

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

CHANGEMENT DU PARADIGME DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET  
TRANSFORMATIONS DE LA FORME DE L'ÉTAT

MÉMOIRE  
PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN SOCIOLOGIE

PAR  
MATHIEU BLAIS

JUIN 2006

# UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

Service des bibliothèques

## Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement n°8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## **REMERCIEMENTS**

Merci Jules, merci Michel.

Merci Mélanie, merci Monique et merci Félix.

Merci maman, merci papa, Louise, Ken et Yves...

## TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES.....	v
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
RÉSUMÉ .....	vii
INTRODUCTION.....	1
<i>Système de santé, santé publique, prévention de la maladie et promotion de la santé.....</i>	<i>1</i>
<i>Mise en contexte historique du pouvoir médical et origine de la santé publique axée sur l'approche de la prévention de la maladie.....</i>	<i>3</i>
<i>De la naissance de la santé publique à la promotion de la santé.....</i>	<i>5</i>
<i>Démarche méthodologique .....</i>	<i>6</i>
CHAPITRE I.....	9
Introduction .....	9
1.1 <i>Le modèle du MSSS .....</i>	<i>12</i>
1.1.1    La finalité.....	12
1.1.2    Le but .....	12
1.1.3    Le modèle conceptuel.....	14
1.1.4    Les objectifs .....	16
1.1.5    Les mécanismes .....	17
1.1.6    L'objet de son action.....	22
1.1.7    La clientèle.....	24
CHAPITRE II .....	28
Introduction .....	28
2.1 <i>Quelques précisions conceptuelles et explication de la démarche analytique .....</i>	<i>29</i>
2.2 <i>L'État libéral (1800-1870 / 1870-1930).....</i>	<i>32</i>
2.2.1    Juridictions et Acte de l'Amérique du Nord britannique.....	32

2.3	<i>La consolidation de l'État-providence (1930-1975)</i> .....	35
2.3.1	Le rôle particulier du secteur communautaire au Québec .....	41
2.4	<i>L'État néolibéral</i> .....	42
2.4.1	La promotion de la santé, des débuts lents .....	43
2.4.2	La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé .....	47
2.5	<i>De la promotion de la santé à la promotion de la santé de la population</i> .....	53
	Conclusion .....	60
<b>CHAPITRE III</b> .....		61
	Mise en contexte de Rouyn-Noranda, ville et villages en santé.....	61
3.1	<i>Application du modèle du MSSS à Rouyn-Noranda, ville et villages en santé</i> .....	65
3.1.1	La finalité .....	65
3.1.2	Le but .....	66
3.1.3	Le modèle conceptuel .....	67
3.1.4	Les objectifs .....	71
3.1.5	Les mécanismes .....	75
3.1.6	L'objet de son action .....	80
3.1.7	La clientèle .....	81
3.1.8	Les intervenants concernés.....	83
3.2	<i>Pour un changement de paradigme</i> .....	86
<b>CONCLUSION</b> .....		87
<b>LISTE DES RÉFÉRENCES</b> .....		93
	<i>Ouvrages</i> .....	93
	<i>Articles de périodique</i> .....	97
	<i>Publications gouvernementales et internationales</i> .....	101
	<i>Sites Internet</i> .....	103
	<i>Entrevues</i> .....	104

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES**

AANB :	Acte de l'Amérique du Nord britannique
CLSC :	Centre local des services communautaires
DSC :	Département de santé communautaire
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMS :	Organisation mondiale de la Santé
RQVVS :	Réseau québécois de Villes et Villages en santé
VVS :	Villes et Villages en santé

## **LISTE DES TABLEAUX**

TABLEAU 1.           Modèle comparatif de la prévention de la maladie et de la promotion de la santé

## RÉSUMÉ

L'objectif de ce mémoire est de vérifier l'hypothèse d'un changement de paradigme en santé publique, de la prévention de la maladie à la promotion de la santé, concomitant à la mise en place de la forme néolibérale de l'État, et d'en saisir l'ampleur.

Pour vérifier ce questionnement, une première section qui oppose conceptuellement la prévention de la maladie et la promotion de la santé démontre tout d'abord la transformation idéologique du paradigme de la santé publique. Pour ce faire, c'est le modèle développé par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (1987) qui permet la comparaison des deux approches de santé publique. La prévention de la maladie et la promotion de la santé sont comparées selon huit catégories analytiques, soit quant à la finalité, au but, au modèle conceptuel, aux objectifs, aux mécanismes, à l'objet de son action, à la clientèle et aux intervenants. Ainsi, ancrée dans une définition nouvelle de la « santé » qui l'affranchit du référent historique « maladie », la promotion de la santé impose un renversement du paradigme de la santé publique, à tout le moins au niveau idéologique.

Par ailleurs, l'analyse des politiques publiques de santé publique dans le contexte des transformations de la forme de l'État, de sa forme libérale à sa forme providentielle, puis à sa forme néolibérale, vise à poser la promotion de la santé comme une réponse des institutions publiques aux enjeux de santé publique. Sans arriver à établir que cette seconde approche de santé publique est une alternative traversant l'exercice de la santé publique qui relèguerait la prévention de la maladie aux oubliettes, il apparaît que la promotion de la santé change la pratique de la santé publique en remettant à l'acteur privé une partie de la prise en charge de sa santé. Avec des politiques publiques en faveur de la promotion de la santé, la stratégie d'action, jusque-là limitée aux facteurs de risque de la maladie, est déplacée vers les conditions qui créent la santé, les déterminants de la santé. Cependant, l'accent mis notamment sur les habitudes de vie et les comportements individuels, dès les premiers balbutiements de la promotion et aujourd'hui encore, impose davantage l'idée d'une évolution paradigmatique, plutôt que d'une rupture au niveau de la pratique de la santé publique.

Enfin, l'application du modèle comparatif du MSSS (1987) à la corporation Rouyn-Noranda, ville et villages en santé tend à prouver la présence d'initiatives qui répondent aux principes de la promotion de la santé. La municipalité, comme palier gouvernemental le plus rapproché du citoyen, oriente l'action sur les déterminants de la santé, à la fois économiques, sociaux et environnementaux, tout comme elle favorise la réappropriation privée et citoyenne de la santé.

Mots clés : santé publique, promotion de la santé, prévention de la maladie, formes de l'État, Rouyn-Noranda, ville et villages en santé



## INTRODUCTION

### **Systeme de santé, santé publique, prévention de la maladie et promotion de la santé**

La raison d'être de ce travail se trouve dans l'analyse de la composante du système de santé que constitue la **santé publique**. Plusieurs auteurs ont envisagé les changements récents au niveau de l'approche de santé publique comme un changement de paradigme (Duhl, 2004; Labonté, 1994; Levin et Ziglio, 1996; Robertson, 1998; Stachtchenko et Jenicek, 1990). Ce mémoire vise donc à vérifier l'idée d'un changement de paradigme de santé publique; il scrute l'hypothèse d'un second temps du développement des services de santé publique, le passage d'une approche de santé publique uniquement axée sur la prévention de la maladie vers une approche de la promotion de la santé. Plus précisément, il s'agit de l'analyse des changements paradigmatiques en santé publique, de la prévention de la maladie à la promotion de la santé, par l'étude des politiques publiques.

Même si ce travail ne constitue pas une analyse sociologique du système de santé dans sa totalité, il importe, dans l'optique de l'étude de sa composante santé publique, de le définir immédiatement.

The healthcare organization is what is traditionally defined as the healthcare system. It includes medical and dental practice, nursing, hospitals, home care, chronic care facilities, rehabilitation, drugs, public health services, and health services provided by allied and complementary healthcare professionals such as chiropractic, podiatric, optometric services, and naturopathic (Shah, 2003, p. 16).

En 1973, l'OMS (Organisation mondiale de la Santé) indiquait « qu'on utilise aujourd'hui « santé publique » dans son sens large pour évoquer les problèmes concernant la santé d'une population, l'état sanitaire d'une collectivité, les services sanitaires généraux et

l'administration des services de soins » (OMS, 1973). L'affirmation d'un changement de paradigme d'approche de santé publique, de la prévention de la maladie à la promotion de la santé, se situe à ce niveau précis de l'analyse de la santé publique comme composante du système de santé.

Pour expliquer les origines de ce questionnement, il convient d'explicitier comment la santé publique s'est posée aux collectivités et comment, de surcroît, elle s'est inscrite dès le départ dans la logique biomédicale, celle de l'hégémonie médicale qui caractérise la distribution des soins de santé en Europe depuis le 18<sup>e</sup> siècle et au Canada depuis le 19<sup>e</sup> siècle.

The identification of goals and targets in terms of a biomedical approach meant that it was possible to measure health status over times and across populations. However, the biomedical approach was overwhelmingly dependant on scientific methods and led to a definition of health outcomes in terms of quantification of related health gains (Hepworth, 1997, p. 233-234).

Concrètement, l'approche biomédicale, qui repose sur la définition de la santé comme étant l'absence de la maladie, favorise une intervention de santé publique en respect avec les principes de la prévention de la maladie et des indicateurs que sont la mortalité, la morbidité et des facteurs de risque reliés à des comportements individuels.

Dès sa genèse, la santé publique était fondée sur l'approche de la prévention de la maladie. L'Organisation mondiale de la Santé, en 1984, propose la définition selon laquelle la prévention de la maladie « comprend des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences ». Pour la compréhension de la démonstration, il faut insister sur le fait que même à son stade embryonnaire, le développement d'une prise en charge sociale de la maladie dans une perspective préventive se fonde sur l'analyse épidémiologique, caractéristique de la médecine clinique.

## **Mise en contexte historique du pouvoir médical et origine de la santé publique axée sur l'approche de la prévention de la maladie**

Le moment d'emprise du corps médical sur la distribution et le monopole légitime des soins de santé est repérable historiquement. Dans les premières années du 18<sup>e</sup> siècle, l'exercice concret de la santé (ou du traitement de la maladie) est considéré comme un fait privé, un fait individuel et dont aucun groupe n'assure encore exclusivement l'encadrement. La distribution des soins de santé n'est l'objet d'aucun monopole :

Au besoin, la population peut recourir aux services de médecins, de chirurgiens ou d'apothicaires, lesquels ont en principe reçu une formation, quérir une sage-femme pour les accouchements, ou consulter des thérapeutes d'horizons divers tel des membres du clergé, des rebouteux ou des guérisseurs (Guérard, 1996, p. 17).

C'est sur la capacité d'offrir des solutions efficaces aux problèmes populationnels qui se manifestent à partir du 18<sup>e</sup> siècle en Europe que se construira l'hégémonie biomédicale en santé<sup>1</sup>. Les premières manifestations d'interventions immédiates en santé se présentent sous la forme de « mesures d'hygiène ponctuelles », ordonnances ou règlements sensés favoriser l'adoption de comportements hygiéniques en l'absence d'une autorité supérieure qui régirait, par exemple, l'eau de consommation, premier véhicule de transmission des maladies

---

<sup>1</sup> « La mise en place progressive de la grande médecine du 19<sup>e</sup> siècle ne peut pas être dissociée de l'organisation, à la même époque, d'une politique de santé et d'une prise en considération des maladies comme problème politique et économique, qui se pose aux collectivités et qu'elles doivent essayer de résoudre au niveau de leurs décisions d'ensemble ». (Foucault, 1976, 13). Ainsi, la nature du mode de régulation sociale se trouve dans des problématiques concrètes qui se posent aux institutions et qui seront responsables du positionnement du médecin comme agent de régulation de la société et comme médiateur du bien collectif. Ces problématiques concrètes sont incarnées par le défi qu'ont posé les maladies infectieuses et les épidémies du 18<sup>e</sup> siècle. Une nouvelle réalité, vivement marquée par la présence de la maladie à l'intérieur du cadre social, force l'administration publique, en l'occurrence l'État, à chercher des solutions tout aussi palpables que le sont les problèmes auxquels il est confronté. C'est donc motivé par une volonté absolument pragmatique que l'État voit en la discipline médicale un outil efficace qui participerait à la prise en charge collective et qui serait susceptible d'intervention sociale pour le bien de tous. En ce sens, au delà du phénomène de contagion, c'est l'aspect social, collectif de l'épidémie qui lui rend son unicité dans une perspective historique. Pour la première fois, est révélée la nécessité d'une prise en charge collective, prise en charge devant laquelle l'État devra s'armer convenablement mais aussi par rapport à laquelle la médecine, bien que constituant l'essentiel du nouvel attirail, saura aussi s'affranchir comme acteur légitime de la régulation nosologique, mais aussi sanitaire.

infectieuses et qui demeure à cette époque, toujours exclue d'un contrôle sur sa qualité (Guérard, 1996, p. 16).

Dans le contexte canadien, ce processus de médicalisation se verra supporté par les lois de 1847 et de 1876, qui confirment la constitution d'un corps professionnel de médecins et qui, de façon plus importante encore, viennent réglementer la pratique et l'enseignement de la médecine. Conséquemment, la dynamique de la construction de l'hégémonie biomédicale en santé est double : la reconnaissance du discours médical (et scientifique) comme ayant autorité dans le domaine sanitaire s'accompagne d'une place croissante des médecins dans le processus de prise de décisions et dans l'administration sociale de la santé.

Ainsi, en Europe, le passage au 18<sup>e</sup> siècle correspond au moment de transformation de l'exercice socio-sanitaire qui permet l'établissement de conditions nécessaires à l'emprise du pouvoir médical sur la santé. La situation au Canada ne présente pas exactement le même modèle de développement de mesures généralisées d'amélioration de la santé de la population. Ici, l'essor économique et démographique des villes est beaucoup plus tardif; il faut attendre le 19<sup>e</sup> siècle pour saisir et palper l'importance commerciale des centres urbains que sont Montréal et Québec. Par contre, avec l'entassement urbain et les mouvements de population, une vague de maladies infectieuses et contagieuses déferle sur ces villes. Concomitante à ces nouveaux défis que pose la maladie sociale, la quarantaine devient une mesure fréquente de mise en isolation des malades; elle amène au développement et à la mise en application d'une technologie qui répond à la volonté d'un corps médical qui est de plus en plus actif politiquement. Désormais, un effort social préventif accru sera mis sur la vaccination, qui, bien que présente au Québec depuis 1801 et encouragée par diverses lois à partir de 1817, avait toujours constitué un sujet de controverse (Guérard, 1996, p. 23).

L'opposition primaire entre curatif et préventif qu'induisent les premières interventions ciblées en matière de santé publique n'est cependant pas la thématique centrale de ce mémoire. Alors que la prévention de la maladie apparaît dès ses premières heures comme un concept s'articulant autour du pouvoir médical et de l'analyse épidémiologique, même si pour la première fois il est question d'autre chose que de pratiques curatives individuelles, le

questionnement ici se situe au niveau de l'analyse de la promotion de la santé, souvent posée comme second paradigme d'approche en santé publique.

Le détour nécessaire de la démonstration de la constitution d'un pouvoir et d'un appareil préventif de santé publique étant effectué, le moment est alors venu de répéter clairement l'hypothèse de mon mémoire : la vérification de l'idée d'un changement d'approche de santé publique, de la prévention de la maladie à la promotion de la santé. Ce changement possible de paradigme de santé publique sera parallèlement appréhendé dans le contexte des transformations de la forme de l'État, de la forme providentialiste à la forme néolibérale.

### **De la naissance de la santé publique à la promotion de la santé**

Dans l'histoire récente, l'arrivée de la prévention constitue le premier changement de cap radical quant à la modalité d'expression de la pratique sanitaire. Par le passage à « une intervention collective à visée préventive, par opposition à l'intervention clinique individuelle » (Conill et O'Neill, 1984, p. 167), un pont est franchi au niveau de la pratique de la santé : c'est la naissance de la santé publique. Si la prévention de la maladie suppose une évolution par rapport à l'exercice classique de la santé, ce n'est pas tant au niveau du sens épistémologique que revêt le concept de santé, car la prévention de la maladie découle également du pouvoir médical fraîchement constitué, mais plutôt face à l'objet de son action. C'est fort de son expérience clinique que la santé publique naît comme pratique préventive fondée sur un cadre de dépistage épidémiologique.

La modélisation de la santé humaine dans une perspective d'interactions avec le milieu a été initialement teintée par l'expérience vécue par le monde biomédical et la propagation des maladies infectieuses. À cet effet, la théorie des germes de Koch (tuberculose, typhoïde, peste, choléra) élaborée à la fin du XIXe siècle, bien que réductionniste, peut être vue comme le premier modèle écologique dans lequel les interactions entre un seul agent infectieux et son hôte sont modulées par les conditions environnementales (Guérin et al, 2003, p. 595).

Cependant, après un développement de la santé publique en santé exclusivement orientée selon une optique de prévention, depuis les premières actions pour maîtriser les épidémies du 19<sup>e</sup> siècle jusqu'aux campagnes généralisées de vaccination, on voit poindre au milieu des années 1970 et ce, prioritairement au Canada, un nouveau mouvement de santé publique qui repose avant tout sur une conception élargie de la santé, supposant un déplacement épistémologique du rapport à la santé. Motivé en partie par une croissance exponentielle des coûts d'exploitation du système de santé, par une volonté de réappropriation par les populations de leur santé et par le déplacement de l'axe d'action de la maladie à la production de la santé, ce nouveau courant international en santé publique a d'abord vu le jour au Canada sous la bannière de la **promotion de la santé**. « [It] is the expression of this renewed understanding that interventions outside of the traditional domain of the health field (in income and education for example) are key to improving population levels of health » (Pederson, O'Neill et Rootman, 1994, p. 1).

Cette deuxième approche de santé publique, la promotion de la santé, se reconnaît initialement par la dispensation de services sanitaires publics qui s'affranchit de l'emprise professionnelle du corps biomédical, faisant référence à une conception globale de la santé. Dans cette perspective :

Les services de santé publique ont comme finalité l'atteinte d'objectifs de santé et de bien-être au niveau des populations ou des communautés. [ Ils ] consistent à utiliser des stratégies d'habilitation, de représentation et d'éducation pour initier et soutenir des processus de changement destinés à développer des environnements favorisant la santé, à susciter l'adoption de saines habitudes de vie et à orienter les services de soins vers l'intervention précoce (Morin et Roy, 1996, p. 32-33).

### **Démarche méthodologique**

Pour vérifier l'hypothèse selon laquelle il y aurait eu changement paradigmatique d'approche de santé publique, une première section, exclusivement théorique, tentera de poser la prévention de la maladie et la promotion de la santé en opposition conceptuelle. Cette section sera principalement organisée autour du modèle présenté par le Ministère de la

Santé et des Services sociaux (MSSS), Service de Promotion de la santé, en mars 1987 (MSSS, 1987) qui représente une tentative de mise en contraste exhaustive des deux concepts de santé publique dans une perspective idéologique. Ce travail d'opposition typologique entre prévention primaire de la maladie et promotion de la santé sera orchestré selon les huit (8) catégories analytiques proposés : la finalité, le but, le modèle conceptuel, les objectifs, les mécanismes, l'objet de son action, la clientèle, de même que les intervenants concernés.

Parallèlement à l'opposition idéologique entre la prévention de la maladie et la promotion de la santé, moment obligatoire d'un mémoire qui scrute l'hypothèse d'un changement paradigmatique au niveau de l'intervention en santé publique, les récents bouleversements qui ont marqué la santé publique ne semblent pas survenir indifféremment des transformations de la régulation étatique depuis la constitution de l'État-providence jusqu'à sa crise. Précisément, la démonstration des mécanismes de formation de l'État-providence, de même que ceux qui marquent sa période de crise, permettent de discerner le sens des prises de positions et des actions des gouvernements québécois, canadien, mais également européens en faveur d'une politique en respect avec les principes de la promotion de la santé. Cette mise en parallèle de l'histoire de la santé publique avec l'évolution récente des formes de l'État sera réalisée selon trois axes d'analyse distincts, la citoyenneté, la gouvernance et le rapport entre le privé et le public. L'exposition de la dynamique qui mène progressivement à la mise en place de la forme néolibérale de l'État et au retrait progressif de sa participation à la régulation sociale permet de vérifier l'ampleur de la pratique de la nouvelle approche de santé publique.

Enfin, le troisième chapitre propose l'étude de cas du mouvement des **Villes et Villages en santé** (VVS), souvent considéré comme le projet le plus fidèle aux principes de la promotion de la santé. Ce sera le moment de la mise en application du modèle de promotion proposé par le MSSS et donc de la promotion de la santé au sens le plus restrictif. L'hypothèse d'un changement de paradigme d'approche de santé publique ne peut être valide sans la présence d'initiatives qui répondent à toutes les exigences de la promotion, tend au niveau de l'opposition idéologique avec la prévention de la maladie qu'à celui d'une nouvelle pratique de santé publique régulée par la forme néolibérale de l'État. Ainsi, dans le même

ordre d'idées où le premier chapitre de ce travail oppose la prévention de la maladie et la promotion de la santé selon un modèle complet d'analyse, le dernier chapitre reprend ce modèle comparatif pour vérifier le changement de paradigme de santé publique avec l'exemple des Villes et Villages en santé. En fait, il prendra la forme d'une monographie, celle de l'étude de Rouyn-Noranda, ville et villages en santé, première Ville en santé en Amérique du Nord.

La corporation Rouyn-Noranda, ville et villages en santé, tout en faisant reposer ses actions sur les principes de la Charte d'Ottawa (OMS, 1986) incarne aussi cette tendance des États néolibéraux à se retirer progressivement de la prise en charge de la santé. La corporation, qui existe depuis 1987, s'inscrit directement dans le contexte du déplacement de la régulation politique de la santé publique, valorisant l'implication des structures locales, des organisations de la communauté et la participation citoyenne dans la prise en charge de la santé.

Ces trois étapes de l'analyse proposée constituent les trois chapitres de ce mémoire. Par ailleurs, les trois chapitres sont essentiellement basés sur des monographies (à un ou à plusieurs auteurs), des articles de périodiques spécialisés (revues savantes), des ouvrages collectifs ou des chapitres d'ouvrages collectifs, des publications gouvernementales et internationales, des actes de colloques et documents électroniques. Enfin, une entrevue complémentaire a été réalisée par téléphone avec Denise Lavallée, coordonnatrice de la corporation Rouyn-Noranda, ville et villages en santé. Bien que l'analyse d'entrevues ne soit pas l'objet de ce mémoire qui repose sur l'analyse comparative de la prévention de la maladie et de la promotion de la santé selon le modèle du MSSS (1987), cet entretien informatif complémentaire a permis d'approfondir l'étude de cas, d'actualiser l'état des connaissances sur Rouyn-Noranda, ville et villages en santé et de collecter des informations autrement inaccessibles.



## CHAPITRE I

### ANALYSE COMPARATIVE DE LA PRÉVENTION DE LA MALADIE ET PROMOTION DE LA SANTÉ

#### **Introduction**

Dans l'étude des approches de santé publique, il ne faut pas opposer de prime abord prévention de la maladie et promotion de la santé. Même si la promotion de la santé s'articule dans une dynamique qui semble la différencier, la distinguer, à la limite l'opposer à la prévention de la maladie, elle n'est pas dans les faits totalement son contraire. En plus de contenir dans ses prémisses les bases de la prévention, il serait même permis d'affirmer que c'est de la prévention de la maladie qu'émerge indubitablement la promotion de la santé. Ilona Kickbusch parlant au nom du Bureau régional de santé de l'Organisation mondiale de la Santé en Europe explique :

Health promotion emerged out of health education. [...] First: health educators became more aware of the need for positive approaches in health education – enhancing health, creating health potential rather than focusing on disease prevention. Second: it became self evident that health education could only develop its full potential if it was supported by structural measures (Kickbusch, 1986, p. 322).

Dans le respect de la théorie kuhnienne des révolutions paradigmatiques, l'aspirant paradigme ne constitue en réalité qu'une réponse à des défis qui se posent et auxquels l'ancien paradigme ne peut offrir de réponse satisfaisante, dans les limites de son exercice.

Les objectifs du rapport Lalonde de 1974 comme ceux visés par la Charte d'Ottawa en novembre 1986, premiers manifestes de la promotion de la santé, tiennent toujours compte des principes de la prévention et de l'importance de supporter les services de santé. Cependant, avec l'émergence de la promotion de la santé, les tâches des secteurs traditionnellement médicaux se voient aussi élargies; les professionnels de la santé doivent désormais assimiler leur « nouveau mandat comprenant le plaidoyer pour une politique sanitaire multisectorielle, ainsi que le soutien des individus et des groupes dans l'expression de leurs besoins de santé et dans l'adoption de modes de vie sains » (OMS, 1986, p. 2).

Il est par conséquent incontestable que, idéologiquement, la promotion constitue un dépassement de la théorie de la prévention, un changement de paradigme parce que l'univers de rationalisation conceptuelle de la santé dans le cadre de la prévention ne permettait pas, dans son application pratique, une prise en charge de la santé publique située hors du champ d'actions et du référent principal que constitue la maladie. En prévention, l'approche nosologique de la santé domine tandis que la promotion incite à poser des gestes qui débordent des domaines traditionnellement réservés aux professionnels médicaux.

Malgré la nature singulière de la prévention de la maladie et au-delà de l'opposition conceptuelle qu'elle suggère par rapport à la promotion, il faut insister sur le fait que la promotion est l'héritière légitime de la prévention. En effet, avec la prise en charge de la santé publique par l'instauration de mesure préventive, premier appareil de santé publique en santé au 19<sup>e</sup> siècle, c'est aussi le début d'une pratique sanitaire qui se substitue pour la première fois au champ du curatif, même si elle s'articule toujours autour de l'approche épidémiologique.

Plusieurs auteurs ont tenté d'établir une typologie de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie selon un modèle conceptuel. Tandis que certains ont construit un outil de comparaison sur la base des référents épistémiques « santé » ou « maladie » (Stachtchenko et Jenick, 1990), alors que d'autres proposaient une distinction conceptuelle sur la toile de fond des acteurs et de leurs rôles et perceptions à l'intérieur de chacune des modalités d'intervention en santé publique (Bantuelle, Morel, et Dario, 2000), et pendant que

d'autres modèles fondaient leur analyse sur l'interaction entre les variables psychologique, comportementale, biologique, sociale et physique pour poser la promotion en opposition à la prévention et ce, dans une perspective environnementale (Parker, Baldwin et al., 2004; O'Neill, 1995; OMS, 1986) ou en faisant principalement référence aux différentes stratégies d'application de la prévention ou de la promotion (O'Neill, Gosselin, Boyer, 1997), c'est sans doute le Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS, 1987) qui a proposé le modèle le plus exhaustif et de comparaison entre la promotion et de la prévention. En effet, le modèle du ministère québécois est ouvertement inspiré de celui d'Ilona Kickbusch ayant servi à définir la stratégie de l'OMS et donc en arrière plan de la Charte d'Ottawa et de ses cinq mécanismes. Cependant, en plus d'avoir la particularité d'être construit dans une dynamique de mise en opposition théorique avec la prévention primaire (souvent confondue à tort avec la promotion de la santé), ce cadre d'interprétation fondé essentiellement sur l'approche des villes-santé développé en Europe (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1987) prend aussi en compte l'application pratique de la promotion de la santé.

Ce modèle se prête donc très bien aux exigences d'un travail qui défend un changement de paradigme en santé publique et qui tient à l'illustrer par l'exemple que constitue le mouvement Villes et Villages en santé (VVS). Plus exactement, les concepts seront comparés face à un éventail de catégories analytiques : à la finalité, au but, au modèle conceptuel, aux objectifs, aux mécanismes, à l'objet de son action, à la clientèle et aux *intervenants*. Seulement, en raison de l'importance centrale qu'a eue la Charte d'Ottawa dans la définition des actions en promotion de la santé, les mécanismes propres à la promotion seront explicités par rapport aux cinq mécanismes de la Charte d'Ottawa qui ont littéralement pavé la voie à l'action comme modèle en promotion. Il faut bien saisir l'importance de la Charte d'Ottawa; si le document du MSSS de 1987 permet dans ce premier chapitre d'opposer la prévention et la promotion d'un point de vue exhaustif, ce sont les cinq mécanismes proposés par la Charte qui agissent comme vecteurs et qui dictent l'application de promotion de la santé jusqu'au niveau international. Parallèlement, les mécanismes de prévention seront quant à eux exposés par rapport aux trois types de prévention, soit la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

## **1.1 Le modèle du MSSS**

### **1.1.1 La finalité**

La promotion de la santé se distingue conceptuellement de la prévention de la maladie avant tout par rapport au déplacement épistémologique du référent **santé** qu'elle induit. En effet, sur la base d'une comparaison en fonction du modèle présenté par le MSSS, Service de Promotion de la santé en 1987, il apparaît premièrement que les deux modèles, respectivement représentatifs d'une typologie de la prévention de la maladie et de la promotion de la santé se rejoignent quant à la finalité, soit celle d'une amélioration de la santé. Cependant, nous faisons immédiatement la remarque, et à juste titre, que la promotion, dès l'adhésion de 38 pays en 1986 à la Charte d'Ottawa, reposait d'abord sur une nouvelle définition de la santé. Il n'est plus question ici de concevoir la santé comme stricte absence de maladie mais comme un « état complet de bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 1948). Dès le début, la promotion accepte la définition de la santé « comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autres part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci » (OMS, 1986). Par le fait même, la première différence notable entre les deux approches de santé publique repose sur la valeur donnée au concept de santé, la promotion nécessite un affranchissement de la santé de son signifiant traditionnel, soit la maladie.

### **1.1.2 Le but**

Parallèlement, si la différence première entre la prévention et la promotion repose sur une ouverture épistémologique du concept de santé, il est évident que les buts des deux stratégies seront aussi différents. L'augmentation de l'espérance de vie est le but de la prévention comme de la promotion, mais la nouvelle définition de la santé instituée par l'OMS en 1986 la pose comme une ressource de la vie. Elle introduit une dimension qualitative et la fait déborder de l'univers du pathologique (Lemieux et al. 2003). Le but d'augmenter l'espérance de la vie et celui de la santé comme but de la vie se

métamorphosent, avec la promotion de la santé, en la volonté d'augmenter l'espérance de vie en bonne santé de toute la population. Plus précisément encore, c'est dans l'optique de « réduction des problèmes de santé dans un sens d'état minimal de santé » (Martin, 1987) que s'inscrit la prévention comme service de santé publique. Dans la lignée patrimoniale du modèle scientifique duquel elle découle, l'approche préventive valide ses actions sur la base des indicateurs que sont principalement l'incidence de la maladie, la mortalité et la morbidité (Shah, 2003). Ici, la notion de qualité de la vie ou d'espérance de vie en bonne santé se trouve complètement évacuée, « they do not take into consideration illness that does not result in death or the often-profound disability and distress that may accompany such illness » (Shah, 2003, p. 71). À l'opposé, la promotion qui repose sur une conception élargie de la santé cherche plutôt à favoriser les conditions qui encouragent la santé. Elle suppose aussi une évolution dans les méthodes de collectes de données. Au cœur de la nouvelle conception de la santé se trouve le désir d'augmenter le nombre d'années de vie en bonne santé de la population. En outillant l'individu et par le fait même la population dans un contexte où les caractéristiques du milieu sont prises en considération comme vecteurs de la santé, les principes de la Charte d'Ottawa ont mené à une actualisation de la santé et de la façon dont on la mesure. « [...] The very concept of health has changed and a number of other non-medical determinants have been recognized. Hence, there has been a rethinking of the data required for Canada ». (Shah, 2003, p. 71).

Il est à noter que la conception positive de la santé, perçue comme une ressource et non plus comme un but de la vie, conduit aussi à mettre l'accent sur la diminution des inégalités sociales de santé. En effet, en posant la question de la santé sociale dans des termes qui s'éloignent de la morbidité ou de la maladie, en posant les enjeux dans des domaines qui dépassent celui du secteur médical, la nouvelle « strategy [...] is vitally concerned with inequalities in health and with means of improving the health of the least healthy in our society » (Hancock, 1993, p. 16).

### 1.1.3 Le modèle conceptuel

La prévention de la maladie extirpe sa légitimité avant tout de l'analyse épidémiologique, analyse qui cherche à établir le rapport de cause à effet entre la maladie et un agent pathogènes (facteurs de risque, comportement ou attitude individuelle, etc.).

L'épidémiologie (du grec epi-demos : qui se répand sur une population) est une discipline qui analyse et étudie la répartition d'un phénomène dans un groupe humain en fonction d'un certain nombre de critères : âge, sexe, conditions socio-économiques, habitat, habitudes alimentaires, sociales, environnement naturel et humain, etc. [...] En étudiant le devenir de groupes humains homogènes bénéficiant de bilans systématiques périodiques, les épidémiologistes ont pu établir des corrélations statistiquement significatives entre certains facteurs héréditaires, constitutionnels, biologiques, cliniques et l'apparition dans les années ultérieures d'une maladie (Zourbas, 1979).

Dans les limites de l'intervention préventive, les problèmes de santé sont le résultat de facteurs qui nuisent à la santé, de facteurs de risques, d'où la pertinence en prévention de cibler les individus et les groupes les plus à risques de développer tel problème de santé, telle maladie. Plus encore, l'utilisation du modèle épidémiologique favorise le cantonnement des professionnels qui sont les seuls acteurs pouvant légitimement intervenir en santé.

Par le fait même, les actions de prévention seront le plus souvent des gestes ponctuels; il est d'autant plus difficile d'agir dans une optique globale lorsque les éléments qui favorisent la présence de la maladie sont circonscrits. La force du discours épidémiologique qui supporte la détection des facteurs de risque ou des groupes les plus à risque repose souvent sur des enquêtes ou des modèles mathématiques. C'est une fois que les outils de la science, qui sont aussi ceux de la médecine, ont identifié la cause d'un problème, c'est une fois qu'ils ont formellement établi un lien de cause à effet dans un phénomène pathologique, comme par exemple la relation statistique entre le fait de fumer et celui de développer un cancer du poumon, que le système biomédical par l'analyse épidémiologique, peut proposer des actions à l'intérieur de son champ d'activités.

Characterized by scientific medicine with its principles of the specific etiology and nosology of diseases, particular clinical diagnostic and treatment protocols, all in the context of the individual physician-patient relationship, biomedicine has functioned as the dominant discourse on health in Canada, as elsewhere, for most of this century (Lock and Gordon, 1988).

La démarche épidémiologique qui caractérise la prévention de la maladie consiste donc à établir la relation entre la mesure de l'état de santé (selon des indicateurs) et des comportements ou conditions d'existence particulières (Stachtchenko et Jenicek, 1990) et conduit très souvent à limiter l'étendue des recherches aux styles de vie ou comportements à risque.

Cependant, en définissant la promotion comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » (OMS, 1986) et en faisant reposer cette approche sur une conception de la santé comme « la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci » (OMS, 1986), c'est aussi le modèle épidémiologique de lien causal qui s'estompe au profit d'une vision écologique des conditions qui déterminent la santé. Il faut préciser que la percée de la promotion de la santé par rapport à l'hégémonie de la prévention de la maladie comme approche de santé publique s'effectue à un moment où l'État vise de plus en plus à s'extraire de la régulation sociale. La crise de l'État-providence s'exprime dans la promotion de la santé par l'encouragement de la population à se réapproprier sa santé. La définition élargie de la santé doit en ce sens être interprétée comme la possibilité de modulation des paramètres de santé par un individu. Dans un contexte de retrait de l'État, l'acteur privé est responsable de mettre en place les conditions nécessaires à la production de sa santé. Par rapport à un gouvernement omnipotent qui admet l'inégalité des chances, un mode de régulation par la gouvernance s'impose avec l'ère néolibérale et la promotion de la santé. « The understanding of health promotion as a process of personal, organizational, and policy development has helped us move away from simplistic cause-and-effect intervention models » (Kickbusch, 1994). Dans un univers conceptuel où la maladie n'est plus l'unique référent de la santé, c'est toute la composition de l'environnement qui est

désormais scrutée dans l'établissement de la stratégie de santé publique qui concerne les populations.

From the perspective of the structural and conflict theories of health promotion, the current predominant emphasis on the modification of individual behavior precludes a consideration of the impact that the structure and power relations of society may have in determining the distribution of health resources and affecting individual circumstances (Badgley, 1994, p. 21).

En fait, l'utilisation d'un modèle écologique en promotion réussit à présenter la santé comme le produit de l'interdépendance entre les individus, les sous-systèmes et l'écosystème (famille, communauté, culture, environnements physique et social). Pour promouvoir la santé, l'environnement, compris dans une perspective écologique, doit offrir les conditions économiques et sociales qui favorisent le développement de styles de vie sains. Plus encore, cet environnement doit fournir l'information et produire les attitudes, aptitudes et comportements nécessaires à la prise en charge de l'individu par lui-même, donc au processus d'« empowerment ». (Green et al. 1996). Il ne faut pas oublier non plus que les principes de la prévention ne sont pas absents de la promotion; la promotion incarnant une synthèse de l'évolution historique en santé publique, la modification des comportements individuels et la diminution de l'exposition aux facteurs de risque est toujours présente. D'ailleurs, il est à supposer que c'est probablement cette obstination héritée de l'intervention préventive à tenter d'agir sur les comportements individuels qui a nuit à l'application véritable de la promotion à ses débuts, mais cette idée sera développée davantage ultérieurement.

#### **1.1.4 Les objectifs**

Les deux approches de santé publique se distinguent quant à leurs objectifs respectifs. Il est évident qu'une approche préventive qui défend la causalité entre la présence d'un agent perturbateur et l'incidence ou non de maladie n'entretiendra pas les mêmes objectifs que la promotion de la santé. La pratique de la prévention pose les objectifs à court terme, désirant modifier un comportement, un individu ou un groupe isolé. Dans une



perspective toute autre, la logique de la promotion qui nécessite un élargissement du concept de santé, un déplacement épistémologique de la rationalisation sociale pour la mise en application tend à valoriser des objectifs qui se situent à l'échelle des attitudes et des valeurs. Les objectifs en promotion de la santé ne visent pas exclusivement la résolution d'une problématique particulière ou l'élimination d'une composante qui cause la maladie; pour qu'une stratégie de promotion réalise ses objectifs, elle doit participer à faire changer les conditions sociétales qui forgent la santé de la population.

#### **1.1.5 Les mécanismes**

Distinguer la prévention de la maladie de la promotion de la santé en regard aux mécanismes de leur mise en application apparaît dès lors un exercice essentiel pour bien comprendre et assimiler chacun des concepts. Le modèle du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 1987) ne permettant pas une opposition idéale-typique au niveau des mécanismes, ce seront plutôt les trois types de prévention généralement admis et ce, notamment par l'OMS et les 5 mécanismes proposés par la Charte d'Ottawa qui permettront leur opposition. En effet, bien plus qu'un détour obligé pour comparer les deux concepts en respect avec un modèle, les mécanismes de la mise en œuvre des stratégies respectives sont ici réellement considérés comme les vecteurs de la prévention, mais surtout de la promotion. En ce sens, débordant du modèle du Ministère québécois, les 5 mécanismes de la Charte d'Ottawa sont les composantes centrales et récurrentes de la réalisation de la promotion de la santé dans une optique internationale. C'est d'ailleurs pour cette raison que la dernière partie de ce mémoire qui propose de valider la mise en application de la promotion de la santé sera construite en arrière plan des mécanismes institués par la Charte.

Mais tout d'abord, sous quelle modalité s'exprime et s'accomplit la prévention de la maladie ? L'Organisation mondiale de la Santé propose une typologie de la prévention selon laquelle il existerait trois types de prévention, soit la prévention primaire, la prévention secondaire et évidemment, la prévention tertiaire. Les grandes mesures d'hygiène et les campagnes de vaccination qui marquent en quelque sorte la naissance de la prévention de la maladie s'inscrivent dans le premier type, soit la prévention primaire. Ainsi, ces mesures qui

tentent d'agir avant l'apparition de la maladie comme les campagnes contre l'alcoolisme, le tabagisme ou la toxicomanie, qui visent à diminuer l'exposition au risque (notamment par l'entremise de règlements spécifiques) sont toutes étiquetées prévention primaire de la maladie. Une fois le comportement ou le produit désigné comme agent pathogène par le corps médical, les efforts sont dirigés vers une lutte contre la maladie avant même son apparition.

Primary prevention aims at preventing disease before it occurs, thereby reducing the incidence of disease. Examples include immunization programs, dietary recommendations, avoidance of initiating smoking, and the use of seatbelts and other protective devices (Shah, 2003, p. 19).

De son côté, la prévention secondaire consiste principalement à détecter le plus rapidement possible tout symptôme de la maladie. Alors qu'au niveau primaire, on travaillait à éviter la maladie, la prévention secondaire cherche plutôt à la dépister. L'idée selon laquelle les traitements administrés au cours des premiers stades de la maladie produisent de meilleurs résultats participe énormément à motiver les efforts en prévention secondaire. « Secondary prevention involves the early detection of disease and the treatment that may accompany screening » (Shah, 2003, p. 19). Ici aussi, le référent demeure la maladie; les actions renforcent le système biomédical.

Quant à la prévention tertiaire, c'est l'étape qui arrive après la maladie. Elle tente de diminuer les complications ou les risques de rechutes. « Tertiary prevention attempts to reduce death and disease by treatment and rehabilitation of diseased individuals, and is carried out by the existing healthcare system » (Shah, 2003, p. 19). Il s'agit clairement de diminuer les impacts de la maladie sur la qualité de vie.

Dans un autre ordre d'idées, l'expression la plus fidèle de la volonté nouvelle d'articuler la santé publique sur un modèle d'intervention écologique est sans aucun doute la Charte d'Ottawa et les 5 mécanismes de mise en application de la promotion qu'elle amène, soit *élaborer une politique publique saine, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes individuelles et réorienter les services de santé.*

Avec sa parution, la Charte d'Ottawa devenait le document d'orientation de la formulation des politiques de santé publique nationales et le Canada, leader dans son développement.

Canada in the late 1970s symbolized a special mix of vision and pragmatism, of public and private action, a willingness to try to do things in different ways, that was felt to be lacking in many European societies. [...] It seemed to combine the best of North American pioneer and community spirit with a base in European-style commitment to the welfare populations. In the mid-1980s Canada could capitalize on range of factors that helped strengthen health promotion, and that served as a signal for other countries (Kickbush, 1994, p. 11).

Tandis que la prévention de la maladie suppose une stratégie essentiellement orientée vers des facteurs de risques et à laquelle le système de santé et particulièrement le corps de professionnels médicaux sont les principaux acteurs, un des apports les plus significatifs de la promotion de la santé aura certainement été de décantonner la santé du secteur médical pour chercher à maximiser les conditions qui créent la santé. En ce sens, il est vite ressorti que l'élaboration de politiques publiques favorisant la santé dans une conception globale était de première importance.

In Canada, although traditional models of health prevention in public health and the clinical world had addressed the modification of biology (developing antibodies by vaccination), the environment (clean water supply), and the healthcare organization (screening for breast cancer), the concept of health promotion served as a basis for a reformulation of national and provincial policies (Shah, 2003, p. 20).

En fait, la nécessité d'élaborer une politique publique saine s'inscrit dans la nature même de la promotion qui cherche à produire en amont, avant l'apparition de la pathologie, les conditions sociales nécessaires à la santé, indépendamment des secteurs. La promotion doit être rattachée à des initiatives plus larges d'actualisation des politiques publiques pour renchérir et rehausser ses impacts sur le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci (Levin et Ziglio, 1996). Dans son application concrète, ce mécanisme renvoie en dernière instance à la sphère de la législation, aux mesures fiscales et sociales, à la taxation et aux changements organisationnels (OMS, 1986). Ainsi, après avoir identifié les éléments qui nuisent à

l'élaboration de politiques publiques saines, qu'ils soient du secteur sanitaire ou non, il s'agit de favoriser la formulation de nouvelles politiques qui tendent à rétablir l'idéal de solidarité et de diminuer les inégalités sociales en santé.

Dans un deuxième temps, les signataires de la Charte d'Ottawa ont réalisé l'importance de la relation qui joint l'individu et la communauté au milieu dans lequel ils évoluent, en respect de l'approche écologique qu'ils défendent.

Le grand principe directeur menant le monde, les régions, les nations et les communautés est le besoin d'encourager les soins mutuels, de veiller les uns sur les autres, de nos communautés et de notre milieu naturel. Il faut attirer l'attention sur la conservation des ressources naturelles en tant que responsabilité mondiale (OMS, 1986).

Ici, l'individu se trouve inséré dans toute une logique où il devient de plus en plus difficile d'associer la présence d'une maladie à un seul agent pathogène. Ce sont toutes les dimensions de l'environnement, à la fois physique et social, qui deviennent corollaires de l'état de santé d'un individu, d'une population.

Le troisième mécanisme de la Charte d'Ottawa consiste à renforcer l'action communautaire. Il ne s'agit pas uniquement d'inclure la participation communautaire dans le processus de résolution des problèmes, de déléguer en partie les responsabilités et des coûts de l'administration de la santé publique aux organismes communautaires, en fait, la promotion ne se réalise qu'à partir du moment où la communauté est un acteur principal dans l'identification des problèmes, dans la prise de décision et dans l'implication des individus qui la composent au processus d'action en santé. Meredith Minkler et Nina Wallerstein définissent la « community organization » (l'organisation communautaire) as « the process by which community groups are helped to identify common problems or goals, mobilize resources, and in other ways develop and implement strategies for reaching the goals they collectively have set » (Minkler, Wallerstein, 1997).

La capacité de prise en charge de la santé propre au mouvement communautaire qui a caractérisé le Québec était récupérée par l'État, au profit de la promotion de la santé. Bien

que l'action communautaire demeurait énormément encadrée par l'État, il faut admettre qu'elle a participé à la constitution d'un discours et d'une action internationale en promotion de la santé.

Ultimement, c'est la notion d'« empowerment » qui rend compte de la construction d'une identité et d'une action communautaire. « [...] Community empowerment is defined as a social-action process in which individuals and groups act to gain mastery over their lives in the context of changing their social and political environment » (Minkler et Bernstein, 1994). Même si tout se faisait du haut vers le bas, que les problèmes étaient identifiés par une armée de professionnels, tout comme les pistes de solutions, le communautaire ne jouait pas à cette époque qu'un rôle d'outil, de tentative de diminution des coûts dans un contexte de santé publique préventive instituée. La capacité communautaire à se prendre en charge, celle des individus d'exercer du contrôle sur leur santé n'est pas qu'un processus, c'est aussi une condition primordiale d'amélioration de la santé dans une perspective de qualité de vie.

Parallèlement au renforcement de la capacité communautaire se trouve l'acquisition d'aptitudes individuelles.

[...] Elle permet aux gens d'exercer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et de faire des choix favorables à celle-ci. [...] Cette démarche doit être accomplie à l'école, dans les foyers, au travail et dans le cadre communautaire, par les organismes professionnels, commerciaux et bénévoles, et dans les institutions elles-mêmes (OMS, 1986).

Il est à noter que l'acquisition d'aptitudes individuelles s'inscrit dans les relents de la prévention de la maladie. Elle a été le mécanisme qui a motivé la plupart des actions en promotion de la santé à ses débuts. Cette emphase sur les facteurs de risque individuels dans les premières heures de la promotion tient de l'influence énorme de l'approche épidémiologique dans l'histoire de la santé publique.

Enfin, le dernier mécanisme de promotion de la santé consiste à réorienter les services de santé. « Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les

institutions offrant les services, et les gouvernements » (OMS, 1986). Dans le contexte d'une intervention sociale en santé qui repose sur le concept global de santé, il ne faut pas se surprendre de constater que la distribution des soins de santé s'affranchit aussi des secteurs traditionnels. L'importance primordiale accordée aux conditions de vie favorisant la santé est représentative d'un mécanisme de promotion interdisciplinaire et intégré. Ainsi, sous la pression même des associations de professionnels, des gestes ont été posés et des progrès réalisés quant à l'actualisation des anciennes méthodes exclusivement préventives. Avec la vague de la promotion, les gouvernements, principalement provinciaux, ont assuré le développement de services de santé régionaux, où l'hôpital, les soins à domicile et les services de santé publique se sont vu unifiés (Ministère des travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1997). La refonte des services de santé publique a donc une double fonction : en même temps qu'elle admet de nouveaux acteurs sur la scène sanitaire, elle tend à transformer du même coup la pratique des professionnels de la santé vers une action de plus en plus intégrée.

Si traditionnellement ces cinq mécanismes appartenaient à des domaines de recherche et de pratique différents, l'apport de la Charte d'Ottawa aura certainement été à la base de tous les réunir sous l'égide de la nouvelle santé publique. (Rütten et al. 2000).

This is essential, given central purpose of exploring the nature of domain interactions. Gaining an understanding of these relationships will provide for a rationale for strategic decision-making in health promotion. We should be able, as a minimum, to develop some insightful and informed hypotheses regarding the level, quality and relative contribution of action in domains in combination. We should be able to identify the social pathways which connect components and begin to build some strategic hypotheses regarding the most efficacious ordering and timing of health promotion action (Levin and Ziglio, 1996, p. 33).

#### **1.1.6 L'objet de son action**

Comme cela a déjà été soulevé à quelques reprises, la prévention de la maladie est fondamentalement axée vers les facteurs de risques. Dans la mesure où les problèmes de santé sont priorisés par les préoccupations et les perceptions du public, mais aussi en fonction

de la fréquence, de la gravité, du potentiel et de la faisabilité d'intervention (Martin, 1987), l'objet d'action de la prévention, contrairement à la promotion qui tente d'assurer la présence des conditions qui favorisent la santé, est plutôt d'éliminer les facteurs qui y nuisent. « Les problèmes de santé (accidents, maladies cardiovasculaires, cancer...) sont au cœur de l'intervention; ils sont le produit de « déterminants qui comportent des risques à la santé », plus connus sous l'appellation de facteurs de risques » (Martin, 1987). Dans le modèle proposé par le MSSS en 1987, on y énumère notamment comme risques directs tabac, alcool, drogue, sucre, sel, gras, vitesse, inactivité, insécurité, stress, sédentarité, solitude et pollution de l'air, de l'eau et du sol (MSSS, 1987).

Quant à la promotion, c'est sur les déterminants de la santé qu'elle fonde son action. Le rapport qu'a déposé Marc Lalonde en 1974 pose pour la première fois les bases d'un nouveau paradigme de santé publique. La santé est abordée dans une perspective qui rompt avec le passé; elle devient maintenant une ressource. Ce passé, ce sont les assises encore bien présentes d'un système de distributions des soins, appuyé sur les « progrès réalisés dans le domaine des sciences médicales » (Lalonde, 1974, p. 5). En fait, avec le rapport Lalonde, le gouvernement canadien reconnaît des « forces adverses » à la santé (pollution de l'environnement, la vie en milieu urbain, le manque d'exercice, l'abus de l'alcool, du tabac et des drogues et enfin, les habitudes alimentaires) et propose le constat que « le système actuel des soins ne sert guère à autre chose qu'à accueillir et à soigner les victimes de ces abus » (Lalonde, 1974, p. 6). La nouvelle conception de la santé est ancrée dans une vision holiste, globale de la santé où quatre facteurs qui déterminent la santé d'une population sont identifiés : la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et le financement du système de soins.

Cette vue d'ensemble revêt une grande importance puisqu'elle recoupe tous les aspects de la santé et oblige, individuellement et collectivement, tous ceux qui contribuent à son maintien (le malade, le médecin, le scientifique et l'État) à s'interroger sur leurs rôles respectifs et sur l'influence qu'ils exercent sur la qualité de la santé (Lalonde, 1974, p. 35).

Cette conception de la santé par les déterminants sera d'ailleurs retravaillée en 1994 alors qu'Evans, Barer et Marmor (éd.) publieront « Why are some people healthy and others

not ? ». Ils identifieront dix déterminants de la santé, mettant notamment l'accent sur l'importance des environnements social et physique, de même que sur la formulation de politiques publiques favorables à la santé (Evans et al. (Éd), 1994). Ensuite, c'est Santé Canada, en 1996, qui a scellé la conception de la santé par les déterminants en ajoutant deux autres déterminants à la liste faite par Evans et al. Les douze déterminants cernés dans « Pour une compréhension commune : Une clarification des concepts clés de la santé de la population » constituent, encore aujourd'hui, les objets de l'action en promotion de la santé. Voici donc les douze déterminants de la santé admis :

- le niveau de revenu et le statut social;
  - les réseaux de soutien social;
  - l'éducation et l'alphabétisme;
  - l'emploi et les conditions de travail;
  - les environnements sociaux;
  - les environnements physiques;
  - les habitudes de santé et les conditions d'adaptation personnelles;
  - le développement de la petite enfance;
  - le patrimoine biologique et génétique;
  - les services de santé;
  - le sexe;
  - et la culture
- (Santé Canada, 2005).

### **1.1.7 La clientèle**

En proposant de détecter prioritairement les facteurs de risques à la maladie, il apparaît que les clientèles principales de l'approche par la prévention soient les individus et les groupes les plus à risque. « L'objectif de l'action est donc de s'attaquer aux facteurs de risque (comportements, environnement) des maladies et, en conséquence, de se concentrer sur les personnes les plus exposées à ces risques » (Martin, 1987).

De son côté, dans le but d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé, la promotion vise à agir auprès de toute la population. Dans la mesure où il n'est pas question ici d'agir sur un problème spécifique mais plutôt de favoriser les conditions de vie au sens large pour intervenir en amont des problèmes de santé, nul besoin de



viser des groupes particuliers. La clientèle est la population et dans le meilleur des mondes, une population qui participe activement à la prise en charge de sa santé.

### **1.1.8 Les intervenants concernés**

Au niveau de la prévention de la maladie, il est incontestable que ce sont essentiellement les professionnels de la santé, et plus encore les tenants du modèle biomédical qui agissent comme principaux acteurs pour combattre la maladie. Parallèlement, au cœur des interventions en prévention se trouve inlassablement le système de santé. « [...] The discourse on health was very much tied up with the issues of accessibility to health care » (Robertson, 1998). En prévention, c'est la dictature de l'expert sous l'emprise de l'analyse épidémiologique.

Comme il en a été question, avec le dépôt du rapport Lalonde, le champ de la pratique sanitaire est ouvert avec la promotion. Tandis que dans l'approche préventive de la maladie, « les hôpitaux, les médecins, les chirurgiens et la profession infirmière consacrent le gros de leurs efforts au traitement des maladies causées par des éléments nocifs du milieu et des excès sur le plan individuel » (Lalonde, 1974, p. 6), le déplacement vers la promotion de la santé que constitue l'identification des facteurs qui conditionnent la santé dans le rapport Lalonde, affranchit la santé du joug médical. Pour la première fois, les questions de participation communautaire et d'interdisciplinarité face à la régulation de la santé publique sont discutées. Il serait même vrai d'affirmer que la démocratisation de la pratique sociale de la santé, le fait qu'elle n'est plus l'objet d'un groupe de professionnels constitue l'une des prémisses de la nouvelle santé publique. « Le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être reposent sur un partage équilibré des responsabilités entre les familles, les milieux de vie, les pouvoirs publics et l'ensemble des secteurs d'activité de la vie collective » (Ministère de la Santé et du Bien-être social, 1992). La promotion est motivée par un idéal de consensus entre les différents acteurs dans le processus d'identification des problèmes, de prise de décision et de mise en place de solutions; elle repose sur une réappropriation privée de la santé.

Ainsi, suite à l'étude comparative des stratégies de prévention de la maladie et de promotion de la santé selon le modèle conceptuel proposé par le Ministère de la Santé et des Services sociaux, il convient tout d'abord de répondre partiellement au questionnement qui a motivé ce travail. Au niveau idéologique, le dépôt du rapport Lalonde et surtout de la Charte d'Ottawa en 1986 ont nécessairement conduit à la naissance d'un nouveau paradigme de la santé publique. Il faut cependant déjà mettre l'emphase sur la perspective d'évolution et non de rupture. Il y a eu transformation de l'intervention sociale en santé, déplacement conceptuel et épistémologique du référent santé qui mène à l'institution d'une nouvelle approche en santé publique, mais cette nouvelle approche ne se développe pas au départ comme un refus catégorique de l'ancien univers d'action en santé. La promotion de la santé représente un alliage nouveau traversé par l'idée de compromis entre une approche vieillotte et limitée mais qui a fait ses preuves et la volonté d'une nouvelle santé publique marquée par la participation des concernés; il s'agit d'un retrait progressif des professionnels traditionnels et de l'État de l'administration de la santé publique.

Voici résumé et un peu plus élaboré, le modèle développé par le Ministère de la santé et des Services sociaux du Québec en 1987.

TABLEAU 1. Modèle comparatif de la prévention de la maladie et de la promotion de la santé

	<b>Prévention de la maladie</b>	<b>Promotion de la santé</b>
<b>Finalité</b>	↑ santé (santé comme absence de maladie)	↑ santé (Santé comme une ressource de la vie)
<b>But</b>	↑ espérance de vie (longévité) par : ↓ maladies - incidence - conséquence	↑ espérance de vie en bonne santé (qualité de vie) par : ↑ santé positive ↑ autonomie ↑ qualité des milieux (environnements)
<b>Modèle conceptuel</b>	Épidémiologique (lien causal)	Écologique (multifactoriel, interaction, équilibre)
<b>Objectifs</b>	Court terme - comportemental - isolé	Long terme - attitudes et valeurs - sociétal
<b>Mécanismes</b>	Prévention primaire, secondaire et tertiaire	5 mécanismes de la Charte d'Ottawa : - élaborer une politique publique saine;

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- créer des milieux favorables;</li> <li>- renforcer l'action communautaire;</li> <li>- acquérir des aptitudes individuelles et;</li> <li>- réorienter les services de santé</li> </ul>
<b>Objet de son action</b>	Risques directs	<p>Déterminants de la santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le niveau de revenu et le statut social;</li> <li>- les réseaux de soutien social;</li> <li>- l'éducation et l'alphabétisme;</li> <li>- l'emploi et les conditions de travail;</li> <li>- les environnements sociaux;</li> <li>- les environnements physiques;</li> <li>- les habitudes de santé et les conditions d'adaptation personnelles;</li> <li>- le développement de la petite enfance;</li> <li>- le patrimoine biologique et génétique;</li> <li>- les services de santé;</li> <li>- le sexe;</li> <li>- et la culture</li> </ul>
<b>Clientèle</b>	Individus à risque	Population
<b>Intervenants</b>	Socio-sanitaires (professionnels de la santé)	Multisectoriel

MSSS, Service de Promotion de la santé, mars 1987.

## CHAPITRE II

### DÉPLOIEMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE AU QUÉBEC ET AU CANADA ET TRANSFORMATIONS DE LA FORME DE L'ÉTAT

#### **Introduction**

Suite à la comparaison théorique de la prévention de la maladie et de la promotion de la santé, l'étude des transformations de la forme de l'État et du déploiement de la santé publique au Canada devrait permettre de poursuivre le questionnement sur les changements paradigmatiques au niveau des approches de santé publique. En fait, ce deuxième chapitre vise à faire le détour historique sur l'évolution de la santé publique à travers la description et l'analyse des grands pans de la politique publique en matière de santé publique.

Compte-tenu de l'analyse sociologique proposée, ce chapitre sera divisé en quatre sous-sections. Après une première partie qui tentera d'éclaircir l'univers conceptuel des transformations de la forme de l'État, chacune des trois autres auront comme toile de fond respectives l'étude du rapport de l'État libéral, de l'État-providence et de l'État néolibéral à la santé publique. Il s'agit dans ce chapitre de démontrer comment des politiques publiques propres à une ère historique ont permis la réalisation d'une approche particulière, comment le passage d'un mode de régulation providentialiste à un mode de régulation néolibéral a encouragé la mise sur pied d'une stratégie de santé publique qui répond aux critères de la promotion de la santé.

## 2.1 Quelques précisions conceptuelles et explication de la démarche analytique

De façon à vérifier l'hypothèse d'un changement de paradigme en santé publique, il convient tout d'abord de définir la **santé publique**. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a proposé une définition de la santé publique en 1948 selon laquelle elle

est l'art et la science de prévenir les maladies, de prolonger la vie, d'améliorer la santé physique et mentale des individus par les moyens d'actions collectives pour :

- assainir le milieu (hygiène du milieu),
- lutter contre les épidémies (maladies contagieuses),
- enseigner l'hygiène corporelle (état sanitaire de la collectivité),
- organiser les services médicaux et infirmiers (problèmes de santé des populations),
- faciliter l'accès aux soins précoces et aux traitements préventifs,
- et mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec la santé (OMS, 1948).

Par cette définition, la santé publique se compose et s'organise comme discipline de plus en plus autonome au système de soins de santé dans le même mouvement qui élargit ses horizons d'actions. La santé des populations, autant sous ses aspects curatifs, préventifs, éducatifs et sociaux, devient l'affaire de la santé publique. Dans ce contexte, le présent chapitre vise l'analyse socio-historique des approches de santé publique dans ce qu'elle a de plus concret, par l'étude des politiques, des acteurs, du rôle particulier de l'État face aux courants de transformation de la forme de l'État.

Au niveau de l'administration de la santé publique, le ministère canadien de la Santé (Santé Canada) et le MSSS (Ministère de la santé et des Services sociaux du Québec) sont organisés à l'échelle canadienne dans une perspective de complémentarité et non en duplication (Duchesne, 2004). Plus encore, les rôles de chacun des ministères, orchestrés autour des trois dimensions principales de la santé publique (la protection, la surveillance et la prévention/promotion)<sup>2</sup> et scellés par leur politique publique et mandats respectifs, seront

---

<sup>2</sup> Dans cette perspective, Monique Duchesne dans un document faisant le point sur la santé publique au Québec en 2004 au nom de Santé Canada, fournit des définitions aux trois dimensions constitutives de la santé publique. « En ce sens, les deux ministères considèrent que la protection de la santé consiste

l'objet d'un travail d'analyse qui cherchera à déconstruire la structure de la gouvernance dans le domaine de la santé publique. L'analyse sociologique ici proposée est celle de la constitution d'une approche de santé publique qui a prit une forme singulière et déterminée depuis l'avènement de la société néolibérale : la promotion de la santé

Il apparaît déjà primordial de définir le concept de **politique publique**. Vincent Lemieux en fournit une définition exhaustive : « les politiques publiques consisteraient donc en un ensemble d'activités (ou de non-activités) par des acteurs politiques, visant à apporter des solutions à des problèmes » (Lemieux, 2002, p. 7). Ainsi, dans une collectivité donnée, les politiques publiques confirment la volonté de régulation de problèmes d'ordre public.

Au point de départ d'un exercice analytique qui désire établir une relation entre les différents paradigmes de santé publique et les transformations de la forme de l'État par l'étude des politiques publiques, se trouve nécessairement le concept d'État au sens large mais aussi celui plus précis de la forme moderne de l'État. En ce sens, dans les traces de Bourque et Duchastel qui se sont penchés sur le discours politique néolibéral et les transformations de l'État en ayant en tête une conception de l'État héritée de Buci-Gluckman, Weber, Poulantzas, Lefebvre et Habermas, nous acceptons la définition selon laquelle :

l'État, au sens intégral, constitue le lieu d'organisation – à partir du droit – et d'articulation – à partir de la séparation entre le privé et le public – de l'ensemble des institutions qui structurent les rapports de pouvoir et de domination (Bourque et Duchastel, 1992, p. 81-82).

Partant de là, Bourque et Duchastel renchérisent en identifiant comme une **forme moderne de l'État** « la modalité historique de la régulation étatique des pratiques et des

---

en la gestion des urgences et des menaces pour la santé de la population. En ce qui concerne la surveillance, les fonctions du MSSS sont perçues plus largement que celles de Santé Canada. Ainsi, alors que pour Santé Canada la surveillance réfère à la vigie et au contrôle des maladies infectieuses, des maladies chroniques et des blessures, pour le MSSS la surveillance englobe de plus l'état de santé de la population dans tous ses aspects. Finalement, le volet prévention et promotion de la santé est défini de façon semblable par les deux ministères ; il réfère à des mesures (programmes, services, politiques, etc.) découlant de l'approche promotion de la santé et de la santé de la population basée sur les déterminants de la santé, l'action intersectorielle, l'utilisation de données probantes, le développement de politiques saines » (Duchesne, 2004, p.5).

institutions sociales » (Bourque et Duchastel, 1992, p. 82). Une typologie des différentes formes qu'a revêtu l'État moderne établirait une différenciation selon trois périodes historiques singulières, soit l'État libéral (1800-1930), l'État-providence (1930-1975) et enfin, l'État néolibéral (1975 à aujourd'hui).

Trois domaines, trois sphères particulières sont à l'origine du type de régulation politique qui caractérise une forme particulière de l'État moderne. Ainsi, qu'il soit libéral, social ou providentiel, ou encore néolibéral, c'est au travers des rapports aux institutions politique, économique et culturelle qu'une forme particulière de l'État s'émancipe. Plus précisément, la **régulation** « renvoie à la production des règles qui président à l'institutionnalisation des rapports sociaux » (Bourque, Duchastel et Pineault, 1999, p. 44). Le lieu de la régulation politique étant celui de la formation des règles de fonctionnement et d'accommodement de la sphère publique (gouvernement, armée, système judiciaire) et de la sphère privée (marché, famille, entreprise) c'est en dernière instance l'État qui moule la société, qui participe à donner poids, rôles et règles à chacune de ces sphères institutionnelles.

Pour réaliser l'analyse, chacune des formes de l'État seront respectivement analysées face à trois dimensions : la citoyenneté, la gouvernance et le rapport entre le public et le privé. Dans cette perspective :

La citoyenneté moderne consiste en la formation d'un sujet politique, apte à discuter des conditions de production de la société, dans des institutions ouvertes à la discussion publique des rapports de pouvoir et à la production de compromis dans les instances de la démocratie représentative (Bourque, Duchastel et Pineault, 1999, p. 43).

Parallèlement, le terme de **gouvernance** sera utilisé « pour rendre compte des dispositifs servant à définir ces règles, normes et procédés nécessaires au fonctionnement des divers systèmes organisationnels » (Duchastel, 2004, p. 21). Ainsi, s'il y a eu changement de paradigme de santé publique avec le passage de l'État-providence à l'État néolibéral, ce changement s'exprimera dans un déplacement à la fois de la citoyenneté et de la gouvernance, mais aussi finalement par l'institution d'un nouveau rapport entre le public et le privé.

## 2.2 L'État libéral (1800-1870 / 1870-1930)

L'accomplissement de la société moderne, par la mise en place d'une régulation politique de type libéral, s'est effectué dans le même mouvement qui a uni citoyenneté et nationalité dans les limites de l'État-nation. Par l'obtention du droit à la propriété privée et du droit de vote, une nouvelle citoyenneté s'est constituée, dite universaliste car l'égalité des chances devient son principe fondateur. Dans ces conditions, l'exercice du pouvoir se trouve directement tributaire du citoyen et se limite aux frontières territoriales. L'espace national constitue ce lieu privilégié où l'organisation de la société est discutée ouvertement, où le citoyen participe activement au dialogue entamé autour de la définition des règles qui régissent la vie en société. Cette citoyenneté universaliste est le fruit de la mise en œuvre de la société libérale. Elle s'impose à la société et au citoyen au delà des particularités, des appartenances ou des opinions politiques.

### 2.2.1 Juridictions et Acte de l'Amérique du Nord britannique

Les politiques publiques en matière de santé publique à partir de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique (AANB) s'articulent dans une société où la participation du citoyen aux affaires publiques est reconnue comme principe d'égalité. La reconnaissance d'une égalité formelle entre tous les citoyens, le fait que tous ont accès au droit à la propriété et au droit de vote dans une société démocratique suffit à faire reconnaître la citoyenneté. L'État, malgré sa volonté de restreindre ses interventions, se pose finalement comme régulateur des rapports sociaux sur le territoire entre les citoyens qui sont amenés à discuter de la modalité d'organisation de la société. (Bourque et Duchastel, 2003, p.118). L'espace public de discussion repose sur une conception formelle de l'égalité qui n'équivaut pas, cependant, à l'égalité réelle.

L'étude de la régulation étatique de la santé publique dans le contexte fédéral canadien a donc comme point de départ l'Acte de l'Amérique du Nord britannique de 1867; l'AANB confirme la tendance des États libéraux à situer la citoyenneté dans les limites de l'État-nation selon les principes du droit à la propriété et du droit de vote. En effet c'est par



l'Acte de l'Amérique du Nord britannique qu'ont été attribués les pouvoirs respectifs aux provinces et à l'autorité centrale au Canada. La santé et le bien-être devenaient dès lors l'affaire des provinces, même si le gouvernement canadien se réservait le pouvoir de dépenser et s'accaparait du monopole fiscal (Ministère de la Justice, 2001).

Sur le plan constitutionnel ou légal, le pouvoir de dépenser du gouvernement fédéral et son pouvoir dans le domaine du droit criminel sont les deux principaux piliers de son activité dans le domaine de la santé. Le pouvoir de dépenser lui permet d'intervenir dans des secteurs stratégiques où il ne peut réglementer directement (Canada (Maslove), 1995, p. 20).

Les premières politiques publiques en matière de santé au Canada après 1867 seront ensuite hautement influencées par le rôle prépondérant des provinces qui détiennent le monopole de la distribution des soins de santé, mais aussi par celui du centre dont finalement, la constitution canadienne autorise indirectement le financement d'initiatives sanitaires répondant à des problèmes qui se posent à l'entière de la population.

Les premières interventions des autorités gouvernementales ont d'abord comme but de contrer les importantes épidémies de maladies infectieuses, puis de protéger la santé des populations dans un contexte où l'industrialisation et l'urbanisation s'imposent comme mode d'organisation sociale (Bergeron et Gagnon, 2003, p. 11).

Les premières politiques publiques en matière de santé publique se manifestent au Québec par l'adoption en 1886 de *L'Acte pour établir une commission provinciale d'hygiène, et pour d'autres fins relativement à la santé publique* qui finalement, mènera l'année suivante à la création de la *Commission provinciale d'hygiène*, elle-même mutée en 1888 en *Conseil d'hygiène*. Ces politiques publiques en matière de santé publique ne doivent en aucun cas être dissociées du contexte d'émancipation de la société libérale et parallèlement de la consolidation de la vie urbaine; un minimum de salubrité devient nécessaire à la fois pour la santé de la population que pour celle de l'industrie naissante. Cette forme de prise en charge pose, en premier lieu, la famille comme dispensateur des soins relatifs à la santé, mais aussi l'institution catholique, encore à cette époque maîtresse de l'administration des hôpitaux au sein de la communauté. Il est aussi permis d'affirmer que les associations de bénévoles et les

organismes de charité ont hérité d'une part des responsabilités, étant souvent des organes d'une communauté religieuse dont l'assistance s'adresse primordialement aux nécessiteux et aux pauvres (Bergeron et Gagnon, 2003, p. 12). Le caractère privé de la prise en charge sociosanitaire, propre à la forme libérale de l'État, s'est manifesté dès les premières années qui ont suivi le partage des responsabilités en santé. Devant la reconnaissance d'une égalité formelle des chances, la gestion du risque demeure une affaire privée. Au delà de la responsabilité centrale de l'individu dans la prise en charge de sa santé, ce sont essentiellement les organismes communautaires et religieux qui se voient attribuer des rôles en matière de santé publique. À ces débuts, la santé publique est une affaire privée. Appuyé par les droits que concède l'État à l'individu et par une conception formelle de l'égalité sociale, le secteur privé est tributaire de sa prise en charge dans l'État de type libéral. « Il promeut les grands thèmes de la modernité (propriété, progrès, liberté, égalité et justice), en même temps qu'il propose une disciplinarisation des agents, de nature paternaliste et étiquetante, fondée sur l'idée de la responsabilité individuelle et naturelle » (Bourque et Duchastel, 1992, p. 83).

Il ne faut pas oublier qu'avec les droits que s'était réservé le gouvernement canadien avec la Constitution de 1867, il y avait aussi possibilité pour les deux niveaux de gouvernement d'intervenir en santé. Dans ce contexte, les principaux défis auxquels était confrontée la santé publique à cette époque résidaient dans la formulation d'une stratégie de santé. La définition de buts et d'objectifs communs aux paliers fédéral et provinciaux de santé publique représentait un enjeu de taille. Une question demeurait en suspens : quoi faire avec ces transferts provenant de l'instance fédérale dans un champ de compétences exclusivement provincial ? Cette question est restée au centre des débats entourant le déploiement de la promotion de la santé jusqu'à la consolidation de l'État-providence, puis de l'État néolibéral. L'arrivée du 20<sup>e</sup> siècle correspond au Canada au moment de la prise en charge de la santé sous tous ses aspects par le corps médical. La médecine se développe comme pratique médicale; les hôpitaux se spécialisent et participent à la l'institutionnalisation des soins de santé. Bref, la santé tombe sous le joug médical et scientifique dans la même mouvance où son référent est maintenant incontestablement la maladie (Keel et Keating, 1995).

L'aspect libéral de la prise en charge sanitaire se dissipe à partir des années 1920. En 1921 est adoptée la *Loi établissant le service d'assistance publique* puis l'année suivante, est créé le *Service d'hygiène publique*, découlant directement de la *Loi créant le service provincial d'hygiène et amendant en conséquence les Statuts refondus*. Ainsi, à proximité de la crise économique qui frappera en 1929 et de la Deuxième guerre mondiale, événements moteurs de la fortification d'une autorité centrale en matière de santé publique, le contexte d'administration spécifique à la santé met déjà en place les bases d'un nouveau mode de régulation entre les institutions, moins dépendant de la sphère privée, moins libéral (Lemieux et al., 2003). L'ingérence de la sphère publique dans la santé publique est de plus en plus manifeste, de plus en plus nécessaire.

### **2.3 La consolidation de l'État-providence (1930-1975)**

Inspiré notamment « par la décriminalisation des pratiques associatives, le suffrage universel masculin puis féminin, les pensions de vieillesse et diverses lois provinciales sur la réglementation des heures de travail, les accidents de travail et le droit de former des associations patronales et intersyndicales » (Bourque et Duchastel, 2003, p. 216) puis plus tard par le mouvement ouvrier et le mouvement des femmes, un déplacement s'est graduellement opéré quant à la reconnaissance de l'égalité formelle en société, principe libéral de première importance. De nouveaux idéaux ont transcendé cette perspective universaliste de la citoyenneté. Le mouvement de création de l'État-providence repose en effet sur la mise à jour d'inégalités effectives propres à des catégories sociales, des groupes sociaux. Au Canada,

le passage à l'État-providence impliqua une centralisation des pouvoirs sous l'égide du gouvernement fédéral qui devint de plus en plus actif dans la régulation de l'économie nationale et dans la promotion de politiques sociales et culturelles pancanadiennes (Rapport Marsh, Commission Massey) dans (Bourque et Duchastel, 2003, p. 127).

Avec la multiplication des revendications catégorielles, découlant de l'obligation que s'était imposé l'État-providence à reconnaître la diversité, une nouvelle conception de la citoyenneté s'impose. L'évidence que l'égalité formelle n'équivaut pas à l'égalité des

chances, qu'il existe des rapports de domination propre à la modernité, la citoyenneté subit une mutation, elle devient sociale (Bourque, Duchastel et Pineault, 1999).

L'État accepte de reconnaître que l'égalité formelle en société, principe libéral de première importance, n'est pas fidèle à la réalité dans la mesure où certains groupes et catégories sociales se trouvent structurellement désavantagés. Par exemple, des problématiques nosologiques propres à des catégories sociales singulières, comme les pauvres, les chômeurs et les personnes vieillissantes (Lemieux et al., 2003) sont de plus en plus reconnues. Un déplacement s'opère au niveau de la participation de l'État à la santé publique qui n'est plus seulement l'objet du privé; le secteur public s'implique directement pour limiter les inégalités sociales.

Le passage à un mode de régulation providentiel s'est donc fait initialement sentir du point de vue de l'accès aux services de santé, tant curatifs que préventifs. Le nombre d'établissements de soins de santé se multiplie avec l'institutionnalisation étatique des services sanitaires. Le nombre des unités sanitaires, instrument développé à la fin des années 1920 explose avec la Loi des unités sanitaires, promulguées en 1933.

À titre indicatif, en 1930, on dénombre 22 unités sanitaires, en 1941 près d'une cinquantaine et 73 en 1970. Les médecins hygiénistes, les infirmières et les inspecteurs y interviennent. Leurs activités comprennent l'éducation sanitaire pour les femmes enceintes ou ayant nouvellement accouché et pour les clientèles scolaires, le contrôle des maladies contagieuses, la salubrité (eau potable, évacuation des eaux usées et qualité des aliments), ainsi que la collecte des données démographiques (Bergeron et Gagnon, 2003, p. 14).

Depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale et le Rapport Beveridge de 1942, le palier provincial mais aussi le palier fédéral sont de plus en plus actifs au niveau de l'encadrement public de la santé. La famille, les Églises et autres institutions privées pourvoyeuses de charité sont reléguées aux oubliettes par rapport à un État qui s'inscrit dorénavant dans la régulation d'une façon positive. Tandis que l'État libéral se caractérisait par la volonté de non-régulation, plaçant la sphère privée au centre de la prise en charge de la

santé publique, la consolidation de l'État-providence déplace le centre de la régulation vers le secteur public.

La période de consolidation de l'État-providence a donc été déterminante et surtout bouleversante au niveau de l'administration de la santé publique au Canada. Énormément d'efforts et d'argent ont été injectés dans le système de santé dans son ensemble. Ainsi, mis à part des subventions rendues disponibles en 1948 pour la construction d'hôpitaux<sup>3</sup> et l'établissement d'un premier plan d'assurance hospitalière en 1958, la période providentielle au Canada est surtout marquée par le développement du premier appareil national d'assurance des soins de santé (*national medicare program*) en 1968. (Pinder, Lavada, 1994, p. 95). La santé publique, pour la première fois, se voyait imbriquée dans une structure de financement public, mais les efforts, officiellement et presque exclusivement, étaient dirigés vers la formation d'un système de santé où le corps biomédical agissait de façon hégémonique dans la distribution des soins de santé et dans la mise en place d'une politique de santé publique. La prise en charge de la maladie sociale, découlant de la reconnaissance d'inégalités propres à des groupes sociaux consolidait à la fois l'appareil public de soutien, mais aussi la mainmise d'un corps de professionnels sur la santé et la santé publique.

The outcome of this was felt in two ways. First, there was soon little money for anything else associated with health but care and treatment. Community services, prevention of disease and disability, and promotion of health were poorly financed. Second, « medicare » reflected the uncritical belief that scientific medicine could solve most of society's health problems, and the public came to believe that health was a product of institutional care and medical intervention (Pinder, Lavada, 1994, p. 95).

Si le visage du système de santé et son accessibilité tendent à changer durant la période d'émancipation de l'État-providence, la santé publique de son côté ne semble pas s'orienter particulièrement vers l'adoption d'une stratégie de promotion de la santé dans les années à venir, stratégie synonyme d'un retour massif de la sphère privée dans la distribution de la santé publique. La place prépondérante qu'occuperont à nouveau la prise en charge

---

<sup>3</sup> Jusqu'en 1958, les montants de contribution pour la construction d'hôpitaux du gouvernement fédéral étaient de 1 000 \$ par lit de soins actifs et à 1 500 \$ par lit de soins prolongés (Canada (Maslove), 1995).

individuelle et les organismes communautaires en santé publique en seront les premiers signes.

Dans l'État-providence, les cibles des projets et programmes étaient excessivement précises; c'est sur la base de l'identification de facteurs de risque souvent très circonscrits et d'enjeux de santé publique reliés à des problématiques particulières que l'expert orchestrait l'intervention. Cette approche préventive de santé publique où l'éducation du public dominait l'intervention posait l'expert, l'éducateur public au centre de la stratégie d'intervention après 1961<sup>4</sup>.

Dans le contexte québécois, la période de 1960 à la fin des années 1970 environ est perçue comme celle des grandes réformes qui voulaient centraliser la pratique sanitaire en mettant l'État au centre de la régulation de son exercice. À partir de la mise sur pied du comité Boucher (comité d'étude sur l'Assistance publique) en 1961 et du dépôt du rapport Boucher en 1963, un réel déplacement s'opère au niveau de la conception du support social en santé publique (Guérard, 1996, p. 80). Si la période libérale n'exigeait de l'État qu'un rôle supplétif aux organisations à vocation privée, souvent religieuses, l'État se retrouve désormais pourvoyeur universel d'assistance publique. Plus encore, la centralisation des services de santé vient aussi assurer la participation de l'État fédéral à l'objet de juridiction provinciale : le Québec adhère au programme canadien d'assurance hospitalisation tout comme il adopte la *Loi des hôpitaux*, initiative fédérale découlant du programme d'assurance hospitalisation proposé en 1957 (Guérard, 2003). De ce fait, les gouvernements reconnaissent qu'il faut répondre publiquement à la maladie sociale.

C'est d'ailleurs dans ce courant de pensée très centralisateur qui met l'accent sur la présence d'inégalités sociales qu'est formée la Commission Castonguay-Nepveu (Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social) avec le mandat suivant : « elle doit

---

<sup>4</sup> Le premier « éducateur en santé » (Health educator), Michael Palko, a en effet été engagé en 1961 via le « Department of Health and Welfare ». Dans une approche axée sur les principes de la prévention de la maladie, l'éducation sanitaire dans les années de fort déploiement de l'État-providence consistait principalement à faire les choses pour et au nom de la population, la participation de la population n'étant pas reconnue à ce moment comme une des conditions qui déterminent la santé.

mettre à l'étude une intégration des services sociaux et sanitaires, et notamment, aborder la question de l'assurance-maladie » (Guérard, 1996, p. 82). Ainsi, suivant la publication des conclusions de la Commission, s'étalant de 1967 à 1972 sous la forme de courts rapports, et succédant aussi à la publication des conclusions du rapport MacDonald en 1971 (Commission d'étude sur la prévention sanitaire) et de la concrétisation d'une structure d'assurance-maladie la même année, le Québec entre dans une période déterminante de la réforme du système de santé et parallèlement, de la santé publique. La Commission Castonguay-Nepveu, à l'origine notamment des DSC et des CLSC<sup>5</sup>, qui a participé à la prise en charge institutionnelle des groupes communautaires à une époque où l'État-providence terminait sa construction au Québec, voulait aussi refonder les liens de solidarité entre diverses instances régulatrices du domaine de la santé publique dans un courant de pensée qui s'apparente de plus en plus aux principes néolibéraux. L'État-providence, qui posait le secteur public, l'État, au centre de la régulation sociale se trouvait dans une position de plus en plus précaire; c'est l'amorce d'un transfert de la responsabilité vers le secteur communautaire. C'est le retour progressif à la participation du privé à la gouvernance, mais sous une forme différente que celle qui avait marquée l'État libéral, qui marque le moment de la crise providentialiste.

Dans la foulée des recommandations de cette commission, le gouvernement du Québec adhère au programme fédéral-provincial d'assurance pour les services médicaux (Loi de l'assurance maladie, 1970) et entreprend une vaste transformation du secteur de la santé et des services sociaux (Loi sur les services de santé et les services sociaux, 1971). [...] Elle [la réorganisation] comporte également la création de douze conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) avec des mandats consultatifs, l'implantation des centres locaux de services communautaires (CLSC) pour dispenser à la fois des services de santé et des services sociaux et pour faire de l'action communautaire (Bergeron et Gagnon, 2003, p. 18-19).

---

<sup>5</sup> « En raison de la réforme du système de santé et de bien-être des années 70, les services de prévention et de santé publique ont été complètement réorganisés en deux réseaux. Le premier comprenait 32 Départements de santé communautaire (DSC) qui ont été établis dans des hôpitaux régionaux et qui se sont vus attribuer un mandat plus large, mais plus ambigu, que les Unités sanitaires de comté ou les Service de santé municipaux qu'ils remplaçaient (Desrosiers, 1976, O'Neill, 1983). Le second réseau compte environ 160 Centres locaux de services communautaires (CLSC). Ces centres sont répartis dans toute la province et ont pour mandat d'offrir toute une variété de services médicaux, sociaux et communautaires non spécialisés » (O'Neill et Cardinal, 1992, p. 7).

La réforme qui a suivi la Commission Castonguay-Nepveu a multiplié le nombre d'établissement de services de santé avec l'objectif de constitution d'un système de santé intégré<sup>6</sup>. Vaillancourt et al. insistent d'ailleurs pour préciser que la nouvelle organisation des services de santé s'est faite selon un modèle différent des autres provinces au Canada, mettant l'accent sur une conception élargie des soins de santé, spécialement en santé publique, ce qui est contraire à la tendance dominante dans le reste du pays des gouvernements de se limiter alors au financement du système de santé et de ses activités courantes.

Cependant, ce mouvement visant le développement de services de santé publique intégrés, concomitant à une tendance à la centralisation, ne représente pas encore la manifestation du passage d'un paradigme préventif de santé publique à celui de la promotion de la santé. Bien qu'il s'agisse ici des premiers bouleversements de l'appareil de santé publique, l'intégration verticale du système de santé, notamment par le biais des centres hospitaliers, tend encore une fois à accrocher la santé publique à la remorque de la prévention de la maladie et du modèle épidémiologique.

Il faut par contre voir dans le mouvement d'organisation et de structuration d'un espace communautaire au Québec le premier pas vers un retour du privé dans la délivrance des soins de santé. Ce mouvement qui s'amorce tend à valider de plus en plus l'idée maîtresse de ce mémoire; c'est parallèlement à une ouverture sur une conception élargie de la santé que débute l'intrusion du secteur communautaire en santé. Cependant, il convient d'expliquer en quoi ce processus vers le délestage d'une part des responsabilités de santé publique au communautaire se différencie de la prise en charge néolibérale de la santé.

---

<sup>6</sup> Le « réseau des affaires sociales » créé avec la réforme du début des années 1970 est composé à l'époque d'environ 1000 établissements : des centres locaux de services communautaires (CLSC) – un tout nouvel établissement –, des centres d'accueil (CA) (hébergement, réadaptation, etc.), des centres hospitaliers (CH) (généralistes, spécialisés, psychiatriques), dont certains possèdent un département de santé communautaire (DSC), et des centres de services sociaux (CSS) (Turgeon, Anctil et Gauthier, 2003, 96).



### 2.3.1 Le rôle particulier du secteur communautaire au Québec

La création des 32 départements de santé communautaire (DSC), dont l'implantation dans les centres hospitaliers débute en 1974 (Bergeron et Gagnon., 2003), place la santé publique en parallèle avec le mouvement communautaire, particulièrement actif au Québec depuis le début des années 1970. C'est d'ailleurs une raison qui explique que les politiques publiques en faveur de la promotion de la santé au Québec ont été formulées avec lenteur. Par l'entremise des CLSC et des DCS, des instances gouvernementales faisant déjà le pont avec le monde du communautaire. « C'est dans les CLSC que la participation populaire à la gestion sera la plus marquée, bien qu'encore très encadrée » (Desrosiers, 1999, p. 12). Cependant, les professionnels de la santé et les administrateurs en santé publique favorisaient toujours les activités de prévention (O'Neill et al. 1990, Fortin et al. 1992). En laissant la pratique de la santé publique s'affranchir et en instituant une nouvelle relation avec le secteur communautaire au Québec à partir des années 1970, un nouveau rôle est attribué au privé en santé publique.

C'est ainsi que le système directement hérité de Castonguay-Nepveu s'était ouvert à une forme limitée de participation des usagers – qu'on appelait à l'époque des « bénéficiaires ». L'initiative avait le mérite de faire entrer des profanes dans les instances décisionnelles, mais les études qui ont tenté un bilan de l'expérience ont généralement conclu à la désaffection des intéressés ou à leur incapacité d'exercer une influence réelle sur les orientations des organisations de santé et les pratiques des professionnels (Forest et al., 2003, p. 180).

La réforme récemment amorcée tend à assimiler l'action communautaire au système de soins intégré<sup>7</sup>. La santé communautaire naissante devient une composante et un acteur du

---

<sup>7</sup> Dans cette voie, Lemieux précise : « Cette approche globale, associée à l'ensemble des activités qui contribuent à l'amélioration de l'état de santé de la population, déborde les frontières de la santé publique traditionnelle. Elle mise sur la participation populaire dans un système régionalisé et sur la prestation de soins de santé primaires à des populations géographiquement définies (Conill et O'Neill, 1984). Dans sa version québécoise, cette approche est étroitement liée à une méthode rationnelle de « planification de la santé » et comporte les « fonctions » suivantes : « analyse des problèmes de santé et des besoins d'une population; élaboration des programmes de services en réponse à ces besoins; coordination du déploiement de ces programmes avec l'ensemble des services (privés ou publics, préventifs, curatifs ou de réadaptation) existant dans un territoire géographique donné; évaluation des programmes » (O'Neill, 1983, 175) (Lemieux et al., 2003, 22).

système public de soins de santé dans un contexte où son financement pose de plus en plus problème. L'objectif n'est pas encore clairement la diminution de la taille et de la participation de l'État; le communautaire se greffe à un appareil de prise en charge encore en expansion. La gouvernance de la santé publique demeure inextricablement centralisée mais la multiplication des acteurs intéressés encourage la fragmentation du lieu de pouvoir et de l'espace décisionnel.

#### **2.4 L'État néolibéral**

Dès la fin des années 1960, la réalité du financement d'un système médical sous l'emprise d'un corps professionnel exclusif apparaissait déjà comme un enjeu sociétal de première importance.

The federal-provincial Committee on the Costs of Health Services (Canada, 1969), the Hastings Report (Canada, 1973), the Mustard Report (Ontario, 1974) and many more all pointed the need for a shift to less expensive community care, for organizational and structural changes, and for health promotion and disease prevention (Pinder, Lavada, 1994, p. 96).

Avec la vague néolibérale qui déferle à partir de cette époque, cette capacité, en fait ce droit et ce devoir du citoyen de participer à la discussion sur l'organisation de sa société dans l'espace public (Bourque et Duchastel, 2003, p. 118) tend de plus en plus à disparaître. La citoyenneté qui était universaliste à l'origine de la constitution de la société libérale et particulariste durant l'ère providentielle subit une mutation et se judiciarise. La production d'une « personnalité morale » (Bourque, Duchastel, Pineault, 1999) qu'a permis le développement d'une citoyenneté corporative se concrétise par la reconnaissance de ce sujet par les instances juridiques.

Ce double mouvement aux déterminations hétérogènes, économique et politique, à la fois interne et externe à l'État-nation, tend à l'affirmation d'une citoyenneté corporative multiforme fondée sur la représentation d'une personne morale, privatisée quant à ses déterminations originelles, qui s'inscrit dans l'espace public sous la forme prévalente d'un sujet juridique (Bourque et Duchastel, 2003, p. 121).

Il faut insister sur le fait que le déplacement de la citoyenneté associé à la construction de la société néolibérale ne prend vraiment sens que devant l'érosion des pouvoirs de régulation du centre qu'avait permis l'État-providence et la prise en charge publique des affaires sociales.

Les forces qui s'exercent en dehors des frontières territoriales visant une restructuration de l'économie provoquent aussi, par ricochet, un déplacement de l'espace de régulation politique.

La redéfinition des politiques sociales providentialistes, à la fois sous l'angle de la philosophie qui les sous-tend et sous celui de l'étendue de la protection qu'elles devraient accorder, renvoie plus fondamentalement à la question de la réarticulation entre les sphères privée et publique dans le domaine de la régulation sociale. De fait, le déplacement des frontières séparant ces sphères, dans le passage au néolibéralisme, ne soulève pas que la question des politiques sociales et des responsabilités qui reviennent aux unes et aux autres. Le partenariat est l'une des pierres d'assise de la nouvelle régulation des rapports sociaux, tant sur le plan du discours que sur le plan de la réorganisation institutionnelle concrète que met en place le néolibéralisme (Beauchemin et al., 1995, p. 11).

La dynamique de la mondialisation qui force l'État à se retirer progressivement de la prise en charge et qui amène de nouveaux acteurs issus du secteur privé à participer à la régulation sociale soulève en définitive la question du rôle du gouvernement. Par rapport à l'ère providentialiste où le gouvernement était le principal acteur politique, la pratique communautaire de la santé institue la gouvernance comme modèle de régulation politique à un moment où le néolibéralisme prend son envol. De moins en moins, les inégalités catégorielles qui servaient de raison d'être à l'État-providence modèleront la conception de la citoyenneté; c'est plutôt l'avènement d'un nouvel acteur, marqué de droits juridiques qui se situera au centre de la régulation.

#### **2.4.1 La promotion de la santé, des débuts lents**

La redéfinition d'une stratégie d'intervention de santé publique avec le passage d'un paradigme de santé publique orienté autour de la prévention de la maladie à une

approche axée sur la promotion de la santé s'amorce avec le dépôt du Rapport du ministre Marc Lalonde en 1974. Le document, qui tenait sa genèse du « Long Range Health Planning Branch », une organisation tentaculaire du « Department of Health and Welfare », fondé en 1971 au Canada (Pinder, Lavada, 1994, p. 96) est particulièrement central dans l'étude de l'évolution des politiques de santé publique car il agit comme précurseur en posant pour la première fois le concept de santé hors de ses frontières traditionnelles. Il est ici permis d'affirmer que c'est sans doute ces gestes précoces pour la redéfinition et l'ouverture du concept de santé par le gouvernement fédéral qui ont rendu possible son positionnement comme leader international en promotion de la santé dans les années qui ont suivi. En contournant le modèle d'approche nosologique dominant, le gouvernement canadien admet la prédominance des provinces dans le champ de compétences de la santé, mais souligne aussi « qu'il existe des problèmes de santé à l'échelle nationale qui transcendent les frontières provinciales et qui sont partie intégrante du tissu social de l'ensemble du pays » (Lalonde, 1974, p. 6), problèmes auxquels le système de soins, seul, ne peut répondre adéquatement. C'est donc la dynamique propre à l'administration de la santé dans le contexte fédéral canadien, par le jeu des juridictions et du pouvoir de dépenser, qui a mis la table à un déplacement de l'approche en santé publique. L'implication du palier fédéral aboutit au dépassement de l'univers de rationalisation nosologique de la prévention et de l'éducation publique par l'adoption d'une stratégie d'action qui prend en compte les déterminants de la santé et qui ouvre la pratique de la santé publique. Ce n'est pas tant un empiètement sur un champ de compétence provincial qu'un dépassement de la conception de la santé axée seulement sur la maladie. Concrètement, en 1974, le discours sur la santé publique s'ouvre sur quatre « déterminants de santé » :

C'est ainsi qu'a pris forme, au cours de la rédaction de ce document, une conception globale de la santé qui repose sur quatre éléments principaux : la biologie humaine, l'environnement, les habitudes de vie et l'organisation des soins de santé (Lalonde, 1974, p. 33).

Le rapport Lalonde, premier manifeste politique d'une nouvelle théorisation de la santé est aussi porteur d'un nouveau plan d'action en santé; il est le point de départ

d'une nouvelle orientation des politiques de santé publique. Il est dès lors pertinent d'élaborer sur le fait que de la conception de la santé par les déterminants, dont plusieurs se réclament des conditions sociales d'existence, germera une approche de santé publique qui donne préséance au fait populationnel plutôt qu'à l'individu et aux facteurs de risques.

Par conséquent, la promotion moderne de la santé constitue une stratégie clé de l'approche axée sur la population. Cette dernière suppose de multiples interventions, souvent pour des périodes prolongées, et repose sur une participation à plusieurs niveaux dans plusieurs secteurs (Santé Canada, 2002, p. 1).

La promotion fait naître une autre conception du fait population tout en ouvrant la pratique de la santé publique et sa gouvernance à de nouveaux acteurs privés : c'est l'institutionnalisation de la prise en charge communautaire de la santé publique.

En 1977, une autre condition importante dans l'adoption de politiques publiques orientées dans le sens de la promotion de la santé était remplie, le « Lifestyle and Health Promotion Directorate », était créé, comme espace institutionnel de développement et de coordination d'actions en promotion (Pinder, Lavada, 1994, p. 96). La Direction fédérale de la promotion de la santé, organe du ministère de la Santé et du Bien-être social, avait rassemblé, pour sa fondation, plusieurs « structures indépendantes » dont l'action était affectée à un objet particulier (alcoolisme, tabagisme, toxicomanie) (Santé Canada, 1997, p. 2). Plus précisément, c'est vers le marketing social (éducation et information du public), l'aide à l'action communautaire (programmes de financement), l'établissement de politiques et de programmes et l'acquisition de connaissances qu'était tournée l'action directe en promotion (Drapper, 1994).

Par la création de cette direction, non seulement le gouvernement canadien a-t-il consolidé son rôle de leader en promotion de la santé, mais il a aussi proposé un répertoire d'actions collectives à l'intérieur duquel pouvaient œuvrer les nouvelles instances concernées par l'application de programmes en promotion de la santé. Ces

nouvelles instances concernées étaient évidemment composées de professionnels de la santé et de fonctionnaires, mais la création d'une direction supposait aussi nécessairement une augmentation de la participation communautaire dans le processus formel de prise de décisions.

The incremental adoption or diffusion approach assumes that the major changes which have occurred in health status have resulted from broader social forces which gradually transform society. From this perspective, health promotion is seen as being little more than irrelevant social frill accomplishing little of real benefit for society (Badgley, 1994, p. 20).

Mais comme son appellation anglaise le suggère, la Direction (Lifestyle and Health Promotion Directorate) et parallèlement les six unités organisationnelles qu'elle fonde au cours de sa première année d'existence mettent davantage l'accent sur les habitudes de vie au détriment d'une tentative de pleine réalisation de la conception élargie de la santé. En fait, c'est l'essentiel des actions menées en promotion de la santé, durant les premières années de son application, qui s'inscrit dans l'optique minimaliste des styles de vie. (O'Neill et Pederson, 1994; Robertson, 1998; Handcock, 1986; Minkler, 1989). La nouvelle santé publique qui prend lentement forme, héritière d'un système public qui s'était constitué sous l'emprise d'une guilde professionnelle, semble d'avantage porteuse des principes de la prévention de la maladie plutôt qu'à ceux de la promotion de la santé; une majeure partie des efforts consentis s'attaquant à des facteurs de risque associés à des comportements individuels.

Le legs d'une approche sociosanitaire qui a historiquement toujours cherché à identifier l'agent pathogène ou le comportement individuel responsable d'un problème de santé est trop important au départ pour que la nouvelle santé publique se distancie complètement des anciennes méthodes d'intervention en santé publique. Les efforts étaient alors déployés vers l'éducation, la sensibilisation à des problématiques comme l'usage d'alcool et de drogues, la nutrition ou le développement sain de l'enfant; en fait l'action en promotion était au départ corollaire des connaissances et de l'interprétation que pouvaient en faire les représentants du système de distribution des soins et les éducateurs de santé publique. Dans les premiers moments de la promotion, la

recherche, de laquelle découlait nécessairement tout programme de santé publique au Canada, les deux pieds empêtrés dans une approche pas si lointaine de prévention de la maladie qui mettait l'accent sur les facteurs de risque, a eu énormément de difficulté à prescrire des modalités d'intervention en santé publique à l'extérieur du style de vie ou des comportements individuels (Santé Canada, 2002, p. 5).

#### **2.4.2 La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé**

La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, émettait une Charte dans laquelle un des objectifs de la promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé, en réduisant les écarts actuels caractérisant l'état de santé, et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel de santé (Martin, 1992, p. 6).

En tout premier lieu, la Charte d'Ottawa se distingue car son contenu suppose une nouvelle définition de la santé, dérangement épistémologique nécessaire pour un déplacement de la pratique de la santé publique, précédemment marquée par la théorie de la prévention de la maladie. La Charte d'Ottawa est probablement le document d'orientation des politiques publiques qui a eu le plus d'influence en promotion de la santé; les cinq mécanismes qu'elle propose représentent la première stratégie d'application des principes de la nouvelle santé publique écologique et ce, dans une optique internationale. Pendant que la demande pour un nouveau mouvement de santé publique dans le monde était de plus en plus perceptible, les 38 pays signataires du document offraient, avec la Charte, une définition de la promotion de la santé et une stratégie claire d'action<sup>8</sup> (OMS, 1986).

Pour donner suite à la Charte d'Ottawa, le gouvernement du Canada se dote, aussi tôt qu'en 1986, d'un nouveau document d'orientation en matière de politique de santé publique : « La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé » (Epp, 1986). Ici, Ottawa réaffirme son adhésion à une conception élargie de la santé et va jusqu'à proposer un

---

<sup>8</sup> Il faut ici se rappeler que la Charte d'Ottawa prescrit une stratégie d'intervention en promotion de la santé selon laquelle il faut élaborer une politique publique saine, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes individuelles et réorienter les services de santé.

plan d'ensemble en promotion de façon à « exercer une action décisive face aux défis que pose la santé au Canada [qui] sont :

- la stimulation de la participation du public;
- l'amélioration des services de santé communautaire, et;
- la coordination des politiques publiques favorisant la santé (Epp, 1986, p. 9).

Par contre, comme les actions en promotion<sup>9</sup> qui ont immédiatement suivi le dépôt du rapport Lalonde, les mécanismes concrets proposés par Epp semblent encore s'orienter autour du contrôle des comportements individuels. En fait, les trois mécanismes, affirmés dans la lignée de Lalonde, soit les « initiatives personnelles, l'entraide et la création d'environnements sains » tentent avant tout d'« encourager l'initiative personnelle en matière de santé » (Epp, 1986, p. 7). Pour l'objet de cette recherche, il convient cependant de noter que le rapport Epp constitue une réponse explicite aux contraintes causées par la perte de croyance en l'État-providence tout comme il s'inscrit aussi ouvertement dans une démarche de reconstruction de l'appartenance citoyenne.

C'est ainsi qu'« en 1987, le budget de la Direction de la promotion de la santé a presque triplé par suite de nouvelles initiatives fédérales qui s'inscrivaient dans le cadre de stratégies nationales de lutte contre les drogues, le tabac, la conduite avec facultés affaiblies et le sida » (Santé Canada, 1997, p. 5). Par nouvelles initiatives, il est bien entendu ici question de stimuler l'action communautaire, notamment par les bureaux régionaux de la Direction de la promotion de la santé, mais aussi d'augmenter l'autonomie des groupes dans la définition des questions de santé se situant au niveau local (Draper, 1994; Pinder 1994; Santé Canada, 1997).

---

<sup>9</sup> Au sujet des actions en promotion de la santé, il apparaît nécessaire de préciser que les années qui ont suivis la parution de la Charte d'Ottawa ont vu se déployer plusieurs stratégies nationales à grande échelles en promotion de la santé, notamment la Stratégie canadienne antidrogue, la Stratégie de réduction de la demande de tabac et la Stratégie nationale sur le sida et « Grandir ensemble : investir dans les enfants du Canada » (Bhatti et Hamilton, 2002). Par la suite, d'autres programmes comme le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) et le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) se sont ajoutés à la stratégie nationale de promotion de la santé. C'est aussi à cette époque qu'a été mis sur pied le Programmes d'autonomie des aînés (es).



Au Québec, après une période de réforme de l'ensemble du système de santé qui avait marqué les années 1970, une seconde vague réformatrice déferle à la fin des années 1980. Suivant les travaux de la Commission Rochon et son rapport déposé en 1988, deux documents d'orientation dans la formulation d'une nouvelle politique publique sont produits « Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec » (1989) et « Une réforme axée sur le citoyen » (1990), participants à la formulation de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (1991) dont le principal effet sera de redéfinir rôles, mandats et classifications des établissements nés de la première réforme (Turgeon, Anctil et Gauthier, 2003). Il est à noter que la loi de 1991 formalise la participation communautaire en créant, dans chacune des 18 nouvelles régions sociosanitaires, un comité formé d'au moins 150 membres élus provenant respectivement à 40 % des établissements de la région, à 20 % des organismes communautaires, à 20 % des « organismes que la région désigne comme les plus représentatifs des groupes socioéconomiques » et à 20 % des élus municipaux (Turgeon, Anctil et Gauthier, 2003, p. 112).

La nouvelle donne participative intrinsèque à la promotion permet de réaliser un idéal démocratique différent, en refondant les liens qui tissent la solidarité. Désormais, la participation à la prise en charge sanitaire qui suppose une prise en charge de l'individu par lui-même se fait par un nombre d'acteurs<sup>10</sup> concernés multiplié.

Les acteurs de la promotion de la santé sont multiples; d'une part, parce que leurs stratégies interpellent tant les usagers, les habitants, que les professionnels et les décideurs et d'autre part que l'objet de leurs préoccupations sollicite de nombreuses compétences professionnelles. Malgré leur multiplicité et leurs angles de vues spécifiques, la citoyenneté est un trait de reconnaissance réciproque qui fait lien entre les développements des démocraties et les dynamiques communautaires participatives (Bantuelle, Morel et Dario, 2000, p. 6).

Il apparaît déjà important de souligner que l'application de la promotion de la santé se concrétise à l'extérieur des ministères de la santé et des institutions qui ont

---

<sup>10</sup> L'acteur doit ici être entendu comme « un individu ou un organisme, un groupe, une organisation (acteur collectif) qui a un intérêt et qui peut agir dans une problématique donnée » (Bantuelle, Morel et Dario, 2000, 8).

traditionnellement été pourvoyeurs de services et de soins de santé au Canada. L'approche de santé publique par les déterminants de la santé se concrétise par la prise en compte des paramètres de la santé dans des domaines qui ne sont pas historiquement associés à la santé. C'est d'ailleurs cette logique d'intervention à l'extérieur des bastions de la santé qui sera explicitée par l'étude monographique du mouvement des Villes et Villages en santé au prochain chapitre.

En ce sens, l'application de la promotion de la santé s'inscrit dans un mouvement beaucoup plus large de redéfinition des rôles de l'État dans la société néolibérale, qui tend parallèlement à resituer la participation communautaire dans les interstices de l'État. « Le nombre d'associations a considérablement augmenté dans les années 1970 et 1980; de 6103 en 1973 elles sont passées à 24 512 en 1989 (Langlois et al. 1990, p. 108-109) » (Fortin, 2003, p. 203). Le soutien de l'État n'est plus un soutien protecteur, fondé sur la reconnaissance d'inégalité sociales, c'est essentiellement un soutien à la réalisation du potentiel individuel (Beauchemin, Bourque, Duchastel, 1995).

L'appui financier fourni par l'État aux groupes communautaires pose l'action communautaire comme mécanisme d'action étatique intégré, en redéfinissant les règles de la citoyenneté.

In the Canadian case, the response was two-fold: development of modest programs to assist financially organizations that represented different facets of these movements, and a constitutional initiative, in which the aforementioned groups were major participants, that reconceptualized citizen's rights. Through these actions, the state shifted the contours of our public space; it helped redefine our political language and discourse; and these effects reach far beyond the narrower and more direct effects of specific policies (Pal, 1993, p. 41).

La promotion de la santé se réalise dans le même mouvement, caractéristique de la transformation néolibérale de l'État, qui institue la participation communautaire et élargit l'espace public. L'organisation néolibérale de la société propose un nouveau contrat social qui tend à unifier les sphères publique et privée dans la régulation des problématiques sociales. Désormais, l'État n'agit plus de prime abord dans le but de réduire les inégalités

sociales des conditions sociales d'existence, il se positionne plutôt à la base d'une prise en charge du citoyen par lui-même. C'est l'institution sociale publique de la participation privée au niveau de la santé publique.

La responsabilité de la société consiste désormais à armer convenablement l'individu en butte à un monde compétitif et exigeant. [...] Avec la disparition de la conception du risque social, l'État néolibéral inverse les termes de la régulation sociale providentialiste en ce qu'il se dégage de la responsabilité de protéger les individus des aléas de l'existence. Il se contente désormais de les appuyer, dans un contexte où ils devront de plus en plus assumer eux-mêmes les conséquences de ces risques sociaux. Il s'agira de leur fournir toutes les chances possibles (Beauchemin, Bourque, Duchastel, 1995, p. 38).

À la fin des années 1980, la promotion de la santé était désormais indissociable des politiques publiques pancanadiennes. Plus encore, les pressions sur le financement du système de santé et donc sur la santé publique posaient la nécessité d'une transformation de l'approche de la santé publique (Lemieux et al., 2003; Forest et al.). Les gouvernements, en profonde restructuration budgétaire, ressentaient le besoin d'emboîter le pas et d'adopter des politiques publiques en respect avec les mécanismes d'application de la promotion de la santé, favorables à une conception élargie de la santé. Ces politiques prenaient non seulement en compte la biologie humaine et les habitudes de vie, mais aussi l'environnement et l'organisation des soins de santé.

Les propositions de réforme de la santé au sein des provinces et territoires prévoyaient pour la plupart une action centrée sur la santé et ses déterminants, l'établissement de buts et d'objectifs en matière de santé, un engagement à l'égard des principes de la promotion de la santé, la création de nouvelles infrastructures pour planifier une politique publique favorable à la santé, et une redéfinition du rôle des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé (Santé Canada, 1997).

Témoignant aussi des changements de pratique de la santé publique, au tournant de la décennie, la promotion apparaissait de plus en plus à l'agenda des milieux universitaires. La recherche autour de problématiques relatives à la promotion de la santé était en pleine effervescence; parallèlement à la Première Conférence sur la recherche à Toronto en 1990,

plus de douze centres de recherche en promotion ont été créés partout au Canada. Tous sont mutuellement financés par le Programme de recherche et développement en matière de santé (PNRDS) et le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) (Santé Canada, 1997, p. 9).

*La politique de la santé et du bien-être social* promulguée en 1992 par le gouvernement québécois, descendante directe de la réforme Côté, vient d'ailleurs valider l'idée selon laquelle il y a eu changement de paradigme de santé publique. En effet, si elle concrétise à ce point la réalisation de la promotion de la santé au niveau du gouvernement provincial québécois, c'est essentiellement parce qu'elle repose sur six stratégies de mise en œuvre d'une approche axée sur la promotion de la santé, ouvertement inspirées des cinq mécanismes de la Charte d'Ottawa. Avec son nouveau document d'orientation pour l'élaboration des politiques publiques, le gouvernement du Québec désire :

- 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;
  - Orienter le système de santé et de services sociaux vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses
- (MSSS, 1992, p. 134).

La publication de *La politique de la santé et du bien-être* représente le moment de rupture, au niveau des politiques publiques québécoises, vers un paradigme d'intervention sociale en santé publique axé sur le modèle de la promotion de la santé.

Ainsi, la réforme Côté du début des années 1990, qui mène à la Politique de la santé et du bien-être, en 1992, marque un tournant majeur dans l'orientation des services socio-sanitaires, jusque-là providentialistes. [...] Elle prépare en outre la voie à un élargissement de l'institutionnalisation à l'ensemble des organismes communautaires autonomes entretenant des interfaces avec l'État québécois, ce qui n'est pas encore chose faite, en dépit des progrès accomplis à la faveur de la consultation publique sur la

reconnaissance et le financement des organismes communautaires (SACA, 2000; Larose, 2000)  
(Vaillancourt et al., 2003, p. 30-31).

Ce mouvement d'ouverture de la gouvernance par l'institutionnalisation des organismes communautaires est, doit-on le rappeler, concomitant à une ouverture théorique du concept de santé, paré d'un nouveau sens épistémologique. En ce sens, dans un contexte post-providentialiste qui a mené progressivement l'État à emprunter la porte de sortie, il ne faut pas se surprendre de constater que l'encouragement à la participation citoyenne porte ses dividendes. La sortie politique du politique s'accomplit en santé publique avec l'institutionnalisation politique et juridique d'instances diverses, souvent d'origine communautaire, comme mécanismes de décision et d'action sociale.

Le consentement et l'initiative des citoyens sont des conditions nécessaires à l'atteinte des objectifs gouvernementaux, ce qui signifie que ces mêmes citoyens doivent avoir leur part dans la définition et l'exécution des priorités publiques; en un mot, ils doivent être concernés par ces priorités, comme si la gouvernance supposait, au fond, que les intérêts naissent de l'action publique plutôt que de lui préexister (Forest et al., 2003, p. 176).

## **2.5 De la promotion de la santé à la promotion de la santé de la population**

Avec la parution du rapport Lalonde en 1974 puis de la Charte d'Ottawa en 1986 qui offrait un cadre d'application à la promotion de la santé, l'hypothèse d'un changement de paradigme en santé publique tend à se confirmer. Sous les pressions incessantes et structurantes qui ont transformé l'État depuis sa forme libérale jusqu'à sa forme néolibérale, en passant par l'État-providence, l'appréhension conceptuelle de la santé s'est aussi modifiée, jusqu'à impliquer une transformation paradigmatique récente au niveau de l'approche de santé publique. La thèse d'un changement de paradigme en santé publique, de la prévention de la maladie à la promotion de la santé a évolué, actualisant la théorie en développant la **promotion de la santé de la population**.

La santé publique, récemment étiquetée de « promotion de la santé de la population » ne constitue donc pas un dépassement de la promotion de santé dans une optique

paradigmatique, elle est seulement le pendant de la promotion de la santé, ouverte sur douze déterminants de la santé et soumise aux impératifs d'une évaluation sur la base d'effets mesurables. La tendance de la promotion de la santé de la population à approfondir la recherche et l'évaluation autour des données probantes est le premier témoin des défis auxquels la santé publique actualisée fait face : il y a désormais nécessité de démontrer adéquatement le rendement des initiatives en promotion de la santé, surtout pour rendre compte des effets engendrés en fonction des ressources accordées.

Formellement, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population a défini la santé de la population et son approche selon les termes suivants :

La santé de la population désigne la santé d'une population telle qu'elle est mesurée par des indicateurs de l'état de santé et telle qu'elle est influencée par les environnements social, économique et physique, les habitudes de santé personnelles, la capacité individuelle et les aptitudes à l'adaptation, la biologie humaine, le développement de la petite enfance et les services de santé. Comme approche, la santé de la population est axée sur les conditions et facteurs interdépendants qui influent sur la santé des populations au cours d'une vie; elle repère les variations systématiques de fréquence de leur apparition, elle applique les informations qui en résultent à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et de mesures visant à améliorer la santé et le bien-être de ces populations (Santé Canada, 1996).

Toujours ancrée dans la même tradition que la Charte d'Ottawa de 1986 et de ses 5 mécanismes d'action, la promotion de la santé de la population ajoute des nuances à l'acte, en élargissant la conception de la santé par les conditions qui déterminent la santé, par douze déterminants de la santé. Ces douze déterminants qui mettent en relation la dynamique de la santé avec plusieurs vecteurs d'ordre social, environnemental, économique et individuel sont donc les suivants :

- le niveau de revenu et le statut social;
- les réseaux de soutien social;
- l'éducation et l'alphabétisme;
- l'emploi et les conditions de travail;
- les environnements sociaux;
- les environnements physiques;
- les habitudes de santé et les conditions d'adaptation personnelles;

- le développement de la petite enfance;
  - le patrimoine biologique et génétique;
  - les services de santé;
  - le sexe;
  - et la culture
- (Santé Canada, 2005).

En ce sens, le livre d'Evans et al. (1994), qui a forcé l'actualisation de la théorie des déterminants de la santé de Lalonde (1974), a littéralement eu l'effet d'une bombe sur le déploiement technique de la promotion de la santé. O'Neill, Pederson et Rootman (2000), argumentant sur les nouvelles dimensions accordées à la promotion avec la promotion de la santé de la population :

[...] the key book (Evans et al., 1994) developing the population health view proposes a vision that is very close to that of health promotion but couches it in a classical scientific vision and in the language of economists, in contrast to health promotion's support of a diversity of scientific paradigms and a more social than economic vision (O'Neill, Pederson and Rootman, 2000, p. 6).

Dans ce courant de pensée qui veut décanter la pratique de la santé publique du secteur de la santé, l'article 54 de la *loi sur la santé publique du Québec* a agi comme précédant important. Avec cette modification à la *loi sur la santé publique*, le ministre devient automatiquement le principal conseiller du gouvernement en santé publique et participe désormais à assainir la pratique à l'intérieur des différents ministères. Il doit maintenant s'assurer que les politiques publiques des autres ministères québécois favorisent l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. « À ce titre. Il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population » (Québec, 2005).

La promotion de la santé de la population est donc une approche peaufinée de la promotion, qui l'actualise aux enjeux actuels. « L'évolution de la promotion de la santé a subi l'influence des données probantes sur les possibilités d'interventions, y compris la recherche liant le style de vie, l'environnement et les déterminants de la santé » (Bhatti et Hamilton, 2002, p. 7). Cette emphase mise sur les données probantes est centrale dans le

développement de la promotion de la santé; elle participe en premier lieu tout simplement à cerner les modalités d'évaluation, non pas encore à évaluer les projets et programmes. Le questionnement sur l'évaluation, au sein des ministères canadiens concernés par la santé mais aussi dans la perspective internationale ne consistait même pas encore à tenter d'évaluer les effets et retombées des programmes de promotion, elle en était encore à cerner les frontières et les critères de l'évaluation de la promotion de la santé<sup>11</sup>. Les questionnements reliés à l'évaluation étaient essentiellement articulés selon les défis suivants : « la nature des éléments de preuve et les méthodes utilisées pour les produire, le rôle des diverses méthodes d'évaluation (efficacité et rentabilité) et le jeu des indicateurs de la santé disponibles » (Gouvernement du Canada, 2002, p. 13), questionnements auxquels l'*Accord sur la santé nationale*, le *Projet d'indicateurs de la santé* et l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* ont tenté de répondre.

Dans cette optique, la promotion de la santé de la population porte à l'unisson les voix de la nouvelle approche de santé publique avec celles de la transformation néolibérale de l'État contemporaine. Il y a avec l'adoption d'une telle stratégie en 1996, la volonté certaine d'accommoder santé publique actualisée et tendances des politiques publiques depuis plus de deux décennies. La promotion de la santé avait tous les défis à relever; de l'institution d'une conception élargie de la santé, à la définition d'une stratégie porteuse de ses principes jusqu'au développement d'un cadre évaluatif pertinent. Elle s'était étendue comme approche de santé publique en récupérant les avancées faites par le mouvement communautaire particulièrement actif au Québec depuis les années 1970 en portant au niveau politique une vision de la santé née dans un courant de critique de l'appareil biomédical et du modèle nosologique d'intervention publique en santé. La promotion de la santé de la

---

<sup>11</sup> « En 1995, Santé Canada se joignait au groupe de travail nouvellement créé sur l'évaluation de la promotion de la santé. Ce groupe, composé de 18 membres, comptait également des membres des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis et de l'ancien Health Education Authority du Royaume-Uni. M. Irving Rootman, l'un des auteurs de cet article, faisait fonction de président du groupe de travail. M. Glenn Irwin de Santé Canada et trois autres Canadiens se sont joints à cette équipe hétérogène, qui comprenait des représentants de gouvernements, de l'OMS et du milieu universitaire. Le but premier du groupe de travail était de fournir des directives aux décideurs et aux praticiens sur les méthodes pertinentes pour évaluer la promotion de la santé. Ce faisant, les membres ont discuté des enjeux méthodologiques et philosophiques importants à l'appui d'une approche critique visant à améliorer la base de données probantes sur la promotion de la santé » (Rootman et Steinmetz, 2002, 8).



population apparaît de prime abord comme un discours, beaucoup moins en contradiction avec l'ordre en place et qui s'inscrit dans une tradition de santé publique déjà établie. Elle s'inscrit dans la tradition d'une approche qui a déjà sa propre histoire et dont les politiques publiques sont les principaux artefacts.

We think, however, that the rhetoric of health promotion itself has not always offered a clear analysis of the determinants of health, thus opening it to being and interpreted in a variety of ways, especially in the context of the health reforms (e.g. restructuring, decentralization, amalgamation, de-induring of services, managerialism) undertaken in Canada since the mid-1980s. Consequently, the move toward population health can be seen as an opportunity for health promotion to strengthen some of its weaknesses. In general, the proponents of population health can be seen as allies in the move toward the new public health, particularly as overall, neither framework has significantly challenged the dominance of the biomedicine in the health field (O'Neill, Pederson and Rootman, 2000, p. 7).

De manière à démontrer ce défi auquel l'évaluation de la promotion de la santé est confrontée, il convient tout d'abord de définir l'évaluation. Tones et Tilford (1994) propose la définition selon laquelle « evaluation is concerned with assessing an activity against values and goals in such a way that results can contribute to future decision making and/or policy... ». L'évaluation consiste donc à mettre les résultats en perspective avec les valeurs et les buts qui ont motivé une action pour orienter la prise de décision future. Ultiment, l'évaluation des projets et des programmes devrait guider le processus de formulation des politiques publiques. Les principales raisons à l'arrière du mécanisme d'évaluation seraient donc les suivantes :

- pour garantir le financement;
- pour vérifier qu'un programme engendre les effets désirés;
- pour améliorer les mécanismes, méthodes et outils;
- pour confirmer la bonne utilisation des ressources investies;
- pour démontrer le bon déroulement d'une activité;
- pour documenter la prise de décision future;
- pour démontrer si l'intervention est éthiquement justifiable;
- pour augmenter la connaissance et la compréhension des valeurs qui sous-tendent la promotion de la santé;
- pour rationaliser les ressources et démontrer les coupures financières (inspiré de Downies et al. 1990).

La plupart des projets en promotion de la santé qui ont vu le jour à la suite du rapport Lalonde, et plus encore après la parution de la Charte d'Ottawa en 1986, se soustrayait à des méthodes d'évaluation qui auraient pris en compte l'approche et les mécanismes d'action différents de la promotion de la santé par rapport à la prévention de la maladie. L'amélioration de l'évaluation des programmes de promotion est par conséquent une des raisons les plus importantes parmi celles qui ont mené à la projection, à la mutation de la promotion de la santé dans la promotion de la santé de la population. Le cadre précis qu'induisent les douze déterminants de la santé de même que la place accordée au concept de « population » depuis le milieu des années 1990 nécessite plus que jamais des techniques d'évaluation efficaces et affutées. Dans cette perspective, Réal Morin et Guy Roy (inspiré de la pensée de Contandriopoulos et al., 1993) soutiennent :

[...] on privilégiera les processus de changement dont l'efficacité populationnelle a été démontrée. Dans bien des cas, à cause de leur caractère novateur, de leur complexité ou de la difficulté à démontrer scientifiquement leur efficacité populationnelle, on devra mettre en branle des processus de changement sur la base de leur efficacité d'essai ou de leur efficacité théorique (Morin et Roy, 1996).

À ces débuts, les racines biomédicales et par le fait même épidémiologiques de la santé publique ont délimité les barèmes de l'évaluation de la promotion de la santé autour des mêmes fondements de l'évaluation que la prévention de la maladie (morbidité, mortalité et facteurs de risques reliés aux comportements individuels (Hepworth, 1997). Cependant, plusieurs initiatives récentes (*L'Accord sur la santé nationale*, le *Projet d'indicateurs de la santé* et *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*) ont permis d'amorcer l'étude du renouvellement des indicateurs à la base de l'évaluation. Tout ce mouvement vers l'actualisation des techniques d'évaluation en promotion de la santé a donc conduit à la définition d'un principe qui dicte maintenant l'action en promotion : « créer et appliquer la base de données probantes » (Gouvernement du Canada, 2002, p. 15). En fait, la promotion de la santé qui au départ vise une amélioration et non pas le maintien de l'état de santé de la population par l'intervention en amont<sup>12</sup>, avant l'apparition des problèmes de santé, implique

<sup>12</sup> À ce sujet, Robert McMurtry précise : « par interventions « en amont », j'entends celles [les interventions] qui visent à aider les gens à maintenir ou à améliorer leur santé avant qu'elles ne soient compromises. À cette fin, il est souhaitable de considérer le tout sous forme de continuum, depuis les

l'actualisation des méthodes d'évaluations pour se centrer sur les données probantes, identifiées par le secteur de la recherche.

Des données probantes plus solides sur l'efficacité des mesures de promotion de la santé visant à améliorer les résultats aideront à établir le bien-fondé d'investir davantage dans la promotion de la santé et de soutenir le meilleur éventail possible d'interventions visant à régler une situation donnée (Gouvernement du Canada, 2002, p. 16).

Le courant critique qui a accompagné les premiers projets de promotion de la santé visait avant tout à lier la nouvelle approche de santé publique avec des techniques d'évaluation qui seraient fidèles à ses principes. La volonté d'accoler l'évaluation de la promotion de la santé avec la recherche de données probantes est une des caractéristiques nouvelles de la promotion de la santé de la population. Rychetik et al. (2004) définissent cette santé publique axée autour des données probantes comme : « Evidence based public health can be defined as a public health endeavour in which there is an informed, explicit, and judicious use of evidence that has been derived from any of a variety of science and social science research and evaluation methods ». D'un point de vue analytique, il ressort de ce tournant que prend désormais la santé publique que l'héritage du modèle historiquement dominant en santé publique est encore suffisamment fort pour orienter, dans une certaine mesure, la recherche sur les données probantes en promotion. Cependant, l'« evidence based public health » présente aussi l'avantage de faire taire les critiques affirmant le peu de résultats des programmes de promotion de la santé; les projets de promotion de la santé de population sont maintenant acceptés ou refusés en fonction de leur capacité à démontrer des résultats mesurables, des données probantes.

Il convient aussi ici de préciser que l'ajustement de la théorie de la promotion de la santé aux données probantes se situe évidemment dans la volonté récente, mais dorénavant transversale de bouleversement de la régulation étatique. « Cela s'inscrivait dans une période de grandes compressions financières, qui ont gêné les efforts pour renouveler les stratégies et

---

interventions en « aval » fournies dans le contexte des soins de santé aux interventions en « amont » comme la protection et la promotion de la santé, ainsi que la prévention de la maladie » (McMurtry, 2002, 3).

accru les exigences posées à tous les programmes en ce qui à trait à la justification de leurs activités » (Bhatti et Hamilton, 2002, p. 7)

## **Conclusion**

Avec la promotion de la santé, approche qui a mis la table à la promotion de la santé de la population et donc à des techniques d'évaluation conséquentes et appropriées, un déplacement, à tout le moins méthodologique, s'est effectivement opéré quant à l'approche de santé publique. Cependant, si un déplacement méthodologique est induit avec la promotion de la santé, s'est avant tout grâce aux nouveaux repères théoriques et épistémologiques qu'elle suppose de prime abord. Si le passage d'une approche de santé publique de la prévention de la maladie à la promotion de la santé s'exprime en premier lieu dans une opposition conceptuelle, les transformations qui ont marqué la forme moderne de l'État, tant au niveau de la citoyenneté, de la gouvernance que du rapport entre le public et le privé, tendent aussi à démontrer la logique du changement de paradigme. L'analyse des Villes et Villages en santé par l'étude monographique de la Ville de Rouyn-Noranda, permettra d'exposer dans le prochain chapitre, la réalisation de la promotion de la santé comme approche de santé publique.

Le mouvement des « Villes et Villages en santé » est né au Canada et a été mis en œuvre en 1986 par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, en consultation avec Santé et Bien-être social Canada. Le ministère fédéral a appuyé le projet canadien des Villes et Villages en santé dès le début (parrainé conjointement par l'Institut canadien des urbanistes, la Fédération canadienne des municipalités et l'Association canadienne de santé publique (Santé Canada, 1997, p. 7).

### CHAPITRE III

#### ÉTUDE DE CAS : ROUYN-NORANDA, VILLE ET VILLAGES EN SANTÉ

##### **Mise en contexte de Rouyn-Noranda, ville et villages en santé**

Le mouvement des Villes et Villages en santé se trouve à l'intersection d'une nouvelle approche théorique de la santé publique et de l'aboutissement d'une série de politiques publiques favorisant le renversement de sa pratique. Selon plusieurs auteurs, s'il existe un idéaltype de la réalisation de la promotion de la santé, ce sont bien les Villes et Villages en santé (O'Neill et Cardinal, 1992). « Ayant vu le jour en 1987, l'Initiative Villes et Villages en santé se porte bien et a été officiellement désignée par la réforme Côté comme une stratégie (MSSS, 1992) visant à renforcer le rôle des administrations locales dans le domaine de la promotion de la santé » (O'Neill et Cardinal, 1992, p. 6).

C'est au Canada, plus justement au Québec à la fin des années 1980 que le projet le plus fidèle à la promotion de la santé a vu le jour. C'est suivant la Conférence « Beyond Health Care » à Toronto en 1984 que Leonard Duhl et Trevor Hancock ont proposé d'importer le concept, déjà présent en Europe sous l'appellation « Villes-santé ». Duhl, professeur à Berkeley et Hancock, médecin de santé publique, ont démontré la nécessité de promouvoir la santé à partir de la municipalité; de concrétiser une approche plus large de santé publique où l'environnement et la situation économique, entre autres, viendraient s'ajouter aux conditions qui déterminent la santé. La santé n'est plus le produit de

comportements ou d'attitudes individuels reliés à des facteurs de risque. C'est donc dans cette conjoncture particulière qu'en 1987 Rouyn-Noranda est devenue la première ville en santé en Amérique du Nord<sup>13</sup>. Le rapport du citoyen à la prise en charge de la santé publique se trouve inéluctablement renversé. Le concept de Ville et Villages en santé institutionnalise la nécessité de prise en charge individuelle et collective des paramètres de la santé comme il reconnaît le rôle des structures locales.

The promotion of health in this view must include the adaptation and transformation of social structures that create ill health. People themselves must be empowered individually and through their local communities to take control of their health. The distinctive feature of the idea lies with the processes involved (Davies and Kelly, 1993, p. 4).

La mise sur pied de Rouyn-Noranda, ville et villages en santé, témoigne de ces changements importants que pose la promotion de la santé aux collectivités. Dans un premier temps, les premières démarches pour la mise sur pied de Rouyn-Noranda, ville et villages en santé, ont été celles du Dr Réal Lacombe qui en a importé le concept au Québec. Il donnait de surcroît un nouveau sens au mouvement. Jusqu'alors réservé aux plus grandes villes, le statut de Ville en santé était pour la première fois accordé à une petite ville. C'était le point de départ d'un mouvement actualisé, qui s'est ensuite étendu pour regrouper plus de 50 % de la population du Québec, dont bon nombre de petites villes et de villages, d'où l'appellation québécoise de Villes et Villages en santé. Aux dires de Denise Lavallée, coordonnatrice de la corporation Rouyn-Noranda, ville et villages en santé : « C'est une réelle nouveauté. Cette application particulière ne nécessite pas la mobilisation des gouvernements nationaux, mais seulement le local » (Lavallée, 2005). L'étendue des champs de compétences de la municipalité de Rouyn-Noranda permet en effet de répondre à des problématiques de santé

---

<sup>13</sup> Bien que le concept originait de Duhl, un américain et de Hancock, un canadien, c'était la première fois qu'il était utilisé à l'extérieur de l'Europe; c'est d'abord l'OMS qui en avait fait son parti. Il faut mentionner que c'est sous l'appellation « Ville en santé de Rouyn-Noranda » qu'a été popularisé le concept alors qu'en Europe, on parlait plutôt de Ville-santé. De plus, au printemps 2005, la corporation municipale a été renommée : Rouyn-Noranda, ville et villages en santé, voulant mettre l'accent sur les enjeux qu'impliquaient le regroupement municipal. C'est d'ailleurs cette dernière appellation qui sera retenue tout au long du texte.

publique par une gamme diversifiée d'actions touchant de nombreux déterminants de la santé<sup>14</sup>.

En 1987 a eu lieu la première élection d'un Conseil municipal pour la nouvelle Ville de Rouyn-Noranda, fraîchement regroupée. Cette conjoncture particulière a été à l'origine du développement de Rouyn-Noranda, ville et villages en santé, première ville nord-américaine à appliquer le concept. En ce sens, durant sa campagne électorale, un candidat au poste de conseiller municipal, M. Gérard Marinovich s'était approprié et avait popularisé le concept de Villes et Villages en santé, jusqu'à le faire accepter de son caucus.

M. Marinovich avait eu, il faut le dire, un initiateur exceptionnel, le Dr Réal Lacombe, alors chef du Département de Santé communautaire (DSC) du Centre hospitalier de Rouyn-Noranda. Ce dernier était revenu en octobre 1986 de Californie où il avait côtoyé un des pères du concept de Ville en santé, le professeur Leonard Duhl. Ce concept venait d'être proposé à la Conférence d'Ottawa de novembre 1986 par l'Organisation mondiale de la Santé comme un des cinq champs d'intervention en promotion de la santé (RQVVS, 2005).

Rouyn-Noranda est donc devenue une Ville en santé le 13 avril 1987. C'est à cette date qu'une résolution a officiellement été adoptée au Conseil municipal. Cette initiative allait mener le 11 mai 1990 à l'incorporation au Réseau québécois de Villes et Villages en santé<sup>15</sup>. L'incorporation permet entre autres l'augmentation et de la consolidation des connaissances, mais aussi la mise sur pied d'un réseau financé mutuellement par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, le ministère de la Sécurité publique du Québec, Justice Canada et la Fondation Lucie et André Chagnon (RQVVS, 2004 (a)).

---

<sup>14</sup> Au niveau des services aux citoyens, la Ville de Rouyn-Noranda a en effet juridiction au niveau de la sécurité, des loisirs et de la culture, du logement social, de l'action communautaire, du transport des personnes, des services de proximité et du soutien aux organismes. De plus, au niveau des services à la propriété, la Ville a comme champs de compétence les travaux publics, l'aménagement du territoire, l'administration, la législation et les services d'incendie (Ville de Rouyn-Noranda).

<sup>15</sup> En janvier 2004, le RQVVS définissait sa mission : « Le Réseau Québécois de Villes et Villages en santé a pour mission de promouvoir et de soutenir, à travers tout le Québec, le développement durable de milieux de vie sains. Il mise, pour ce faire, sur les échanges et le partage entre les municipalités, sur l'engagement des décideurs municipaux en faveur de la qualité de vie et sur leur capacité à mobiliser leurs partenaires et les citoyennes et citoyens dans l'action concrète » (RQVVS, 2004 (a), p. 3)

Au milieu des années 1980, la ville de Rouyn-Noranda, dont les premiers habitants étaient arrivés en 1926, était considérée comme l'une des plus polluées en Amérique du Nord. La situation environnementale de cette ville d'Abitibi-Témiscamingue était au centre des préoccupations des citoyens et des décideurs. En ce sens, le fait que Rouyn-Noranda ait été la première Ville en santé en Amérique du Nord n'est sûrement pas étranger à l'état sanitaire précaire des citoyennes et citoyens de la Ville à cette époque. La population qui comptait 26 189 habitants en 1986 (Gouvernement du Québec, 1992) connaissait alors un solde migratoire négatif (les jeunes migraient vers les plus grandes villes), malgré une population moyenne plus jeune que dans le reste du Québec (âge moyen de 32,1 ans par rapport à 34,7 au Québec) (Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 1990). De plus, toujours selon le Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (1990), la Ville affichait un taux de sous-scolarisation plus haut que dans le reste du Québec (54 % de la population n'avaient pas complété 13 années de scolarité contre 44 % pour le reste du Québec). La ville qui comptait un taux de ménages familiaux élevé par rapport à l'ensemble du Québec affichait aussi un « haut taux de suicide, d'alcoolisme, d'accidents routiers, de maladies-cardiovasculaires » (Lavallée, 1992). Enfin, en 1986, il est estimé (Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 1990) que 86 organismes bénévoles étaient actifs sur le territoire de la municipalité.

Au niveau de l'activité économique, 71,9 % des emplois reposaient sur le secteur tertiaire et 9,7 % sur le secteur primaire (exploitation minière). Ainsi, réduite au niveau du secteur secondaire, l'activité économique de la Ville devient très sensible aux variations du marché mondial (Société de développement économique de Rouyn-Noranda, 1992). En raison des horaires particuliers reliés à ce type d'économie, les citoyens étaient moins rémunérés annuellement en 1986 (29 229 \$ comparativement à 30 999 \$) que ceux du reste de la province, malgré un salaire hebdomadaire supérieur (Comité d'aide au développement des collectivités du Rouyn-Noranda régional, 1990).

Pour vérifier l'hypothèse d'un changement d'approche de santé publique, il convient maintenant d'appliquer le modèle du MSSS (1987) à Rouyn-Noranda, ville et villages en



santé. Il est à noter que ce chapitre est essentiellement basé sur des monographies (à un ou à plusieurs auteurs), des articles de périodiques spécialisés, des ouvrages collectifs ou des chapitres d'ouvrages collectifs, des publications gouvernementales et internationales, des actes de colloques de même que des documents électroniques. Une entrevue complémentaire a aussi été réalisée avec Denise Lavallée, coordonnatrice de Rouyn-Noranda, ville et villages en santé.

### **3.1 Application du modèle du MSSS à Rouyn-Noranda, ville et villages en santé**

#### **3.1.1 La finalité**

In the last decade, a revolution has been occurring in the field of health promotion. Guided to a large extent by position paper disseminated by the World Health Organization (WHO) Europe Health Promotion Office, and furthered by the Ottawa Charter, the Epp Report in Canada, the Healthy Cities project, as well as by other efforts, this new health promotion movement has introduced new ideas, new language, and new concepts about what constitutes health and how health promotion efforts should be configured to achieve health (Robertson, Minkler, 1994, p. 295).

Rouyn-Noranda, ville et villages en santé et la promotion de la santé partagent la même finalité : tous deux visent l'augmentation de la santé, selon la nouvelle définition de la santé instituée par la Charte d'Ottawa. Tout comme la promotion de la santé s'enracinait dans une nouvelle définition de la santé selon laquelle elle représente surtout une ressource de la vie et non seulement un but de la vie, un état à atteindre, le mouvement des Villes et Villages en santé défend aussi l'idée d'une amélioration de l'état de santé de la population.

Ainsi, en énonçant les cibles de Rouyn-Noranda, ville et villages en santé, Denise Lavallée (1992) fait aussi le pont entre la finalité de la corporation et celle de la promotion de la santé :

1. Amener les individus et la communauté à avoir une vision globale de la santé afin que ceux-ci adoptent et entreprennent eux-mêmes des actions;
2. développer la responsabilité individuelle et sociale face à la santé;

3. encourager le partenariat, l'intersectorialité et la participation de la communauté;
4. rallier toutes les forces de la communauté;
5. soutenir les diverses initiatives de la communauté dans ses efforts d'amélioration de la qualité de la vie;
6. inciter les décideurs à prendre en considération dans leurs décisions les valeurs santé et qualité de vie.

### 3.1.2 Le but

Le but de Rouyn-Noranda, ville et villages en santé, est d'augmenter l'espérance de vie en bonne santé de toute la population par la diminution des inégalités sociales face à la santé. Il faut rappeler que la définition de la santé instituée par la Charte d'Ottawa renvoie davantage à la capacité de réaliser ses ambitions et à celle d'évoluer avec le milieu et de s'y adapter qu'à l'idée d'absence de maladie. C'est donc dans cette optique que le Réseau québécois de Villes et Villages en santé, énonçant ses « Conditions d'adhésion et critères de reconnaissance », définit une municipalité en santé comme « une municipalité qui améliore constamment son environnement physique et social et qui, avec les ressources de sa communauté, rend ses citoyens et citoyennes aptes à s'entraider dans la réalisation de leurs activités courantes et en mesure de développer pleinement son potentiel » (RQVVS, 1990, p.3). Ce sont les conditions d'adhésion au Réseau québécois de Villes et Villages en santé qui confirment à la municipalité son rôle de support à la prise en charge citoyenne de la santé. Le but de Rouyn-Noranda, ville et villages en santé n'est donc pas seulement de diminuer l'incidence et les conséquences de la maladie.

Pour appartenir au Réseau à titre de membre régulier, une municipalité doit présenter une demande formelle accompagnée d'une résolution adoptée par le conseil municipal. Cette résolution comprend six points que la municipalité entend respecter : elle s'engage, devant ses citoyens et citoyennes à :

1. agir à la fois comme animatrice et comme participante au projet;
2. partager ses connaissances et ses expériences avec les autres municipalités du Réseau;
3. manifester, à l'intérieur de ses propres champs de compétences, une préoccupation constante pour la santé et la qualité de vie dans ses prises de décision et dans le choix de ses actions;

4. former un comité multisectoriel comprenant des représentants de la municipalité et d'au moins un organisme d'un autre secteur;
5. désigner un (ou des) représentant (s) de la municipalité siégeant à ce comité;
6. affecter un minimum de ressources humaines, matérielles, financières à la mise en œuvre des projets retenus par le conseil municipal (RQVVS, 2005 (b)).

### 3.1.3 Le modèle conceptuel

Avec la promotion de la santé se matérialise la conception globale de santé. Cette conception s'inscrit dans une perspective écologique, où la population dans son ensemble, sous toutes ses facettes, devient l'objet d'une approche actualisée de la santé.

[...] The ecological system perspective is particularly useful in the study of autonomous geographic communities, focusing as it does on population characteristics such as size, density, and heterogeneity; the physical environment; the social organization or structure of the community; and the technological forces affecting it (Minkler and Wallerstein, 2002, p. 33).

Le modèle conceptuel qui dicte l'action au sein du mouvement des Villes et Villages en santé est donc fidèle à l'approche théorique de la promotion de la santé. Ainsi, appuyé sur une conceptualisation selon un modèle écologique, où plusieurs facteurs qui interagissent entre eux sont considérés dans une perspective d'équilibre, le virage santé signifie pour une municipalité le moment d'emprise d'une action concertée sur la création des conditions qui déterminent la santé. « A healthy city plan is a vehicle to obtain the active involvement of a wide range of municipal departments, citizens and others partners in the city in strategic development and innovative action for health goals » (WHO, 1994, p. 9). Le rapport de causalité entre une attitude ou un comportement individuel et les facteurs de risque reliés à une maladie est évacué au profit d'une conception ouverte de l'action en santé publique qui fait appel à tous les secteurs d'activités.

La résolution prise au Conseil municipal le 13 avril 1987 devait nécessairement mener à la composition d'un comité d'administration, initialement appelé comité promoteur. Au départ, ce comité

est composé de Gérard Marinovich et de Raymond Ouimet, échevins, de Guy Parent, directeur des Services communautaires et de la qualité de vie à la Ville de Rouyn-Noranda, de Réal Lacombe, chef du DSC, de Raymond Major, un citoyen et enfin d'une étudiante, Caroline Milijours » (RQVVS, 2005)

Viennent ensuite s'ajouter en septembre 1987 Denise Lavallée, engagée comme coordinatrice par la ville, de même qu'un représentant du Centre hospitalier de Rouyn-Noranda, un représentant de la Chambre de commerce et d'industrie du Rouyn-Noranda régional, un représentant du CLSC le Partage des Eaux et un représentant de la Commission scolaire de Rouyn-Noranda. Au départ, la Ville de Rouyn-Noranda avait un budget de 5 000 \$ pour la corporation, lequel a été très vite augmenté pour atteindre 70 000 \$ en 1992, assurant par le fait même le salaire de la coordonnatrice. Il est à noter que la Ville est toujours intervenue dans la réalisation de projets particuliers, par exemple en dégageant 15 000 \$ pour la Journée écologique comprenant une cueillette de journaux et la récupération de déchets domestiques dangereux et 6 000 \$ pour le projet « Place aux adolescents » (Lavallée, 1992).

La création de ce comité s'inscrit dans la volonté de réaliser la santé dans une perspective nouvelle, celle définie par la Charte d'Ottawa. Il s'agit de créer un espace institutionnel pour favoriser la consolidation des organismes autour de la structure municipale.

Le comité, semblable dans son indépendance au conseil d'administration de la ville, se place au centre d'une nouvelle dynamique sanitaire avec tous les groupes et toutes les organisations de la communauté, et pas seulement ceux provenant du communautaire. Dans le concret, Rouyn-Noranda, ville et villages en santé permet la consolidation d'un réseau avec les organismes de la communauté (Lavallée, 2005)<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Selon Denise Lavallée, « une Ville en santé est une corporation paramunicipale reliée directement au conseil municipal, mais dont le conseil d'administration (comité promoteur) est indépendant du conseil municipal; il fait ce qu'il veut de son argent » (Lavallée, 2005). En fait, même si elle est payée par la Ville de Rouyn-Noranda, Denise Lavallée n'en est pas vraiment une employée. Elle est au service de la corporation qui elle, est un organe de la Ville. « Cela permet non seulement le financement des dépenses courantes (salaires, essence, etc.) mais aussi l'augmentation constante du niveau de

Aux dires de Denise Lavallée, la structure municipale offre d'autres avantages non négligeables pour mettre en place une approche ouverte de la santé publique. Dans un premier temps, plusieurs organismes et citoyens soulignent l'importance pour eux de pouvoir assister à certaines réunions auxquelles participent aussi le maire. De plus, le fait que ce maire soit élu assure un certain roulement dans la mesure où la corporation doit composer avec celui-ci régulièrement. « L'élu peut être changé aux quatre ans et non pas l'administrateur d'un CLSC. Les villes ont des mandats très larges, touchant à la fois les secteurs de la santé, de l'éducation, de l'environnement, etc. » (Lavallée, 2005). Dit autrement, l'approche cible plusieurs déterminants de la santé dans le contexte de la municipalité ou du village. Rouyn-Noranda, ville et villages en santé concrétise un modèle de développement communautaire. Denise Lavallée renchérit : « la notion de partenariat n'existait pas à Rouyn-Noranda avant, ce qui, maintenant, est normal » (Lavallée, 2005). Le processus entamé depuis 1987 dans cette ville a permis la création d'un espace de consolidation des organismes communautaires. Ainsi, la corporation n'est pas nécessairement impliquée dans toutes les étapes de la réalisation d'un projet, mais s'inscrit surtout comme un lieu de support aux organismes pour leur donner accès à la prise de décision et pour leur permettre de mettre en commun leurs efforts. Cependant, il faut aussi préciser qu'il peut arriver au comité, à l'occasion, d'initier lui même des projets. Cette particularité distancie encore une fois le mode de fonctionnement des Villes et Villages en santé de celui des CLSC. La mise sur pied d'un comité d'administration multidisciplinaire encourage nécessairement la vision écologique de la santé, par rapport à une vision confinée autour de l'analyse épidémiologique avec la prévention de la maladie.

Ainsi, dans le contexte de la Ville de Rouyn-Noranda, son adhésion au mouvement des Villes et des Villages en santé lui enlève le besoin d'un plan d'action précis; la cohésion des organismes de la communauté autour de la corporation VVS donne davantage de force. « Les gens ont plus tendance à travailler ensemble, sans se nuire mutuellement » (Lavallée, 2005).

Une précision doit être apportée au départ de l'étude du mouvement des Villes et Villages en santé (VVS) sous l'angle de la promotion de la santé. Ce mouvement, qui place la prise en charge citoyenne de sa santé par une communauté repose sur la ville. La ville dispose de son propre budget pour offrir des services à une population sur un territoire donné; elle peut par le fait même agir sur plusieurs dimensions de la régulation, sphères d'activités outrepassant les lieux traditionnels de la santé. Mais encore, elle représente l'instance structurante la plus rapprochée du citoyen. « La municipalité constitue la première structure organisationnelle que se donne une communauté pour s'offrir des services » (Ministère des Affaires municipales, 1992, p. 13).

Il faut aussi préciser que la structure municipale a en outre l'avantage de combiner pouvoirs de gestion d'une organisation avec ceux liés aux fonctions administratives et aux finances. En réalité, en se rajoutant au pouvoir d'administrer le territoire, ces différents lieux de pouvoirs qui appartiennent spécialement à la municipalité lui permettent d'envisager des actions « autour de l'hygiène du milieu, de la santé et du bien-être, des loisirs et de la culture, de l'environnement, du transport ainsi que de la protection des biens et des personnes » (Ministère des Affaires municipales, 1992, p. 13).

Le processus de prise de décisions dans les municipalités locales favorise aussi l'information citoyenne et la consultation préalables à un certain nombre de décisions, que ce soit par les différentes formes d'assemblées, les avis publics, la diffusion de documents, la période de questions ou tout autre moyen de consultation et d'information citoyenne (Ministère des Affaires municipales, 1992).

Les Villes et Villages en santé répondent donc aux impératifs de la mondialisation et de la transformation de la forme de l'État-providence, amorcée depuis la fin des années 1970. L'autorité étatique centrale se retire progressivement comme centre de régulation, notamment au niveau de la prise en charge de la santé publique.

Le local et le régional constituent des dimensions cruciales de la grande restructuration en cours dans le monde contemporain. Il s'agit d'un processus complexe de recompositions socio-spatiales combinées, impulsées

par la mondialisation en cours, qui interpelle aussi bien le public que le privé, à tous les niveaux. Dans ce contexte, l'État se redéfinit, et par conséquent il redéfinit ses rapports au territoire, ce qui modifie le rôle des acteurs locaux et des structures locales et régionales dans la gestion du social et dans le développement économique (Klein, 1998, p. 14).

Il faut enfin ajouter que d'autres responsabilités municipales, l'eau potable, l'élimination des déchets pour ne nommer que celles-là, font partie des dispositifs de prévention de la maladie, sédiments d'une vision archaïque de la santé. La prévention de la maladie demeure fondamentale dans la mise en œuvre de projets de promotion de la santé. L'évolution paradigmatique ne peut qu'être appréhendée sur les sédiments de l'ancienne approche de santé publique.

#### **3.1.4 Les objectifs**

Les objectifs de la corporation ont été identifiés depuis le début à partir des consultations citoyennes. Dès la résolution du Conseil municipal qui a fait de Rouyn-Noranda une Ville en santé, et suivant l'embauche de Denise Lavallée comme coordinatrice de la corporation Rouyn-Noranda, ville et villages en santé, un large processus de consultation de la population a été immédiatement mis en branle. Cette première consultation avait pour objectif de :

dresser un portrait de la qualité de vie locale, [d'] identifier les priorités et [de] rassembler les personnes ou organismes intéressés ou concernés par les priorités dans la réalisation de projets concrets d'amélioration de la qualité de vie/santé des citoyens-es (Ville de Rouyn-Noranda, 2005, p.2).

Ce seront « tous les enfants et adolescents du primaire et du secondaire, sauf les malades (absents) » (Lavallée, 2005) qui seront d'abord consultés. Les enfants étaient amenés à se prononcer sur ce à quoi leur faisaient penser certains mots comme, par exemple : sale, dangereux, etc. Quant à eux, les adolescents du secondaire ont été sollicités pour un atelier de vision stratégique. Ils devaient imaginer à quoi ressemblerait la Ville de Rouyn-Noranda dans dix ans. C'est au même atelier de vision stratégique que « 350 adultes, recrutés parmi les différentes sphères d'activités de la communauté » (RQVVS, 2005, p. 1)

ont aussi été conviés. Divisés en 30 groupes, ces adultes allaient compléter le processus de consultation citoyenne. Au total, tout près de 5 000 personnes énonçant au delà de 60 000 idées auront participé à donner l'envol à une consultation qui allait dicter les objectifs et les orientations prochains de la corporation Rouyn-Noranda, ville et villages en santé.

Les enfants se sont montrés très intéressés par tout ce qui touche les parcs, les jeux et la récréation. Les adolescents, quant à eux, étaient plus préoccupés par les problèmes environnementaux. Enfin, les questions de vie communautaire et sociale étaient au centre des préoccupations des adultes. Tous partageaient un intérêt majeur pour l'aménagement de leur espace de vie (quartier, logement, places publiques, circulation, etc.) Cette consultation a eu un impact important dans la mesure où elle véhiculait un message innovateur : les citoyens étaient devenus des décideurs (RQVVS, 2005, p. 2)

En plus des 5 000 citoyens interpellés lors de la première sollicitation, 200 représentants d'organisations de la communauté se sont rencontrés dans le but d'établir les priorités d'actions. Les idées retenues, au nombre de 1 500 ont été divisées en 6 secteurs, desquels 24 projets sont ressortis (Lavallée, 2005).

La deuxième grande consultation publique entreprise à Rouyn-Noranda a eu lieu en 1996. Ce sont alors l'action bénévole, la concertation et la pauvreté qui ont été identifiées comme axes d'intervention. C'est par contre la pauvreté qui a obtenu le plus d'attention, pas moins de 25 projets visant cette problématique ont vus le jour dans les années qui ont suivi. « Ceux-ci avaient pour objet, soit d'acquérir une meilleure connaissance de la situation, soit de réduire les inégalités socio-économiques ou encore de créer un climat social favorable à l'épanouissement des individus et des groupes » (RQVVS, 2004, p. 6).

Tandis que la pauvreté constituait l'axe principal d'action depuis plusieurs années, la consultation publique de l'hiver 2004 a donné lieu au Forum « La pauvreté... toujours une PRIORITÉ ! » afin de mieux connaître notamment la situation de la pauvreté telle que vécue en milieu rural et de sensibiliser les organisations aux besoins exprimés à ce titre au sein des communautés rurales. Le regroupement des municipalités où, par décret, l'ensemble des anciennes municipalités constituant la MRC de Rouyn-Noranda se sont vues dans l'obligation créer une seule ville : Rouyn-Noranda, explique pourquoi la corporation a



souhaité ajuster sa connaissance de la problématique et faire le point sur cette importante question. La corporation a également vécu une période d'instabilité durant la période du regroupement municipal. Ainsi, la consultation cherchait à découvrir le rapport particulier qu'entretient la pauvreté avec la ruralité. Le dernier regroupement où une nouvelle entité municipale a été créée à partir de Rouyn-Noranda et de plusieurs villages environnants n'est pas étranger aux nouvelles préoccupations de la municipalité concernant la pauvreté. La corporation a vécu une période d'instabilité durant la période des regroupements municipaux : depuis 2002, le conseil d'administration de Rouyn-Noranda, ville et villages en santé, a été presque complètement renouvelé (Rouyn-Noranda Ville en santé, 2003, p.1).

Autre conséquence du récent regroupement, la connaissance approfondie du fonctionnement des institutions municipales a permis à la corporation d'être « un acteur majeur dans le façonnement de la nouvelle ville » (Rouyn-Noranda, ville et villages en santé, 2004, p.1). La santé publique appréhendée par le biais de la promotion de la santé s'éloigne des secteurs traditionnels de la maladie. En ce sens, la corporation tente de développer un nouveau mode de gestion entre les « trois grands réseaux offrant chacun des services de proximité sur tout le territoire » (Rouyn-Noranda, ville et villages en santé, 2004, p. 1), la Commission scolaire de Rouyn-Noranda, le Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda, et la Ville de Rouyn-Noranda. La corporation travaille à instituer des mécanismes de gestion communs.

En tout, plus de 91 citoyens ont été amenés à répondre à une série de questions portant sur différents aspects de la pauvreté lors de cette dernière consultation publique. Le questionnaire était analysé en fonction du sexe, de l'âge, du revenu, et de la variable urbain/rural (Lavallée, 2004). Les personnes rencontrées<sup>17</sup> l'ont été dans le cadre d'une assemblée publique, dans quatre groupes de discussion et lors d'entrevues individuelles

---

<sup>17</sup> En tout, « 25 personnes vivant la pauvreté, 11 citoyens, 21 représentants de 13 Organismes à but non lucratifs et 32 représentantEs d'autant d'organismes publics ou parapublics » ont été rencontrés (Rapport annuel, 2004).

(Lavallée, 2004, p. 2). Neuf cent cinquante et un (951) énoncés ont été amassés, dont 830 provenaient du secteur rural et 121 de la ville<sup>18</sup>.

L'approfondissement des connaissances sur les différences entre la pauvreté en milieu rural et celle qui est vécue en milieu urbain n'aurait pas été possible sans avoir favorisé la participation de personnes dans la situation de pauvreté. « Le forum a rassemblé près de 100 personnes et, fait saillant à relever, une formule toute particulière a été utilisée afin que les personnes vivant la pauvreté soient présentes à l'événement et pour qu'elles s'expriment » (RQVVS, 2004, p. 6). Les objectifs retenus par la Ville lors de ce forum sont formulés par rapport aux axes suivants : la pauvreté, la ruralité, l'action bénévole et la concertation<sup>19</sup>. Précisément, les stratégies de lutte à la pauvreté énoncées sont les suivantes : augmenter la connaissance sur la problématique, travailler à la diminution des inégalités économiques et favoriser l'épanouissement des individus et des groupes de la communauté (Rouyn-Noranda, ville et villages en santé, 2004 (a)).

À l'heure actuelle, tandis que 29 projets ont déjà été réalisés pour cibler la problématique de la pauvreté, 44 autres projets autour de la pauvreté sont présentement en cours. De plus, 8 autres projets sont prévus et devraient être mis en branle sous peu (Lavallée, 2003, p. 2).

Ainsi, la double restructuration de la Ville et de la corporation a mené à clarifier l'action sur la pauvreté, notamment en donnant le coup d'envoi à de nombreuses initiatives

---

<sup>18</sup> Les énoncés reçus ont été regroupés selon les catégories suivantes : le soutien familial, le soutien social et la vie sociale : 219, la santé et les services de santé, et les autres services : 186, l'organisation du milieu de vie et de services municipaux : 166, les attitudes, les préjugés, l'estime de soi et les valeurs : 128, l'économie, le marché du travail, les mesures gouvernementales et le manque de revenus : 104, les besoins et l'aide alimentaire : 92, et l'éducation et la formation : 54 (Lavallée, 2004).

<sup>19</sup> Le RQVVS (RQVVS, 2003) définit les objectifs de la Ville de Rouyn-Noranda par rapport à ces axes spécifiques : pauvreté : « une ville qui agit de sorte qu'elle améliore les conditions de vie en situation de pauvreté et d'appauvrissement et qui favorise l'implication citoyenne et la réalisation du plein potentiel de chacun », la ruralité : « une ville qui supporte le développement des communautés rurales qui l'habitent dans le respect de leurs cultures et de leurs aspirations et qui met en place les conditions qui favorisent le développement harmonieux de la nouvelle ville », action bénévole : « une ville qui valorise et supporte l'action bénévole, notamment pour le bénéfice de ceux qui en ont besoin, et qui est capable de transmettre des valeurs de civisme et d'entraide auprès des jeunes », concertation : « une ville qui reconnaît la nécessité de mieux coordonner ses activités à la population ».

parmi lesquelles la « Démarche de recherche et d'initiatives : éducation, emploi et santé », la « Table Entreprises d'économie sociale » et la « Politique familiale municipale » sont représentatives de la conjugaison des problématiques de la pauvreté avec celle de la ruralité. La corporation Rouyn-Noranda, ville et villages en santé, a en outre pris l'engagement de tenir deux rencontres annuelles où seront « approfondies l'une ou l'autre des pistes d'action proposées » (RQVVS, 2004). La première de ces rencontres s'est d'ailleurs déroulée sous le thème du « soutien familial, social et vie sociale », choix pertinent puisque que 23 % des énoncés y faisaient référence (RQVVS, 2004).

### 3.1.5 Les mécanismes

Tandis que la prévention de la maladie posait les mécanismes de son action en fonction des trois types de prévention (primaire, secondaire et tertiaire), l'administration d'une ville en santé, dans le courant de pensée de la promotion de la santé, tend à se soumettre à une série de mécanismes, en respect avec la Charte d'Ottawa. En effet, les mécanismes de la Charte<sup>20</sup>, souvent perçus comme vecteurs même de l'application de la promotion de la santé, correspondent aussi aux mécanismes d'action de la corporation.

Avant d'entreprendre l'étude de la relation entre les politiques publiques et les Villes et Villages en santé, il convient tout d'abord de rappeler que l'analyse des politiques publiques renvoie de prime abord à la notion du pouvoir et de sa distribution. En ce sens, O'Neill, Gosselin et Boyer précisent :

Par dimension politique, on entend [...] l'existence, dans tout regroupement humain, de relations de pouvoir qui déterminent de façon significative, quoique non-exclusive, les comportements des individus, des groupes ou des collectivités. La relation de pouvoir fait référence à la capacité de certains individus ou de certains groupes à contraindre d'autres individus ou groupes à agir d'une manière déterminée (1997).

---

<sup>20</sup> Rappelons que les mécanismes de la Charte étaient respectivement les suivants : élaborer une politique publique saine, créer des milieux favorables, renforcer l'action communautaire, acquérir des aptitudes individuelles et réorienter les services de santé (OMS, 1986).

L'action sur les politiques publiques constitue un effet de programmes de promotion de la santé mais elle témoigne aussi d'un mécanisme de mise en application pratique de la théorie. En fait, la formulation de politiques publiques qui répondent aux critères de la promotion avec les Villes et Villages en santé s'inscrit aussi dans la dynamique du retrait progressif de l'État des affaires sociales dans le cadre de la société néolibérale. « The state becomes not the target of democratic insurgency but the employer and supporter of citizen initiative » (Fisher, 2002, p. 60).

Si l'action sur les politiques publiques dans le discours du mouvement des Villes et Villages en santé apparaît si importante, c'est avant tout parce qu'elle sous-entend une augmentation de l'organisation communautaire (community organization), comprise et définie comme « the process by which community groups are helped to identify common problems or goals, mobilize resources, and in other ways develop and implement strategies for reaching the goals they collectively have set » (Minkler and Wallerstein, 2002, p. 30). En ce sens, il ressort que l'adhésion au mouvement citoyen permet d'ajouter la participation de la communauté à l'identification des problèmes et des solutions possibles. L'action sur les politiques publiques matérialise un certain renversement de pouvoir vers la société civile. « Health promotion is an inherently political enterprise. Not only is it largely funded by government but the very nature of its activity suggests shifts in power ». (Signal, 1998, p. 257).

Dans le contexte de la Ville de Rouyn-Noranda, le meilleur exemple témoignant de la force de l'action sur les politiques publiques est très récent. Suite à la concertation de plusieurs organisations de la communauté autour de la problématique de la pauvreté depuis 1996, l'année 2002 a été marquée par l'adoption de la Loi 112, la *Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. Ce résultat fondamental a d'ailleurs permis de canaliser les efforts de la corporation Rouyn-Noranda, ville et villages en santé à partir de 2003 où « une résolution en faveur d'une nouvelle mobilisation des groupes et organismes concernés par cette problématique » a été prise (RQVVS, 2003 p. 3).

Juste à côté de cette volonté presque'avouée d'une nouvelle tentative de contrat social, se trouve le rapport du mouvement des Villes et Villages en santé avec les politiques publiques et leur processus de formulation. « Informing the public, policy-makers and politicians about health and its determinants in their city is the key to ensuring that all relevant groups in the city truly understand the ideas, problems and issues with which they are dealing » (WHO, 1998, p. 3).

La création de milieux favorables, second mécanisme de la Charte d'Ottawa après l'action sur les politiques publiques, est indissociable de la nouvelle conception de la santé instituée par la promotion de la santé. En asseyant théoriquement la promotion de la santé sur une définition de la santé comme étant une ressource de la vie (comparativement à une conception de la santé limitée à un but à atteindre), la santé devient un fait positif et non plus seulement le rapport de causalité d'un agent pathogène à la maladie. D'ailleurs, c'est ce second mécanisme qui est sous-jacent du mouvement des Villes et Villages en santé. En déplaçant le lieu de la santé vers la municipalité, instance gouvernementale la plus rapprochée du citoyen, c'est précisément le but de favoriser le milieu de vie pour une amélioration de l'espérance de vie en bonne santé de toute la population qui est poursuivi. Ce sont d'ailleurs essentiellement des projets concrets d'amélioration des milieux de vie qui ont vu le jour durant les premières années de la corporation<sup>21</sup>.

Au niveau du renforcement de l'action communautaire, il convient dans un premier temps d'insister sur l'élargissement professionnel qu'induit la promotion de la santé. En opposition au modèle épidémiologique qui domine historiquement la distribution de services de santé publique, la promotion de la santé incarnée par le mouvement des Villes et Villages en santé tend à affranchir la pratique de la santé d'un corps serré de professionnels.

---

<sup>21</sup> Parmi ses projets, soulignons : La décontamination du plomb de plus de 562 terrains (environ 80 % des terrains contaminés) près de la Noranda, l'aménagement du Cap Ours pour la Fête d'hiver, l'aménagement du lac Édouard comme parc botanique (Lavallée, 1992). Il faut préciser que dans l'esprit de la promotion de la santé, tous les organisations de la communauté ont l'occasion de participer à la prise en charge de la santé publique, y compris la Noranda qui « a investi 3,1 millions \$ dans la décontamination et la réduction à la source du plomb » (Lavallée, 1992, p. 20).

Finally, the new community building professionals escape the ideology of the medical model. For all its utility, the medical model always bears a hidden negative assumption that what is important about a person is his or her injury, disease, deficiency, problem, need, empty half. The able, gifted, skilled, capable, and full part of a person is not the focus of the medical model. And yet communities are built upon the capacities of people, not their deficiencies. [...] For this reason, community building health promotion professionals inevitably find that reason must invert the medical model and focus on capacities rather than needs and deficiencies (McKnight, 2002, p. 24).

De plus, mise à part l'ouverture concrète de la pratique de la santé à de nouveaux acteurs, l'adhésion aux principes de la promotion de la santé suppose aussi pour une ville un réajustement de la pratique des professionnels traditionnels de la santé, une ouverture vers la participation communautaire.

Some modern health professionals, recognizing this necessary, have begun to design complex programs said to interface with, involve, or use the community. As noble as the intentions of these professionals may be, they fail to recognize the historical evidence demonstrating that as systems grow in capacity, influence, and power (McKnight, 2002, p. 23).

Rouyn-Noranda, ville et villages en santé vise donc le renforcement de l'action communautaire. Sans insister sur la panoplie de nouveaux intervenants qui participent désormais à la création de la santé depuis la mise sur pied de la corporation, l'analyse des intervenants concernés étant une catégorie en soi du modèle comparatif, il convient de préciser le rôle de la corporation au niveau du renforcement de la capacité communautaire.

Le rôle de Ville en santé a été alors de convaincre d'autres organismes du milieu de se joindre aux groupes de travail. Le choix de ces partenaires s'appuyait sur quelques critères :

- Le partenaire doit être concerné par la problématique;
- Le partenaire doit manifester un intérêt réel et avoir une volonté d'agir;
- Le partenaire doit accepter de s'inscrire dans la démarche proposée par Ville en santé (Rouyn-Noranda, 1992, p.15).

La prise en charge communautaire des paramètres de la santé publique suppose nécessairement une amélioration de la capacité communautaire, mais aussi une augmentation

de la capacité des individus à se prendre en charge'. En fait, dans la logique des choses, l'individu ne précède pas obligatoirement la communauté. Une communauté forte favorise indubitablement le développement de meilleures compétences individuelles chez ses membres, chez les citoyens. Au niveau des façons de faire à préconiser suivant la consultation sur la lutte à la pauvreté en 2004, la corporation précise qu'il faut :

- favoriser la participation des citoyens-es, des organismes, favoriser la participation des communautés;
- agir de sorte que les individus, les groupes et les communautés réalisent leur plein potentiel, et;
- aborder la personne dans sa globalité, adopter une approche globale dans ses projets. (Rouyn-Noranda, ville et villages en santé, 2004, p. 22)

Concrètement, Denise Lavallée affirme percevoir un réel changement de mentalité, spécialement en ce qui a trait à la pauvreté. « Plus personne ne parle contre les pauvres et la pauvreté » (Lavallée, 2005). La vingtaine de projets menés autour de cette problématique tend à avoir changé la mentalité des citoyens de la Ville de Rouyn-Noranda. Il faut préciser que les projets sont suivis, épisodiquement, de périodes de sensibilisation. Denise Lavallée insiste pour préciser que les projets qui visent à changer les mentalités sont des projets qui doivent se dérouler sur deux, trois ou quatre ans.

Le cinquième mécanisme d'action prescrit par la Charte d'Ottawa est la réorientation des services de santé. En ce sens, il convient d'abord de rappeler que la formation d'un Comité d'administration intersectoriel participe à cette réorientation des services de santé. Constitué d'échevins, du directeur des Services communautaires et de la qualité de vie à la Ville de Rouyn-Noranda, du chef du DSC, de citoyens, d'étudiants, de la coordonnatrice, de même que d'un représentant du Centre hospitalier de Rouyn-Noranda, d'un représentant du CLSC le Partage des Eaux et d'un représentant de la Commission scolaire de Rouyn-Noranda, la structure de la corporation impose la réorientation des services traditionnels de santé. Il faut aussi rappeler que le Comité d'administration a la capacité d'initier des projets, ce que ne pouvait faire le CLSC. Par ailleurs, il semble qu'à mesure que le mouvement prend de la maturité, la complicité avec le réseau de la santé, les CLSC en particulier, se fait sur une base de plus en plus régulière. La municipalité a compris que l'expérience professionnelle

des intervenants communautaires du réseau de même que leur expertise au niveau de l'évaluation peut faire la différence dans le succès d'un projet (RQVVS, 2000). Leur expérience en animation communautaire et en développement local est complémentaire à la structure d'intervention proposée par Villes et Villages en santé.

De plus, en misant sur l'encadrement et la récupération des organisations de la communauté, Rouyn-Noranda, ville et villages en santé institue de nouveaux acteurs dans la pratique de la santé publique. Un nouveau mode d'intervention à l'extérieur des services de santé publique traditionnels est proposé.

La communauté apparaît dans cette perspective comme le lieu approprié de la mise en pratique d'une stratégie multidimensionnelle, intégrée et ouverte. « Such a orientation envisions community as a system that is multidimensional, involving people and organizations as many levels engaged in relationships with one another that are manifested in both actions and consciousness » (Walter, 2002, p. 69).

### **3.1.6 L'objet de son action**

Dans l'optique du modèle d'analyse du MSSS, la corporation Rouyn-Noranda, ville et villages en santé est aussi porteuse des idéaux de la nouvelle conception de la santé. L'affranchissement de la santé publique du joug médical se réalise par l'ouverture de sa pratique sur les déterminants de la santé<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> « La santé, c'est plus que l'absence de maladies. En fait, plusieurs conditions font qu'elle est bonne ou mauvaise chez un individu. Il en est de même pour les municipalités. Ainsi, on peut dire qu'une municipalité en santé se reconnaît principalement à...

1. La réponse donnée au besoins de base de ses citoyens et citoyennes (eau, nourriture, logement, travail, sécurité...);
2. La qualité de son environnement naturel et construit;
3. La force de son tissu social;
4. L'efficience dans l'utilisation de ses ressources naturelles;
5. La richesse de sa culture;
6. La vigueur et la diversité de son économie;
7. L'accès aux services publics et privés;
8. Le degré de contrôle que ses citoyens et citoyennes exercent sur les décisions qui les touchent;
9. L'état de santé de sa population » (Rouyn-Noranda, 2003, p.2).



La prévention de la maladie agissait sur les facteurs de risque, souvent associés à des comportements individuels tandis que la promotion de la santé, dont les Villes et Villages en santé sont le meilleur exemple, part de la prémisse que la santé est le produit de plusieurs déterminants. La promotion de la santé se situe à ce niveau dans la tradition de Lalonde qui dégageait quatre conditions qui déterminent la santé, quatre déterminants de la santé.

Accordingly, such approaches recognize and attend to, for example, biomedical, social, economic, cultural, and physical environmental factors as determinants of health and disease. Given this attention to multiple units of practice and the complex set of determinants of health and disease community-based participatory research efforts strive to achieve broad-scale social changes aimed at eliminating health disparities (Israel and al., 2003, p. 57).

Ainsi, il faut absolument insister sur le fait que la conception de la santé par les déterminants constitue une nouveauté de la pratique de la santé publique; plusieurs déterminants qui ne sont pas historiquement du domaine de la santé sont pris en compte, notamment le revenu et la situation sociale, le développement sain durant l'enfance, l'emploi et les conditions de travail, de même que les environnements sociaux.

Dans le contexte de la consultation citoyenne de 2004 où l'action contre la pauvreté a été orientée autour de la question de la ruralité, beaucoup de secteurs d'activités de la municipalité ont été ciblés. Axé sur la sécurité financière et l'insertion sociale et citoyenne à part entière, Rouyn-Noranda, ville et villages en santé souligne parmi les secteurs à cibler : l'économie, l'emploi, l'aide alimentaire, le soutien familial, le soutien social, la vie sociale, l'éducation et la formation, l'organisation du milieu et des services municipaux (transport, loisirs, culture, logement et lieux de rencontre), les attitudes, les préjugés, l'estime de soi et les valeurs (Rouyn-Noranda, ville et villages en santé, 2004 (b)).

### **3.1.7 La clientèle**

L'exemple de Rouyn-Noranda, ville et villages en santé, permet de cerner le rapport particulier qu'entretient la clientèle visée avec la pratique de la promotion de la santé. La

promotion de la santé tend ultimement à la prise en charge de la clientèle par elle-même, elle favorise le processus d'« empowerment ». Les processus de consultations citoyennes ont permis de démontrer comment le citoyen a la possibilité d'être impliqué à toutes les étapes d'un projet VVS.

« Rather than defining health as medical care alone, Healthy Cities has lead the way to seeing that health promotion, involving all sectors of communities, is central to the processes of solution » (Dahl, 2004, p. 806). L'objectif d'améliorer la santé de la population s'accompagne désormais d'une volonté d'encourager la population à prendre en charge sa santé. Selon Denise Lavallée, coordonnatrice à la corporation Rouyn-Noranda, ville et villages en santé, la philosophie de la Ville se caractérise par la capacité de travailler avec les organismes du milieu. En fait, l'adhésion de la Ville au mouvement des Villes et Villages en santé a permis d'instituer le partenariat et la concertation dans la résolution de problématiques locales identifiées par la communauté. « Le rôle du comité promoteur [...] est de stimuler les efforts de la communauté et non de décider ou d'agir à sa place » (RQVVS, 2005 (a)).

La coordinatrice travaille annuellement avec près de 60 organisations et depuis 1987, elle a travaillé sur plus de 40 projets selon l'approche de la promotion de la santé. Encore en 2004, ce sont au moins 45 organisations de la communauté et/ou bénévoles qui ont participé au succès de Rouyn-Noranda, ville et villages en santé<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> Parmi ces groupes, on compte : Les amis de Notre-Dame, Fraternité St-Michel, Le Centre de l'Amitié, le Centre Bernard-Hamel, la Cuisine collective, Atd Quart-Monde, le Comité des besoins sociaux, Le centre des femmes « Entres femmes », le Regroupement des chômeurs/euses A.-T., Développement et Paix, R.E.P.A.S., l'Association coopérative d'économie familiale de l'A.-T., La Maison de la famille de Rouyn-Noranda, l'Association Grands-Frères / Grandes Sœurs, le Centre Ressources jeunesse de l'A.-T., Arrimage-Jeunesse, Ressources d'aide et d'information en défense des droits de l' A.-T., l'Association pour l'intégration sociale de R.-N. inc., Les Intrépide de R.-N. inc., Ressource d'aides et services pour personnes handicapées de l' A.-T., Le Pont de Rouyn-Noranda inc., La Maison du Soleil levant de Rouyn-Noranda inc., Alternative pour elles, le Centre de bénévolat Rouyn-Noranda inc., Vision-Travail, l'Association des parents et amis du malades mental de R.-N., l'Association de la fibromyalgie de l' A.-T., l'Association des dépressifs et maniaco-dépressifs de l' A.-T., Club A.C.V. R.-N., le Centre de santé et de services sociaux, la Ville de Rouyn-Noranda, la Commission scolaire de Rouyn-Noranda, la Chambre de Commerce. (Rouyn-Noranda Ville en santé, 2004 (b)).

Dans la mesure où la promotion de la santé ciblait le changement d'attitudes et de valeurs sociétales à long terme (MSSS, 1987) les Villes et Villages en santé répondent aussi à cet impératif intimement relié à la refonte de la solidarité et de la citoyenneté dans le contexte de la société néolibérale. Par le détour obligé à l'« empowerment », comme stratégie mais surtout comme idéal intrinsèque aux projets et programmes de promotion, l'orchestration d'une ville en santé offre une réponse au déficit démocratique actuel.

Faire la promotion de la santé implique d'habiliter les gens – individuellement et collectivement – à prendre le contrôle des conditions et des événements qui affectent leur santé et à les améliorer. [...] La mise en place de systèmes de gouverne démocratiques à tous les niveaux s'avère donc, pour de multiples raisons, un élément primordial dans la démarche visant à permettre à chacun d'atteindre la santé (Hancock, 1999, p. 4).

### **3.1.8 Les intervenants concernés**

Le mouvement des Villes et Villages en santé s'est approprié le titre de champion de la promotion essentiellement parce qu'il a été le premier à institutionnaliser la participation communautaire comme vecteur de santé et de diminution des inégalités sociales en matière de santé (Duhl, 2004). Concrètement, plus de 2 500 bénévoles ont directement participé aux projets mis en branle dans les trois premières années de vie de Rouyn-Noranda, ville et villages en santé, de même que 20 organismes de la communauté. « Dans ce cheminement vers un nouveau partenariat en promotion de la santé, citoyens, groupes communautaires, organismes publics et parapublics et intervenants ont été appelés à converger vers un même but » (Lavallée, 1992, p.15). En effet, en respect avec une approche globale et écologique de la santé, y est profondément ancrée la nécessité de faire participer des intervenants de tous les secteurs de la communauté à la définition des problèmes et des pistes de solution. Comme il a été démontré, la municipalité, palier gouvernemental le plus rapproché auquel peut s'adresser l'individu, permet la concertation dans une perspective globale de santé publique, d'un nombre considérable d'intervenants, provenant de secteurs d'activité diversifiés, tous potentiellement déterminants dans l'état de santé d'une population. Tous ces secteurs d'activités ne sont pas associés historiquement au domaine sanitaire.

Le concept est simple et flexible : la concertation au sein des différents services municipaux ainsi qu'avec les organismes du milieu, qu'il s'agisse des ressources du réseau de la santé, de celui de l'éducation, du monde du travail, des groupes communautaires ou encore des citoyens eux-mêmes. Il se base sur le fait que les municipalités représentent le niveau le plus près de la population et sans doute le plus significatif pour sa santé puisque la qualité de vie d'un individu est un facteur prépondérant de son état de santé (RQVVS, 2005 (b)).

Les Villes et Villages en santé concrétisent cette volonté de prise en charge des problèmes par les intéressés dans un contexte de remise en question des principes providentialistes. L'État, par des mécanismes institutionnels et politiques, refile une partie des responsabilités de santé publique à une multitude d'acteurs nouvellement admis, en s'assurant de la pérennité et de la pertinence des instances nouvelles.

The solutions are not governmental alone. It will involve the business section, communities, separate interests, the faith communities and more to make the process work. [...] Rather than the medical profession and its immediate allies being the ones responsible for health, it gradually becomes that of the people itself. [...] Healthy Municipalities had led the way, to new health (Duhl, 2004, p. 806-807).

La réalisation de la promotion de la santé implique des changements importants au niveau des intervenants intéressés à la santé publique. En fait, deux nouvelles dynamiques participatives viennent marquer la délivrance de la santé publique selon la promotion, comme en fait foi l'exemple des Villes et Villages en santé. Tandis qu'une première vague de fond tend à redéfinir les rôles des intervenants traditionnels affectés à la santé publique, un nouveau courant se fait aussi sentir pour élargir l'univers des intervenants en promotion, pour affranchir la pratique de la santé publique d'une guilde professionnelle. Les Villes et Villages ouvrent la pratique de la santé à d'autres intervenants, à l'extérieur du domaine de la santé.

Plusieurs organismes publics, parapublics (CLSC, Ville, Emploi et Solidarité, Commission scolaire, etc.) sont en lien avec les différents groupes communautaires ou bénévoles se préoccupant de la pauvreté. Également, bon nombre d'entreprises sont sollicitées pour la réalisation de projets divers. Pour chacun, il est difficile d'avoir un portrait d'ensemble de ces intervenants et de leurs engagements. Ville en santé en a donc produit une

liste et a découvert que le niveau d'engagement à l'égard de la pauvreté s'établit à l'un ou l'autre des 3 niveaux suivants :

- Ceux qui ont pour mandat de lutter contre la pauvreté, l'appauvrissement ou encore leurs effets;
- Ceux dont la clientèle est souvent affectée par la pauvreté;
- Ceux dont la clientèle vit une situation pouvant conduire à l'appauvrissement (Ville de Rouyn-Noranda, 1998, p. 3)

De plus, les élus, notamment les maires et les conseillers, sont maintenant impliqués en première instance dans le processus de prise en charge par la communauté de la santé publique. Les Villes et Villages en santé incarnent un changement d'approche de santé publique parce qu'elles ont réussi à changer l'attitude des décideurs municipaux. La structure municipale est dorénavant admise comme levier d'action en santé publique.

D'ailleurs, dans son rapport de consultation des citoyennes et des citoyens (Lavallée, 2004), il est énoncé comme caractéristiques principales :

1. La reconnaissance de l'importance et de la portée des décisions des élus municipaux sur la santé en améliorant la qualité de vie locale;
2. Le développement de projets intersectoriels (Lavallée, 2004, p. 1).

La promotion de la santé élargit donc l'univers conceptuel de la santé, elle agit comme catalyseur de l'ouverture de la pratique sociosanitaire à de nouveaux intéressés. Avec les VVS se retrouvent donc directement interpellés selon la nouvelle donne de la santé publique le maire, les conseillers, les membres des CLSC, les commissions scolaires, la Chambre de commerce et les organismes communautaires, les étudiants, les simples citoyens et finalement des fonctionnaires municipaux (Fortin et al. 1991).

De plus, les professionnels traditionnels du domaine de la santé sont aussi amenés à changer leur façon de faire. « This new health promotion movement has resulted in a fundamental shift in the ways in which many health professionals think, talk, and write about health, the determinants of health, and the strategies for achieving health » (Robertson and Minkler, 1994, p. 296).

### 3.2 Pour un changement de paradigme

Il est vrai que le mouvement des Villes et Villages en santé incarne la mise en pratique de l'approche de la promotion de la santé dans une perspective idéale-typique. Mais si le mouvement tend à permettre l'affirmation d'un changement d'approche de santé publique, c'est aussi en regard de son déploiement phénoménal depuis sa création. « Depuis sa création en 1988, le Réseau québécois de Villes et Villages en santé n'a cessé grandir en qualité et en nombre puisqu'il compte maintenant 140 municipalités, arrondissements et MRC membres représentant plus de 50 % de la population québécoise » (RQVVS, 2005 (b)).

Dans son rapport annuel de 2004, Rouyn-Noranda, ville et villages en santé annonçait une demande de projet proposé par l'Agence de santé et des services sociaux portant sur l'évaluation participative (Ville de Rouyn-Noranda, 2004). Ce n'est pas un hasard si la demande pour l'évaluation de projets et de programmes est de plus en plus répandue. Des changements sont évidemment perceptibles par rapport à l'élaboration de politiques publiques plus saines, à la création de milieux favorables, au renforcement de l'action communautaire, à l'acquisition d'aptitudes individuelles et à la réorientation des services de santé, mais les techniques pour rendre compte des résultats attendus demeurent le défi le plus urgent à l'heure actuelle. Par exemple, si depuis le début des initiatives de promotion de la santé les techniques d'évaluation se situent essentiellement au niveau de l'évaluation du processus, l'évaluation des impacts et des effets, notamment le rapport coûts/efficacité, sont parmi les enjeux les plus importants de la nouvelle santé publique. Le manque d'information sur la rentabilité des programmes de promotion de la santé tend à légitimer, encore aujourd'hui, des interventions exclusivement orientées vers la prévention de la maladie et l'approche épidémiologique.

## CONCLUSION

Le questionnement qui motivait ce travail prenait sa source dans le changement de paradigme d'approche de santé publique affirmé par plusieurs auteurs<sup>24</sup>. Ce mémoire poursuivait l'objectif de vérifier l'hypothèse d'un changement de paradigme en santé publique, de la prévention de la maladie à la promotion de la santé.

Pour ce faire, la démarche empruntée comptait trois étapes distinctes. Après un premier chapitre qui opposait conceptuellement la prévention de la maladie et la promotion de la santé selon un modèle d'analyse théorique, un second chapitre étudiait les transformations de la forme de l'État, de l'État libéral à sa forme néolibérale, en passant par l'État-providence, pour appréhender l'application pratique de la nouvelle approche de santé publique. Plus précisément, la démonstration des mécanismes de transformation de la forme de l'État était le point de départ d'une analyse des politiques publiques de santé publique dans le but de vérifier la mise en pratique de la promotion de la santé. Enfin, par l'application à la corporation Rouyn-Noranda, ville et villages en santé du modèle qui a servi de base à la comparaison des approches de santé publique au premier chapitre, le troisième chapitre constituait une étude de cas d'une initiative de promotion de la santé.

L'opposition conceptuelle entre la prévention de la maladie et la promotion de la santé était fondée sur le modèle comparatif développé par le ministère québécois de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 1987), inspiré du modèle d'Ilona Kickbusch ayant servi à définir la stratégie de l'OMS en promotion de la santé. Ce modèle, qui permettait une comparaison exhaustive au niveau de la finalité, du but, du modèle conceptuel, des objectifs, des mécanismes, de l'objet de son action, de la clientèle et des intervenants concernés a premièrement permis de démontrer qu'il ne faut pas opposer de prime abord les deux approches de santé publique. Si la promotion de la santé, ancrée dans une toute nouvelle

---

<sup>24</sup> Parmi ces auteurs, rappelons (Duhl, 2004; Labonté, 1994; Levin et Ziglio, 1996; Robertson, 1998; Stachtchenko et Jenicek, 1990).

définition de la santé<sup>25</sup> qui l'affranchit de son référent historique, la maladie, suppose un différent univers de rationalisation de la santé, c'est dans une perspective d'évolution et non de rupture. En contenant dans ses prémisses les grands principes de la prévention, la promotion de la santé s'est idéologiquement émancipée comme approche écologique de la santé en conservant toutefois une légère saveur épidémiologique. Le lien de causalité entre un agent pathogène et la présence de la maladie, fondement de l'analyse épidémiologique demeurait, mais la prédominance dans la théorisation de la santé publique était dorénavant accordée à l'environnement, à la mise en place des conditions qui participent à créer la santé. La promotion étant définie comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » (OMS, 1986), c'est maintenant autour de l'élaboration de politiques publiques saines, de la création de milieux favorables, du renforcement de l'action communautaire, de la réorientation des services de santé et de l'acquisition d'aptitudes individuelles qu'étaient théorisés les mécanismes d'intervention en santé publique. Par le fait même, il a été démontré que la stratégie d'action jusque-là orientée sur les facteurs de risque à la maladie était déplacée de façon à agir sur les conditions qui déterminent la santé, sur les déterminants de la santé. Enfin, par rapport à un exercice de la santé publique historiquement sous l'hégémonie biomédicale, le renversement idéologique du paradigme de la prévention de la maladie par la promotion de la santé modifiait le rôle des professionnels de la santé et ouvrait sa pratique à de nouveaux intervenants, notamment la clientèle, par la mise de l'avant du processus d'« empowerment », individuel et communautaire. La nouvelle théorie de la santé publique rompait donc avec le passé dans la mesure où elle favorisait l'idée de consensus entre différents acteurs dans le processus d'identification des problèmes et des solutions et où elle promouvait la réappropriation citoyenne de la prise en charge sanitaire. Ainsi, sans affirmer un rejet des principes de la prévention de la maladie, cette première section du travail a réussi à répondre partiellement à la question de départ; il a été démontré qu'il y avait bel et bien eu changement de paradigme d'approche de santé publique, à tout le moins au plan idéologique.

---

<sup>25</sup> L'OMS et le Gouvernement du Canada ont été à l'origine, en 1986, de l'institution d'une nouvelle définition de la santé selon laquelle elle renvoie désormais « à la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autres part, évoluer avec le milieu et s'adapter à celui-ci » (OMS, 1986). La santé, désormais parée d'une dimension qualitative, était par le fait même perçue comme un ressources de la vie et non plus comme un but à atteindre.



Dans un deuxième temps, l'étude des politiques publiques de santé publique visait à démontrer l'application concrète de la nouvelle approche de santé publique et à en évaluer l'ampleur. De plus, ce chapitre s'appuyait sur l'analyse historique des transformations de la forme de l'État. Avec l'Acte de l'Amérique du Nord britannique qui établissait les responsabilités fédérales et provinciales dans le cadre de la formation de l'État libéral qui s'appuie sur une conception abstraite des droits du citoyen de nature civile et politique, la prise en charge de la santé publique était essentiellement une affaire relevant des institutions privées. La consolidation de l'État-providence au lendemain de la Seconde Guerre mondiale a fait reconnaître des inégalités effectives conséquentes à la vie en société. Cette nouvelle conception sociale de la citoyenneté supposait la prise en charge étatique de la santé publique découlant de nouvelles revendications sociales. C'est le moment d'expansion de l'État-providence, du système de santé et de l'appareil de santé publique sous l'égide de l'approche épidémiologique et de la prévention de la maladie. Le secteur public était au centre de la régulation de la santé publique; les grandes réformes qui ont centralisé la pratique de la santé publique ont posé l'éducateur public, les médecins et autres professionnels du domaine de la santé à la base de la stratégie d'intervention orientée vers les facteurs de risque liés à la maladie. Avec la crise de l'État-providence et l'émergence de la forme néolibérale de l'État, le secteur public tend à se retirer progressivement comme moteur de la régulation de santé publique. C'est dans cette perspective que la promotion de la santé émerge comme approche de santé publique fondée sur une nouvelle conception de la santé mais aussi sur l'impératif de remettre en partie à l'acteur privé la prise en charge de sa santé.

Ce dépassement de l'univers de rationalisation nosologique de la santé publique porté par toutes les instances gouvernementales s'est cependant fait sur la base de l'analyse épidémiologique encore dominante et d'une approche de santé publique essentiellement axée autour de la modification de comportements individuels nuisibles à la santé. Cela tend à expliquer la portée restreinte des premières actions en santé publique sur l'individu et ses habitudes de vie, actions qui ont suivi le dépôt du Rapport Lalonde et de la Charte d'Ottawa, manifestes canadiens mais aussi internationaux de la conception de la santé publique selon la promotion de la santé. Si la promotion de la santé a vite surgi dans l'agenda des paliers fédéral, provinciaux et municipaux, supposant un changement idéologique de la conception

de la santé publique, son application a néanmoins été limitée à ses débuts, comme aujourd'hui d'ailleurs. Malgré plusieurs initiatives, politiques et programmes basés sur l'approche par les douze déterminants, la santé publique demeure en grande partie envisagée dans la logique des facteurs de risque comme causalité à la maladie. Même si les politiques publiques en faveur de la promotion de la santé, adoptées dans le contexte de l'État néolibéral, ont effectivement façonné une nouvelle réalité de la pratique de la santé publique, la structure ancienne et ancestrale de la prévention de la maladie demeurerait trop importante pour être évacuée de l'intervention. La promotion de la santé de la population, qui a émergé à la fin des années 1990 comme approche actualisée de la promotion de la santé aux douze déterminants de la santé et à l'évaluation fondée sur la collecte de données probantes, ramène à l'ordre du jour les impératifs de la prévention de la maladie. Bien qu'en pratique, il y ait eu évolution du paradigme de la santé publique, les nouveaux enjeux liés à l'évaluation ont revalorisé l'analyse épidémiologique, centrale en prévention de la maladie. De plus, le secteur privé est redevenu un acteur important en promotion, notamment par le biais d'organisations communautaires; le soutien étatique n'est plus basé sur la reconnaissance d'inégalités sociales mais plutôt sur le but d'encourager la réalisation du potentiel individuel.

Enfin, le troisième chapitre du mémoire proposait l'étude de la corporation Rouyn-Noranda, ville et villages en santé afin de vérifier la mise en application d'une initiative répondant aux principes de la promotion selon le modèle du MSSS (1987). Rouyn-Noranda, ville et villages en santé est la première municipalité en Amérique du Nord à s'être jointe au mouvement international en 1987, mouvement qui réunit aujourd'hui à l'intérieur du Réseau québécois de Villes et Villages en santé 140 municipalités seulement au Québec et qui regroupe plus de 50% de la population. En ce sens, il a été prouvé que Rouyn-Noranda, ville et villages en santé s'inscrit avant tout comme tentative de renforcement des administrations locales et du potentiel individuel dans la prise en charge de la santé. Les processus de consultation citoyenne qui ont établi les priorités de la corporation démontrent bien l'implication des populations concernées, de l'identification des enjeux importants à la prise de décision sur les actions à poser. La municipalité institue l'action sur les déterminants de la santé, tant économiques, sociaux qu'environnementaux par les structures locales en même temps qu'elle favorise la réappropriation privée des paramètres de la santé en étant le palier

gouvernemental le plus rapproché du citoyen. En outre, la corporation fait aussi reposer ses actions sur le partenariat et l'intersectorialité pour créer la santé, et ce même à l'extérieur des domaines traditionnels de la santé. L'étendue des champs de compétences de la municipalité et le budget dont elle dispose permet en effet d'agir sur des problématiques au niveau d'une gamme variée de déterminants de la santé. En déployant ses actions selon les mécanismes prescrits par la Charte d'Ottawa, Rouyn-Noranda, ville et villages en santé a permis la participation de nouveaux intervenants à l'extérieur du domaine de la santé. La promotion de la santé est donc posée comme alternative viable à la prévention de la maladie en santé publique avec la mise sur pied du mouvement des Villes et Villages en santé, dont Rouyn-Noranda, ville et villages en santé est un cas de réussite.

Ainsi, motivé par le questionnement du changement de paradigme de santé publique, de la prévention de la maladie à la promotion de la santé, ce mémoire a réussi à démontrer qu'il y avait bel et bien eu transformation dans l'appréhension idéologique de la santé publique depuis le dépôt du Rapport Lalonde en 1974 mais surtout depuis la signature par 38 pays de la Charte d'Ottawa en 1986. L'analyse pratique des politiques de santé publique dans le contexte des transformations de la forme de l'État a aussi permis d'établir que bien qu'il s'agisse d'une alternative possible à la prévention de la maladie, l'application de la promotion de la santé est demeurée limitée; les racines dominantes de l'épidémiologie, fondement de la prévention de la maladie, laissent davantage croire à une évolution inclusive vers un paradigme de promotion de la santé plutôt qu'à un refus complet des principes de la prévention dans l'intervention de santé publique. Cette analyse de la promotion de la santé comme approche de santé publique prend d'ailleurs tout son sens alors que des initiatives comme le mouvement des Villes et des Villages en santé à l'intérieur de laquelle la corporation Rouyn-Noranda, ville et villages en santé s'inscrit, répondent au modèle de la promotion de la santé développé par le ministère québécois de la santé en 1987.

Certaines pistes peuvent cependant être énoncées quant à la poursuite de l'étude des approches de santé publique et à l'hypothèse du passage d'un paradigme de promotion de la santé vers un paradigme de prévention de la maladie. Premièrement, il serait pertinent de vérifier la perception, les changements de mentalités des professionnels de la santé à l'égard

d'une conception élargie de la santé depuis la formulation de la promotion de la santé. Est-ce que l'établissement de politiques publiques en faveur de la promotion de la santé ont fait évoluer l'intervention des professionnels vers une conception de la santé par les déterminants par opposition à une conception principalement axée sur la relation entre des facteurs de risques et la présence de la maladie ? Finalement, l'analyse approfondie des politiques publiques favorables à la santé à l'extérieur du domaine traditionnel de la santé, présage de l'application d'une approche de santé publique en respect avec la promotion de la santé et de ses mécanismes, représente aussi une avenue appropriée de l'étude des approches de santé publique dans l'optique des changements de paradigmes.

## LISTE DES RÉFÉRENCES

### Ouvrages

- Alster, Katherine Beyerman. 1989. *The holistic health movement*. Tuscaloosa : University of Alabama Press.
- Badgley, Robin F. 1994. « Health promotion and Social Change in the Health of Canadians », in Pederson, A., M. O'Neill and I. Rootman, Préface, in *Health promotion in Canada : Provincial, National & international perspectives*, Toronto, W.B. Saunders, p. 20-39.
- Bantuelle, Martine, Jacques Morel et Yves Dario. 2000, « Les acteurs et leurs pratiques », *Collection : Santé communautaire et promotion de la santé*, dans le cadre du colloque « Santé communautaire », 29 p.
- Bergeron, P. et F. Gagnon, « La prise en charge étatique de la santé au Québec : émergence et transformations », p. 7-33. Voir Lemieux, V. et al. 2003.
- Downies, R.S., Fyfe, Carol. and Tannahill, Andrew. 1990. *Health Promotion : Models and Values*, Oxford Medical Publications.
- Draper, Ron. « Perspective on health promotion : A discussion paper ». *Canadian Public Health Association*, March 1995.
- Evans, Robert G., Morris L. Barer and Theodore R. Marmor (éd.). 1994. « Why are Some People Healthy and Others Not ? The Determinants of the Health of Population », Aldine De Gruyter, New York, 378 p.
- Fisher, Robert. 1997. « Social action community organization : prolifération, persistance, roots and prospects », p. 30-52, dans Meredith Minkler, (éd.), *Community Organization and Community Building for Health*, Rutgers University Press, New Brunswick, New Jersey and London, 407 p.
- Forest, Pierre-Gerlier, Julia Abelson, François-Pierre Gauvin, Élisabeth Martin et John Eyles. 2003. « Participation et publics dans le système de santé du Québec », p. 175-200, dans Lemieux, V. et al., *Le système de santé au Québec; organisations, acteurs et enjeux*, Les Presses de l'Université Laval, 507 p.
- Fortin, Jean-Paul. et al. 1991. « Les conditions de réussite du mouvement québécois de Villes et Villages en santé », Réseau de recherche sociopolitique et organisationnel en santé, Université Laval, 181 p.

- Fortin, Andrée. 2003. « Les organismes et groupes communautaires », p.201-226, dans Lemieux, V. et al., *Le système de santé au Québec; organisations, acteurs et enjeux*, Les Presses de l'Université Laval, 507 p.
- Foucault, Michel. 1976. « La politique de santé au 18<sup>e</sup> siècle », *Dits et écrits*, II. Paris, Gallimard, p.11-21.
- Guérard, François. 1996. « Histoire de la santé au Québec », Collection Boréal Express, 123 p.
- Guérin, Michel. et al. 2003. « Environnement et santé publique : Fondements et pratiques », Edisem,  ditions TEC & DOC, 1023 p.
- Hancock, Trevor. 1993. *The Healthy City concept to application : Implications for research*, dans Davies, John K. and Michael P. Kelly, « Healthy Cities : Research and practice », Routledge, London and New York, 188 p.
- Hancock, Trevor. 1999. « Des gens en santé dans des communautés en santé dans un monde en santé : un défi pour la santé publique au 21<sup>e</sup> siècle », Texte préparé pour la session des Journées annuelles de santé publique intitulé : *Comment maintenir les activités en promotion et en prévention*.
- Israel and al. 2003. « Critical issues in community based participatory research », 53-76, dans *Community-based participatory research for health*, Minkler, Meredith et Nina Wallerstein Editors, Jossey-Bass, 490 p.
- L'Italien, François. 2004. *La mondialisation des politiques managériales et les transformations du mode de régulation interne des  tats occidentaux contemporains. Le Québec en perspective.*, dans *La régulation néolibérale, Crise ou ajustement ?*, sous la direction de Raphaël Canet et Jules Duchastel, Athena  ditions, Outremont, p. 349-363.
- Keel, Othmar et Peter Keating. 1995. « Autour du Journal de médecine de Québec / Quebec Medical Journal (1826-1827) : programme scientifique et programme de médicalisation » dans Keel, Othmar et Peter Keating (dir.) p. 35-59.
- Labonté, Ronald. 1994. « Health Promotion and Empowerment : Reflections on Professional Practice », *Health Education Quarterly*, Vol. 21 (2), p. 253-268.
- Lacombe, Réal et Louis Poirier. *Villes et Villages en santé*, Santé et société, 13 (3-4), p. 1-48.
- Langlois, Simon (dir. publ.). 1990. *La société québécoise en tendances, 1960-1990*, Québec, IQRC.
- Larose, Gérald. 2000 (6 novembre). *Proposition de politique de soutien et de reconnaissance de l'action communautaire : un acteur essentiel au développement du Québec*,

- Rapport de la consultation publique présenté au ministre de la solidarité sociale, monsieur André Boisclair, Montréal, , 34 p.
- Lemieux, V. et al. 2003. *Le système de santé au Québec; organisations, acteurs et enjeux*, Les Presses de l'Université Laval, 507 p.
- Lemieux, Vincent. 2002. « L'étude des politiques publiques, les acteurs et leur pouvoir », 2<sup>e</sup> édition, Les presses de l'Université Laval, 195p.
- Lock, Margaret et Deborah R. Gordon (éd.). 1988. *Biomedicine Examined*, Kluwer Academic, Dordrecht.
- Martin, Catherine. 1987 (juin). *La promotion de la santé quelques concepts*, Présentation lors de la rencontre de « Synthèse des journées de réflexions sur la promotion de la santé », À l'intention de Ministère de la Santé et des Services sociaux, 23 p.
- McKnight, John L. 2002. *Two tools for well-being :Health systems and community*, p. 3-19, dans Meredith Minkler (éd.), « Community Organizing & Community building for health, Library of Congress cataloging-in-Publication data, 2002, 407 p.
- Minkler, Meredith. et Nina Wallerstein. 1997. « Improving Health through Community Organization and Community Building » p. 30-52, dans Meredith Minkler, (éd.), *Community Organization and Community Building for Health*, Rutgers University Press, New Brunswick, New Jersey and London, 407 p.
- Minkler, Meredith, Barton Bernstein. 1994. « Introducing to Community Empowerment, Participatory Education, and Health », *Health Education Quarterly*, vol. 21 (2), p. 141-148.
- O'Neill, Michel. 1983. « Les départements de santé communautaire », *Recherches sociographiques*, vol. 24, no. 2, p.171-201.
- O'Neill, Michel., Pierre Gosselin et Michel Boyer. 1997 (mai). *La santé politique : Petit manuel d'analyse et d'intervention politique dans le domaine de la santé*, Monographie No. 3, Réseau québécois de Villes et Villages en santé, Université Laval, 263 p.
- O'Neill, Michel et Lise Cardinal. 1992 (27 août). *La promotion de la santé au Québec : a-t-elle jamais été populaire ? États généraux de la promotion de la santé au Québec*, 19 p.
- O'Neill, Michel. 1995. *Notes de cours*, Cours d'été en promotion de la santé, Université Laval, École des sciences infirmières, Cité Universitaire.

- Pal, Leslie A. 1993. *The interests of state, the Politics of Language, Multiculturalism, and Feminism in Canada*, McGill-Queen's University Press, Montreal & Kingston, London, Buffalo, 330 p.
- Pederson, Ann., Michel O'Neill et Irving. Rootman. 1994. Préface, dans *Health promotion in Canada : Provincial, National & international perspectives*, Toronto, W.B. Saunders, 401 p.
- Pilisuk, Marc., JoAnn. McAllister and Jack. Rothman. 1997. « Social Change Professionals and Grassroots Organizing : Functions and Dilemmas », p. 103-119, dans Meredith Minkler, (éd.), *Community Organization and Community Building for Health*, Rutgers University Press, New Brunswick, New Jersey and London, 407 p.
- Pinder, Lavada. 1994. « The Federal Role in Health Promotion : Art of the possible », p. 92-106, dans Pederson, Ann., Michel O'Neill et Irving Rootman, Préface, in *Health promotion in Canada : Provincial, National & international perspectives*, W.B. Saunders, Toronto, 401 p.
- Réseau québécois de Villes et Villages en santé. 1990 (30 novembre). « Conditions d'adhésion et critères de reconnaissance ».
- Rootman, Irving., John Raeburn. 1994. *The concept of health*, in Pederson, A., Michel O'Neill et Irving Rootman, Préface, dans *Health promotion in Canada : Provincial, National & international perspectives*, W.B. Saunders, Toronto, 401 p.
- Sarrasin, Rachel. 2004. *La société civile comme vecteur de la démocratisation*, dans *La régulation néolibérale, Crise ou ajustement ?*, sous la direction de Raphaël Canet et Jules Duchastel, Athena Éditions, Outremont, p. 269-294
- Shah, Chandrakant P. 2003. *Public Health and Preventive Medicine in Canada*, Elsevier Saunders, Toronto, 595 p.
- Tétreault, Martin. 1995. « Les maladies de la misère : Aspects de la santé publique à Montréal 1880-1914 » dans Keel, Othmar et Peter Keating (dir.), p. 133-149.
- Tones, B. Keith et Sylvia Tilford, 1994. *Health Education : Effectiveness, Efficiency and Equity*, Chapman Hall.
- Turgeon, Jean., Hervé Anctil et Joël Gauthier. 2003. « L'évolution du ministère et du réseau : continuité ou rupture », p. 93-117, dans Lemieux, Vincent. et al., *Le système de santé au Québec; organisations, acteurs et enjeux*, Les Presses de l'Université Laval, 507 p.



### Articles de périodique

- Beauchemin Jacques, Gilles Bourque et Jules Duchastel. 1995. « Du providentialisme au néolibéralisme : de Marsh à Axworthy. Un nouveau discours de légitimation de la régulation sociale », *Cahiers de recherche sociologique*, no.24, p. 15-47.
- Beauchemin, Jacques, Bourque, Gille, Duchastel, Jules, Boismenu, Gérard et Alain Noël. 1995. « Présentation : L'État dans la tourmente », *Cahiers de recherche sociologique*, no. 24, p.7-13.
- Bhatti, T. and N. Hamilton. 2002. « Promotion de la santé : De quoi s'agit-il ? », dans *Recherche sur les politiques de santé*, « La promotion de la santé – Efficace ? », Volume 1, Numéro 3, p.5-7.
- Bourque, Gilles et Jules Duchastel. 1992. « Le Discours politique néolibéral et les transformations actuelles de l'État », *Discours social / Social Discourse*, Vol. 4, no 3 & 4, p.77-95.
- Bourque, Gilles, Duchastel, Jules et Éric Pineault. 1999. « L'incorporation de la citoyenneté », *Sociologie et sociétés*, vol. XXXI, no.2, (automne), p.41-64.
- Bourque, Gilles et Jules Duchastel. 2003. « Mondialisation, citoyenneté corporative et logique confédérale », dans *Fédéralismes et mondialisation; L'avenir de la démocratie et de la citoyenneté*, Athéna Éditions, Chaire de recherche du Canada en mondialisation, citoyenneté et démocratie, p. 118-132.
- Bryant, Toba. 2002. « Role of knowlwdge in public health and health promotion policy change », *Health promotion international*, Oxford University Press, vol. 17, No. 1.
- Comité d'aide au développement des collectivités du Rouyn-Noranda régional. 1990. « Diagnostic et stratégie de développement du territoire du CADC de Rouyn-Noranda, 80 p.
- Conill, E.M. et Michel O'Neill. 1984. « La notion de santé communautaire : éléments de comparaison internationale », *Canadian Journal of Public Health*, 75 (March-April) p. 166-175.
- Contandriopoulos, André-Pierre, Champagne, François., Denis, Jean-Louis et Pineault, R. 1993. « L'évaluation dans le domaine de la santé, concepts et méthodes », *Bulletin de la Corporation professionnelle des médecins du Québec*, 1, p. 2-17.
- Desrosiers, Georges. 1999. « Le système de santé au Québec : bilan historique et perspective d'avenir », *RHAF*, vol. 53, numéro 1, été 1999, 19 p.

- Desrosiers, Georges. 1976. « Les départements de santé communautaire : Une expérience québécoise », *Canadian Journal of Public Health*, 67, p. 109-113.
- Duchastel, Jules. 2004. *Du gouvernement à la gouvernance. Crise ou ajustement de la régulation*, p. 17-50, dans *La régulation néolibérale, Crise ou ajustement ?*, sous la dir. de Raphaël Canet et Jules Duchastel, Athena Éditions, Outremont.
- Dufour, Rose. 2004. *Au corps de l'« anthropie » : vers une santé publique écologique*, dans : *La construction de l'anthropologie québécoise*, 17 p.
- Duhl, Leonard. 1993. « Conditions for healthy Cities : Diversity, game boards, and social entrepreneur. *Environment and Urbanization*, 5 (2) : p.112-124.
- Duhl, Leonard. 2004. « Transitions and paradigms », *Journal Epidemiol Community Health*, 58, p.807-808.
- Fortin, Jean-Paul et al. 1993. « Villes et Villages en santé : les conditions de réussite », *Promotion de la santé*, Volume 31, No. 2 (automne), p. 6-10.
- Gow, James Ian. 1979. « L'administration québécoise de 1867 à 1900 : un État en formation », *Revue canadienne de science politique*, vol. 12, no. 3, p. 555-620.
- Green, Lawrence W, Richard, Lucie. Potvin Louise. 1996. « Ecological foundation of health promotion », *American Journal of public health*, 1996 :10(4), p.270-281.
- Kickbusch, Ilona. 1986. « Health promotion, a Global Perspective », *Canadian Journal of Public Health*, 77(5), p. 321-326.
- Kickbusch, Ilona. 1994. *Introduction : Tell Me a Story*, dans *Health promotion in Canada : Provincial, National & international perspectives*, W.B. Saunders, Toronto, 401 p.
- Klein, Juan-Luis. 1998. « La décentralisation au Québec et le développement local, état de la situation, enjeux et perspectives », dans *Décentralisation et gouvernement local : quelle place pour le social ?*, Cahiers du LAREPPS, Actes du 4<sup>e</sup> Colloque NPS( 3 avril 1998), No. 98-02, p.10-27.
- Lavallée, Denise. 1992. *Rouyn-Noranda : Une ville en santé 1987-1992*. Candidature : The Healthcare Forum/The healthier Communities Award, 42 p.
- Lavallée, Denise. 2003. *Grille de référence*, Stratégies-Pauvreté, Groupes et organismes : Bottin des actions.
- Lavallée, Denise. 2004. *Rapport de consultation des citoyennes et citoyens de Rouyn-Noranda*. La pauvreté toujours une priorité.

- Levin, Lowell S. et Erio Ziglio. 1996. « Health promotion as an investment strategy : Considerations on theory and practice », *Health Promotion International*, No. 11(1), p. 33-39.
- Morin, Réal et Guy Roy. 1996. « La dispensation des services de santé publique : proposition d'un cadre de référence » *Revue canadienne de santé publique*, 87(1), p. 32-36.
- Nutbeam, Don. 1998. « Evaluating health promotion – progress, problems and solutions, *Health promotion international*, Oxford University Press, Vol. 13, No. 2, p 27-44.
- O'Neill, Michel, Ann Pederson et Irving Rootman. 2000. *Health promotion in Canada, declining or transforming ?*, Health Promotion International, Oxford University Press, p.135-141.
- Parker, Edith A., Grant T. Baldwin et al. 2004 (août). *Application of Health Promotion Theories and Models for Environmental Health*, Health Education & Behavior, Vol. 31 (4), p. 491-509.
- Robertson, Ann. 1998. « Shifting discourses on health in Canada : from health promotion to population health », *Health Promotion International*, Oxford University Press, vol. 13, No 2, p.155-166.
- Robertson, Ann et Meredith Minkler. 1994 (automne). « New Health Promotion Movement : A critical Examination », *Health Education Quarterly*, Vol. 21 (3), p 296-312.
- Rootman, Irving. and Brenda Steinmetz. 2002. « OMS, groupe de travail sur l'évaluation de la promotion de la santé », dans *Recherche sur les politiques de santé*, « La promotion de la santé – Efficace ? », Volume 1, Numéro 3, p. 8-9.
- Rouyn-Noranda, ville et villages en santé, « Rouyn-Noranda Ville en santé : Une communauté solidaire ». 2004 (a). *Rapport de consultation des citoyennes et des citoyens, des organisations à but non lucratif et des comités de bénévoles de Rouyn-Noranda*.
- Rouyn-Noranda, ville et villages en santé. (Denise Lavallée) 2004(b). *Communiqué : Le Forum « La pauvreté... toujours une priorité » une réussite*, 2 p.
- Rouyn-Noranda, ville et villages en santé, Une communauté solidaire. (Denise Lavallée). 2004 (c). *Présentation de l'implication de Rouyn-Noranda-Ville en santé dans la lutte contre la pauvreté et des principaux résultats*.
- Rouyn-Noranda. 2003. *Rapport annuel 2003*, 8 p.
- Rouyn-Noranda. 1998. *Rapport annuel 1998*, 9 p.
- RQVVS. 2004. *Rapport annuel 2003-2004*, 12 p.

- RQVVS. 2004 (automne). *Le bulletin*. Bulletin Spécial Prix d'Excellence : Des histoires à faire rêver, Volume 12, No. 3.
- RQVVS. 2000. *La santé, c'est aussi l'affaire des municipalités*, Mémoire présenté par le Réseau québécois de Villes et Villages en santé à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 5 p.
- Rütten, Alfred et al. 2000. « Policy, competence and participation : empirical evidence for a multilevel health promotion model », *Health Promotion International*, Oxford University Press, Vol. 15, No. 1, p.35-47.
- Rychetnik, Lucie. et al. 2004. « A glossary for evidence based public health », *Journal Epidemiology and Community Health*, 58, p. 538-545.
- Signal, Louise. 1998. « The Politics of health promotion :insights from political theory », *Health promotion international*, Oxford University Press, Vol. 13, No. 3, p. 257-263.
- Stachenko Sylvie et Milos Jenicek. 1990. « Conceptual differences between prevention and health promotion : Research implications for community health programs », *Canadian Journal of Pubic Health*, 81, p. 53-59.
- Vaillancourt, Yves. et al. 2001. *Le cas du Québec : la fragile émergence d'une nouvelle régulation solidaire* dans Vaillancourt Yves. et Louise Tremblay (dir.), « L'économie sociale dans le domaine de la santé et du bien-être au Canada : une perspective interprovinciale », LARREPS, Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales, Université du Québec à Montréal, 184 p.
- Ville de Rouyn-Noranda. 2003. *Rapport annuel*, Rouyn-Noranda Ville en santé, 2003.
- Ville de Rouyn-Noranda. 2004. *Rapport annuel 2004*, Rouyn-Noranda Ville en santé.
- Ville de Rouyn-Noranda.2005 (a). *Plan de présentation : La pauvreté toujours une priorité*. L'organisation du milieu de vie et des services municipaux, Salle communautaire du quartier McWatters.
- Wallerstein, Nina. 1992. « Powerlessness, empowerment, and health : implications for health promotion programs », *American Journal of Health Promotion*, 6 (3), p. 197-205.
- Walter, Cheryl L. 1997. « Community building practice : A conceptual framework », p.68-87, in Meredith Minkler, editor, *Community Organization and Community Building for Health*, Rutgers University Press, New Brunswick, New Jersey and London, 1997, 407 p.
- Zourbas, Jean. 1979. « La médecine préventive », *Que sais-je ?*, Presses Universitaires de France, 127 p.

### Publications gouvernementales et internationales

- Canada, (Lalonde, Marc). 1974. « Nouvelles perspectives de la santé Canadiens : Un document de travail, Ottawa, 76 p.
- Canada, Santé Canada. 1994. Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique. *Guide canadien de médecine clinique préventive*.
- Canada, (Maslove, Allan M.). *Les objectifs nationaux et le rôle fédéral dans les soins de santé*. Forum national sur la santé, novembre 1995, p.54.
- Canada, Santé Canada. 1996. « Premier rapport sur la santé des Canadiens et Canadiennes », Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population.
- Canada, ministère des travaux publics et Services gouvernementaux Canada. 1997. *La promotion de la santé, Étude de cas*, 45 p.
- Canada, Santé Canada. 1997 (juin). *La promotion de la santé au Canada : étude de cas*, Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 45 p.
- Canada, ministère de la Justice, « Codification administrative des Lois constitutionnelles de 1867 à 1982 », *Canada*, Lois codifiées au 1<sup>er</sup> janvier 2001, 82 p.
- Canada, Santé Canada. 2002 (mars). *La promotion de la santé – Efficace ?*, Pleins feux sur le lien politique – Recherche, Recherche sur les politiques de santé, Volume 1, Numéro 3, 39 p.
- Canada, Santé Canada. 2002. *Promouvoir la santé au Canada, Un aperçu des récentes initiatives et réalisations*, 17 p.
- Canada, Health Canada. 2004. « Effectiveness of health Canada's community-based programs promoting population health : synthesis of core program outcomes », Draft 3, 19 p.
- Canada, Agence de santé publique du Canada. 2005. *La stratégie fédérale, Une nouvelle approche de santé publique au Canada*, 5 p.
- Canada, Santé Canada. 1996. *Pour une compréhension commune : une clarification des concepts clés de la santé de la population*, 39 p.
- Canada, Santé Canada. 2005. *Santé de la population*, Agence de santé publique du Canada, la santé de la population – Qu'est-ce qui détermine la santé ?, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/ddsp/determinants/index.html>
- Conseil régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue. 1990. *Bilan de santé Abitibi-Témiscamingue*, Synthèse des profils démographique et socio-

économique de l'environnement physique, des ressources socio-sanitaires, de la mortalité et de la morbidité hospitalière, Rouyn-Noranda, 104 p.

- Duchesne, Monique en collaboration avec Parisien Dominique et Anne Vallée. 2004. *La santé publique au Québec : analyse comparative des mandats et activités* Agence de santé publique du Canada, 27 p.
- Duhl, Leonard et Trevor Hancock. 1986. *Healthy Cities : Promoting health in the urban context. Healthy Cities Paper # 1*, Copenhagen, WHO (OMS), Europe.
- Epp, Jake. 1986. (Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social), « La santé pour tous : Plan d'ensemble pour la promotion de la santé », Santé et Bien-être social Canada, 13 p.
- Hancock, Trevor. and Leonard. J. Duhl. 1986. « Healthy Cities : promoting health in the urban context », OMS, Office régional de l'Europe : Copenhague : 59 p.
- Hepworth, Julie. 1997. « Evaluation in health outcomes research : linking theories, methodologies and practice in health promotion », *Health promotion international*, Oxford University Press, Vol. 12, No. 3, p. 233-238.
- Martin, Catherine, 1992 (octobre). *Cadre de référence pour une stratégie de financement en matière de réduction des inégalités sur le plan de santé*, à l'intention de la Direction de la Promotion de la santé, Santé et Bien-Être social Canada, 29 p.
- McMurtry, Robert. 2002 (mars). « Pourquoi évaluer l'efficacité de la promotion de la santé ? », dans *La promotion de la santé – Efficace ?*, Recherche sur les politiques de santé, Santé Canada, Vol. 1, Numéro 3, p.3.
- Organisation mondiale de la santé. 1948. *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la santé*, no2. p.100).
- OMS (World Health Organization). 1994. « Action for health in cities », Regional Office for Europe, Copenhagen, 102 p.
- OMS (World Health Organization). 1998. « City health profiles: a review of progress », Regional Office for Europe, Copenhagen, 40 p.
- Organisation mondiale de la Santé, Santé et Bien-être social Canada, Association canadienne de santé publique. 1986. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, Une conférence internationale pour la promotion de la santé : vers une nouvelle santé publique, Ottawa (Ontario).
- Québec, 2005. *Loi sur la santé publique*, L.R.Q., chapitre S-2.2, article 54.

- Québec, ministère de la santé et des services sociaux, *La promotion de la santé au Québec : « Une stratégie de concertation pour la santé »*, Rapport : Journées de réflexion sur la promotion de la santé 2 et 3 avril 1987, Gouvernement du Québec, 156 p.
- Québec, ministère de la santé et des services sociaux. 1992. *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, 192 p.
- Québec, ministère des Affaires municipales. 1992. Service de la formation municipale, « La santé, c'est aussi l'affaire des municipalités », *Intervenants / es en santé communautaire*, Québec, 65 p.
- Québec, Office de planification et de développement du Québec. 1992. (Bilan socio-économique 1990, région de l'Abitibi-Témiscamingue, gouvernement du Québec, Direction régionales de l'Abitibi-Témiscamingue, Rouyn-Noranda, 119 p.
- Québec, Secrétariat à l'action communautaire autonome du Québec (SACA). 2000 (5 avril). *Proposition de politique. Le milieu communautaire : un acteur essentiel au développement du Québec*, document de consultation, Québec, 56 p.
- Société de développement économique de Rouyn-Noranda. 1992. *À l'heure des années '90, Profil socio-économique de Rouyn-Noranda*, Rouyn-Noranda, 69 p.
- Torjman, Sherri 1986. « Prévention dans le domaine des drogues. Programmes de formation monographie 2, Les habiletés de l'agent de changement – Le démarchage », Ottawa, Comité national de planification, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, Approvisionnement et services Canada.

### Sites Internet

- Réseau québécois de Villes et Villages en santé : <http://rqvvs.qc.ca>.
- Réseau québécois de Villes et Villages en santé. 2005(a). mise à jour de juin. *Histoire à succès : Rouyn-Noranda*. En ligne. <http://www.rqvvs.qc.ca/pub/index.htm>.
- Réseau québécois de Villes et Villages en santé. 2005 (b). mise à jour de juin. *Le Réseau : Critères de reconnaissance et conditions d'adhésion*. En ligne. [http://www.rqvvs.qc.ca/reseau/reseau\\_6.htm](http://www.rqvvs.qc.ca/reseau/reseau_6.htm).
- Rouyn-Noranda Ville en santé, 2005. mise à jour le 20 novembre. <http://www.ville.rouyn-noranda.qc.ca/vs/>

### **Entrevues**

Lavallée. 2005. Entrevue téléphonique réalisée le 15 novembre avec Denise Lavallée, coordinatrice de Rouyn-Noranda Ville en santé, 17h05 – 19h.