMUNITY ENGAGEMENT. *Principles of Community Engagement*, CDC, Atlanta, 1997.

DEUXIÈME CHAPITRE

2 LE DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET LE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

Les concepts de développement social et de développement des communautés sont au cœur de l'application concrète de l'approche proposée par le présent document. Aussi convient-il de les distinguer et d'en partager une vision commune.

Le développement social et le développement des communautés sont des concepts inter-reliés. L'intervention en développement des communautés fait référence à une stratégie de mobilisation et de soutien des communautés locales. Le droit et la capacité des individus et des communautés locales de participer aux décisions et aux actions qui les concernent fait partie des ingrédients reconnus parmi les plus prometteurs pour améliorer la santé et le bien-être. De façon concrète, cela peut vouloir dire que des membres d'une communauté locale se réunissent pour agir, pour trouver des solutions à des problèmes communs, pour renforcer un seul capital (économique, social, environnemental, culturel ou humain) ou l'ensemble de ces capitaux simultanément.

Le développement social, tout comme le développement économique ou culturel, est une dimension importante du développement humain. Alors que le développement des communautés parle davantage d'un lieu d'intervention, les initiatives de développement social peuvent se faire à plusieurs niveaux. Enfin, il importe de souligner que si, sur les plans régional, national et supranational, le développement social, économique et culturel est important, il l'est tout autant, par une approche avec les communautés, localement.

2.1 Le développement social

Le Conseil de la santé et du bien-être a proposé une définition du développement social qui a circulé largement dans les régions du Québec.

« Le développement social fait référence à la mise en place et au renforcement au sein des communautés, dans les régions et à l'échelle de la collectivité, des conditions requises pour permettre, d'une part, à chaque individu de développer ses potentiels, de pouvoir participer activement à la vie sociale et de pouvoir tirer sa juste part de l'enrichissement collectif, et d'autre part, à la collectivité de progresser socialement, culturellement et économiquement, dans un contexte où le développement économique s'oriente vers un développement durable, soucieux de justice sociale¹⁵. »

Cette définition qui intègre toutes les dimensions du développement est souvent interprétée comme le développement au sens large de la société.

¹⁵ CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DU QUÉBEC. *Forum sur le développement social : présentation de la démarche*, 1997, p. 6.

Dans le présent document, la définition du développement social proposée s'inspire grandement des écrits de Trevor Hancock.

Le **développement social** vise la mise en place dans les communautés, dans les régions et à l'échelle d'une société, des conditions requises pour permettre aux citoyens et citoyennes :

- ♦ d'avoir droit à des conditions de vie décentes qui préservent leur santé physique et mentale;
- ♦ de pouvoir développer pleinement leurs potentiels;
- ♦ de pouvoir participer activement à la vie sociale et exercer pleinement leur citoyenneté au sein d'une société démocratique;
- ♦ de pouvoir être traité avec dignité (ex : rémunération et conditions de travail) sur le marché du travail et de pouvoir tirer leur juste part de l'enrichissement collectif.

Concrètement, les trois voies par lesquelles une société se dote d'un projet de développement social sont :

« les structures politiques et légales formelles qui assurent les droits humains, civils et politiques ; les politiques et programmes sociaux qu'une société choisit de mettre en place; et les processus moins formels de développement social local et communautaire qui impliquent la famille, la communauté, le milieu de travail et les réseaux sociaux, processus bien rendus par le concept de cohésion sociale¹⁶. »

2.1.1 Composantes fondamentales du développement social

- ♦ **La participation**, puisque chaque personne et chaque communauté requièrent un milieu social à l'intérieur duquel elles peuvent développer leur potentiel et jouer leur rôle social.
- ♦ **La démocratie**, puisque chaque personne et chaque communauté ont le droit de participer de façon continue aux décisions qui les concernent, incluant la définition des objectifs sociaux, économiques, culturels et politiques, et que l'exercice de ce droit s'effectue à l'intérieur d'un cadre juste et équitable, tant pour la personne que pour la communauté.
- ♦ **La solidarité**, puisque la participation et la démocratie favorisent et renforcent la réalisation d'une société juste permettant l'épanouissement et le développement du potentiel de tous les membres de la société.
- ♦ **La responsabilité**, puisque chaque personne et chaque communauté ont des droits et des devoirs de contribuer à l'épanouissement de la société selon leurs capacités et que, par l'entremise de l'État et de ses institutions, la société soutient les efforts de ses membres par un ensemble de politiques et de programmes pertinents.

Comme en témoigne le caractère multidimensionnel des déterminants de la santé, l'action sur ces derniers fait appel à une approche holistique sur les problématiques sociales.

¹⁶ HANCOCK, Trevor. *Health-based Indicators of Sustainable Human Development*, Document de travail, 2000.

L'intervention de santé publique s'inscrit dans un modèle écologique et se concrétise dans une approche socio-environnementale où l'action :

- ♦ se concentre sur l'environnement et les conditions de vie;
- ♦ utilise des approches multiples (éducation, soutien social, participation sociale, législation, incitatifs, programmes de modification des comportements) et agit simultanément et à long terme sur plusieurs plans (individus, familles, communautés, nation);
- ♦ prend en compte les besoins précis de groupes cibles (basés sur l'âge, le sexe, la race, l'ethnicité, la classe sociale);
- ♦ engage une variété de secteurs d'activités de la société qui ne sont habituellement pas associés à la promotion de la santé, y compris la justice, l'éducation, les affaires, les médias.

Pour articuler une intervention de santé publique axée sur des stratégies de développement social, il importe d'associer les déterminants de la santé et du bien-être avec :

- ♦ l'amélioration de l'organisation sociale, afin de permettre l'actualisation du potentiel social de la communauté et l'utilisation maximale de ce potentiel par le plus grand nombre d'individus possible. L'organisation sociale doit de plus contribuer à réduire les écarts socio-économiques;
- ♦ les services et les mesures actives d'insertion et de soutien à la participation sociale, destinés à ceux et celles qui ont de la difficulté à participer à la vie de leur milieu, à exercer des rôles sociaux significatifs. Une bonne santé dépend aussi d'espaces sociaux offrant des lieux d'apprentissage, de participation, d'intégration et de développement de l'estime de soi, de la confiance en soi et du pouvoir d'action sur son milieu;
- ♦ les mesures passives de protection sociale (filet de sécurité), afin de combler les déficits de participation. L'ensemble des individus est concerné par la richesse collective, même si une situation particulière ou une incapacité suspend ou limite leur participation;
- ♦ les politiques publiques orientées vers le développement harmonieux des capitaux, vers l'amélioration des conditions de vie, vers une intervention globale sur l'ensemble des déterminants et qui soutiennent les efforts des intervenants sociaux, des individus et des communautés qui y contribuent.

2.2 Le développement des communautés

Au cours des deux dernières décennies, les chercheurs ont fourni des preuves pour appuyer le fait que l'environnement social peut non seulement influencer les habitudes de vie et les comportements mais aussi l'incidence de la maladie. Ils ont aussi démontré qu'une population peut améliorer sa santé à long terme lorsque les gens s'investissent dans leur communauté et travaillent ensemble à la réalisation de changements favorables. Ces observations font ressortir l'importance d'associer les communautés aux prises de décision relatives à la santé et d'améliorer la participation communautaire dans les efforts de promotion et de protection de la santé et de prévention de la maladie. (*Centers for Disease Control and Prevention, 1997*)

Trevor Hancock, qui a largement contribué à développer et à faire connaître le modèle de communautés en santé, voit lui aussi la pertinence pour les acteurs de la santé publique de s'intéresser et s'impliquer dans des initiatives de développement des communautés. « *Au niveau de la communauté, je parle de créer du capital communautaire, il s'agit du défi ultime dans la création de communautés plus saines.* » (Hancock, 1999) Pour Hancock, « *le défi consiste donc à trouver comment construire simultanément le capital écologique, le capital social, le capital humain et le capital économique* », et ce, à tous les niveaux.

Au même titre que l'État sur le plan national, la communauté locale a le potentiel et la capacité d'agir sur les conditions qui influencent les déterminants de la santé de ses membres. Le Conseil de la santé et du bien-être a d'ailleurs proposé une plus grande décentralisation des services axée vers la mobilisation des communautés¹⁷. En effet, les communautés connaissent leur milieu respectif et sont conscientes des problèmes à résoudre. Par la proximité et l'appartenance de leurs membres, elles devraient disposer davantage de latitude dans la gouvernance et la gestion locale des services publics. L'autonomie des personnes et des communautés constitue un ingrédient fondamental pour l'amélioration de la santé et du bien-être. Une communauté doit donc développer suffisamment d'autonomie locale afin d'être en mesure d'agir elle-même sur les facteurs qui déterminent sa santé et son bien-être. C'est là l'essence même du développement des communautés.

Le **développement des communautés** est en fait un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local, visant l'amélioration des conditions de vie sur le plan physique, social et économique¹⁸.

Comme l'a si bien exprimé Chavis,

« Lorsque des gens partagent un sentiment d'appartenance à une communauté, ils sont motivés et capables d'agir pour résoudre les problèmes auxquels ils sont confrontés et sont davantage en mesure de réduire les effets négatifs de problèmes sur lesquels ils n'ont aucun contrôle. De plus, un sens de la communauté peut se comparer à une sorte de colle capable de tenir ensemble des efforts de développement communautaire. » (Traduction libre, Chavis, 1990, tiré du document des CDC, 1997)

¹⁷ CSBE. *L'appropriation par les communautés de leur développement*, 2001.

¹⁸ CHAVIS, DAVID M. *Mobilizing for Community Capacity Building*, Présentation au LAREHS, Université du Québec à Montréal, 28 avril 2000.

Cette affirmation nous amène à explorer la notion de communauté. Il existe une variété de définitions et d'utilisations du mot « communauté » qui renvoient à un groupe de personnes partageant, selon le cas, soit des valeurs, des problématiques, des institutions, des intérêts ou une proximité géographique.

Le terme **communauté**, tel qu'utilisé dans ce document, renvoie à un système social structuré de personnes vivant à l'intérieur d'un espace géographique précis (ville, village, quartier, arrondissement). Ces personnes ont une interaction sociale et partagent, entre elles et avec le lieu qu'elles habitent, certaines valeurs communes et des liens psychologiques démontrant ainsi une certaine conscience de leur identité en tant que communauté. (Christenson et al., 1989) La question territoriale est ici centrale dans le concept de développement des communautés.

Ainsi, l'action s'appuyant sur une approche stratégique de développement des communautés se distingue de « l'action-clientèle » en ce qu'elle intervient sur le plan territorial de la communauté. Cette action visant la santé des communautés se caractérise par les éléments suivants :

- ♦ elle ne vise plus l'individu dans une collectivité d'intérêt, mais s'appuie plutôt sur la capacité potentielle et effective d'une communauté territoriale à agir sur son développement en réduisant sa dépendance envers les décisions imposées de l'extérieur;
- ♦ elle cible la communauté dans son ensemble et fait appel à une volonté de concertation visant l'établissement de partenariats et de réseaux d'échanges et de réciprocité;
- ♦ elle permet le redéploiement des valeurs démocratiques par une pratique participative et une responsabilisation des citoyens quant au développement de leur collectivité.

S'intégrer dans une démarche de développement des communautés, c'est poursuivre des objectifs d'amélioration de la qualité de vie des personnes de la communauté pour qu'elles puissent participer pleinement à l'établissement et au maintien d'un environnement sain, s'épanouir dans une communauté qui leur offre plusieurs opportunités sociales et culturelles, et travailler pour pouvoir profiter des avantages de la communauté.

Ainsi, les interventions en développement social qui s'articulent souvent sur la mise en œuvre de politiques sociales pour l'ensemble de la société, se retrouvent également dans les communautés locales. Il importe de mentionner que les éléments d'harmonisation des politiques sociales locales, de participation, de démocratie, de solidarité et de responsabilité sont aussi importants pour le développement des communautés.

Le Colorado Trust utilise la notion de « capacité de la communauté » (*Community Capacity*) comme pilier central du développement des communautés. Cette capacité se définit comme « *l'éventail de forces que les résidents apportent individuellement et collectivement au projet de l'amélioration de la qualité de vie au palier local*¹⁹ ». Il est composé des habiletés et du savoir des résidents d'une communauté, du leadership, d'un sentiment d'efficacité, du capital social et d'une culture d'ouverture et d'apprentissage. (Easterling et al., 1998 :12)

¹⁹ THE COLORADO TRUST. *Promoting Health by Building Community Capacity : Evidence and Implications for Grantmakers*, Denver, USA, 1998.

Un nombre grandissant d'études font le lien entre la capacité de la communauté et sa santé. Une étude de Kawachi et al. (1997) a trouvé que le capital social compte pour une portion significative de la variation dans divers indicateurs de la santé. Les États américains où les résidents s'engagent dans le plus d'organismes bénévoles et populaires (c'est-à-dire qui ont un plus grand engagement civique) ont des plus bas taux de mortalité globaux ainsi que des plus bas taux de morbidité. (Easterling, 1998 :15)

Pour développer la prochaine génération d'interventions préventives, L'*Institute of Medicine* concentre ses efforts sur l'établissement de partenariats avec les communautés et qui dépendent de l'évaluation par les communautés de leurs propres besoins et priorités²⁰. Voici donc quelques pistes pour élaborer une intervention nouvelle de santé publique basée sur le développement des communautés.

2.2.1 Composantes fondamentales du développement des communautés

L'intervention met de l'avant des stratégies qui tendent à renforcer la capacité de la communauté en organisant ou en créant des forums qui resserrent les liens entre les membres, appuient leur engagement, favorisent la mobilisation, la participation et l'*empowerment* individuel et communautaire.

Ainsi, le développement formulé et soutenu par des leaders clairvoyants, engagés pour le bien de leur communauté et reconnus comme tels, est ensuite porté par des entrepreneurs enthousiastes, passionnés et capables de s'impliquer dans un partenariat qui maximise leur effort. Le développement est alors appuyé par des élus qui acceptent de « faire avec » plutôt que « faire à la place de ». Enfin, et surtout, les citoyens se responsabilisent en s'appropriant leur propre développement.

L'intervention s'appuie sur la participation des citoyens et citoyennes de tous les milieux de la communauté travaillant ensemble à l'amélioration du bien-être et de la santé de leur communauté. Comme pour l'intervention en développement social, cette participation intersectorielle permet de développer une vision commune d'une communauté en santé qui devra être soutenue par un engagement du gouvernement municipal et par des politiques publiques favorisant la santé de la communauté. Le développement répond aux besoins de base des citoyens (eau, nourriture, logement, travail, sécurité...) ainsi qu'à leurs besoins de valorisation et de reconnaissance. Dès le départ, l'élaboration du diagnostic se réalise sur la base d'une concertation la plus large possible afin de permettre ultérieurement l'élaboration de stratégies et d'interventions communes en vue d'améliorer le niveau de santé de la communauté.

La participation vise le développement de la citoyenneté afin d'augmenter le degré de contrôle et de responsabilité des personnes sur les décisions qui les touchent. La citoyenneté signifie que les membres d'une collectivité s'impliquent dans leur communauté, s'approprient leur milieu de vie et interviennent, selon leur capacité et leurs intérêts, dans les problématiques ou les situations qui les préoccupent. Ils relèvent des défis, développent un sens du civisme, mettent en place des conditions favorisant la lutte aux problèmes sociaux et multiplient les occasions d'établir et de renforcer les contacts sociaux.

²⁰ Rapport de l'IOM page 23.

L'intervention suscite des partenariats à l'intérieur des lieux de concertation locale, qui unissent dans l'action les secteurs privés, publics et communautaires. Elle permet de trouver et de développer des points de convergence dans des actions communes et complémentaires dans un contexte d'intersectorialité. Le développement des communautés se réalise à l'intérieur de structures flexibles, dans le respect du savoir-faire tout en développant le sens de l'engagement social. L'intervention concertée utilise les ressources du milieu, dont les forces des individus et celles des groupes de leur communauté.

L'intervention crée un climat propice à l'action. Elle doit se développer au même rythme que la capacité de collaborer. La collaboration ajoute une plus-value à l'action, multiplie les ressources, les idées, les compétences, la richesse de la culture et la force du tissu social. Elle s'appuie également sur la qualité de l'environnement naturel, elle construit, consolide les rapports avec le monde extérieur et développe la capacité d'adaptation et d'innovation de la communauté.

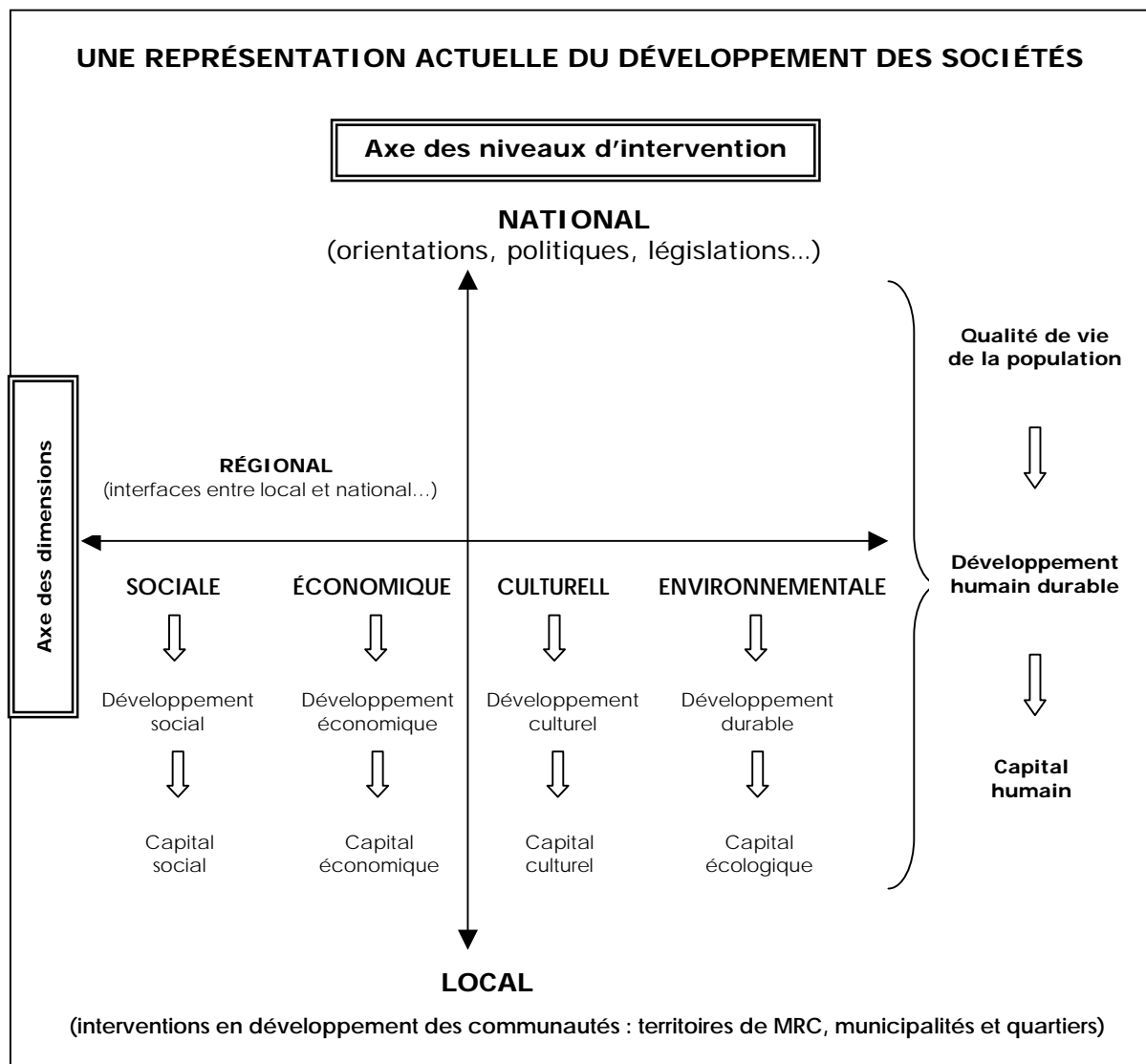


Tableau tiré de :

BÉGIN, Claude. *Une toile à tisser... pour favoriser la qualité de vie de la population et le développement local : Perspective pour orienter l'action !*, Service de la prévention et de promotion, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, janvier 2002.

TROISIÈME CHAPITRE

3 INTERVENIR EN DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET EN DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS : LES ÉLÉMENTS INCONTOURNABLES

Pour les intervenants et les intervenantes en santé publique, le développement social et le développement des communautés constituent avant tout des approches stratégiques pouvant guider leurs interventions pour atteindre des objectifs de santé et de bien-être.

Il faut préciser ici qu'on fait appel à une approche de développement des communautés lorsque la cible de l'intervention est la communauté en tant que telle. L'action vise alors le renforcement de la communauté et de tous ses capitaux. La communauté peut donc représenter soit l'objet de l'intervention, soit un moyen pour la réaliser.

Cinq éléments demeurent centraux dans toute les interventions liées au développement social et au développement des communautés menant à l'amélioration de la santé :

- ♦ la participation;
- ♦ *l'empowerment*;
- ♦ la concertation et le partenariat;
- ♦ la réduction des inégalités;
- ♦ l'harmonisation et la promotion des politiques publiques favorables à la santé.

Les intervenants et les intervenantes qui souhaitent tenir compte de ces éléments dans leur intervention doivent travailler davantage dans le milieu « avec » leur population plutôt que « pour » elles, sans négliger les besoins des instances en place et les projets pouvant en émerger.

Cette dernière différence est fondamentale, car dans la sphère de la santé publique, l'intervention s'appuie généralement sur des recherches préalables ayant déterminé les causes et les effets d'un problème. L'approche par problème et par clientèle mène parfois à des interventions inscrites dans des protocoles prédéterminés par des experts et relève de stratégies de « haut en bas ». Le développement social et le développement des communautés nécessitent une approche différente qui ne relève pas de relations de cause à effet.

L'approche du développement comporte une multitude de variables et représente, somme toute, une façon de faire qui favorise le changement dans la communauté. Les effets dynamiques associés au développement sont changeants d'un milieu à un autre même si, dans tous les milieux, on y retrouve les mêmes tendances.

Les interventions s'inscrivant dans l'une ou l'autre de ces perspectives de développement doivent être assez souples dans leur application pour faire d'abord place aux acteurs locaux, aux individus et aux groupes. Ce qui n'exclut en rien une rigueur pour ce qui concerne les objectifs, les principes d'intervention et les critères d'évaluation. Comme il s'agit d'une autre manière de faire et que les paramètres de l'intervention appartiennent aux acteurs mêmes de l'action locale, ceux-ci sont en mesure de définir le processus d'évaluation et les indicateurs dans leur milieu respectif.

C'est ainsi que, sur le plan du développement social et du développement des communautés, l'intervention en santé publique s'inscrit dans une perspective complémentaire « du bas vers le haut » et de sa rétroaction « du haut vers le bas », c'est-à-dire du palier local aux paliers régional et national, et vice-versa.

3.1 La participation²¹

Comme il est mentionné au deuxième chapitre, la participation est un élément fondamental du développement. De nombreuses recherches dans le champ de la santé et des services sociaux (Itzhaky et York, 1994), démontrent que la participation dans les décisions donne lieu à de meilleures interventions et à de meilleurs programmes. Or ce qu'il faut retenir des études, c'est le caractère décisionnel de la participation. Participer, c'est prendre part à l'action sous toutes ses dimensions : parler, se faire entendre, agir et prendre part aux décisions. En fait, le partage d'information et même la consultation ne représentent qu'un degré très inférieur de participation. Et bien que ces activités puissent représenter des composantes importantes d'une intervention, la participation sera considérée comme factice si elle n'atteint pas un degré supérieur de participation aux décisions.

La participation doit être estimée à sa juste valeur, car elle s'avère le véhicule de la prise en charge, de l'*empowerment*, et de l'expression de la culture et des valeurs. Sur le plan individuel, la participation est favorisée par l'intégration de procédures et de mécanismes démocratiques dans les lieux décisionnels, tandis que sur le plan de la communauté s'ajoutent la concertation et le partenariat afin que la participation des organisations s'organise.

Certes, si la participation et la reconnaissance des initiatives émergeant de la communauté constituent la clé du succès d'une intervention en santé publique pour le développement social et le développement des communautés, elles s'avèrent également son plus grand défi. Une véritable participation aux décisions repose sur la capacité des personnes et des communautés de profiter de l'accès aux instances décisionnelles ainsi qu'à l'information nécessaire pour faire des choix.

²¹ Les sous-sections 3.1.1, 3.1.2 et 3.1.3 sont largement inspirées des écrits de WILLIAM A. NINACS. Référez-vous à la bibliographie.

L'engagement dans le développement exige donc des compétences tant en matière de participation (règles de procédure, par exemple) qu'en problématique (connaissances et cohérence). De telles compétences sont souvent latentes chez les personnes ou communautés qui en sont à leur début dans ces démarches et rouages. Il faut donc parfois prévoir un volet de formation adaptée, y compris le temps requis pour connaître ses partenaires, pour assimiler les connaissances, les confronter à l'expérience et en tirer des apprentissages marquants et utiles à long terme.

3.2 L'*empowerment*

Le développement social et le développement des communautés visent à identifier et à reconnaître le potentiel de leadership des personnes, des groupes ou de la communauté dans son ensemble afin qu'ils deviennent des acteurs qui participent activement à l'élaboration et au déploiement d'un projet social et qu'ils en assurent la continuité.

Les personnes, les groupes et les communautés concernées doivent donc posséder, acquérir ou se réapproprier ce pouvoir ou cette capacité d'action que l'on associe au concept d'*empowerment*.

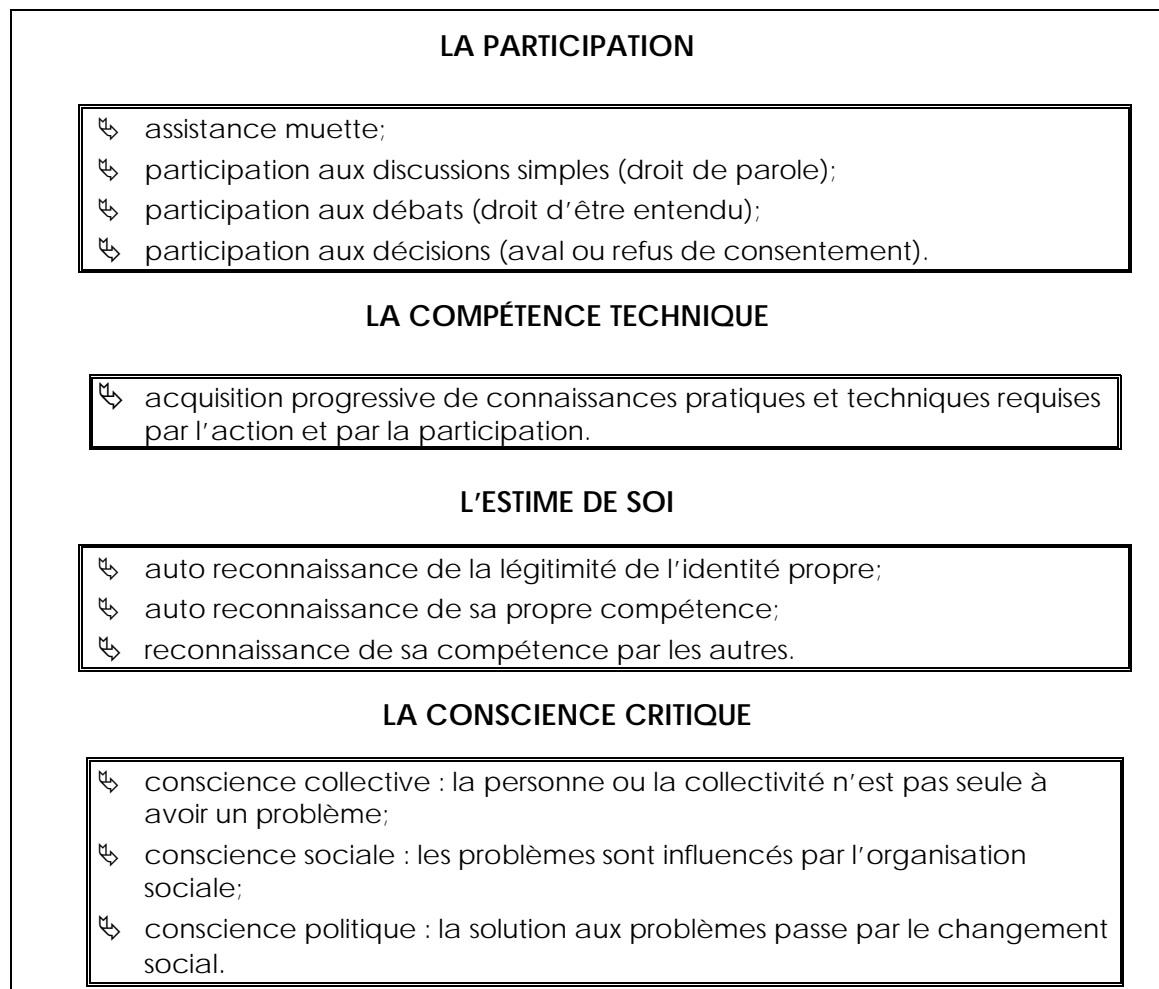
Ce terme est utilisé pour désigner, chez l'individu ou la communauté concernée, d'une part la capacité d'agir concrètement et de façon autonome et, d'autre part, le processus pour atteindre cette capacité d'agir. L'expression « capacité d'agir » parle de compétence de choisir, de décider et d'agir.

On distingue généralement deux principaux types d'*empowerment* ; individuel et communautaire. La connaissance de ces deux phénomènes s'avère fondamentale pour la santé publique, car elle permet de comprendre les différentes facettes de la participation, en particulier, celle des personnes ou des communautés plus démunies, ainsi que les conditions favorisant sa réussite.

L'empowerment individuel

L'empowerment individuel correspond à un enchaînement simultané d'étapes qui s'opère sur quatre plans : la participation, les compétences, l'estime de soi et la conscience critique. (Tableau 1) Dans leur ensemble et par leur interaction, ces étapes forment le passage d'un état sans pouvoir à un état où l'individu est capable d'agir en fonction de ses propres choix.

TABLEAU 1. COMPOSANTES DU PROCESSUS D'EMPOWERMENT INDIVIDUEL



Conception : W.A. NINACS

L'empowerment communautaire

De façon générale, l'empowerment communautaire correspond à une communauté possédant une existence qui lui est propre et aux moyens avec lesquels elle augmente son pouvoir collectif. Elle s'avère un processus aussi complexe que celui de l'empowerment individuel, car il repose sur plusieurs éléments critiques en ce qui concerne la participation, les compétences, la communication et le capital communautaire. (Tableau 2)

TABLEAU 2. COMPOSANTES DE L'EMPOWERMENT COMMUNAUTAIRE

<ul style="list-style-type: none">▶ la PARTICIPATION :<ul style="list-style-type: none">✓ intégration, dans les espaces décisionnels, des individus non perçus comme leaders naturels;✓ équité dans la redistribution du pouvoir.
<ul style="list-style-type: none">▶ les COMPÉTENCES :<ul style="list-style-type: none">✓ une imputabilité favorisant la compétence des individus et de la communauté;✓ la capacité de mailler les ressources locales, de les voir coopérer et de tirer profit des synergies qui en découlent;✓ les habiletés consensuelles et décisionnelles, et une capacité et une volonté d'autogestion de son développement;✓ le renforcement des réseaux de soutien aux individus.
<ul style="list-style-type: none">▶ la COMMUNICATION :<ul style="list-style-type: none">✓ la circulation efficace de l'information générale;✓ l'accès à l'information requise pour réussir des projets spécifiques précis;✓ la transparence dans les processus décisionnels.
<ul style="list-style-type: none">▶ le CAPITAL COMMUNAUTAIRE :<ul style="list-style-type: none">✓ sentiment d'appartenance, à la fois à la communauté et à l'environnement;✓ conscience de la citoyenneté possédée par chacun des membres.

Conception : W.A. NINACS

Une communauté capable d'agir est une communauté où ses membres mettent en commun leurs capacités et leurs ressources afin de devenir une communauté compétente. Elle fait en sorte que, de façon efficace, les différentes institutions puissent répondre aux besoins des individus et que les individus puissent se servir des institutions.

Une notion un peu analogue à l'*empowerment* communautaire est celle du renforcement des capacités communautaires (*Capacity Building*) qui fait référence à la consolidation des organisations chargées de mettre en valeur le potentiel des collectivités comme les organismes bénévoles et communautaires. Ces organismes constituent les dispositifs de services ou de développement au cœur de la compétence de la communauté. Les soutenir fait partie intrinsèque des interventions en développement social et en développement des communautés. Ces organismes sont également des foyers où peuvent se reconnaître les potentiels de leadership et de l'*empowerment* individuel, car ce type d'*empowerment* requiert des lieux de participation et d'interaction où le pouvoir peut se voir simultanément augmenté et partagé et où les problèmes personnels peuvent se transposer en préoccupations collectives.

3.3 La concertation et le partenariat

Dans la pratique, on a tendance à confondre la concertation et le partenariat. Bien que liés intrinsèquement, ces mots ne sont toutefois pas synonymes. En premier lieu, la **concertation** est un processus volontaire, plus ou moins formel et décisionnel, de mise en commun d'analyses et de solutions à des problèmes reconnus. Elle permet le rassemblement des acteurs qui cherchent un consensus fondé sur une problématique commune, en vue d'élaborer et de mettre en œuvre, par exemple, des stratégies et des politiques économiques et sociales. Sur le plan de la concertation, les mandats peuvent être très larges ou précis, les engagements plus ou moins souples.

Le **partenariat**, quant à lui, est un projet commun ou conjoint à partir d'un engagement contractuel entre différents acteurs, nommés alors partenaires, et dont la mission, les objectifs, les moyens d'action et la durée sont clairement définis. L'engagement est contraignant, avec des responsabilités précises, des mandats, des ressources et des structures organisationnelles pour les réaliser. Pour les organisations appartenant à des réseaux communautaires, il est quasiment impensable de mettre en œuvre des stratégies partenariales sans avoir effectué au préalable une concertation axée sur une participation la plus démocratique possible.

Dans une démarche partenariale, chacun poursuit ses propres intérêts et est soumis à un processus où des rapports de pouvoir existent. Le partenariat risque parfois de demeurer un cadre de fonctionnement des rapports sociaux destiné d'abord à servir les intérêts des élites dirigeantes. Parmi les conditions de réussite du partenariat figurent donc l'équité entre les partenaires ainsi que le consensus sur les orientations établies dans la démarche et la participation de tous à la mise en œuvre des programmes qui en découlent.

Conditions pour réussir la concertation

- ♦ limiter le nombre d'objectifs et résumer l'enjeu central en quelques grandes questions;
- ♦ s'assurer que l'enjeu soit perçu comme majeur;
- ♦ revenir souvent sur les objectifs, car le quotidien prend facilement le pas sur l'action prospective;
- ♦ tenir compte des facteurs individuels (problèmes de communication, peur du changement);
- ♦ se rappeler que les intérêts peuvent être contradictoires ou conflictuels;
- ♦ se rappeler que la satisfaction d'intérêts personnels ou corporatifs est importante, que chaque acteur doit pouvoir en tirer quelques avantages;
- ♦ reconnaître à chaque acteur ce qui lui revient, sa contribution et son apport au réseau, en relation avec ses moyens et ses ressources;
- ♦ s'assurer que chaque acteur ait le sentiment d'être écouté et de pouvoir influencer les décisions;
- ♦ communiquer en utilisant un langage le plus accessible possible.

Conditions pour réussir le partenariat

- ♦ fonder le partenariat sur la concertation;
- ♦ assurer l'équité entre les partenaires (pouvoirs et responsabilités comparables, droits et devoirs réciproques, avantages tangibles ou intangibles de même importance);
- ♦ assurer le consensus eu égard aux orientations établies et aux programmes choisis dans la démarche;
- ♦ assurer la participation de tous à la mise en œuvre des programmes;
- ♦ déborder du système institué et l'orienter vers l'invention de nouvelles structures et institutions afin de dépasser le cloisonnement et la sectorialisation.

3.4 La réduction des inégalités

Tel qu'énoncé dans le premier chapitre, l'un des enjeux importants pour l'État en ce qui a trait au développement, c'est la lutte contre les inégalités sociales et économiques. Sachant que ces inégalités se transforment en inégalités de santé et de bien-être (par exemple, les personnes handicapées, les personnes âgées), la légitimité d'intervenir pour la santé publique n'est plus à démontrer.

« Bien que les leviers d'action relatifs aux conditions de vie se situent la plupart du temps hors du réseau sociosanitaire, l'intervention de santé publique peut contribuer à réduire les inégalités socio-économiques, d'une part, et à diminuer leurs effets négatifs sur la santé et le bien-être de la population, d'autre part. » (Priorités nationales de santé publique, 1997-2002)

Comme le souligne le Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté, ces inégalités sont persistantes.

« Si les inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté ne se sont pas aggravées depuis une vingtaine d'années, elles demeurent cependant persistantes. Pour les réduire, il importe dans la continuité des efforts accomplis par le Ministère et par le réseau de la santé et des services sociaux, de resserrer l'action autour des orientations les plus prometteuses et de déployer les ressources disponibles dans le sens de ce qui est jugé le plus efficace, tant par les experts internationaux que par les observateurs les plus avertis de la scène québécoise²². »

Dans ce contexte, le MSSS accorde une priorité au renforcement du potentiel des personnes et préconise des orientations visant à soutenir l'enfance et la famille, à développer la cohésion sociale et à optimiser l'action du réseau. Il recommande d'inscrire ces orientations dans un profil d'action intégré. Il ne faut pas oublier qu'au-delà des chiffres, la pauvreté comporte une dimension matérielle (avoir), une dimension sociale (pouvoir) et une dimension culturelle (savoir) sur lesquelles la santé publique peut intervenir en visant l'amélioration des conditions de vie.

²² MSSS, Rapport du Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté, document interne au MSSS, p. 5.

3.5 L'harmonisation et la promotion des politiques publiques favorables à la santé

Comme le souligne la Politique de la santé et du bien-être, « *le manque d'harmonisation des politiques publiques, leur rigidité contribuent parfois à affaiblir certains milieux ou encore à perpétuer les inégalités. Les politiques sociales doivent être harmonisées entre elles et intégrer davantage la perspective de la santé et des services sociaux* ».

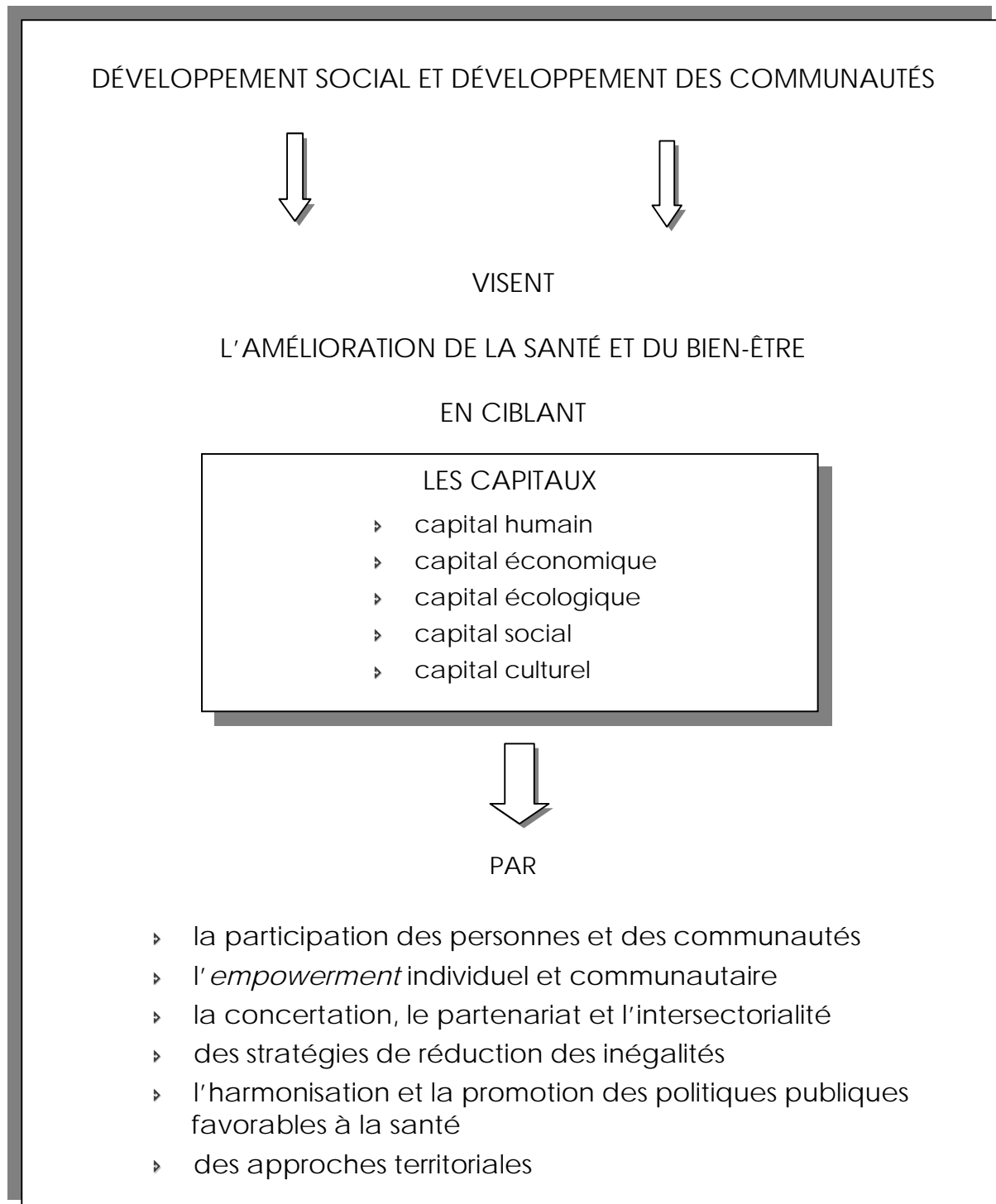
Ainsi l'élaboration et la promotion de politiques publiques saines, qu'elles soient municipales, régionales ou nationales, demeurent un moyen essentiel pour améliorer les conditions de vie, pour favoriser la participation des personnes et favoriser leur *empowerment*. Les politiques publiques saines sont celles qui s'intègrent dans une intervention plus large, plus globale, qui vise l'amélioration du milieu de vie, de l'environnement, des habitudes de vie et des comportements ainsi que la réduction des inégalités sociales.

La Politique de la santé et du bien-être reconnaît également que les politiques publiques ne servent pas uniquement à réduire les conséquences des problèmes : « *Plusieurs permettent d'orienter le développement. Ces politiques peuvent ainsi favoriser la mise en place des conditions favorables à la santé et au bien-être et, ce faisant, de conditions favorables au développement social et économique.* »

La participation et les politiques publiques, essentielles au développement, s'influencent mutuellement. D'un côté les politiques publiques doivent favoriser la participation, de l'autre côté la participation à l'action politique devrait favoriser l'adoption de politiques publiques saines. C'est ainsi que la démocratie contribue à la santé et au bien-être des personnes et des communautés. La santé publique, pour sa part, par son rôle de lobbying, contribue à influencer l'harmonisation de ces politiques publiques; on n'a qu'à se référer à la politique sur le tabac ou encore aux garderies avec la création des centres pour la petite enfance.

La santé publique, le développement social et le développement des communautés

Le schéma suivant illustre l'ensemble des concepts et les liens qui unissent la santé, le développement social et le développement des communautés.



Le schéma précédent illustre les liens fondamentaux qui existent entre l'amélioration de la santé et l'intervention locale intégrée dans une stratégie globale. Le développement social et le développement des communautés permettent aux intervenants de travailler à l'amélioration de la santé de la population. Ces deux types de développement peuvent, selon l'action à prendre ou le problème à résoudre, être vus à la fois comme objectifs – développer les communautés et développer les dimensions sociales –, et comme stratégies – s'appuyer sur la communauté, sur ses forces et sur la promotion des aspects positifs des déterminants sociaux de la santé.

Cette conception du développement s'appuie sur une dynamique alliant des **cibles** (le développement simultané et harmonieux des divers capitaux) à des **stratégies** (basées sur le territoire, sur l'*empowerment* et sur l'influence des politiques publiques). Enfin la concertation, le partenariat, l'intersectorialité et l'approche territoriale sont utilisés dans le but de favoriser la participation des personnes et des communautés, l'harmonisation des politiques publiques et la réduction des inégalités.

La dynamique « comprendre, s'engager et intervenir » en santé publique

En s'appuyant sur les principes directeurs des priorités nationales de santé publique, ce document repose sur certaines prémisses :

- ♦ les problématiques en santé publique ont beaucoup évolué. Ce qui jadis appelait des solutions simples est maintenant enraciné à l'intérieur d'enjeux économiques et sociaux plus complexes. À lui seul, le domaine de la santé ne peut, pas plus que n'importe quel autre secteur d'ailleurs, agir sur l'ensemble des déterminants de la santé et du bien-être. Ces déterminants sont de plus en plus en interrelation, le travail intersectoriel devient donc une nécessité au regard de l'efficacité recherchée;
- ♦ une intervention axée sur le développement social et le développement des communautés peut influencer positivement un plus grand nombre de déterminants de la santé et du bien-être;
- ♦ les stratégies de développement social peuvent aussi être orientées vers l'ensemble de la société en ciblant l'État et ses institutions et la population en général. Jumelées à l'action locale, ces stratégies deviennent de plus en plus efficaces.

QUATRIÈME CHAPITRE

4 L'ACTION AU NIVEAU LOCAL, RÉGIONAL ET NATIONAL

Le développement social et le développement des communautés constituent des approches stratégiques qui ne sont pas exclusives à la santé publique, car ces dernières ont été adoptées par des acteurs et des actrices œuvrant dans d'autres secteurs d'activités, notamment dans l'économie, la culture et la protection de l'environnement. En investissant le champ du développement social et du développement des communautés, les intervenants de santé publique²³ sont nécessairement en lien avec des partenaires issus des autres secteurs d'activité et partageant le même territoire.

Le présent document d'action ne vise pas à prescrire les rôles et les responsabilités des intervenants en santé publique. L'intention première est d'illustrer notre contribution au développement social et au développement des communautés dans une perspective d'amélioration de la santé des communautés et de concrétiser l'application des concepts et principes d'intervention dont la concertation et le partenariat. Avant d'illustrer les rôles par niveau d'intervention dans le réseau de la santé, nous présenterons les principaux acteurs de développement afin de décrire, au moins dans ses grandes lignes, l'environnement social dans lequel ont à travailler les intervenants de santé publique.

4.1 L'intersectorialité et les acteurs du développement

L'intersectorialité est une base indispensable à la réalisation de projets liés au développement. Les mécanismes de concertation prennent des formes souvent fort diversifiées selon les communautés. Il peut s'agir des tables de concertation, du Centre local de développement, des structures issues des municipalités régionales de comté ou des communautés urbaines, du Conseil régional de développement, des tables intersectorielles de quartier, des grandes villes...

Ces lieux de concertation demeurent importants car ils regroupent souvent à une même table le réseau de la santé (les RRSSS et les CLSC), les groupes communautaires autonomes, les décideurs locaux et les acteurs de développement de différentes sphères d'activité. Afin de favoriser le développement d'une communauté en santé et le développement social, il importe que tous puissent y jouer un rôle actif à l'intérieur d'une complicité productive.

²³ Nous utiliserons le terme « intervenants » pour désigner les personnes qui interviennent à l'intérieur du réseau institutionnel de santé publique.

La distinction des rôles en santé publique ne paraît pas toujours évidente puisque plusieurs organismes communautaires, municipalités et entreprises privées œuvrent aussi à l'amélioration des conditions de vie et de la santé de la communauté. Leurs interventions respectives méritent donc d'être comprises afin de bien illustrer les enjeux liés à l'adoption des axes d'intervention proposés dans ce document. Voici une description sommaire de quelques acteurs parmi les plus significatifs.

Les organismes communautaires autonomes et leurs regroupements demeurent des partenaires importants pour les intervenants de santé publique. Ces organismes sont distincts et autonomes du réseau public par leur structure, leur mission et leur mode d'organisation. Organismes collectifs et démocratiques, ils doivent être considérés comme maîtres d'œuvre de leur propre programmation et non comme des exécutants ou des sous-traitants des programmes du réseau public.

Dans la plupart des régions, le réseau public contribue au soutien des organismes communautaires ou de leur regroupement. L'*empowerment* de ces organismes, c'est-à-dire leur capacité d'action autonome, est soutenue et développée pour qu'à leur tour ces groupes deviennent de véritables espaces d'*empowerment* pour les membres de la communauté.

Les centres locaux de développement (CLD) ont des réalités fort différentes d'une région à l'autre. Ils ont pour mission « *de mobiliser l'ensemble des acteurs locaux dans une démarche commune tournée vers l'action en vue de favoriser le développement de l'économie et la création d'emplois sur leur territoire dans le cadre d'un partenariat entre le gouvernement et la communauté locale*²⁴ ».

Ainsi les CLD jouent un rôle majeur dans l'animation du milieu local en matière de développement économique et de développement de l'emploi et ils contribuent de plus en plus aux initiatives de développement social. Les CLD constituent donc des lieux privilégiés de concertation locale d'acteurs provenant de toutes les sphères d'activités.

Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale a comme priorité de lutter contre l'exclusion sociale et le chômage. Ce ministère est implanté dans les régions à travers ses centres locaux d'emploi (CLE) qui sont établis sur la base des territoires des municipalités régionales de comté (MRC), des quartiers et des arrondissements. Chacun d'eux gère le programme de la sécurité du revenu et offre un soutien financier et des ressources ou des services aux personnes qui ont besoin d'une aide en matière d'emploi. Des services sont également fournis aux employeurs à la recherche de personnel.

Dans l'optique de contribuer à la lutte contre la pauvreté et de soutenir l'action communautaire autonome, les **centres locaux d'emploi (CLE)** participent à plusieurs lieux de concertation et projets de partenariat. Les CLE, au nombre de 153, sont répartis dans les 17 régions du Québec.

²⁴ Site Web de l'Association des centres locaux de développement du Québec : www.acldq.qc.ca/francais/index1.html

Il existe présentement 17 **corporations de développement économique communautaire (CDEC)** au Québec, 11 sur l'île de Montréal et 6 dans les autres régions. De façon générale, les CDEC sont des outils que les communautés en milieu urbain se sont donnés pour favoriser la relance économique et sociale de leur territoire respectif. Les CDEC ont en commun une même stratégie fondée sur ces quatre axes : la mobilisation et l'*empowerment* de la population locale, la concertation des acteurs sur le territoire, l'innovation et une approche adaptée aux besoins des personnes²⁵.

Les **corporations de développement communautaire** sont des regroupements d'organisations communautaires, qui œuvrent dans divers champs d'activités sur un territoire donné, dont la mission est d'assurer la participation active du mouvement populaire et communautaire au développement socio-économique de son milieu. Trente-cinq CDC actuellement reconnues par la Table nationale des CDC interviennent au Québec²⁶.

Les sociétés d'aide au développement des collectivités (SADC) mettent en œuvre des projets de développement local et offrent des programmes pour les jeunes. Les SADC offrent un service d'aide et d'accompagnement pour tout ce qui touche le développement de leur milieu et sont en mesure de mener à bien les différents projets mis sur pied par leur collectivité.

Les municipalités sont des acteurs importants du développement social et du développement de communautés en santé. La loi leur confère plusieurs mandats importants liés aux déterminants de la santé : l'assainissement des eaux et de l'atmosphère, la récupération et le recyclage des déchets, les loisirs et les parcs, la coordination des mesures d'urgence relativement à la santé et à la sécurité des personnes et le transport en commun. Dans le cas des grandes villes, la Loi sur la réorganisation municipale confie aux municipalités nouvellement fusionnées une responsabilité en matière de développement social.

En participant notamment au mouvement Villes et Villages en santé, les municipalités choisissent de se soucier de l'amélioration et du maintien de la santé et de la qualité de vie des citoyennes et des citoyens. Ces municipalités travaillent habituellement avec des partenaires d'autres secteurs et avec des représentants de citoyens à la réalisation de projets concrets, favorables à la santé et à la qualité de vie.

Les MRC et les communautés urbaines sont elles-mêmes des mécanismes de concertation qui favorisent l'application de stratégies de développement local en matière d'aménagement du territoire ou de politiques de développement régional. Plusieurs d'entre elles ont mis en place des tables de concertation et d'action sectorielle pour faciliter la planification et les regroupements intersectoriels de concertation sur l'ensemble de leur territoire.

Le **milieu de l'éducation** joue un rôle important de promotion et d'éducation à la santé auprès de sa clientèle. Sous différents vocables, « École - milieu en santé », « Jeunes en santé » ou « Prévention du décrochage scolaire », plusieurs équipes de santé sont présentes dans les écoles primaires et secondaires, et regroupent à la fois des intervenants de l'école et du CLSC. Afin de coordonner ces actions de promotion de la santé et de prévention des problèmes, il est pertinent d'établir des collaborations entre le ministère de l'Éducation, ses directions régionales, les commissions scolaires, les écoles, les intervenants de santé publique et les autres organisations qui agissent dans les communautés.

²⁵ Les CDEC du Québec. *Développer autrement*, octobre 2000.

²⁶ Cadre de référence des Corporations de développement communautaire, octobre 1993.

Les conseils régionaux de développement (CRD) sont présents dans chacune des régions administratives et sont un lieu de concertation, d'harmonisation et de planification du développement régional. Les CRD sont parmi les interlocuteurs privilégiés du gouvernement du Québec en région et exercent les mandats suivants :

- ♦ concertation entre les partenaires de la région;
- ♦ élaboration de la définition de la problématique régionale;
- ♦ adoption d'une planification stratégique régionale;
- ♦ conseils et recommandations au ministre des Régions sur tout ce qui concerne le développement de la région;
- ♦ gestion des sommes qui leur sont confiées par le gouvernement pour la réalisation de projets de développement régional²⁷.

Les CRD ont également le mandat d'intégrer le développement social dans leur plan d'action et leur planification stratégique. Dans quelques régions du Québec, des ententes spécifiques en matière de développement social ont d'ailleurs été conclues et appuyées par les régies régionales. Les CRD travaillent en collaboration avec l'ensemble des partenaires de leur région et leurs préoccupations s'associent à celles liées aux déterminants de la santé et du bien-être.

Centraide est un organisme autonome présent dans chacune des régions administratives du Québec. Chaque organisation est régie par un conseil d'administration autonome qui offre un appui financier direct aux organismes bénévoles de son territoire. Centraide vise à *« promouvoir l'entraide, le partage et l'engagement bénévole et communautaire. Les organismes Centraide réunissent à la même table divers intervenants, dont les syndicats, les entreprises, les leaders communautaires et les gouvernements, en vue de cerner les besoins et de trouver des solutions aux problèmes²⁸. »*

Chaque organisme a une réalité bien différente d'une région à l'autre, mais la plupart, en plus de réaliser une levée de fonds, participent à la vie communautaire en traitant de questions sociales liées au secteur de la santé et des services sociaux. Les organismes Centraide sont aujourd'hui des acteurs importants du développement et des partenaires de l'action en santé publique.

Solidarité rurale a comme mission *« de promouvoir la revitalisation et le développement du monde rural, de ses régions et de ses localités, de manière à renverser le mouvement de déclin et de déstructuration des campagnes québécoises²⁹ »*. Leur modèle d'intervention propose un développement durable et global qui intègre les aspects économiques, sociaux et culturels où priment les intérêts et les enjeux des territoires et des communautés qui y sont implantées.

²⁷ Site Web du Conseil régional de concertation de développement Centre du Québec : www.regions.qc.ca/internet/index-public.html

²⁸ Site Web de Centraide au Canada : www.unitedway.ca/francais/index.cfm?area=2

²⁹ Site Web de Solidarité rurale : www.solidarite-rurale.qc.ca/mission.html

4.2 Rôles et responsabilités en fonction des paliers d'intervention en santé publique

Chacun des paliers d'intervention en santé publique sera identifié afin d'illustrer les rôles et les responsabilités possibles des intervenants. Les CLSC au palier local, les régies régionales de la santé et des services sociaux au palier régional, le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que l'Institut national de santé publique, au palier national.

4.2.1 Illustration des rôles et responsabilités au palier local

Administrativement, le palier local pour le réseau de la santé et des services sociaux se définit par les territoires de CLSC. Dans une perspective de développement social et de développement des communautés, c'est à ce palier que se déroule l'action directe en santé publique auprès des populations. Le niveau local constitue ainsi le lieu de mise en place de projets de développement et de prise en charge de la santé par les communautés locales elles-mêmes.

Actuellement, les CLSC interviennent sur un territoire habituellement plus vaste que l'est une seule communauté locale. Ils sont toutefois devenus des acteurs clés dans des processus de prise en charge de la santé et du bien-être dans plusieurs communautés de leur territoire.

Ils sont généralement bien enracinés dans les communautés et les intervenants acquièrent, par les services de première ligne offerts, une bonne connaissance de leur milieu et des besoins des personnes de leur communauté locale. Les équipes d'action communautaire disposent également d'une capacité de mobilisation d'acteurs locaux de plusieurs secteurs d'activités. Par leur mission même, les CLSC sont amenés à travailler en intersectorialité et intègrent des approches communautaires et d'*empowerment* dans leur pratique.

Dans l'optique de favoriser davantage le développement social et le développement de communautés en santé, les intervenants en CLSC auront à préciser leur contribution dans le mouvement de concertation et de partenariat avec les autres acteurs de développement. Ils participeront à l'élaboration de nouvelles actions liées au développement et au soutien de celles qui existent déjà, s'assurant que la santé des communautés est prise en compte dans les initiatives locales. Ils participeront à l'évaluation de ces interventions locales, autant sur le plan du processus d'*empowerment* que sur celui des résultats liés aux déterminants de la santé.

Puisque l'ingrédient essentiel à la réussite d'initiatives orientées sur ces approches s'avère être la participation des individus et de la communauté, l'intervention en santé publique pourra atteindre davantage ses objectifs si elle s'enracine dans des lieux de concertation locale où les déterminants de la santé sont un enjeu et où le partenariat du secteur de la santé est directement engagé.

Les CLSC jouent un rôle central dans l'élaboration de stratégies de développement des communautés. Ils peuvent utiliser les informations des services de première ligne pour contribuer au diagnostic de la communauté et engendrer des actions collectives liées à plusieurs déterminants de la santé. Les CLSC auraient avantage à rendre plus visible leur contribution au développement des communautés en meilleure santé.

Ce travail dans la communauté pourrait susciter la participation et ainsi amplifier les effets positifs sur l'amélioration de la santé de la communauté et le processus de développement avec l'ensemble des acteurs des autres secteurs d'activités de la communauté.

Ainsi, en maintenant leur implication dans les lieux de concertation comme les CLD ou les tables de concertation, les CLSC sont bien placés pour exercer un pouvoir d'influence sur des politiques locales : les règlements municipaux, les plans d'aménagement du territoire, les politiques environnementales ou la sécurité publique.

Les CLSC : rôles et applications possibles

Influence

- ✓ promouvoir le développement dans une approche de promotion de la santé et influencer à cet égard les politiques locales en faisant participer les intervenants ainsi que les gestionnaires de CLSC dans les lieux de concertation.

Animation

- ✓ favoriser l'émergence de projets en apportant un soutien dans le domaine de l'animation dans certains lieux de concertation et auprès des groupes.

Soutien

- ✓ soutenir l'implantation d'espaces de participation et d'*empowerment* dans la communauté locale;
- ✓ soutenir les leaders locaux et les organismes du milieu qui contribuent au développement des communautés;
- ✓ soutenir le développement de nouveaux projets et ceux qui existent déjà;
- ✓ contribuer à l'évaluation sur le plan du processus et des résultats notamment grâce à l'enracinement du travail des organisateurs communautaires des CLSC dans la communauté.

Expertise

- ✓ contribuer de façon soutenue et régulière à l'établissement du diagnostic local de leur territoire;
- ✓ apporter de l'aide pour les processus de développement des communautés en santé;
- ✓ aider à l'élaboration d'indicateurs pour mesurer l'atteinte des objectifs des projets.

Lieux privilégiés pour exercer ces rôles

- ✓ tables de concertation;
- ✓ CLD, CLE;
- ✓ associations, clubs sociaux, groupes communautaires;
- ✓ municipalités et MRC.

4.2.2 Illustration des rôles et responsabilités au palier régional

Le palier régional se définit par les territoires des régions sociosanitaires du Québec. Il s'agit du palier où les acteurs du développement, en collaboration avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux et sa Direction de santé publique (DSP), élaborent des stratégies d'intervention autant sur le plan de la santé publique que sur le plan du développement social.

Les programmes nationaux en matière de développement social et de développement des communautés doivent être appliqués en tenant compte des dynamiques des communautés. En s'associant aux autres acteurs régionaux, qu'ils soient communautaires, économiques, politiques, culturels ou institutionnels, la DSP peut contribuer à mettre en place un processus souple sur le plan de l'exécution, et rigoureux sur le plan de l'évaluation des processus et des résultats. Quand il associe les acteurs locaux à partir d'initiatives locales, depuis l'élaboration des programmes et la planification sociosanitaire jusqu'à la définition d'indicateurs, ce processus établit les jalons qui rendent le développement possible et prometteur.

La DSP contribue aussi non seulement à influencer les politiques publiques mais, comme il est mentionné dans l'introduction du présent document, elle agit sur les déterminants de la santé et du bien-être, notamment sur les conditions de vie, les habitudes de vie et l'environnement.

Actuellement, et dans une perspective encore plus orientée sur le développement social et sur le développement des communautés, la DSP continue de répondre, selon son expertise, aux besoins des communautés locales, et ce, indépendamment des programmes nationaux qu'elle doit appliquer. Ainsi, tout en favorisant la prise en charge locale des enjeux de la santé des communautés, le palier régional sert d'interface entre l'État et les milieux locaux et régionaux. Dans la mesure du possible, les projets ou programmes qui favorisent l'émergence de projets développés, adaptés ou faits en collaboration avec les communautés devraient être privilégiés.

L'action actuelle au palier régional favorise déjà l'intervention globale sur les déterminants de la santé et du bien-être. La Direction de santé publique, dont un des mandats principaux est d'informer la population sur sa santé, est donc en mesure de traiter l'ensemble des informations de son territoire, d'en effectuer la synthèse et d'en faire ressortir un portrait régional de santé. Ces analyses sont ensuite retournées aux communautés locales pour favoriser la continuité de l'action globale et acheminées au palier national afin d'appuyer des politiques intégrées de développement. Ces façons de faire peuvent davantage s'accroître dans un mouvement national de développement social et de développement des communautés et contribuer à enrichir la connaissance des milieux locaux et régionaux de même que de l'ensemble du territoire québécois.

La majorité des régies régionales et leurs DSP collaborent ainsi à la mobilisation et à la concertation d'acteurs régionaux et participent aux initiatives intersectorielles de développement social. Même s'il revient aux conseils régionaux de développement d'élaborer cette planification, les DSP peuvent inscrire leur action à l'intérieur de tels organismes de concertation. Ces lieux régionaux de concertation et de partenariat peuvent contribuer à ce que la santé et le bien-être soient pris en compte dans les stratégies et les objectifs de développement social qui émergent des acteurs régionaux. De cette façon, les DSP pourront mieux intervenir dans la planification intersectorielle du développement social régional en mettant à contribution le dynamisme et les connaissances pertinentes des acteurs engagés dans le développement des communautés en santé de leur territoire.

Les régies régionales de la santé et des services sociaux: rôles et applications possibles

Influence

- ✓ promouvoir le développement dans une perspective de santé et de bien-être par l'action sur les déterminants et influencer à cet égard les politiques régionales;
- ✓ stimuler la naissance de lieux de concertation régionaux pour agir sur les principaux facteurs déterminants;
- ✓ diffuser des informations régionales liant le développement social et le développement des communautés à l'amélioration de la santé et du bien-être;
- ✓ favoriser la participation et des intervenants et des gestionnaires de la Direction régionale de la santé publique dans les lieux de concertation.

Soutien

- ✓ soutenir les leaders régionaux et les organismes qui contribuent au développement social et au développement des communautés;
- ✓ aider à l'implantation de mesures de soutien à l'*empowerment* dans la communauté;
- ✓ favoriser la médiation entre les approches axées sur les clientèles ou les problèmes et celles axées sur les territoires et les initiatives locales, et rechercher une meilleure intégration des différentes interventions de santé publique;
- ✓ apporter du soutien technique et financier aux activités et aux projets de développement social et de développement des communautés;
- ✓ assurer la liaison et le travail de concertation entre les gestionnaires et les professionnels des régies régionales affectés à ces dossiers et les gestionnaires et organisateurs communautaires des CLSC.

Expertise

- ✓ tenir à jour les données sociosanitaires pour tous les territoires de leur région;
- ✓ fournir aux CLSC et à leurs partenaires locaux des expertises de contenu dans différents domaines de santé publique;
- ✓ élaborer des méthodes souples et adaptées permettant l'évaluation des processus et des résultats;
- ✓ aider à l'élaboration d'indicateurs pour mesurer l'atteinte des objectifs des interventions locales;
- ✓ assurer la liaison et le travail de concertation entre les professionnels d'évaluation des DSP et les chefs de programme des CLSC.

Lieux privilégiés pour exercer ces rôles

- ✓ CRD;
- ✓ comités/commissions régionales;
- ✓ tables de concertation régionales et locales;
- ✓ communautés urbaines et grandes villes.

4.2.3 Illustration des rôles et responsabilités au palier national

L'approche du développement social et du développement des communautés exige que le niveau national s'engage à intervenir globalement, de façon efficace, afin d'atteindre l'objectif d'améliorer la santé de la population.

Il revient donc à l'État d'adopter des politiques sociales (santé, éducation, sécurité du revenu, emploi, justice, etc.) qui appuient tant le développement des individus que celui des communautés dans une perspective de développement par l'amélioration de leur santé et de leur bien-être.

C'est également la responsabilité de l'État, en concertation avec l'ensemble des ministères concernés, d'harmoniser ces politiques sociales aux autres politiques (économie, transport, environnement, culture, etc.), de manière à contribuer au soutien global nécessaire pour alimenter l'action sur le plus grand ensemble possible de déterminants de la santé et du bien-être de la population.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux

C'est la Direction générale de la santé publique, par la Direction de la promotion de la santé et du bien-être, qui constitue le palier national d'intervention du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Le MSSS a la responsabilité de définir les orientations, les politiques et les stratégies ministérielles en collaboration avec les partenaires de son réseau.

Rôles possibles du MSSS

- ✓ adopter le développement social et le développement des communautés comme des objectifs et des approches stratégiques contribuant à l'amélioration de la santé et du bien-être des individus et des communautés;
- ✓ établir et maintenir une participation active sur le plan national pour ce qui est du contenu, du soutien technique et de l'intervention dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux;
- ✓ démontrer à l'État l'importance majeure d'une harmonisation de l'ensemble de ses politiques et programmes à caractère social et des autres politiques ayant un impact direct ou indirect sur la santé et le bien-être des individus et des communautés (ex : liens avec le Programme national de santé publique, la stratégie gouvernementale de lutte à la pauvreté).

Applications possibles

- ✓ définir, dans le cadre de la révision de la Politique de la santé et du bien-être (PSBE) et de l'élaboration du Programme national de santé publique (PNSP), les orientations et les stratégies en matière de développement social et de développement des communautés de même que les mesures de soutien pour leur mise en œuvre;
- ✓ valoriser l'importance des déterminants sociaux dans une perspective de promotion de la santé et du bien-être de la population dans l'ensemble des travaux nationaux et régionaux en santé publique;

- ✓ soutenir toute forme d'initiative visant à enrichir le domaine du développement social et du développement des communautés au palier national, contribuant à améliorer la santé et le bien-être des individus et des communautés québécoises;
- ✓ favoriser, dans le cadre des orientations ministérielles, l'harmonisation entre les politiques à caractère social et les autres politiques ayant des impacts sur la santé et le bien-être des individus et des communautés. D'autre part, le MSSS contribue à l'élaboration, à la réalisation et au suivi des stratégies gouvernementales en cette matière.

Lieux privilégiés pour exercer ces rôles

- ✓ à la Direction de la promotion de la santé et du bien-être de la Direction générale de santé publique, dans le cadre des travaux nationaux en matière de développement social et de développement des communautés;
- ✓ au comité de direction du MSSS, dans le cadre de la révision et du suivi de la PSBE et du Programme national de santé publique;
- ✓ aux tables de concertation du réseau de la santé et des services sociaux et aux autres tables de partenaires en intersectorialité;
- ✓ au niveau gouvernemental, dans le cadre des travaux nationaux en matière de développement social.

L'Institut national de santé publique du Québec

L'Institut national de santé publique du Québec a pour mission principale de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux et les régies régionales de la santé et des services sociaux dans l'exercice de leur mission en santé publique³⁰.

Les activités de l'Institut sont fort variées et se traduisent par des services-conseils et des services d'assistance, des avis d'expertises, des activités de recherche, d'évaluation, de formation et d'information.

La direction du Développement des individus et des communautés est la structure de l'Institut qui est plus particulièrement concernée par le développement social et le développement des communautés. À l'intérieur de cette direction, l'unité du Développement des communautés s'intéresse aux approches de type milieu (Villes et Villages en santé, écoles en santé, communautés sécuritaires, etc.), qui visent à favoriser l'action des communautés locales sur les déterminants socio-économiques et environnementaux de la santé. Elle s'intéresse également à l'impact des politiques publiques locales sur la santé et le bien-être et aux mesures les soutenant aux paliers régional et national.

³⁰ Tiré de : Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec, L.Q.1998 C.42 article 3 (19 juin 1998)

En matière de développement social et de développement des communautés, l'Institut national de santé publique peut donc être appelé à jouer un rôle de soutien important des activités des acteurs des différents paliers, tout comme de celles du MSSS. La documentation des problèmes, l'identification des mesures de santé publique efficaces, le développement et la diffusion d'outils d'intervention et d'évaluation, la formation et le support-conseil constituent autant de domaines qui peuvent faire l'objet d'une contribution de cet organisme.

Rôles et applications possibles

- ✓ soutenir toute forme d'évaluation qui tienne compte des processus de développement des communautés et de développement social;
- ✓ former et porter une assistance-conseil auprès des intervenants du palier local (par les activités du centre d'information du réseau québécois de Villes et Villages en santé), du palier régional et du palier national;
- ✓ participer au réseautage d'acteurs et d'organisations travaillant dans une optique d'amélioration de la santé et du bien-être des communautés;
- ✓ développer des connaissances qui favorisent l'intervention en santé publique dans une perspective de développement des communautés et de développement social;
- ✓ développer des méthodes et des outils de connaissance et de surveillance de l'état de santé des communautés et des groupes de la population touchés par les inégalités de santé et de bien-être reliées à la pauvreté.

Lieux privilégiés pour exercer ces rôles

- ✓ variété d'instances au niveau national, notamment les tables de concertation du réseau de la santé et des services sociaux.

4.3 Principes et conditions de succès

4.3.1 Les principes

En 1997, les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) américains publiaient un document intitulé *Principles of Community Engagement*. S'appuyant sur le constat que l'implication et la collaboration de la communauté étaient devenues un fondement de l'action de santé publique, ils ont voulu fournir aux professionnels de la santé publique et aux leaders des communautés une base scientifique et un guide pratique pour la mobilisation du public dans des processus de décision et d'action communautaire pour la promotion de la santé, la protection et la prévention. Bien appuyé sur une littérature de provenances diverses (santé publique, sciences sociales, sciences politiques, psychologie communautaire..., etc.) et sur huit histoires de cas documentées, ce guide propose les neuf principes suivants :

1. Soyez clair sur les finalités ou les buts de l'effort de mobilisation ou sur les communautés que vous voulez mobiliser;
2. Assurez-vous de bien connaître la communauté en matière de conditions économiques, de structures politiques, de normes et de valeurs, de tendances démographiques, d'histoire et d'expériences de mobilisation. Cherchez à connaître les perceptions qui prévalent dans la communauté en regard de ceux qui mettent en œuvre les activités de mobilisation;
3. Rendez-vous dans la communauté, établissez-y des liens, construisez des rapports de confiance, travaillez avec les leaders formels et informels et cherchez l'appui et l'engagement des organisations et des leaders à participer à la création de processus de mobilisation de la communauté;
4. Rappelez-vous et acceptez que l'autonomie de décision de la communauté est la responsabilité et le droit de toutes les personnes qui en font partie. Aucune entité extérieure ne devrait présumer qu'elle peut imposer ses propres intérêts et objectifs;
5. La collaboration avec la communauté est une condition essentielle pour créer un changement et améliorer la santé;
6. Dans toutes ses dimensions, le processus de mobilisation doit reconnaître et respecter la diversité de la communauté. La conscience de la diversité culturelle des communautés et d'autres facteurs de diversité doivent être présents tout au long du processus de développement et d'implantation des approches de mobilisation;
7. La durabilité de l'engagement de la communauté dépend à la fois de l'identification et de la mobilisation de ses propres forces, capacités et ressources ainsi que de leur renforcement, ce qui facilitera sa contribution aux décisions et à l'action en faveur de la santé;
8. Une organisation ou un individu qui entame un processus de mobilisation doit être prêt à abandonner le contrôle sur les interventions de la communauté et être suffisamment souple pour s'adapter aux besoins changeants de la communauté;
9. La collaboration communautaire demande, de la part de l'organisation qui l'entreprend et de ses partenaires, un engagement à long terme.

4.3.2 Conditions de succès

Plusieurs conditions peuvent contribuer au succès des démarches et interventions dans le domaine du développement social et du développement des communautés. En voici quelques-unes qui ont été identifiées parmi les plus importantes :

1. **Soutenir adéquatement, tant sur le plan financier qu'autrement, les efforts de collaboration, de concertation et de partenariat;** la seule expérience de collaboration ou de solidarité contribue au renforcement de la communauté et constitue souvent le point de départ d'une véritable responsabilisation et d'une véritable participation;
2. **Travailler, évaluer et financer à long terme;** il faut bien du temps pour rassembler les gens, développer une vision commune, élaborer et mettre en œuvre un processus, des plans et des activités;
3. **Appuyer l'innovation;** prendre parti pour l'innovation c'est, entre autres, réfléchir aux effets à long terme plutôt qu'aux effets à court terme uniquement;
4. **Développer le sens du risque;** développer une capacité d'action, c'est souvent prendre le risque d'agir, s'exposer à perdre une chose à laquelle on attribue une grande valeur;
5. **Favoriser l'accès à l'information et la circulation de celle-ci;** les communautés ont besoin d'informations de toute provenance, mais elles ont aussi besoin que l'information décrivant leur réalité se rende aux paliers supérieurs favorisant ainsi les stratégies du bas vers le haut;
6. **Favoriser la discussion et la participation;** la discussion et la participation sont bien plus qu'une composante importante de l'*empowerment*; elles sont l'essence même de la démocratie. Les communautés ont besoin de lieux où leurs membres peuvent discuter des enjeux locaux et globaux ainsi que des actions bien planifiées et coordonnées dans une logique intersectorielle qui leur offrent des occasions de contribuer au développement de leur communauté;
7. **Favoriser le dialogue entre points de vue différents;** à quelque palier que ce soit, l'objectif d'établir un véritable partenariat demande l'adoption d'une orientation pragmatique et un abandon d'attitudes dogmatiques sans toutefois exclure les perspectives divergentes ni les intérêts parfois opposés entre certains partenaires;
8. **Favoriser les changements systémiques;** il est impossible de tout régler à l'échelon local. Certaines problématiques (la pauvreté notamment) doivent être traitées de façon globale. Aussi importe-t-il de soutenir les initiatives nationales et provinciales visant à comprendre les enjeux et à élaborer des stratégies d'ensemble;

9. **Soutenir l'économie locale dans une perspective de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale;** les initiatives en matière de développement économique communautaire et d'économie sociale s'avèrent fort pertinentes dans la lutte locale à la pauvreté et aux inégalités, deux puissants déterminants de la santé;
10. **Soutenir la prestation de services communautaires globaux;** la vision des communautés florissantes ne se limite plus, désormais, aux problèmes économiques ou sociaux. La notion de communauté en santé repose sur la multiplication des activités et des relations, sur l'entraide, sur l'accroissement des capitaux et sur les espaces d'*empowerment*;
11. **Favoriser l'apprentissage;** dans toutes les actions, les leçons tirées et leurs applications sont tout aussi importantes que les résultats. La capacité d'apprendre de ses réussites et de ses erreurs, qui repose sur les compétences locales individuelles autant que collectives, constitue un élément essentiel au processus d'*empowerment*;
12. **Développer une capacité de planification stratégique;** une véritable prise en charge locale repose sur un diagnostic commun des situations (forces, faiblesses, occasions et menaces) qui engendre une vision commune d'objectifs réalistes à atteindre et un plan d'action concret avec des mécanismes d'évaluation appropriés et fréquemment mis à jour;
13. **Appuyer les chefs de file locaux;** il est de plus en plus évident que le développement des communautés s'appuie entre autres sur un leadership solide, de type consensuel, qui peut simultanément motiver et soutenir les individus et les organisations.

CONCLUSION

Au Québec, comme ailleurs, on reconnaît depuis plusieurs années que les déterminants les plus puissants de la santé et du bien-être sont sociaux, économiques et culturels. La littérature nous confirme que la pauvreté et en particulier les inégalités sociales sont à l'origine d'une plus grande morbidité et mortalité mais aussi de problèmes psychosociaux importants. Ces problèmes se concentrent dans des villes, des villages, des quartiers, des communautés dévitalisées ou qui se dévitalisent et influencent négativement la santé et le bien-être des individus et des communautés. Simultanément, on se questionne sur l'influence positive que pourraient avoir diverses mesures de développement social et de développement des communautés sur la santé des individus et des populations. Et on a trouvé des réponses, plusieurs probantes, d'autres prometteuses.

On se questionne entre autres sur la place que pourrait occuper l'action de santé publique dans le soutien à ces mesures de développement qui, en elles-mêmes, sont sous la responsabilité de l'ensemble de la société québécoise et de l'État mais surtout des communautés locales.

La santé publique cherche à améliorer la santé en agissant sur ses déterminants et sur les systèmes qui les régissent. Son mode principal d'intervention s'inscrit dans des programmes qui ciblent des groupes à risque particulier, ou des problèmes ou des déterminants précis pouvant compromettre la santé et le bien-être. Même dans les programmes de santé publique « classique », comme l'immunisation ou encore le dépistage du cancer du sein, l'engagement de la communauté peut amener une différence significative, par exemple dans les taux de participation des personnes visées.

Les *Centers for Disease Control and Prevention* américains affirment ceci :

« Il semble se dégager un consensus dans la littérature à l'effet que d'entreprendre et de soutenir le renforcement (empowerment) des capacités de décision et d'action des communautés en faveur de la santé, constitue un élément critique dans la promotion de la santé, la protection et la prévention. L'impact des programmes qui ciblent les changements de comportement individuels est souvent éphémère et dilué à moins que des efforts ne soient faits pour apporter des changements systématiques à plusieurs niveaux de la société. »

Les intervenants de santé publique ont à relever le défi de concilier l'approche de programmation sociosanitaire avec celle de participation sociale, celle d'*empowerment* et avec un projet provenant du milieu. Ces deux approches peuvent être complémentaires sans constituer dans les faits deux solitudes. L'efficacité devrait surgir de leur association.

Comment alors mettre les communautés dans le coup de la santé ? Généralement, il faut éviter de donner l'impression qu'on les invite simplement à donner un coup de main dans ce qui peut paraître *nos statistiques, notre problème, notre responsabilité*. Plus souvent qu'autrement, cette approche ne fonctionne pas. Par ailleurs, les communautés locales sont ouvertes et souvent étonnamment faciles à mobiliser quand elles se savent concernées. En autant qu'on sache éviter le jargon technique et traduire les statistiques en histoires! Il importe donc de reconnaître leurs besoins avant d'interpréter leurs problèmes, de faire appel à leurs forces, d'employer un langage moins technique et de les rejoindre là où elles sont rendues dans leur évolution collective. Les chances sont grandes que leurs préoccupations gravitent autour de la qualité de vie et de ce qui importe aux citoyennes et citoyens dans leur vie de tous les jours. Souvent, ce n'est pas loin des préoccupations de la santé publique !

La littérature scientifique et l'expérience démontrent que l'action de santé publique ne peut reposer uniquement sur des programmes par clientèle, par problème ou par déterminant. D'autres types d'intervention existent et requièrent des approches et des méthodes qui leur sont propres et qui peuvent aller dans le sens du développement des communautés et du développement social

Pour bien agir en faveur de la santé et du bien-être ou d'un développement sain et durable, il faut être conscient que les communautés locales ont avant tout besoin qu'on les respecte dans leur histoire et leur dynamisme, qu'on s'ajuste à leurs préoccupations. Elles ont aussi besoin d'un environnement favorable, de politiques publiques saines compatibles avec les besoins essentiels de leurs membres. Mais elles ont aussi grand besoin d'être soutenues, pour ce qui concerne les contenus et les processus, par tout le secteur institutionnel, dont celui de la santé publique.

Cette démarche est avant tout une rencontre entre deux réalités qui n'ont pas l'habitude de se côtoyer. L'une relève des approches où les professionnels et les institutions définissent les besoins, les problèmes et les solutions avec les limites que cela comporte si l'on veut agir sur les déterminants sociaux, économiques et culturels. L'autre relève de la capacité des individus et des communautés à développer leurs capacités et à prendre en main des conditions de vie qui relèvent de leurs compétences.

Il ne s'agit pas nécessairement d'investir beaucoup de ressources, mais plutôt de réorienter une partie de celles dont nous disposons avec un potentiel de synergie et d'investissements propres aux communautés.

Pour paraphraser Trevor Hancock, cofondateur du mouvement des communautés en santé, « *un processus de développement sain et durable, fondé sur l'action des communautés locales et appuyé par des politiques publiques saines, est celui qui est le plus susceptible de produire des gens en santé, dans des communautés en santé, dans un monde en santé* », objectif ultime de la santé publique.

Pour y arriver, ne faut-il pas renforcer la synergie entre les paliers local, régional et national; le partenariat qui en résultera augmentera considérablement les chances de réussite pour une meilleure santé de la population.

BIBLIOGRAPHIE

- ASSOCIATION DES CENTRE LOCAUX DE DÉVELOPPEMENT DU QUÉBEC. En ligne.
www.acldq.qc.ca/francais/index1.html. Consulté à l'automne 2001.
- CORPORATIONS DE DÉVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE. *Cadre de référence des Corporations de développement communautaire*, octobre 1993.
- CDC/ATSDR COMMITTEE ON COMMUNITY ENGAGEMENT. *Principles of Community Engagement*, Atlanta, GA, Centres for Disease Control and Prevention, 1997.
- CENTRAIDE CANADA. En ligne. www.unitedway.ca/francais/index.cfm?area=2. Consulté à l'automne 2001.
- CHAVIS, DAVID M. *Mobilizing for Community Capacity Building*, présentation au LAREHS, Université du Québec à Montréal, 28 avril 2000.
- CHRISTENSON, JAMES A., FENDLEY, KIM ET JERRY W. ROBINSON. « Community Development » dans *Community in Perspective*, Iowa State University Press, 1989.
- COLEMAN, JAMES S. « Social Capital » dans *The foundation of social theory*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1990.
- COLEMAN, JAMES S. « Social capital in the creation of human capital » dans *American Journal of Sociology*, vol. 94, 1988.
- CONSEIL RÉGIONAL DE CONCERTATION DE DÉVELOPPEMENT CENTRE DU QUÉBEC. En ligne.
www.regions.qc.ca/internet/index-public.html. Consulté à l'automne 2001.
- CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DU QUÉBEC. *Forum sur le développement social : présentation de la démarche*, 1997.
- CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DU QUÉBEC. *L'appropriation par les communautés de leur développement*, 2001.
- EASTERLING, D. ET AL. *Promoting Health by Building Community Capacity - Evidence and Implications for Grantmakers*, Denver, The Colorado Trust, 1998.
- GIGUÈRE, RITA. *La culture comme base du développement*, Université rurale québécoise au Bas-Saint-Laurent, 1999.
- HANCOCK, TREVOR. *Compte rendu de conférences*, Journées annuelles de santé publique, 1999.
- HANCOCK, TREVOR. *Health-based Indicators of Sustainable Human Development*, Paper prepared for the Office of Sustainable Development, Health Canada, 2001.
- INSTITUTE OF MEDICINE. *Promoting Health, Intervention Strategies from Social and Behavioral Research*, National Academy Press, Washington, 2000.

- ITZHAKY, HAYA ET ALAN S. YORK. « Different Types of Clients Participation ant the Effects on Community-Social Work Intervention » dans *Journal of Social Service Research*, vol. Q9, b(1/2), 1994.
- LES CDEC DU QUÉBEC. *Développer autrement*, octobre 2002.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Document de consultation du Comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté*, 1999.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *La politique de la santé et du bien-être de 1992*, Québec, 1992.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être : orienter et soutenir l'action !*, Document du Comité ministériel sur la réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être, 2001.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Priorités nationales de Santé publique, 1997-2002*, Québec, 1998.
- NINACS, WILLIAM A. « Le pouvoir dans la participation au développement local dans un contexte de mondialisation » dans *Actes du colloque organisé à l'Université du Québec à Chicoutimi* par le Collectif de recherche sur les initiatives de développement économique et social (Collectif IDÉES-UQAC) sur le thème Développement, économie sociale et démocratie locale, le 23 septembre 2000 [à paraître en mai 2002].
- NINACS, WILLIAM A. « *Empowerment* et service social : approches et enjeux » dans *Service social*, vol. 44, n° 1, 1995, p. 69-93,
- NINACS, WILLIAM A. *Types et processus d'empowerment dans les initiatives de développement économique communautaire au Québec*, thèse de doctorat (Université Laval, École de service social), non publiée, 2001, 313 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *La santé pour tous au XXI^e siècle*, adopté à l'Assemblée mondiale de 1988.
- PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE DÉVELOPPEMENT. *Rapport mondial sur le développement humain 2000*, De Boeck University, Paris, Bruxelles, 2000.
- PUTNAM, ROBERT D. *Making Democracy Work : Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton University Press, 1993.
- RENAUD, MARC ET LOUISE BOUCHARD. « Expliquer l'inexpliqué : l'environnement social comme facteur clé de la santé » dans *Interface*, vol. 15, n° 2, 1994.
- SOLIDARITÉ RURALE. En ligne. www.solidarite-rurale.qc.ca/mission.html. Consulté à l'automne 2001.
- VEENSTRA, GERRY. « Social Capital & Health », dans *Isuma*, vol. 2, n° 1, Secrétariat de la recherche sur les politiques du Gouvernement du Canada, Ottawa, 2001, p. 72-81.
- WILKINSON, R. ET M. MARMOT. *Social Determinants of Health : The Solid Facts*, Organisation mondiale de la santé, Copenhague, 1998.



Institut national
de santé publique

Québec 