Globethics Repository



Les enjeux éthiques de l’ ambiguïté du terme « communauté » dans les

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Thesis
Authors	Gendron, karine
Publisher	Université de montréal
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-11-12 07:02:37
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/186302

Université de Montréal

Les enjeux éthiques de l'ambiguïté du terme « communauté » dans les documents officiels de santé publique au Québec sous une perspective de justice distributive

Par
Karine Gendron

Programmes de bioéthique, Département de médecine sociale et préventive
Faculté de Médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de maîtrise (M.A.)
en bioéthique

Août 2010

© Karine Gendron, 2010

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

Les enjeux éthiques de l'ambiguïté du terme « communauté » dans les documents officiels de santé publique au Québec sous une perspective de justice distributive

présenté par :

Karine Gendron

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Marie-France Raynault, Président rapporteur
Bryn Williams-Jones, Directeur de recherche
Peter Dietsch, Membre du jury

RÉSUMÉ

Ciblant la réduction des inégalités sociales de santé, le Québec a établi une stratégie de soutien au développement des communautés en santé publique. Or, un usage ambigu du terme de « communauté » est identifiable dans les documents officiels de santé publique au Québec, ce qui pose des questions d'équité et de justice sociale. D'abord, cette imprécision permet mal l'application du soutien au développement des communautés et laisse présager la même difficulté quant à l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé qui s'y rattache. Aussi, cette situation pose un problème d'équité, puisqu'elle mène difficilement à la justification des choix des communautés qui seront soutenues pour leur développement. Le premier Chapitre de ce mémoire confirme alors l'hypothèse selon laquelle on ne s'efforce pas suffisamment pour rendre compréhensible la notion de « communauté » en santé publique, à l'aide d'une analyse de contenu des documents de santé publique québécois. Le deuxième chapitre explore diverses compréhensions du terme à travers les sciences sociales. On propose alors la typologie de Vibert pour démontrer la richesse sociohistorique du concept de « communauté » et ses enjeux et pour permettre d'éclairer les professionnels de santé quant aux choix des communautés qu'ils soutiendront dans leur pratique. Enfin, si plusieurs acceptations du terme de « communauté » sont justifiables en santé publique, alors sous quels critères sont sélectionnées les communautés soutenues? Le troisième chapitre y réfléchit, en s'appuyant sur le modèle de justice procédurale développé par Daniels et Sabin pour répondre équitablement aux désaccords liés aux rationnements en santé.

MOTS-CLÉS : Éthique, santé publique, communauté, développement des communautés, justice distributive, justice procédurale, opportunité, équité

ABSTRACT

To reduce social health inequalities, the Quebec government has introduced a strategy to support community development. However, official Quebec government documents in the public health sector are ambiguous in their use of the term "community", which raises issues of fairness and justice. First, the ambiguity of this concept points to a lack of effort to make community development functional, which suggests a lack of seriousness with regards to reducing associated health inequalities. There is also an issue of fairness, because the rationale for the selection of communities that can expect support in community development cannot be justified if we do not know what "community" means. In the first chapter, this thesis employs a content analysis of Quebec public health documents to confirm the hypothesis that these official documents do not make sufficiently clear the concept of "community". The second chapter explores understandings of this term in the social sciences. Vibert's typology is proposed to account for the socio-historical richness of the term "community", the issues that this term raises and a possible means for enabling health professionals to make better-informed choices about the communities they support in their practice. Finally, if multiple uses or understanding of the term "community" are acceptable in Quebec public health, then by what criteria are communities selected for support? This is the subject of the third chapter, which examines the model of procedural justice developed by Daniels and Sabin to respond fairly to disagreements related to rationing in health.

KEYWORDS: Ethics, public health, community, community development, distributive justice, procedural justice, opportunity, fairness

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ ..... **III**

LISTE DES TABLEAUX ..... **VII**

LISTE DES ABRÉVIATIONS ..... **VIII**

REMERCIEMENTS ..... **IX**

INTRODUCTION **1**

CONTEXTE 1

PRÉSENTATION DU SUJET DE RECHERCHE 2

DIVERS PROBLÈMES ET QUESTIONS SOULEVÉS 3

MÉTHODOLOGIE 5

Sujet, questions, buts et organisation du mémoire *5*

Types de documents utilisés et recension des écrits *7*

Cadre de référence *10*

CHAPITRE 1 ..... **13**

L'UTILISATION ABONDANTE ET AMBIGÜE DE LA NOTION DE « COMMUNAUTÉ » EN SANTÉ PUBLIQUE AU QUÉBEC : UN ENJEU DE JUSTICE SOCIALE **13**

INTRODUCTION 13

MÉTHODOLOGIE 16

EXPOSITION QUANTITATIVE DES DONNÉES : DÉFINIT-ON SUFFISAMMENT LE TERME DE « COMMUNAUTÉ »? 18

Usages généraux de la notion de « communauté » *18*

Usages du terme « communauté » dans les documents provinciaux directifs *23*

PRÉSENTATION QUALITATIVE DES DONNÉES : LES DIVERS SENS DONNÉS À LA « COMMUNAUTÉ » 25

Les sens donnés à la « communauté » par les documents provinciaux *26*

Les fins et les valeurs reliées à l'usage de la notion de « communauté » *32*

Les visions oubliées du terme « communauté » *33*

DISCUSSION 38

Avantages et désavantages de la définition de Christenson et al *38*

Quel type de définition alors? *41*

CHAPITRE 2 ..... **44**

UNE TYPOLOGIE DE LA COMMUNAUTÉ POUR UNE PRATIQUE ÉQUITABLE EN SANTÉ PUBLIQUE **44**

INTRODUCTION 44

DIVERSES COMPRÉHENSIONS DE LA NOTION DE « COMMUNAUTÉ » 46

Définition utilisée en santé publique au Québec *46*

Arguments pour une définition plus nuancée du terme « communauté » *49*

Nouveaux critères pour définir la notion de « communauté » en santé publique *52*

LA TYPOLOGIE : CONSENSUS ENTRE LAXISME EXTRÊME ET FERMETURE ARBITRAIRE 56

Les avantages de la typologie *56*

Typologie du terme « communauté » en santé publique : le modèle de Vibert *59*

DISCUSSION 65

CONCLUSION 68

CHAPITRE 3 ..... **70**

UNE PROCÉDURE ÉQUITABLE POUR LA SÉLECTION DES COMMUNAUTÉS SOUTENUES EN SANTÉ PUBLIQUE 70
INTRODUCTION 70
LE LIEN ENTRE LES INÉGALITÉS SOCIALES ET LA SANTÉ 72
« ACCOUNTABILITY FOR REASONNABLENESS » : SUR LA PISTE D'UN MODÈLE 76
Trois questions de justice sociale 77
Modèle procédural : « accountability for reasonableness » 80
UNE JUSTICE PROCÉDURALE POUR LE DÉVELOPPEMENT ÉQUITABLE DES COMMUNAUTÉS 82
Publicité 83
Pertinence 86
Révision et appel 90
Régulation 92
DISCUSSION : REGARD CRITIQUE SUR LE MODÈLE PROPOSÉ 94

CONCLUSION 98
BREF RETOUR SUR LES POINTS À RETENIR 98
LIMITES 100
PISTES À SUIVRE 104

BIBLIOGRAPHIE 117
REFERENCES 117
SITES INTERNET 125

ANNEXE 1 X

DOCUMENTS UTILISÉS POUR L'ANALYSE DE CONTENU DOCUMENTAIRE X
DOCUMENTS PROVINCIAUX X
DOCUMENTS RÉGIONAUX XIV
DOCUMENTS LOCAUX XVI

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I……. **22**
L'usage de « communauté » dans les documents de santé publique québécois

Tableau II……**27**
La définition de « communauté » dans les documents de santé publique provinciaux, selon leur nature

Tableau III……..**30**
Documents provinciaux sur lesquels repose la compréhension du terme « communauté » dans un contexte de santé publique québécois

Tableau IV…….**100**
Top 5 des domaines couverts par le plus grand nombre d'organismes communautaires financés par le MSSS au Québec

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASSS	Agence de santé et de services sociaux
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
LGBT	Lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAL	Plan d'action local
PAR	Plan d'action régional
PNSP	Programme national de santé publique

REMERCIEMENTS

Je prends ici un instant particulier pour remercier d'abord mon directeur de recherche, Bryn Williams-Jones. Son ouverture d'esprit, sa rigueur et son enthousiasme furent appréciés pendant la rédaction de ce mémoire. Aussi, je dois souligner le support, l'amour et la grande patience de mon frère Jean-Michel, qui ont également favorisé ma démarche. Merci milles fois à Catherine pour sa présence et ses nombreuses discussions et corrections autour de ce mémoire. Merci à Gabriel, pour sa patience et sa compréhension. Enfin, merci à mes parents, pour m'avoir transmis leur persévérance au travail et leur intérêt pour la justice sociale.

INTRODUCTION

Contexte

Depuis quelques années, la santé publique au Québec s'oriente vers une « nouvelle santé publique », idée introduite à la première conférence internationale pour la promotion de la santé organisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1986. Ce rassemblement approfondissait des réflexions entamées lors de la *Déclaration d'Alma Ata* en 1978 (OMS, 1978), qui soulignait la nécessité de se tourner vers des soins de santé primaires et de favoriser la promotion et la protection de la santé à travers le monde. L'objectif principal poursuivi par cette déclaration était d'atteindre « la santé pour tous en l'an 2000 », ce but s'adressant à tous les pays du monde, peu importe leur niveau de développement. Elle se positionnait officiellement dans une vision globale de la santé, qui mettait en scène non seulement les experts de santé, mais aussi tous les espaces sociaux, politiques et économiques qui pouvaient avoir un rôle d'acteur dans cette mission de la réduction des inégalités des statuts de santé dans le monde. Suivant ces perspectives, la communauté revêt un rôle important d'actrice sur la scène de la santé publique, étant perçue à la fois comme un milieu qui influence la santé des individus et en tant qu'actrice pour favoriser cette même santé.

Pour donner suite à ces orientations et pour marquer l'engagement de certains pays développés envers cette « nouvelle santé publique », la *Charte d'Ottawa* (OMS, 1986) fut instaurée pour guider l'action visant la « santé pour tous en l'an 2000 et au-delà ». Axée sur les idées relevées à Alma Ata, cette charte réitère l'objectif de l'égalité en matière de santé et l'engagement pour la réduction des écarts de statuts de santé à l'intérieur des pays. Elle se concentre davantage sur la promotion de la santé et sur le développement du plein potentiel de santé des individus et des communautés, par ce qu'on appelle communément aujourd'hui l'*empowerment*, soit l'augmentation du pouvoir d'action des individus et des communautés sur leur santé et ce qui la détermine (MSSS, 2003; Helly, 1990; Richard et coll., 1999). Cette charte affirme

plus clairement le rôle d'actrice de la communauté dans le domaine de la santé publique, prescrivant une plus forte participation de celle-ci à l'établissement des priorités, à la prise de décisions et à la planification des mesures de santé publique (OMS, 1986). L'énoncé de cette charte rappelle les engagements de ses signataires, entre autres ceux-ci : assurer l'égalité en santé, combler les écarts des niveaux de santé, lutter contre les inégalités produites dans les sociétés et laisser plus de place aux communautés, qui sont perçues comme étant les porte-paroles majeurs en matière de santé et de bien-être. Il faut noter que le Canada, étant signataire de cette charte, s'est engagé aux efforts menant vers la « santé pour tous ». Cet objectif reste lié de près à la justice sociale et il prend comme moyen majeur celui de la décentralisation des pouvoirs en santé publique et de la multiplication des acteurs qui devront unir leurs forces pour promouvoir et protéger une plus grande égalité des statuts de santé.

Or, de cette nouvelle orientation engagée par les pays membres de l'OMS, on comprend mieux les raisons de l'émergence du terme de « communauté » dans les documents de santé publique au Québec. Alors, on peut se demander en quoi les documents de santé publique actuellement influents au Québec démontrent ce nouveau sens donné au lien entre la santé publique et la communauté? Pour ce faire, il faudrait d'abord pouvoir définir ce qu'est la communauté. Malheureusement, notre problème réside exactement sur cette tâche, qui s'avère presque impossible lorsque l'on s'applique à lire attentivement les nombreux documents produits par les instances qui s'occupent actuellement de la santé publique sur le sol québécois, ceux-ci ne définissant pas ce terme dans bien des cas lorsqu'ils l'utilisent. Lorsqu'ils le font, leurs définitions ne s'accordent pas toujours avec celles des autres et elles sont soit trop vagues, soit trop directives. Il faut toutefois noter que même la *Déclaration d'Alma Ata* (OMS, 1978) et la *Charte d'Ottawa* (OMS, 1986) accordèrent une importance particulière à la communauté et l'énoncèrent abondamment, sans toutefois en poser une définition claire.

Présentation du sujet de recherche

Dans ce contexte, la recherche qui suit questionnera l'utilisation ambiguë de la notion de « communauté » dans les documents de santé publique au Québec, en encadrant son regard par la justice sociale et distributive. Il est important de ce faire

dans un contexte qui appelle un usage courant de ce terme, entre autres dans des documents de nature directive, comme des plans d'interventions ou des lignes directrices. On considère que ce dernier type d'écrit, soit celui à visée directive, ne peut pas se permettre d'utiliser abondamment un terme mal délimité, au risque d'une mise en application grandement problématique des idées qui y figurent. Actuellement, un de ces documents importants à valeur directive est le *Programme national de santé publique 2003-2012* (MSSS, 2003), qui lui-même ne définit point la notion de « communauté », alors qu'il la met de l'avant par sa stratégie de développement des communautés. Il s'avère que le développement des communautés est de près inspiré par l'objectif d'*empowerment communautaire* prôné par l'OMS (1986, 2003) pour réduire les inégalités sociales de santé. Ainsi, le manque d'effort pour définir et pour nuancer le terme de « communauté » dans ce type de document pose une question d'efficience par rapport aux mesures qui s'y rattachent et aux objectifs d'équité en santé que ces mesures entendent viser.

Divers problèmes et questions soulevés

En effet, l'usage abondant et épars de la notion de « communauté » dans les documents de santé publique québécois soulève divers problèmes. D'abord, on peut identifier des problèmes organisationnels quant à la mise sur pied de la stratégie de développement des communautés, à tous les niveaux de l'organisation et de l'application des mesures de santé publique au Québec : au niveau provincial avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS); au niveau régional avec l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS); au niveau local avec le Centre de santé et des services sociaux (CSSS). Les types de problèmes qui peuvent être amenés par un flou théorique ou conceptuel autour de la notion de « communauté » peuvent être exemplifiés à tous ces niveaux. Par exemple, les ASSS ont parmi leurs tâches celle de favoriser les concertations sectorielles et intersectorielles en appui au développement des communautés (MSSS, 2003 : 63). Or, une incompréhension du terme de « communauté » ne permet guère aux ASSS d'obtenir une base claire de justification de leurs interventions dans la stratégie de développement des communautés. Des groupes qui se considèreraient comme des communautés n'arriveraient peut-être pas toujours à se faire entendre comme tel dans les systèmes

de santé. Les communautés qui sont déjà bien organisées et connues du système de la santé pourraient être plus facilement incluses dans ce type de stratégie, sans qu'on prenne forcément le temps de questionner cette reconnaissance (OMS, 2003 : 125).

Une méconnaissance de ce qu'est fondamentalement la communauté pourrait alors pousser les responsables étatiques régionaux à organiser les concertations communautaires avec les mêmes communautés déjà reconnues comme telles. Ce pourrait être le cas avec de nombreux organismes communautaires qui interviennent depuis des années de manière significative sur des domaines bien établis en santé publique, comme l'aide aux personnes âgées, à l'autonomie des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou du soutien aux familles. Malheureusement, ce processus n'assure point le renouvellement des groupes communautaires selon l'émergence de nouveaux besoins en santé chez des communautés moins traditionnelles. Pourtant, répondre à ces besoins émergents pourrait s'avérer parfois plus justifiable en santé publique. Par exemple, plusieurs chercheurs (Ducharme, 2001, 2003; Guberman, 2003, 2006; Gendron et al, 1989) considèrent qu'avec les orientations de santé publique favorisant le maintien des personnes âgées dans leur milieu, les personnes aidantes qui leur permettent ce maintien à domicile sont de plus en plus prises de problèmes de santé et elles ont un besoin grandissant de support pour l'accomplissement de leur nouvelle tâche. Or, il faut assurer que si une communauté d'intérêts ou d'affinités est construite autour de cette problématique, une porte s'ouvrira pour l'accueillir et lui laisser prendre une place d'actrice dans la société et l'organisation de la santé qui est en partie responsable de ces maux.

Ainsi, l'intérêt principal pour soulever la question de la définition ou de la compréhension du terme « communauté » dans les documents officiels de santé publique au Québec repose sur le souci de justice distributive qui le sous-tend. Le problème spécifiquement éthique dans la situation de l'utilisation ambigüe ou mal nuancée du terme « communauté » dans les documents de santé publique pose la question de l'application équitable de la stratégie de développement des communautés. Si on ne réfléchit pas suffisamment sur la signification de ce qu'est une communauté, alors on ne pourra que difficilement justifier les critères qui ont exclu certains groupes du statut de communauté en santé publique, notamment au

sein de stratégies de développement communautaire. Dans un contexte de rationnement où on ne peut guère aider au développement de chacun des regroupements qui se prétend communauté, il faudra faire le choix de ceux qui seront appuyés. Ces choix devraient pouvoir être justifiés. Un éclaircissement de ce qui est entendu par « communauté » en santé publique au Québec servirait cette cause.

Cependant, si on restreint la notion de « communauté » à une définition très encadrée, alors sous quels critères le faire? À quels groupes particuliers la promotion du développement communautaire s'adresse-t-elle? Dans l'esprit de la « nouvelle santé publique », la notion de « communauté » ne devrait-elle pas venir du milieu lui-même? Si le milieu communautaire devait avoir le pouvoir de déterminer et de coordonner les soins et les services de santé qui s'y trouvent, alors la question des critères de reconnaissance des communautés est primordiale pour s'assurer qu'une justice distributive soit tenue, que la compétition possible qui adviendrait alors entre ces groupes soit jouée de manière équitable et qu'un nombre adéquat de communautés aidées soit déterminé.

Bref, sur la dispersion du sens et de l'usage du terme « communauté » dans les documents de santé publique au Québec, on rencontre une multitude de problèmes organisationnels à tous les niveaux du système de santé et des services sociaux. Ces problèmes touchent plus profondément la question fondamentale d'équité dans le système de santé, puisque les formes de communautés et les types de personnes qui y sont incluses seront pris en compte dans l'établissement des programmes d'intervention, aux dépens des autres. Bien qu'on ne puisse remplir les demandes de toutes les communautés, il me semble qu'une définition plus précise et ouverte aux nuances quant au processus de leur reconnaissance leur permettrait de participer au même titre que les autres à une certaine « lutte » pour la reconnaissance, qui rendrait le système de sélection déjà plus équitable.

Méthodologie

Sujet, questions, buts et organisation du mémoire

Pour préciser l'angle d'approche de notre sujet assez large, on lui pose trois questions directrices répondant à trois buts particuliers de cette étude et qui feront chacune l'objet d'un chapitre.

La première question cherche à savoir comment les documents officiels de santé publique au Québec utilisent la notion de « communauté » et quelles compréhensions on peut y déceler. Le Chapitre 1 aura donc pour but de repérer et de qualifier les différentes utilisations du terme de « communauté » dans les documents de santé publique québécois, cherchant ainsi à l'éclaircir à partir des documents mêmes qui l'utilisent et vérifiant alors l'hypothèse posée précédemment, selon laquelle les documents de santé publique au Québec n'offrent que peu de compréhension du terme de « communauté ».

Le deuxième chapitre se demandera si la manière qu'ont les documents de santé publique québécois de définir ou d'expliquer la notion de « communauté » facilite son utilisation dans le sens de la promotion de la justice sociale qui est en effet pointée par les stratégies de développement communautaire actuellement promulguées par l'État québécois. On comparera les définitions ou les explications du terme de « communauté » offertes par les documents de santé publique québécois avec celles développées dans différents écrits des sciences sociales. L'objectif de ce chapitre est de trouver une manière adéquate de définir ou de rendre compréhensible le terme « communauté » pour faire en sorte que son utilisation par les divers acteurs de la santé publique soit plus réfléchie et peut-être même plus sensible à la cause qui l'a fait paraître sur cette scène, soit l'équité en santé (OMS, 1978, 1986, 2003). Pour ce faire, on proposera une approche définitionnelle par typologie du terme de « communauté », basée sur les travaux de Stéphane Vibert (2007), qu'on opposera à celle qui est majoritairement retenue dans les documents officiels de santé publique québécois, soit celle plus dirigée et moins nuancée mise de l'avant dans la révision du PNSP (MSSS, 2008) et qui tire ses racines de Christenson et collègues (1989).

De ce point, on se pose comme dernière question dans le Chapitre 3 celle-ci : y aurait-il une manière d'assurer que l'utilisation du terme de « communauté » en santé publique au Québec soit effectuée de sorte que le choix des communautés qui seront prises en compte dans des mesures visant la réduction des inégalités sociales de santé ait été posé de manière équitable et sans provoquer de nouvelles inégalités à son tour? Cette dernière question s'appuie sur les théories de la justice distributive (Rawls, 2008; Daniels, 2008; Daniels et al, 2000; Daniels et Sabin, 2002; Sen, 1992,

2003, 2007) et du pluralisme démocratique (Kymlicka et al, 2000); elle a pour objectif de donner des pistes de solutions menant vers un modèle procédural qui pourrait être appliqué au Québec afin d'assurer que le choix des communautés impliquées dans des mesures de réduction des inégalités sociales de santé puisse s'avérer juste, équitable et raisonnable.

Types de documents utilisés et recension des écrits

Avant d'expliquer plus en détail les méthodes choisies pour répondre à chacune des trois questions de cette étude, il faut dire quelques mots sur les écrits qui ont été consultés pour mener cette recherche, puisque le matériel principal de celle-ci se trouve à être divers écrits qui concernent le sujet de l'utilisation du terme de « communauté ». Comme trois questions différentes sont ici posées, trois types de documents ont été consultés afin d'y répondre : des documents officiels de santé publique au Québec, des écrits en sciences sociales et en santé publique concernant la notion précise de « communauté » et des textes philosophiques sur la question de la justice distributive et procédurale principalement.

D'abord est effectuée une recension des documents officiels de santé publique québécois utilisant le terme « communauté » et actuellement disponibles publiquement sur les sites Internet des instances officielles de santé publique à tous les niveaux d'interventions (n=64). Au niveau provincial, les documents proviennent du MSSS et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Au niveau régional, les documents sont recueillis sur des sites Internet des ASSS et au niveau local ils viendront de ceux des CSSS. Les critères d'inclusion de ces documents sont nombreux. Ainsi, le thème de « communauté » y figure comme un thème principal. Aussi, les documents de santé publique recueillis concernent le Québec et n'abordent pas le contexte canadien. Finalement, la période couverte par cette analyse est de 1995 à 2009.

De ces documents, je relèverai systématiquement les utilisations de la notion de « communauté ». De cette recension, j'essaierai de comprendre les différents sens et les multiples fonctions qu'on lui fait jouer. On pourra alors vérifier si la première impression qui inspire cette étude, celle de l'usage récurrent et disloqué qu'on fait du terme de « communauté » et le manque de définition et de nuance sur cette notion, est

fondée. En effet, dans le PNSP, aucune définition n'est apportée au terme communauté. Dans sa révision de 2008 (MSSS, 2008), une définition y est posée :

> *La notion de communauté renvoie à un système social structuré de personnes vivant à l'intérieur d'un espace géographique précis (ville, village, quartier, arrondissement). Ces personnes ont une interaction sociale et partagent, entre elles et avec le lieu qu'elles habitent, certaines valeurs communes et des liens psychologiques démontrant ainsi une certaine conscience de leur identité en tant que communauté* (MSSS, 2008 : 61)

Cette même définition est d'ailleurs utilisée dans plusieurs autres documents de l'INSPQ. Des rares documents qui donnent une définition de cette « notion », la plupart se réfèrent à cette définition assez stricte et fermée, en ne la nuançant presque jamais. Pourtant, ce terme possède une histoire riche et complexe (Vibert, 2007). En continuant mes lectures des documents officiels de santé publique, je me suis rendu compte que cette nuance doit être faite, puisque la définition mise de l'avant dans le *PNSP : Révision 2008,* ne correspond pas toujours aux usages qui y sont faits. Par exemple, ont été utilisées : « communauté scientifique » (MSSS, 2008 : 23), « communautés ethnoculturelles plus vulnérables » (MSSS, 2008 : 52) ou « communautés d'Asbestos » (MSSS, 2008 : 65). Ces différentes utilisations du terme communauté posent elles-mêmes des questions à la définition qu'on met de l'avant par le document dans lequel elles s'insèrent. Par exemple, est-ce que la « communauté scientifique » ne regroupe que des gens sur un territoire donné? Sauf si l'on accepte comme territoire tout terrain symbolique de pensée, il est évident que la communauté scientifique va bien au-delà des frontières territoriales. Il en est de même pour l'expression « communauté ethnoculturelle plus vulnérable ». Dans cette même formulation du terme de communauté, la reconnaissance des membres envers leur appartenance à la communauté ne me semble pas très évidente non plus. Est-ce qu'on ne devrait pas plutôt dire une population ethnoculturelle plus vulnérable? En effet, la population est plutôt déterminée par des calculs épidémiologiques experts, alors que la communauté selon la définition mise de l'avant dans la révision du PNSP (MSSS, 2008) devrait se former d'elle-même.

Puis pour ce qui est de la forme « communauté d'Asbestos », utilisée également dans ce document, on peut se demander si une ville est en mesure de posséder des « valeurs communes et des liens psychologiques démontrant ainsi une certaine conscience de leur identité en tant que communauté » (MSSS, 2008 : 61). J'imagine que ce soit possible, mais est-ce qu'il est vraiment du devoir de la santé publique d'assurer le développement des villes? Qu'est-ce qui donne à la communauté son lien particulier avec la santé publique et qu'est-ce qui, dans la définition de cette notion et son utilisation, pourrait être changé pour rendre cette nuance plus explicite?

Afin de m'orienter dans une définition ou une explication de la notion de « communauté » dans les documents de santé publique au Québec pour faciliter son utilisation et sa compréhension dans la pratique de la promotion de la justice sociale en santé, je vise principalement deux catégories de sources d'écrits. D'abord, il y aura des documents conceptuels sur certains débats généraux autour de la notion de « communauté » (Putnam, 2000; Agamben, 1990; Barth, 1969; Colclough et Sitaraman, 2005; Tönnies, 1844; Durkheim, 1889, 1893). Ensuite sont abordés des documents qui traitent spécifiquement de la question du lien entre la communauté et la santé publique et idéalement, sur l'utilisation de la notion de « communauté » en santé publique (Vibert, 2004, 2005, 2007; Tremblay et al, 2006; White, 1994; Massé, 2004; Christenson et al, 1989). Sur ce dernier point, Denis Bourque (2006) va dans le sens de mes observations en mentionnant que l'usage fait de la notion de « communauté » en santé publique au Québec bloque l'accès à la reconnaissance de certains groupes se considérant comme étant des communautés, sans toutefois concevoir une nouvelle manière de mettre de l'avant cette notion pour rendre son application plus adéquate. Sur ce point, on verra dans le Chapitre 2 que Vibert (2004, 2005, 2007) a mis de l'avant une typologie du terme « communauté », reposant sur un retour sociohistorique de son utilisation et par une analyse documentaire reposant également sur des documents publics en lien avec le domaine de la santé au Québec. Cette typologie proposera ainsi de définir quatre types de communautés : la communauté locale, l'organisme communautaire, la communauté identitaire et la communauté globale (Vibert, 2007). Cette typologie sera proposée comme étant un

modèle enviable pour rendre compréhensible la notion de communauté en santé publique au Québec et pour en permettre une utilisation éclairée qui s'accorde avec une plus grande justice sociale.

Finalement, au Chapitre 3, je souhaite examiner l'équité des choix des communautés qui seront impliquées dans les mesures de santé publique visant la réduction des inégalités sociales de santé, du point de vue politique. Les documents qui sont principalement consultés concernent les différentes théories de la justice distributive en général (Rawls, 2008; Kymlycka et al, 2000; Sen, 1992, 2003, 2007) et ceux qui abordent plus précisément les questions de justice distributive dans le contexte de la bioéthique (Daniels, 2000, 2008; Daniels et Sabin, 2002; Sen, 2004). Parmi les divers propos qu'on y trouve, on retient principalement la théorie de la justice distributive et procédurale en santé publique que met de l'avant Norman Daniels dans son livre *Just Health* (2008). Ces divers écrits sur la justice distributive permettent de mieux penser aux enjeux spécifiquement éthiques de la reformulation du terme de « communauté » en santé publique. Ensuite, le cadre théorique de la justice procédurale de Daniels (2008) permettra d'imaginer l'établissement d'une procédure pour juger l'utilisation concrète de la notion de « communauté » et améliorer l'équité mise en jeux par les pratiques qui accompagnent l'usage de cette notion.

Cadre de référence

Le cadre de référence de cette étude est celui de la justice distributive dans son ensemble. C'est ce cadre qui donne à ce travail une valeur en bioéthique, puisqu'il permet de répondre surtout à cette question : quelle est l'importance pour la bioéthique de clarifier le concept de communauté en santé publique? C'est par la lecture de *Just Health* (Daniels, 2008) qu'une réponse à cette question s'est forgée un chemin. Dans l'esprit même de l'idée de décentralisation des pouvoirs vers un *empowerment* des communautés (OMS, 1978, 1986), on saisit un souci de justice distributive dans l'élaboration des planifications de santé publique. En effet, répondre aux besoins de santé est une question de justice selon Daniels (2008), puisque cet acte protège les opportunités dans une société et prône alors la santé.

Pourtant, Daniels (2008) montre que, dans un monde pluriel qui accepte une diversité de positions comme étant légitimes, un des seuls moyens d'obtenir un consensus sur les besoins auxquels on répondra pour le fonctionnement normal et le maintien d'une gamme d'opportunité est celui d'une justice procédurale. Ainsi, c'est l'idée de John Rawls (2008) qui est ici mise de l'avant, celle de la justice de l'égalité des opportunités qu'aurait toute personne qui vivrait dans un arrangement social juste et équitable. En effet, l'importance de certaines maladies est socialement et personnellement relative. Ce n'est donc pas un contenu fixe de besoins qu'on doit mettre sur pieds pour pouvoir réduire les iniquités, mais plutôt une procédure qui permettra d'adapter les soins aux contingences du milieu et qui sera appliquée à tous de la même façon (Daniels, 2008). Cette procédure objective chez Rawls (2008) est composée d'un index de biens sociaux, dont celui de l'opportunité. Daniels étendra donc les soins de santé au bien social qu'est l'opportunité.

On suppose que l'opportunité dont on parle va dans le sens des théories de l'*empowerment* des communautés de la nouvelle santé publique. Par contre, si on ne sait point comment définir ou comprendre la notion de communauté, la stratégie visant son développement sera vaine. C'est donc ici par un cadre de justice distributive, fortement orienté sur l'idée de la justice procédurale de Daniels (2008), que ce mémoire sera restreint au contexte de la bioéthique dans ses considérations sur la définition ou la compréhension de la communauté qui devrait être mise de l'avant en santé publique en regard d'un souci d'équité en santé publique. L'idée précise de la justice procédurale sert surtout à réfléchir sur la manière de ce faire.

La justice procédurale développée ici est celle introduite par Daniels et Sabin (2002) pour permettre de poser des limites justes dans les domaines de la santé, où le consensus est souvent inaccessible. En effet, bien que l'*empowerment* soit souhaitable, cela ne signifie pas qu'une société puisse répondre à tous les besoins du terrain. Pour légitimer de manière juste le rationnement, Daniels et Sabin (2003) se tournent sur une vision délibérative de la démocratie, qui implique un jeu délibératif où les parties doivent chercher les termes d'une coopération juste et acceptable dans le sens de l'équité. Du coup, l*'accountability for reasonableness* est proposée comme procédure délibérative juste à l'échelle sociale. C'est ici l'idée que les rationalisations

derrière les décisions prises pour poser des limites doivent être dévoilées publiquement, dans une intention de recherche des règles les plus acceptables pour tous. Pour ce faire, quatre conditions se posent : la publicité, la pertinence, la possibilité de révision et d'appel et la régulation des trois conditions précédentes.

Sur ce cadre de justice délibérative, le travail d'éclaircissement de la notion de « communauté » est primordial. En effet, la nouvelle santé publique prétend maintenant vouloir se centrer sur les besoins des communautés, que ces mêmes communautés devraient pouvoir faire valoir par leurs propres moyens. Pour ce faire, une communauté doit pouvoir comprendre les règles de ce jeu délibératif. Par contre, si la notion même de ce qu'est une communauté n'est pas assez bien déterminée publiquement, alors je ne crois pas que les groupes visés se sentiront interpellés en tant qu'acteur de santé publique. C'est donc pour mettre les règles du jeu sur table et pour permettre à tous les acteurs d'y participer équitablement qu'on devrait pouvoir rendre compte des rationalités qui se cachent derrière la reconnaissance des communautés en santé publique. On améliorerait ainsi la condition de publicité, soit de la mise à jour publique, par la transparence du terme de communauté, qui permettrait ensuite d'envisager une révision et un appel possible à ces rationnements des communautés considérées comme étant des acteurs en santé publique.

Ainsi, ces cadres théoriques permettent de limiter mon jugement et mes propositions quant à l'utilisation de la notion de « communauté » en santé publique et son rapport à l'équité en santé et à la justice sociale. Il ne faut toutefois pas croire que les stratégies de développement des communautés et les mesures de promotion et de prévention en santé qui sont promulguées par la *Charte d'Ottawa* (1986) et par la *Déclaration d'Alma Ata* (1978) se limitent quant à elles au cadre de la justice sociale et distributive. Bien que ce soit la trame de fond des efforts de la « nouvelle santé publique », l'organisation de la santé publique doit aussi occuper d'autres fonctions que la promotion de la santé, comme celles la surveillance de l'état de santé de la population ou la protection de la santé. Ces différentes fonctions ne sont pas nécessairement dirigées par l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé, même si ce mémoire se concentre spécifiquement sur cette question.

CHAPITRE 1

L'utilisation abondante et ambigüe de la notion de « communauté » en santé publique au Québec : un enjeu de justice sociale

Introduction

L'utilisation du terme « communauté » peut être interrogée à travers le cadre de la justice sociale en partie grâce à la *Déclaration d'Alma Ata* (OMS, 1978), qui lui a donné un rôle d'actrice sur la scène de la santé publique. En effet, cette déclaration propose de rediriger les politiques sociosanitaires vers l'exercice d'un plus grand pouvoir chez les individus et les communautés (Blais, 1998), notamment par ce qu'on appelle l'*empowerment* (MSSS, 2003; Helly, 1990; Richard et coll., 1999). Cet *empowerment* peut s'appliquer au renforcement des capacités qu'ont les personnes d'améliorer leur statut de santé, mais on se rend de plus en plus compte qu'un *empowerment* des communautés dans lesquelles vivent ou avec lesquelles interagissent ces personnes est essentiel pour permettre une amélioration du statut de santé s'appliquant à une collectivité (MSSS, 2003). L'*empowerment individuel* étant le renforcement des capacités qu'a une personne d'agir sur sa santé est intimement lié à la manière dont le potentiel d'une personne peut être développé ou mis en pratique selon les options ou les contraintes qu'offre son milieu pour ce faire (Frohlich et al, 2008; Sen, 2007). Ce type *d'empowerment* implique alors que les individus partent de leur propre potentiel, pour ensuite le mettre en application pour améliorer leur santé avec les choix et les contraintes qui leur sont donnés par leur milieu, d'où l'importance également donnée à l'*empowerment* communautaire en santé publique.

Pour bien saisir comment la communauté peut s'impliquer ou être impliquée en santé publique, il faut d'abord savoir la décrire. Bien que les documents de santé publique du Québec utilisent abondamment la notion de « communauté », ils n'expliquent que rarement sa signification. Plusieurs des exemples qui sont mis de l'avant par des documents de santé publique québécois (MSSS, 2003, 2008; Leroux et Ninacs, 2002a, 2002 b; Lévesque, 2002) permettent toutefois d'en tirer une certaine compréhension. Ces documents la voient généralement comme un espace

territorial plus ou moins strictement délimité : « communauté locale », « communauté urbaine » et « communauté rurale ». On comprend également la communauté comme pouvant être identitaire, comme pour la « communauté culturelle ». On la qualifie aussi comme pouvant être affinitaire, basée sur des intérêts communs, centrée sur un environnement social ou comme rejoignant des personnes vivant les mêmes problèmes ou partageant un milieu de vie comme celui de l'école ou d'un village. Puis ces mêmes documents l'exemplifient avec quelques-unes de ses applications concrètes : les mesures d'aide aux familles monoparentales ou aux jeunes de la rue, des initiatives de cuisines collectives, des projets plus larges favorisant la promotion et la prévention en santé au niveau des quartiers, des villes et des villages ou des actions d'aide envers les personnes toxicomanes (MSSS, 2003, 2008; Leroux et Ninacs, 2002a, 2002 b; Lévesque, 2002).

À cet égard, on remarque que les écrits qui s'efforcent de rendre compréhensible le terme de « communauté » mettent de l'avant des définitions et des exemples souvent éloignés les uns des autres. Ainsi, la tâche de définition du terme de « communauté » s'avère complexe lorsqu'elle prend appui sur les documents de santé publique au Québec. Le travail de définition du terme de « communauté » reste donc essentiel dans le contexte où la santé publique au Québec met de l'avant comme l'une de ses cinq stratégies principales celle du développement des communautés (MSSS, 2003; MSSS, 2008).

Toutefois, si la vision axée sur *l'empowerment* veut normalement permettre aux communautés de se donner elles-mêmes les moyens d'agir sur leur état de santé et sur celui de leurs membres, le manque d'une base commune qui permettrait à ces communautés de savoir sur quels éléments se faire valoir pour être aidées peut limiter les possibilités d'auto prise en charge de ces communautés. De ce point, une mesure comme le développement communautaire restera inefficace si elle ne peut pas être bien comprise. Or, dans la multiplicité de sens que prend la notion de « communauté », il est difficile de pouvoir justifier quelle communauté sera incluse dans les stratégies de santé s'adressant aux communautés, comme celle du développement des communautés. Puisqu'on a vu que ces types de stratégies étaient clairement mises en place en santé publique avec une volonté de justice sociale et de

réduction des inégalités sociales de santé, il faut sérieusement remettre en question un usage ambigu ou mal nuancé du terme de « communauté ».

Pour rendre efficients les efforts des institutions de santé publique envers les communautés et pour qu'un réel *empowerment communautaire* puisse avoir lieu, il faut que les institutions et les citoyens comprennent communément le sens que prend la communauté. Cette exigence s'accentue si le but ultime de ces efforts est la réduction des inégalités sociales de santé, entamée par la *Déclaration d'Alma Ata* (OMS, 1978). Si on désire que les groupes dits « communautaires » fassent valoir d'eux-mêmes leurs besoins de santé et qu'ils parviennent à se donner les moyens pour les satisfaire, alors on doit comprendre ce que signifie être une « communauté » et les groupes qui y sont inclus doivent également en être conscients. C'est par cette connaissance de base, qui sera la même pour tous, qu'on permettra aux groupes de se faire valoir en tant que communautés. Par le fait même, ils pourront faire entendre leurs besoins et recevoir l'aide publique disponible pour y répondre.

Aussi, la caractérisation du statut d'un groupe qualifié comme étant communautaire est importante puisqu'elle permet à cet ensemble d'être inclus dans des interventions concrètes s'adressant au secteur communautaire en santé publique. De plus, les communautés sont interpellées en tant qu'actrices ou bénéficiaires des mesures prises pour la réduction des inégalités sociales de santé. De ce fait, le statut de communauté qu'un groupe peut revêtir est important puisqu'il lui donne la possibilité de faire valoir ses besoins relatifs à la santé sur la scène publique et en dynamique avec les autres groupes reconnus comme étant des communautés. Ce statut pose des questions de justice et d'équité concernant l'accès qu'ont les groupes à la reconnaissance de leur statut communautaire.

Sur ces problèmes, le présent chapitre s'attarde à vérifier l'hypothèse selon laquelle les documents officiels liés à la pratique de la santé publique au Québec ne donnent que très rarement une définition du terme de « communauté », malgré l'utilisation abondante qu'ils en font. Ce travail cherche à repérer les différentes conceptions du terme de « communauté » qu'il est possible de retrouver à partir de ces mêmes documents. En lien avec ces éléments d'analyse, une énonciation de certains enjeux critiques qui s'y rapportent est faite, notamment ceux du manque

d'effort appliqué à définir le terme d'une stratégie visant la réduction des inégalités sociales de santé comme le développement communautaire, la profusion de visions possibles et souvent inconciliables du terme de « communauté » qui ne permet pas de déterminer quelle communauté doit recevoir de l'aide pour son développement plus qu'une autre et le manque d'ouverture de certaines définitions posées et reprises par les documents qui définissent cette notion. Finalement, ces éclaircissements permettent une discussion sur l'implication de la réintroduction de terme de « communauté » en santé publique québécoise, sous la perspective de son apport pour la justice sociale.

Méthodologie

Pour parvenir à une meilleure compréhension du terme de « communauté » à partir des documents de santé publique au Québec, la présente étude prend la forme d'une analyse documentaire de deux niveaux. Le premier niveau cherche à identifier les habitudes reliées à l'utilisation de la notion de « communauté » de façon quantitative. On y compte entre autres le nombre de documents qui définissent la notion de « communauté » lorsqu'ils l'utilisent. On retient ici les définitions clairement énoncées comme telles, ou celles qui sont des notes consécutives à l'énonciation du terme et qui ont pour but évident d'expliquer de manière assez détaillée ce qu'il entend. Ces définitions sont cherchées à l'intérieur des documents dans leur entièreté, que ce soit par les notes de bas de page ou de fin, par des annexes, dans le corps du texte ou dans une section se prêtant précisément à la définition du terme de « communauté ». On cherche aussi à quantifier le nombre de ces écrits qui définissent l'expression « développement des communautés » en ayant défini ou non le terme de « communauté » et la récurrence des définitions soulevées. Le second niveau d'analyse s'avère plus qualitatif. Il recueille les différentes visions adoptées pour concevoir la notion de « communauté », les nuances qui y sont faites et les débats théoriques qui y sont soulevés. C'est aussi à ce niveau qu'il est important de relever les implications éthiques qui sont amenées par les visions de la communauté adoptées dans le milieu de la pratique de la santé publique.

Pour les critères d'inclusion qui ont permis de recueillir et de limiter les documents concernés par cette analyse, ils sont de plusieurs ordres. D'abord, les

documents de santé publique recueillis concernent le Québec et n'abordent pas le contexte canadien. En effet, par le droit constitutionnel canadien, l'intervention dans le domaine des services de santé est une compétence appartenant aux provinces (Braën, 2002**)**. Ainsi, au Québec, c'est le MSSS qui a la responsabilité première d'organiser et d'administrer l'ensemble du système de santé. Pour appuyer ce ministère dans ses fonctions en santé publique, existe aussi l'Institut national de santé publique québécois (INSPQ). Cet institut mandataire de l'État fut mis sur pieds avec l'objectif de consolidation et de développement de l'expertise en santé publique.

Les documents recensés (n=64) furent puisés sur les sites internet des instances officielles de santé publique du Québec : le MSSS, l'INSPQ, les Agences de santé et de services sociaux (ASSS) et les Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Les deux premières instances ont une portée pratique provinciale, tandis que les troisième et quatrième influencent respectivement les niveaux régional et local. Or, tous les documents retenus pour cette étude devaient être reliés à la pratique en santé publique, soit en donnant de l'information pour la mise en application de mesures ou en donnant les lignes directrices d'action. Tous les textes étudiés ont été puisés sur Internet, qui est un outil de recherche facilitant pour le recueil des données et qui est également vérifiable, accessible à tous et mis à jour plus systématiquement que les sources documentaires en format imprimé. Finalement, la période couverte par cette analyse est de 1995 à 2009.

À propos de l'analyse des documents provinciaux, elle s'étend à 38 documents, ce qui est supérieur au nombre de documents provenant des deux autres échelons de la santé publique. En effet, 14 documents régionaux ont été retenus et 12 l'ont été au niveau local (Annexe 1, p. x). Ce choix s'explique en raison du plus grand nombre de documents provinciaux disponibles publiquement sur le sujet. La portée des documents provinciaux s'étend également à une échelle plus large et, selon la hiérarchisation actuelle du système de santé, c'est le niveau provincial qui a pour mission l'orientation principale des actions des secteurs régionaux et locaux.

Ainsi, les documents du niveau provincial proviennent des sites web du MSSS, classés sous la section *documentation*[1] et de l'INSPQ, répertoriés sous la section *Développement social et soutien des communautés*[2]. Certains d'eux sont normatifs et visent la direction des actions dans le domaine de la santé publique à tous les niveaux. Les autres textes analysés sont de nature principalement informative, s'appliquant à informer les différents acteurs en santé publique. Les documents retenus devaient utiliser le terme « communauté » et avaient pour sujet un thème relié à notre problématique, soient le développement social et communautaire, le renforcement des capacités des communautés, la santé communautaire, la réduction des inégalités de santé et l'action sur les déterminants sociaux de la santé.

Quant aux documents régionaux, ils ont été sélectionnés sur les sites web des ASSS où était disponible leur *Plan d'action régional en santé publique* (PAR). Les documents locaux proviennent des sites web des CSSS et sont les plus récents *Plans d'action locaux en santé publique* (PAL) accessibles en ligne. Ces documents ont des thématiques moins larges qu'au niveau provincial, puisque ce sont les instances de ce dernier niveau qui ont une fonction de guide (INSPQ, MSSS) sur les deux niveaux inférieurs d'intervention en santé publique. Ainsi, dans l'analyse des niveaux régional et local, il est surtout intéressant de chercher à savoir si ces documents, plus près de l'intervention, se basent sur les documents régionaux pour encadrer leur utilisation du terme « communauté ». On y repère aussi lesquelles des visions de ce terme données par les documents provinciaux seront privilégiées lorsqu'il sera question des plans de mise en application régionale et locale des mesures de santé publique.

Exposition quantitative des données : définit-on suffisamment le terme de « communauté »?

Usages généraux de la notion de « communauté »

Pour repérer les usages faits de la notion de « communauté » dans les documents de santé publique, cette étude cherche à savoir si ces écrits définissent le terme de « communauté » lorsqu'ils l'utilisent.

---

[1] http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d?OpenView [Consulté le 16 février 2010]

[2] http://www.inspq.qc.ca/domaines/index.asp?Dom=20&Axe=23 [Consulté le 16 février 2010]

Tableau I — L'usage de « communauté » dans les documents de santé publique québécois

Habitudes d'usage des documents / Niveaux des documents	Définissent communauté	Définissent développement des communautés parmi ceux qui l'utilisent	Définissent développement des communautés, mais pas communauté
Provinciaux	6/38 (15%)	9/14 (64%)	5/9 (56%)
Régionaux	2/14 (14%)	5/12 (42%)	4/5 (80%)
Locaux	3/12 (25%)	7/11 (64%)	5/7 (71%)
Tous les documents	**11/64 (17%)**	**21/37 (57%)**	**14/21 (67%)**

Par le Tableau I, on remarque que seulement 17% des 64 documents étudiés définissent la notion de « communauté » lorsqu'ils l'utilisent. On sait aussi qu'on a davantage tendance à définir ce terme au niveau local, soit dans 25% des cas. Cette situation peut s'expliquer par la responsabilité de mise en application des stratégies de santé publique qui repose en grande partie sur les épaules du niveau local (CSSS). En ce sens, pour que les acteurs du terrain puissent intervenir avec, pour, par ou dans les communautés, ils devront d'abord savoir déterminer ce qui caractérise cet ensemble appelé « communauté ». On peut donc croire que si les documents appartenant au niveau local d'intervention en santé publique décrivent plus souvent ce qu'ils entendent par le terme de « communauté », c'est parce qu'ils sont directement concernés par la mise en application de mesures qui nécessitent une certaine compréhension de cette notion.

En effet, le peu de définitions données au terme de « communauté » pose particulièrement problème dans un contexte de santé publique lorsqu'il est question d'une mise en application de stratégies qui l'entourent. Sur ce point, le *Programme national de santé publique 2003-2012* (MSSS, 2003) met de l'avant cinq stratégies principales concernant la santé publique, dont celle du « soutien au développement des communautés » (MSSS, 2003 : 21, 2008 : 10). Or, il est intéressant de constater que les documents de santé publique définissent en général davantage l'expression de « développement des communautés » que le terme « communauté » lui-même. Les données du Tableau I montrent qu'à tous les niveaux d'intervention confondus, plus

de la moitié (57%) des documents de santé publique québécois définissent l'expression « développement des communautés » lorsqu'ils l'utilisent. Ce constat permet d'appuyer l'hypothèse selon laquelle le devoir de mise en application d'une stratégie de santé publique pousse à définir la stratégie en question plus clairement, afin de la rendre compréhensible aux yeux de ceux qui devront l'appliquer. Effectivement, la stratégie de développement des communautés en santé publique est directement liée à des actions qu'on veut voir s'accomplir afin d'améliorer la santé de la population et pour agir sur les déterminants de la santé (MSSS, 2008).

Dans un contexte où les documents qui utilisent l'expression « développement des communautés » prennent la peine de la définir dans plus de la moitié des cas, il reste problématique de constater que dans 67% des cas, ils omettent de décrire la notion de « communauté » (Tableau I). Ainsi, les documents qui tentent de rendre compréhensible la stratégie de développement des communautés échouent visiblement, puisqu'ils ne prennent pas la peine de définir également tous les termes qui composent cette expression. En effet, si on ne sait pas ce qu'est une communauté, on ne peut pas profondément comprendre l'objet ou le sujet du développement qui est impliqué dans la stratégie de développement des communautés.

À la lumière de ces données, on se demande les raisons pour lesquelles les documents de santé publique ont omis de définir le terme « communauté » alors qu'ils ont précisé plus grandement l'expression « développement des communautés ». Est-ce parce que les concepteurs de ces documents évaluaient que le terme « communauté » était largement compris de tous et alors banal à décrire plus grandement? Est-ce plutôt parce que cette notion est difficilement descriptible et qu'on n'ose guère s'y aventurer? Pour répondre à la première de ces questions, une étude menée par l'INSPQ (Leroux et Ninacs, 2002b) auprès des directions de santé publique de toutes les régions du Québec a étudié les sens que les acteurs de ces directions donnaient aux expressions « développement social », « développement des communautés » et à la notion de « communauté ». Or, cette étude démontre bien la confusion des travailleurs de la santé publique par rapport à ces concepts. C'est d'ailleurs sur le terme de « communauté » que le manque de clarté et d'univocité pèse le plus lourdement, selon l'avis des personnes interrogées (Leroux et Ninacs, 2002b).

Ici, on est en mesure de proposer que les professionnels de la santé publique, n'étant pas nécessairement familiers vis-à-vis du terme de « communauté », doivent pouvoir trouver une définition ou une explication des compréhensions possibles du terme de « communauté » lorsqu'il est utilisé en santé. Leur manque possible de compréhension ou de nuance du terme de « communauté » risque de faire en sorte que les professionnels de santé qui auront à intervenir pour ou avec des communautés choisiront de le faire avec les mêmes groupes, clairement reconnus comme tels. Par exemple, on cite beaucoup de communautés ethnoculturelles dans les mesures possibles de développement des communautés (MSSS, 2003). Ainsi, les particularités qu'un groupe peut avoir par sa provenance ou sa culture propre sont reconnues comme étant pertinentes en santé publique et on voit même des documents officiels se concentrer entièrement à ces groupes, comme le document *Naître ici et venir d'ailleurs. Guide d'intervention auprès des familles d'immigration récente* (MSSS, 2007). Pendant ce temps, d'autres types de groupes vivent peut-être des inégalités sociales affectant leur santé et ne peuvent point se faire entendre par la trop grande place qu'occupent les groupes communautaires plus traditionnels, tels les groupes ethnoculturels ou religieux, qui sont dans leur définition clairement identifiables comme étant des communautés.

Or, on peut supposer que sont inconnus ou laissés pour compte certains regroupements significatifs avec lesquels on gagnerait de travailler pour l'amélioration de leur statut de santé. Parfois, ce sera un petit groupe moins visible qui sera mis de côté, puisqu'on sera aveuglé par la familiarité du plus grand groupe auquel il appartient et avec qui on est déjà habitué à travailler. Par exemple, on reconnaît d'emblée que la « communauté gaie et lesbienne » de Montréal soit l'objet et l'actrice de plusieurs mesures communautaires impliquant le renforcement de ses capacités, la promotion ou la prévention qui lui sont propres. Des thématiques y sont particulièrement soulevées : le suicide, l'exclusion sociale, l'homophobie, l'accès au logement, l'accès à l'emploi ou la prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Pourtant, on peut imaginer que certains groupes à l'intérieur de cette communauté ne s'identifient point à ces problématiques et

puissent en vivre d'autres, tout aussi importantes à prendre en compte dans une perspective de justice sociale en santé publique.

Par exemple, Chamberland (2001) a étudié la problématique de l'adaptation des services d'hébergement aux besoins des femmes lesbiennes âgées au Québec. Selon cette étude, les besoins de ces femmes seraient souvent invisibles dans les milieux de la santé. De ce fait, les gestionnaires de centre d'hébergement questionnés pour cette étude mentionnent en général n'avoir même pas pensé à l'éventualité de la présence de lesbiennes dans leur établissement et ils n'ont pas non plus adapté en conséquence leurs services, bien qu'ils soient ouverts pour ce faire si le besoin se présentait (Chamberland, 2001). Ainsi, on peut supposer que la communauté gaie et lesbienne au Québec est peu connue en santé publique et que certains groupes qui la composent et leurs besoins restent hors des terrains foulés par les initiatives en santé. Voici donc un exemple de la complexité de l'articulation entre la communauté et la santé publique qui démontre qu'une simplification de la compréhension du terme « communauté » porte le danger d'évacuer de son essence la raison primaire qui l'a fait ressurgir dans la stratégie de développement des communautés, soit la réduction des inégalités sociales de santé. Or, il faut comprendre cette notion et ses nuances pour éviter que les stratégies s'y rattachant deviennent elles-mêmes porteuses d'inégalités sociales de santé.

Bref, avec le Tableau I et les considérations qu'il soulève, on est maintenant en mesure de confirmer la tendance générale des documents à ne pas définir la notion de « communauté ». On peut supposer que cette habitude repose sur une incompréhension du terme chez les acteurs des différents milieux de la santé publique. En effet, la notion de « communauté » a une longue histoire et on ne s'entend apparemment pas toujours sur son sens (Vibert, 2007, Christenson et al, 1989). Ainsi, sans chercher trop rapidement la définition du terme « communauté » qui devrait être préconisée en santé publique pour permettre une meilleure possibilité d'action et de compréhension, il faut d'abord inciter les personnes qui l'utilisent à le préciser davantage et à être sensibles aux multiples sens qu'il peut revêtir, dont la visée d'une plus grande justice sociale qui l'imprègne.

Usages du terme « communauté » dans les documents provinciaux directifs

Comme expliqué plus tôt, le fait de ne pas définir le ou les sens de la notion de « communauté » devient un problème surtout à partir du moment où ce terme est impliqué dans une stratégie de santé publique. Ainsi, les types de documents à approfondir ici sont ceux qui ont une nature directive ou normative, soit ceux qui ne visent pas seulement l'information populationnelle ou professionnelle, mais qui ont pour mission première de guider et de diriger les professionnels de santé vers des objectifs qui sont posés par le système de santé. Par exemple, ce sont les plans d'action en santé publique à tous les niveaux de l'organisation ou les directives concernant le financement des organismes communautaires. Les documents de nature informative s'adressent d'abord aux professionnels ou aux citoyens dans un but d'éducation et n'ont pas l'exigence de définir le terme de « communauté » en l'utilisant, puisqu'ils ne visent pas directement la mise en application de stratégies de santé publique. Comme exemple de ce type de document, on trouve *Naître égaux et grandir en santé* (MSSS, 1995). Ce dernier fournit des informations sur la promotion et la prévention en santé pour les enfants, les familles et leur développement et il suggère des méthodes d'interventions, des idées d'organisations, ainsi que des domaines et des acteurs à impliquer pour cette cause. Bien que sa nature informative n'implique pas que l'on doive appliquer impérativement ses propos, il serait toutefois intéressant pour lui aussi de s'assurer de sa pertinence et de sa suffisance par l'éclaircissement de la notion de « communauté » lorsqu'il l'utilise.

En ce sens, le Tableau II délimite les habitudes reliées à l'utilisation de la notion de « communauté » pour chaque type de documents provinciaux analysés. Si on s'attarde davantage au niveau provincial, même si tous les documents provenant des milieux régionaux et locaux sont de nature normative, c'est parce que ces documents s'inspirent grandement de ceux écrits au niveau provincial pour mettre de l'avant leurs directives et leur organisation en santé publique. Puisque les documents de santé publique à teneur provinciale s'avèrent les plus influents quant à l'organisation et à la conceptualisation de la santé publique sur l'ensemble du territoire et à tous les niveaux, ce sont ceux-ci qui occuperont nos propos.

Tableau II — La définition de « communauté » dans les documents de santé publique provinciaux, selon leur nature

Habitudes d'usage des documents / Nature des documents	Définissent communauté parmi ceux qui l'utilisent	Définissent développement des communautés parmi ceux qui l'utilisent	Définissent développement des communautés, mais pas la notion communauté
Informatifs	4/17 (24%)	5/7 (71%)	2/5 (40%)
Directifs (normatifs)	2/21 (10%)	4/7 (57%)	3/4 (75%)

Si ce sont les documents à valeur normative ou directive qui possèdent l'obligation la plus certaine de définir les termes essentiels des stratégies d'intervention qu'ils proposent, alors on remarque par le Tableau II que cette exigence est loin de trouver son compte au Québec. En effet, des 21 documents normatifs provinciaux, seulement 2 (10%) définissent la notion de « communauté ». Les documents normatifs provinciaux sont également les moins explicites sur ce terme. Ainsi, les documents de santé publique qui devraient pouvoir diriger l'action au Québec oublient en grande majorité de rendre compréhensibles des notions essentielles comme celle de « communauté » lorsqu'ils en font usage.

Suivant la tendance des constatations faites dans le Tableau I, les résultats du Tableau II montrent que les documents directifs du niveau provincial définissent dans plus de la moitié des cas (57%) ce qu'ils entendent par l'expression « développement des communautés ». Malgré ces efforts d'éclaircissement de la stratégie de développement des communautés, force est de constater qu'une réelle compréhension de cette expression est peu probable, puisque 75% de ces documents n'ont point défini l'un de ses termes centraux, soit celui de la « communauté » (Tableau II).

Bref, une analyse centrée sur les documents de nature directive a permis d'identifier un problème dans leur utilisation de la notion de « communauté ». Ce problème repose essentiellement sur l'impossibilité de mettre en application une stratégie comme celle du « développement des communautés » sans la compréhension préalable du terme de « communauté ». D'ailleurs, la révision du

*Programme national de santé publique 2003-2008 (*MSSS, 2008) mentionne qu'il y a encore beaucoup à faire pour mettre en place cette stratégie et que les efforts sont insuffisants par rapport à celle-ci dans les milieux de la santé. En ce sens, une responsabilité claire repose sur les épaules de ceux qui conceptualisent les lignes directrices du développement des communautés, puisque le manque de compréhension du terme de « communauté » n'aide probablement pas la mise en application de stratégies qui s'y rattachent.

Cette situation affecte non seulement l'efficacité et la faisabilité de la planification en santé publique, mais elle peut aussi être perçue comme un frein à la justice sociale, la réduction des inégalités de santé et l'action sur les déterminants sociaux de santé. Les discours sont prononcés en faveur d'une amélioration du côté de ces éléments et pour une plus grande équité en santé, mais ils ne restent que sous la forme discursive, puisqu'on ne s'est pas appliqué suffisamment à les rendre compréhensibles pour diriger concrètement la pratique. Il s'avère ainsi crucial de travailler à relever les différentes compréhensions à tirer du terme de « communauté ».

Présentation qualitative des données : les divers sens donnés à la « communauté »

Pour donner suite à l'analyse de l'utilisation de la notion de « communauté » dans les documents de santé publique québécois, il faut aussi étudier leur contenu. Les données présentées dans les Tableaux I et II ont mené à la conclusion selon laquelle la plupart des documents de santé publique québécois ne définissent pas le terme de « communauté » lorsqu'ils l'utilisent. Pourtant, certains documents importants prennent tout de même la peine de définir cette notion, ce qui signifie qu'il existe une possibilité pour les professionnels ou pour les citoyens de trouver des précisions sur ce terme dans les écrits officiels de santé publique québécois accessibles publiquement. C'est le cas entre autres avec la série de trois documents informatifs directement concernés par l'éclaircissement du terme de « communauté » et de la stratégie de développement des communautés : *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés* (Leroux et Ninacs, 2002a, 2002b; Lévesque, 2002).

Les sens donnés à la « communauté » par les documents provinciaux

Notre analyse des documents de santé publique québécois montre que seuls quelques-uns de ces écrits précisent le sens du terme « communauté » lorsqu'ils l'utilisent. Bien que ces documents soient peu nombreux, ils véhiculent tout de même les perceptions du terme « communauté » qui sont les plus susceptibles d'être adoptées dans le milieu pratique de la santé publique au Québec. D'ailleurs, les visions de la notion de « communauté » présentées par les documents du niveau provincial auront influencé les perceptions des documents régionaux et locaux.

Tableau III — Documents provinciaux sur lesquels repose la compréhension du terme « communauté » en santé publique au Québec

Titre du document	Définit communauté	Définit développement des communautés	Documents qui le citent pour définir communauté	Documents qui le citent pour définir développement des communautés
La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés (Leroux et Ninacs, 2002a, 2002b; Lévesque, 2002) **[3 documents]**[3]	✓	✓	1	3
Perspectives pour une évaluation participative des Villes et Villages en santé (Simard, 2005)	✓		-	-
Revue Développement social, Volume 9, numéro 3, mars 2009 (INSPQ 2008)		✓		
Programme national de santé publique — 2003-2012 (MSSS, 2003)		✓	-	3
Programme national de santé publique 2003-2012 – Révision 2008 (MSSS, 2008)	✓	✓	2	5
Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services intégrés en santé mentale (MSSS, 2002)	✓		-	-
Le plan d'action de développement durable 2009-2013 — Prévenir et agir, pour la santé de notre avenir (MSSS, 2009)		✓	-	-

[3] Série de 3 documents produite par l'INSPQ, qui compte donc ici pour 3 documents à part entière.

D'abord, on remarque dans le Tableau III que seulement 9 documents de santé publique du niveau provincial précisent la notion de « communauté » ou l'expression de « développement des communautés » lorsqu'ils l'utilisent. Le Tableau III montre lesquels de ces écrits ont clairement influencés les PAR et les PAL. Pour évaluer l'influence des documents provinciaux sur ceux régionaux et locaux, on a relevé la quantité de documents ayant cité un des documents provinciaux pour définir ou discuter la notion de « communauté » ou l'expression de « développement des communautés ». Des 9 documents qui ont fourni des définitions, on sait que 5 ont été clairement consultés pour la rédaction et l'élaboration des PAR et des PAL, puisqu'ils y sont cités dans les passages où on aborde le sujet des communautés et du développement communautaire. Voyons alors comment ces documents décrivent ou discutent le terme de « communauté ».

Parmi les 5 documents qui présentent les définitions qu'on retient de la notion de « communauté » en santé publique, 4 ont été retenus dans l'élaboration des PAR et des PAL lorsqu'il était question d'expliquer la notion de « communauté ». Parmi ceux-ci existe une série de 3 documents produite par l'INSPQ. Le premier de ces documents s'intitule *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés* (Leroux et Ninacs, 2002a). Il a pour objectif de cadrer les types de développements communautaire et social et de montrer comment les intervenants en santé publique peuvent y contribuer.

Le deuxième document de cette série porte le titre *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés - Revue de littérature* (Leroux et Ninacs, 2002b). Il consiste en une revue de littérature effectuée pour aider le groupe de travail sur le développement social et le développement des communautés à réfléchir et à développer des connaissances sur le sujet et à mieux cerner les perspectives de contributions des acteurs de santé publique au développement social et au développement des communautés.

Le dernier de ces documents est *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement*

des communautés - Conceptions, actions, enjeux, défis et préoccupations : points de vue d'acteurs de direction de santé publique (Lévesque, 2002). Il montre diverses visions adoptées par les acteurs et actrices en santé publique sur les développements communautaire et social, afin de cerner les points à éclaircir dans ce domaine.

Cette série de trois documents définit et nuance de manière assez complète la notion de « communauté ». Par contre, les écrits des niveaux régional et local vont se référer plus souvent au *Programme national de santé publique 2003-2012 - La révision* (MSSS, 2008) lorsqu'ils ont à définir le terme de « communauté ». De plus, bien que les trois documents de l'INSPQ ici présentés soient riches en conceptions diversifiées de la « communauté » et qu'ils effectuent plusieurs nuances sur ce sujet, une seule définition qu'ils auront mise de l'avant semble avoir eu une réelle influence sur la conception qu'on s'est faite de ce terme chez les personnes responsables de la planification des plans d'action régionaux et locaux en santé publique :

> *un système social structuré qui regroupe des personnes vivant à l'intérieur d'un espace géographique précis, (ville, village, quartier…) qui ont une interaction sociale et partagent certaines valeurs communes ainsi que des liens psychologiques entre elles et avec le lieu qu'elles habitent, démontrant ainsi une certaine conscience de leur identité en tant que communauté* (Christenson, cité et traduit dans Leroux et Ninacs, 2002b, p.20).

Avant de commenter plus amplement cette définition retenue en général dans le milieu de la santé publique au Québec, il faut savoir que les 4 documents de santé publique québécois provinciaux qui ont décrit la notion de « communauté » ont soulevé plusieurs approches et définitions, qui parfois se retrouvent dans cette définition et d'autres fois n'y apparaissent guère. D'ailleurs, ces documents ne cachent point l'ambiguïté qui habite le terme de « communauté » et les nombreuses visions possibles qui s'y prêtent dans la littérature portant sur le sujet (Leroux et Ninacs, 2002a).

Sur la définition retenue par la plupart des documents qui définissent le terme de communauté, soit sur la définition traduite et reprise de Christenson et collègues (1989), un nombre important de documents de santé au Québec associe effectivement

la communauté à un espace territorialement constitué. Sur une base d'intervention, il est plus aisé de considérer de manière territoriale la communauté. Cette vision est accommodante, puisqu'elle est un cadre déjà pensé en santé au Québec. Il ne suffit qu'à voir comment les responsabilités en santé sont hiérarchisées selon des étendues délimitées territorialement, partant du provincial, ensuite divisées en régions, qui sont elles-mêmes séparées en localités bien déterminées administrativement. Le territoire est un espace plus certain parce que déjà connu et donné en ce qui a trait à l'intervention sur, avec ou par les communautés. Il représente donc une base connue et plus certaine pour assurer l'efficience des interventions communautaires.

Pourtant, la vision officielle qui règne actuellement dans les politiques de santé soutient que l'importance de la réapparition du terme de « communauté » en santé publique repose sur l'augmentation de sa capacité à déterminer ses priorités en santé et d'y trouver des moyens d'action pour agir sur les déterminants de santé. De ce point, on peut se demander si la division territoriale est adéquate pour percevoir la communauté. En effet, bien que cette approche facilite l'action des intervenants de santé publique, puisqu'elle leur permet d'agir dans un cadre qui leur est familier, la division territoriale des communautés peut s'avérer une approche bureaucratique, déterminée à des fins plus administratives et basée sur un savoir expert, qui exclut souvent le vécu des communautés elles-mêmes. Il n'est pas impossible de penser la communauté dans des termes ancrés territorialement, mais il faut être prudent quant aux effets de ces déterminations parfois strictes sur les inégalités de santé qu'elles peuvent ainsi imposées à certains groupes.

Aussi, même si on reste à l'intérieur des territoires établis administrativement en santé, toute localité n'est pas nécessairement une communauté. Un territoire peut également contenir plusieurs communautés en son sol. Dans ce contexte, quel autre élément permettrait de reconnaître particulièrement une communauté? Les écrits de santé publique québécois en soulèvent plusieurs. On s'entend généralement pour dire que la communauté est un groupe de personnes ayant en commun un élément qui lie ses membres (Lévesque, 2002). Dans la définition de Christenson (dans Leroux et Ninacs, 2002b), les composantes unifiant le groupe sous la forme de « communauté » seraient de plusieurs natures. La communauté y est effectivement perçue comme

devant être à la fois territoriale, identitaire, interrelationnelle (puisque basée sur les interactions sociales et les liens psychologiques) et morale (puisque basée sur le partage de valeurs communes). De plus, cette définition use de la conjonction « et » afin de réunir les éléments qui la constituent, ce qui implique que pour se voir reconnaître un statut communautaire, un groupe doit nécessairement posséder tous ces éléments constitutifs donnés.

Un des avantages de cette définition, par rapport à notre problème de recherche, qui accuse un trop grand laxisme en santé publique quant à l'utilisation de la notion de « communauté », est qu'elle limite de beaucoup les groupes qui pourront se présenter comme étant des communautés de par la multiplication des exigences nécessaires qui y sont énoncées. Or, comme on l'a vu, un des problèmes de la justice sociale est celui de la justification des priorités adoptées par le système de santé parmi la multitude des groupes qui y revendiquent une reconnaissance et des besoins particuliers. Ainsi, l'encadrement serré qu'offre la définition de Christenson et collègues (1989) peut permettre de clarifier la justification des choix des communautés qui seront aidées par rapport aux autres et il met les règles du jeu clairement sur table. Cette situation permet alors aux groupes de jouer sur le même pied d'égalité à l'intérieur de cette lutte pour la reconnaissance de leur statut communautaire, statut qui leur permettra de faire valoir leurs besoins de santé et d'être soutenus dans leur démarche de développement.

Pourtant, il est légitime de questionner l'usage presque exclusif qui a été fait de cette définition retenue dans les plans d'action régionaux et locaux. En réalité, elle limite l'accès de certains groupes à la reconnaissance en tant que communautés, sans qu'on justifie les critères utilisés pour cette limitation. Tout porte à croire qu'on a repris cette définition parce qu'elle paraissait claire et sensée et qu'elle se prête bien dans un document qui cherche à définir le terme de « communauté » par rapport à la stratégie de développement des communautés. Or, il s'avère que les documents expliquant le terme « communauté » et cités dans le PAR et les PAL (Leroux et Ninacs, 2002a, 2002b; Lévesque, 2002; MSSS, 2008) nuancent beaucoup plus ce terme et insistent sur le fait que dans plusieurs champs, tant en santé publique, en sociologie, qu'en anthropologie, on discute du terme de diverses manières, toutes

justifiables sous certains aspects. En effet, on sait que d'autres approches pour rendre compréhensible la communauté sont disponibles dans les documents de santé publique qui ont expliqué ce terme. Par rapport aux critères unificateurs qui permettent de reconnaître une communauté, on y trouve également des rapports de pouvoir, des intérêts communs, des besoins partagés ou des luttes menées conjointement. Les définitions données en tant que telles n'incluent pas toujours toutes ces composantes possibles et en allient parfois plusieurs (Lévesque, 2002).

Ainsi, la solution au problème du flou autour du terme « communauté » et de la multiplication de ses représentations sur la scène de la santé publique se trouve peut-être ailleurs que dans une définition serrée du terme comme celle que nous procurent Christenson et ses collègues (1989). La limitation des compréhensions possibles du terme de « communauté » qu'offrent Christenson et ses collègues peut être vue comme arbitraire. Elle rassemble plusieurs des critères reconnus pour identifier une communauté, en retenant principalement ceux qui sont les plus fonctionnels et en faisant de ceux-ci des exigences nécessaires à la reconnaissance d'un groupe en tant que communauté. On peut s'objecter à cette approche techniciste pour définir le terme « communauté », puisqu'elle porte le danger d'évacuer de la compréhension de ce terme son souci pour la réduction des inégalités sociales de santé.

Potvin, Ridde et Mantoura (dans Frohlich et al, 2008) s'accordent en ce sens pour critiquer le manque de visibilité et d'implication des pays membres de l'OMS envers la réduction des inégalités sociales de santé engagée lors de la *Charte d'Ottawa* (1986). Ce manque d'attention portée à la cause de la réduction des inégalités sociales de santé et de l'équité résulterait, selon elles, en partie du manque de considération dans les débats concernant la *Charte d'Ottawa* (1986) pour les fondements théoriques et empiriques de cette charte. Également, il y a une certaine obsession pour les questions de stratégies pour la mise en œuvre d'initiatives de promotion de la santé, sans égard particulier aux raisons et aux valeurs qui ont fait apparaître cette charte sur la scène de la santé publique. Pour remédier à cette situation, on doit donc chercher plus loin à identifier les fins qu'on donne à la notion

de « communauté » dans les documents de santé publique québécois. De ce point, on pourra mieux juger de son utilisation et des définitions qu'on y met de l'avant.

Les fins et les valeurs reliées à l'usage de la notion de « communauté »

Comme vue précédemment, l'utilisation de la notion de « communauté » dans les documents de santé publique québécois interpelle souvent le thème du développement communautaire. Ainsi, la question des valeurs soulevées et des fins recherchées par l'utilisation de la notion de « communauté » en santé publique côtoie de proche celle des fins et des valeurs liées au développement des communautés comme stratégie principale de santé publique. Sa résurgence dans les documents de santé publique appartient initialement à un souci d'équité en santé et à un objectif de réduction des inégalités sociales de santé par l'intervention auprès des communautés (MSSS, 2003, 2008). Or, on comprend que des éléments importants concernant la compréhension de la communauté se trouvent sur le terrain même de celle-ci. On ne peut donc pas simplement créer des stratégies de santé visant l'amélioration du statut de ces communautés d'une manière professionnelle et experte. Cette façon de faire n'ajouterait probablement pas grand-chose à la compréhension actuelle qu'on a des dynamiques et des réalités vécues par les communautés sur le terrain et ne permettrait alors pas d'améliorer les mesures de santé publique déjà mises de l'avant au Québec. Voyons alors si ces objectifs et ces valeurs rejoignent réellement celles promulguées dans les documents officiels de santé publique au Québec.

Les écrits officiels qui dirigent l'action en santé publique québécoise donnent comme buts principaux de la stratégie de développement des communautés l'amélioration de l'état de santé pour tous, le renforcement des capacités de prise en charge des problèmes de santé du milieu par lui-même et l'inclusion et la participation des membres des communautés aux partenariats lors des processus de concertation intersectorielle concernant la planification et l'action sur les déterminants de santé (MSSS, 2008). D'ailleurs, les buts généraux de toutes les interventions de la santé publique au Québec sont, selon la révision du PNSP (2008), « *l'amélioration de la santé, la réduction de problèmes de santé et de problèmes psychosociaux de même que l'action positive sur les déterminants* » (MSSS, 2008 : 10). De plus, on donne maintenant au système de santé une responsabilité

populationnelle, où l'on perçoit les communautés locales en tant qu'actrices à accompagner et en tant que milieux principaux sur lesquels agir en santé publique pour favoriser la réduction de l'impact des inégalités socioéconomiques sur la santé (MSSS, 2008). Cette réduction est souvent rendue possible par un contrôle qui se trouve ailleurs que dans les institutions de soins de santé.

Ces buts et ces principes d'action en santé publique sous-tendent des valeurs et des principes éthiques, qui sont aussi explicitement mis de l'avant dans le *Programme national de santé publique 2003-2012* (MSSS, 2003, p.19-21). En effet, dans la gamme de valeurs mises de l'avant par ce programme, celles qui semblent nous intéresser le plus quant à la stratégie de développement des communautés sont le bien commun, la responsabilité sociale et individuelle envers la santé des populations, la solidarité, la protection des individus, des groupes et des communautés vulnérables et la justice.

Ainsi, ce document mentionne bel et bien dans ses objectifs explicites l'amélioration de la santé populationnelle, l'*empowerment* et la réduction de l'impact des inégalités socio-économiques sur la santé et le bien-être. Aussi, il promeut des valeurs de bien commun, de solidarité et de justice. Pourtant, c'est la définition du terme de « communauté » de Christenson et collègues (1989) qui y est principalement retenue. Du coup, la vision qui semble dominer concernant la définition idéale à donner à ce terme en santé publique exige à cet ensemble d'être structuré et localisé géographiquement, de contenir des interrelations sociales, d'être un espace moral de valeurs partagées et de faire partie de la conscience identitaire de ses membres.

Les visions oubliées du terme « communauté »

Il faut donc se questionner ici à savoir quelles autres visions auraient pu être adoptées en tenant compte des écrits de la santé publique qui avaient pour but de diriger l'action au Québec. D'abord, la série de trois documents de l'INSPQ (Leroux et Ninacs, 2002a, 2002b; Lévesque, 2002) explorant les possibles entourant la communauté et son développement remonte jusqu'à l'apparition de la communauté dans les sciences sociales pour l'expliquer. Cette apparition date des écrits de Ferdinand Tönnies, qui a introduit la notion de « communauté » dans les préoccupations sociales et politiques de son époque par son ouvrage *Communauté et*

société (Tönnies, 1844). Dans cet écrit, Tönnies perçoit les termes « communauté » et « société » comme étant en opposition dichotomique. En ce sens, il décrit la communauté comme naissant de la volonté organique, composée de relations proximales réelles, naturelles et durables. Au contraire, il perçoit la société comme venant de la volonté réfléchie, étant un regroupement artificiel propre à la modernité, basé sur des relations passagères, contractuelles, superficielles et planifiées par la raison (Tönnies, 1844). Dans la société, les gens sont liés par leurs différences, ils vivent chacun pour soi, en agissant comme s'ils le faisaient pour la société. Une communauté est plutôt composée de gens qui se ressemblent naturellement, par leurs valeurs, malgré leur différence. Les exemples de groupes qui seraient perçus par Tönnies comme étant des communautés sont le couple, la famille, les groupements de métiers et parfois le voisinage, mais ce seulement dans les petits villages.

Les documents de santé publique analysés soulèvent également les propos d'Émile Durkheim à ce sujet. Cet auteur a aussi étudié la question de la solidarité sociale et il a répondu aux propos de Tönnies au sujet de la dichotomisation entre communauté et société (Durkheim, 1889). De son côté, Tönnies dénonce le passage de la communauté à la société marquant la modernité et provoquant alors une perte du lien véritable entre les individus. Pour sa part, Durkheim relativise cette interprétation de la modernité, en marquant que ce passage moderne de la communauté à la société ne dissout guère toute forme de solidarité, mais crée plutôt une nouvelle forme de solidarité sociale (Durkheim, 1889). Même si cette solidarité s'applique à de plus grands groupes, elle reste tout aussi naturelle que celle qui s'effectue dans les groupes communautaires plus restreints.

Sur ce point, Durkheim établit deux types de solidarités positives. Le premier type est la solidarité mécanique, qui serait davantage rattachée à ce qu'entendait Tönnies par le terme de « communauté » (Durkheim, 1893). Cette forme de solidarité est basée sur la ressemblance et elle constitue un pont direct entre l'individu et la société. Dans un groupe lié par la solidarité mécanique, les individus sont dépendants d'un groupe ou d'une autorité qui lui dicte ses actions possibles. La volonté qui permet alors à l'individu de ce groupe d'agir est dite « mécanique », comme étant automatisée selon des normes dictées de l'extérieur. Dans ce contexte, ceux qui se

ressemblent se rassemblent naturellement, pour finir par se fondre dans la masse de leurs semblables, sans pouvoir se mouvoir en dehors de ce tout. La solidarité du deuxième type est celle organique (Durkheim, 1893). Ce type de solidarité se base sur la différence et elle montre la posture de l'individu dans la société, ce dernier ayant une place en raison de la différence et l'unicité de ses fonctions spécialisées, mais étant aussi dépendant des fonctions des autres. On l'appelle solidarité organique par analogie avec la physionomie humaine, dans laquelle chaque organe fonctionne selon son propre rôle, faisant de ces différentes fonctions effectuées par différents organes un corps plus fort au bout du compte (Durkheim, 1893). Loin de n'être qu'individualiste, cette forme de solidarité demande à l'individu de laisser une partie de son autonomie sous le contrôle d'une collectivité qui harmonise le tout.

Les documents de santé publique ne s'attardent que sommairement sur ces distinctions, sans nécessairement expliquer les nuances à faire et les implications de ces interprétations des types de solidarité et du rapport de la communauté avec la société ou l'État. Il faut savoir que la dichotomie entre « communauté » et « société » initiée par Tönnies fut longtemps un paradigme de la sociologie classique. Pour qu'une théorie comme celle-ci puisse avoir pris une telle ampleur, il faut probablement supposer qu'elle faisait partie d'un contexte qui la rendait significative aux yeux des chercheurs. Stéphane Vibert a d'ailleurs soulevé (2004), sur l'histoire conceptuelle du terme de « communauté » dans les sciences sociales, que l'opposition stricte entre « communauté » et « société » comme on la voit chez Tönnies dénonçait alors les éléments constituants de l'apparition de la modernité en France, basée sur la philosophie du droit naturel : l'urbanisation, l'intervention massive d'un État centralisateur, la montée de l'individualisme par la philosophie égalitaire et l'apparition du capitalisme économique. Vibert relève que c'est en réaction à ces mouvements qu'on percevait comme étant froids, impersonnels et uniquement tournés sur une atomisation utilitariste de l'individu, qu'on a idéalisé le type de relation que Tönnies aurait associé à la communauté. On associait alors la communauté à un lieu composé d'une solidarité véritable et durable et basé sur un souci moral et sur l'affection avant la raison. Pourtant, on a vu que Durkheim a bien démontré que la modernisation n'a pas éliminé toute forme de solidarité, mais en a

plutôt inventé de nouvelles permettant de conserver un lien social malgré ces mouvements centralisateurs des États modernes.

Ainsi, on peut se demander en quoi il est pertinent, pour les documents de santé publique actuels, de remonter jusqu'aux propos de Tönnies et Durkheim dans l'explication donnée aux sens que peut prendre la notion de « communauté ». Pour trouver réponse à cette question, il est utile de constater que ces deux auteurs ont la même préoccupation pour le maintien de la solidarité sociale malgré les conséquences organisationnelles et politiques de la modernisation. En effet, tant Tönnies que Durkheim perçoivent que le danger à prévenir suivant une complexification des organisations sociales qu'amène la modernité est celui d'une perte du lien social. Ils s'entendent pour considérer préférable que subsistent une certaine liberté et une place pour le lien social qui ne sont pas contrôlées et planifiées de toute part par la raison étatique. Bien que Durkheim voyait le potentiel évolutif des nouvelles formes de solidarités impliquées par la modernité, il dénonce aussi le contrôle absolu de l'État sur la direction prise par les individus dans leurs relations et affiliations en raison de la perte du lien social qui pourrait s'ensuivre.

Voici donc que les inquiétudes de ces deux auteurs, parfois relevées pour expliquer le terme de « communauté » en santé publique, appartiennent également aux préoccupations qui ont fait renaître ce terme dans les écrits de santé publique québécois. Si on retient les visions de Tönnies et de Durkheim pour expliquer la communauté dans les documents de santé publique analysés, c'est fort probablement pour donner une base théorique aux critiques actuelles du paternalisme de l'État et de l'approche *top-down* qu'ont parfois les dirigeants de la santé publique par rapport aux communautés concernées. En effet, plusieurs façons de soulever la « communauté » en santé publique au Québec sont liées à un rejet des approches technicistes, bureaucratiques, paternalistes ou dites *top-down* dans l'intervention sociale (White, 1994; Gagné, 1996). C'est en ce sens qu'on peut en venir à parler de « groupes communautaires autonomes », qui s'autogéreraient de l'intérieur plutôt que par rapport aux demandes de l'État. C'est aussi dans ce cadre qu'on peut rencontrer les théories de l'*empowerment communautaire*.

En ce sens, les documents de notre étude empruntent également la vision de White (1994) pour nuancer les possibles compréhensions de la notion de « communautés » (Lévesque, 2002). Un peu dans la même lignée que Durkheim et sa solidarité mécanique basée sur la ressemblance et la solidarité organique basée sur la différence, White (1994) perçoit la communauté comme pouvant relever de deux conceptions. La communauté peut être « existentielle » ou « instrumentale ». Selon elle, la « communauté existentielle » est, comme la communauté de Tönnies, un espace moral où il serait possible pour un groupe de s'identifier à lui-même symboliquement, en percevant ainsi sa différence d'avec les autres groupes. Pour sa part, la « communauté instrumentale » est identifiée par sa fonction dans le monde social et non pas par la signification que lui assignent les individus qui la composent, ce qui ressemblerait davantage à la société de Tönnies. White (1994) explique bien que ces deux types de groupes sont facilement modelables et sont en interrelations constantes. Ainsi, une communauté a la potentialité d'être à la fois « instrumentale » et « existentielle ».

Toutefois, White (1994) expose que si on ne venait qu'à prendre en compte la communauté de type instrumentale, de graves conséquences surviendraient pour le développement de la santé, surtout dans le cadre de la nouvelle santé publique. En effet, si la vision instrumentale de la communauté prenait le dessus, ce serait en quelque sorte le processus de démocratisation du contrôle du système de santé qui serait mis en jeu. Il ne resterait plus que la responsabilisation des citoyens et des communautés par rapport à leur santé, provoquée par la désinstitutionnalisation. Malheureusement, cette responsabilisation ne serait pas accompagnée d'une liberté de direction de ces communautés, qui seraient déterminées par le pouvoir étatique.

Malgré ces alertes sur la perception instrumentalisée de la communauté dans le secteur de la santé publique au Québec, plusieurs approches de cette notion dans les documents de santé publique québécois continuent d'être formulées selon une vision *top-down*, techniciste, bureaucratique et instrumentale. Par exemple, on perçoit souvent la communauté comme étant un groupe formé à partir d'un besoin identifié dans une société, soit comme un dispositif au service du social (Lévesque, 2002). Or, il reste à savoir qui identifie les besoins de la société auxquels répondent les

communautés. Est-ce les communautés elles-mêmes? Il serait aisé de partir de cette prémisse selon laquelle la communauté répond à un besoin social et d'arriver à superposer la notion de « communauté » à celle de « population ». Pourtant, il faut distinguer la santé communautaire de la santé populationnelle. La santé communautaire se différencie de la santé populationnelle par le fait qu'elle est prise en charge de l'intérieur même du groupe identifié comme étant communautaire. Certains auteurs diraient qu'elle est d'abord une posture de volonté et de disposition d'une communauté à prendre en charge du mieux possible les problèmes de santé qu'ils identifient (Hancock, 1993). De son côté, la santé populationnelle est orchestrée par le système de santé et de services sociaux qui, à l'aide de l'épidémiologie, porte son regard extérieur sur des populations qu'il a lui-même déterminées, les problèmes de santé qu'il y a repérés et les interventions qu'il fera sur ces populations pour remédier à ces problèmes déterminés.

Discussion

Avantages et désavantages de la définition de Christenson et al

En revenant à la définition principale véhiculée dans les documents de santé publique québécois, soit celle de Christenson et Collègues (1989), on est maintenant en mesure de juger plus clairement des points forts et des points faibles qui s'y rattachent. On constate que d'un point de vue pragmatique, cette définition s'adapte bien au contexte d'intervention et de planification dans le champ de la santé publique au Québec. Que ce soit son caractère territorial ou organisé, les éléments de cette définition sont déjà familiers aux intervenants en santé. Par contre, une faiblesse est qu'elle ne donne pas de détail sur le type d'organisation qui est privilégié et ce qui légitime ce privilège.

Principalement, il serait intéressant d'approfondir les rationalités qui justifient les critères imposés par Christenson et ses collègues dans leur définition de ce qu'est une « communauté ». L'exigence de remplir tous les critères inclus dans cette définition pour pouvoir être reconnue comme étant une communauté rend cette définition particulièrement restrictive quant à l'accès des groupes à la reconnaissance de leur statut communautaire. D'un point de vue éthique, cette grande précision des termes de la définition de la notion de « communauté » peut paraître favorable à une

plus grande justice sociale, permettant de juger équitablement du statut communautaire de chaque groupe se réclamant du statut communautaire. On peut alors choisir de manière plus objective, quels groupes seront soutenus dans leur développement sous la reconnaissance de son statut communautaire.

Plusieurs points sont aussi à reprocher à cette définition. D'abord, il faut remarquer que le critère territorial imposé à la communauté reste assez flou. Pourrait-on reconnaître une communauté qui se dirait internationale ou qui toucherait à la fois à plusieurs provinces? Par exemple, certains groupes québécois soutiennent des communautés par rapport à leurs problématiques de santé tant au local qu'à l'international. C'est le cas de l'organisme non gouvernemental de solidarité *Alternatives*[4], qui a pour but de soutenir la solidarité, la justice et l'équité à un niveau local et à un niveau international. Tant au niveau local qu'au niveau international, cet organisme touche de près aux valeurs mises de l'avant dans le domaine de la santé publique au Québec et celles déclarées par l'OMS (1978, 1986). Localement, ses membres ont créé l'initiative « Des jardins sur les toits[5] » à Montréal et ils se servent des récoltes de ces jardins pour nourrir les personnes âgées ou en perte d'autonomie de la région de Montréal. Alliant écologie, embellissement des toits et renforcement des ressources offertes aux personnes vulnérables de la région de Montréal, ils impliquent plusieurs bénévoles dans leur projet, font de l'éducation citoyenne sur cette pratique et renforcent donc la capacité de cette communauté par le fait même. Pourtant, cet organisme ne se voue pas uniquement au milieu local. Aussi, ses actions ne touchent pas exclusivement les problématiques de la santé et du bien-être, tout en y faisant une différence positive apparente. Il est toutefois difficile de déterminer si cet organisme répond aux critères de la définition de Christenson et al (1989), puisqu'il n'est pas clairement délimité territorialement et les valeurs qu'il prône sont de divers ordres et viennent et partent selon les projets mis en branle.

Différentes autres questions peuvent ainsi se poser à la définition de Christenson quant à la légitimité des nombreux critères qui y sont imposés et on peut mettre en doute la réelle clarté de ses critères, qui restent parfois très larges. Qui

[4] http://www.alternatives.ca/org
[5] http://www.alternatives.ca/fra/organisation/programme-national/des-jardins-sur-les-toits/

détermine ce que signifie être un groupe organisé? Sur quelle base et à partir de quel modèle, pourra-t-on déterminer qu'un groupe est organisé ou non? Qui sera exclu du statut communautaire selon la définition et avec quelle justification? Aussi, si le groupe qui se réclame de l'identité communautaire doit être empreint de valeurs et d'identités communes, alors qui détermine quelles valeurs et quelles identités valent la peine d'être prises en compte dans le domaine précis de la santé publique? Est-ce que les valeurs religieuses peuvent servir de base à une communauté qui serait prise en compte en santé publique? Puis d'un autre côté, refuser de prendre en compte les valeurs de groupes liés par leur religion et motivés principalement par ces valeurs dans leurs actions quotidiennes serait de se fermer les yeux sur des causes motivationnelles potentielles qui pourraient permettre à ces groupes d'accéder à une meilleure santé ou à une capacité de l'améliorer. Comment assurer que le refus d'aider une communauté basée sur des croyances religieuses quant à des moyens de se développer pour obtenir un meilleur statut de santé ne joue pas à maintenir des rapports inégalitaires qui existent déjà en raison de certains préjugés quant aux groupes recevables comme étant des communautés admissibles en santé publique et ceux que non?

Ce n'est ici qu'une série de questions auxquelles on ne peut pas répondre de manière précipitée, mais parmi lesquelles on remarque que la tentative de définition serrée de Christenson et al (1989) n'est pas si claire et laisse en suspend la résolution du problème de justification des choix de communautés à privilégier parmi d'autres dans l'allocation des efforts et des ressources concernant le développement communautaire en santé publique au Québec. Le principal problème avec cette définition se trouve essentiellement au niveau de la démarche. On vise clairement, dans les politiques de santé publique au Québec, un *empowerment* des communautés, soit une prise en charge et une définition des problèmes de la communauté par la communauté elle-même. Pourtant, la définition de ce qu'est une communauté y est pensée académiquement, sans impliquer une participation de la communauté à la détermination des contours qu'on y posera. En rendant la notion de « communauté » très précise et fermée, Christenson et collègues ont fait de la communauté une notion qui, une fois adoptée, peut finalement réduire l'accès des divers groupes se réclamant

d'un statut communautaire dans un contexte où des ressources limitées sont disponibles pour aider ces groupes dans leur développement.

Bref, il n'est pas évident de justifier la pertinence de l'utilisation presque exclusive de la définition de Christenson et collègues dans les plans locaux et régionaux en santé publique au Québec (Tableau III). On constate cette problématique du côté des organisations non gouvernementales qui sont plus ou moins reconnues par l'État, comme c'est le cas avec *Alternatives*, qui adoptent un type d'organisation et des initiatives innovantes et loin des réalités connues dans la gestion et l'organisation du système de santé québécois actuel. On souligne également cette problématique chez les organismes communautaires qui reçoivent pour leur part déjà une reconnaissance communautaire de la part du MSSS, mais qui ne remplissent pas nécessairement tous les critères identifiés par la définition de Christenson et coll.

Quel type de définition alors?

Pour donner suite à cette analyse sur l'utilisation de la notion de « communauté » dans les documents de santé publique du Québec, plusieurs questions de justice restent en suspens. La majorité des documents de santé publique directifs ne définissent pas la notion de « communauté » lorsqu'ils l'utilisent (Tableau I) alors qu'ils la mettent de l'avant dans l'une de leurs stratégies principales d'action pour la réduction des inégalités sociales de santé et pour l'action sur les déterminants de la santé. Ensuite, on note que les diverses nuances possibles de la notion de « communauté » furent balayées en général par l'utilisation récurrente de la définition serrée donnée par Christenson et al (cités dans Leroux et Ninacs, 2002b). On a vu que cette définition peut être vue comme étant utile dans un contexte d'intervention en santé publique, puisqu'elle semble déjà bien se mouler à la structure déjà en place dans ce domaine. Aussi, puisqu'elle exige plusieurs critères d'inclusions, si cette définition était érigée en tant que définition officielle du terme de « communauté » en santé publique, elle diminuerait grandement le volume de participants pouvant entrer dans la compétition pour la reconnaissance « communautaire » et elle limiterait alors la rareté de ressources à leur distribuer sur cette base commune et connue de tous. D'un autre côté, cette détermination de ce qu'est une communauté semble ancrée sur

une multitude de critères identifiés par Christenson et ses collègues (1989) par leur expertise, sans qu'il l'ait basée sur la réalité vécue par les communautés qui auront à subir concrètement les limites d'accès à leur reconnaissance et par le fait même les restrictions d'accès aux mesures de développement qui l'accompagnent, sans avoir pu prendre place au débat.

On est alors porté à croire qu'une volonté réelle d'*empowerment* communautaire et de décentralisation des pouvoirs et des responsabilités en santé publique est encore retardée par un souci technocrate d'efficacité des actions. Pourtant, le retour même de la notion de « communauté » dans un contexte de santé publique relève, selon les discours officiels, d'un engagement politique vers la réduction des inégalités sociales de santé, dont le développement des communautés par les communautés elles-mêmes est une des stratégies principales. Dans ce contexte, il reste douteux de laisser la définition même de « communauté » entre les seules mains d'experts, ayant une bonne volonté, mais étant aussi empreints des paradigmes venant de leur profession. De cette façon, ces experts s'éloignent probablement de la définition qui serait donnée de la « communauté » par les membres mêmes qui la composent et qui la vivent.

La nécessité d'un éclaircissement conceptuel autour du terme « communauté » en santé publique n'autorise guère les acteurs de ce domaine à en poser une définition restrictive, basée sur des considérations d'experts, sans prendre en compte le contexte actuel qui a fait réapparaître cette notion sur la scène politique au Québec. Pourtant, on soutient l'idée selon laquelle la tâche d'éclaircissement du terme « communauté » reste essentielle. Alors, il faut maintenant trouver une démarche qui permettrait de rendre compte de la richesse de l'histoire conceptuelle de ce terme, des valeurs qui le font revenir sur la scène de la santé publique au Québec et du vécu des groupes qui déterminent eux-mêmes les compréhensions qu'on peut en avoir. Il faut trouver une manière de ne pas évacuer de la compréhension du terme « communauté » les objectifs poursuivis en santé publique pour le mettre de l'avant dans des stratégies comme celle du développement des communautés. Visant explicitement la réduction des inégalités sociales de santé et une plus grande équité dans ce domaine, il faut également que le contrôle de l'accès à la reconnaissance du statut communautaire des

groupes qui pourront recevoir de l'aide pour leur développement par ce statut ne soit pas contrôlé de manière qui ne soit justifiée que par la raison des experts. Cet ancrage de la définition du terme de « communauté » dans une vision « experte » créerait en lui-même un rapport inégalitaire quant au contrôle de la définition du terme entre d'une part les décideurs et les professionnels en santé et d'autre part, les groupes qui vivent et qui saisissent le sens de la « communauté » quotidiennement.

Ainsi, il nous manque un acteur essentiel pour une meilleure compréhension des mécanismes qui engendrent les inégalités sociales de santé, soit la communauté. On ne doit pas exclure arbitrairement du processus définitionnel qui la définit. Il reste ainsi à trouver une manière d'impliquer le plus d'acteurs possible dans l'explication de ce qui est à retenir du terme « communauté » en santé publique au Québec, en restant centré sur l'objectif d'équité par la réduction des inégalités sociales de santé. Pour ce faire, tant les professionnels, les décideurs que les citoyens devraient pouvoir comprendre le sens que prend la notion de « communauté » pour ensuite exercer une certaine autoréflexivité et une prudence quant à leur perception de cette notion et pour être en mesure de justifier les décisions et les interventions qui découleront de cette compréhension.

CHAPITRE 2

Une typologie de la communauté pour une pratique équitable en santé publique

Introduction

Au chapitre précédent, une analyse de contenu a montré que les documents officiels de santé publique au Québec ne définissent que rarement la notion de « communauté » lorsqu'ils l'utilisent. Ce chapitre a aussi souligné que cette notion s'avère particulièrement complexe et qu'elle peut être interprétée de diverses manières. L'usage ambigu du terme « communauté » dans les documents de santé publique québécois pose problème en raison du contexte qui l'interpelle, soit celui du soutien au développement des communautés, qui est l'une des cinq stratégies principales du *Programme national de santé publique* (PNSP) (MSSS, 2003) actuellement en vigueur au Québec. La compréhension de cette notion est alors centrale dans le contexte de la santé publique actuellement. Le Chapitre 1 relève également que les documents provenant d'instances officielles en santé publique au Québec s'efforcent de favoriser la prise en compte des diverses communautés dans leurs propos et dans leurs stratégies (Leroux et Ninacs, 2002a, 2002b; Lévesque, 2002; MSSS, 2003, 2008, 2009). En ce sens, la mise à jour du PNSP (MSSS, 2008) dénonce le manque d'effort accompagnant la stratégie de développement des communautés en santé publique au Québec. Pour expliquer en partie cette situation, on peut pointer le manque de définition et l'utilisation éparse et mal nuancée du terme même de « communauté ». Ce terme doit essentiellement être compris d'abord pour qu'on puisse ensuite rendre effective une stratégie qui le contient.

Une autre question a sillonné l'analyse documentaire présentée au chapitre précédent : comment définir la notion de « communauté » lorsqu'on le fait et quelles compréhensions peut-on en tirer? Or, il s'avère que la majorité des documents qui ont pris la peine de définir la notion de « communauté » l'ont fait en s'appuyant sur la définition avancée par Christenson et al (Chapitre 1, p. 30). Très brièvement, on peut dire que cette définition emprunte des termes familiers au milieu de la santé et des services sociaux, ce qui rend son application probablement plus aisée. Par contre, elle

utilise également un modèle définitionnel fermé, ne permettant pas de renouveler la vision de ce qu'est une « communauté » et ne donnant que peu d'indices sur les critères qui justifient les choix des groupes qui seront reconnus comme ayant un statut de « communauté ».

En ce sens, il paraît arbitraire de poser une définition experte détaillée et restrictive de ce qu'est la « communauté ». Suivant les positions de l'OMS (OMS, 1978, 1986) et du Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec (MSSS) (MSSS, 2003, 2008), on voudrait que la communauté soit de plus en plus autonome. Cette autonomie ne va pas dans le sens d'un désinvestissement de l'État par rapport à leurs besoins, mais plutôt dans le sens de leur *empowerment*, soit du renforcement de leur capacité à choisir et à agir sur les déterminants de leur santé et de leur bien-être (MSSS, 2003). Ainsi, si l'aide au développement communautaire est une stratégie qui devrait rendre les communautés plus en contrôle des facteurs qui déterminent leur santé, de poser une définition très restrictive de ce qu'est la communauté les exclut du processus définitionnel qui détermine leur reconnaissance et qui pourrait leur permettre d'être ultérieurement aidées dans leur développement et leur *empowerment*.

La question de *l'empowerment communautaire* touche de près l'éthique et la justice sociale en santé publique. Pour réduire les inégalités sociales de santé, il faut donner aux individus le moyen d'agir sur les déterminants de leur santé (OMS, 2009). Ce potentiel d'action peut être mis en pratique selon les options ou les contraintes qu'offre le milieu environnant pour ce faire (Frohlich et al, 2008; Sen, 2007). Voilà donc une des raisons qui font de la communauté un déterminant de la santé et du bien-être à prendre en compte en santé publique.

Ainsi, pour permettre aux intervenants d'agir dans le sens du développement communautaire et de cibler par le fait même la réduction des inégalités de santé, il faut comprendre le terme de « communauté ». On propose que la compréhension adéquate de ce terme ne repose pas sur une définition fermée simple et déterminée, mais plutôt sur une approche plus ouverte. En ce sens, le présent chapitre évalue en quoi une approche définitionnelle informationnelle, historique, typologique et dynamique permet une meilleure réponse quant aux problèmes liés au flux conceptuel entourant la notion de « communauté » en santé publique. Cette réponse devra aussi

permettre aux intervenants d'agir en tenant compte des visées d'équité et de justice sociale qui reposent derrière le développement communautaire qu'on leur demande de renforcer.

Diverses compréhensions de la notion de « communauté »

Définition utilisée en santé publique au Québec

Par l'analyse des documents de santé publique québécois ayant abordés le thème de la communauté, le chapitre 1(p. 30) a affirmé que le principal sens donné à ce terme est influencé la plupart du temps par la définition fournie par Christenson et al dans le livre *Community Development in Perspective* (Christenson et al, 1989).

Brièvement, on peut revenir sur quelques points forts et faibles concernant cette définition. D'abord, elle rassemble plusieurs des composantes qui peuvent être retrouvées dans un groupe pour que ce dernier soit considéré comme étant une communauté. Puisque l'ensemble appelé « communauté » est ici vu comme devant inclure tous ces critères, on peut affirmer que cette définition est assez serrée. De nombreux organismes communautaires, par exemple, ne sont pas en mesure de remplir toutes les conditions énoncées dans cette définition pour obtenir une reconnaissance communautaire, alors qu'ils sont tout de même reconnus par le financement qu'ils obtiennent par le MSSS. Se trouvent dans cette situation des organismes comme Enrich, qui est le réseau anglophone des ressources en santé communautaire et aussi le Regroupement des intervenants en matière d'agression sexuelle (RIMAS)[6]. Ces deux organismes n'occupent pas d'espace géographique précis, formant un réseau identitaire lié à une langue ou une profession partagée, mais s'étendant dans divers lieux. Ainsi, la définition stricte de ce qu'est la communauté refuse l'accès à la reconnaissance en tant que communauté de certains groupes, sans qu'on puisse réellement saisir le bien fondé de cette restriction lorsqu'on pense à certains exemples de groupes qui existent déjà sous cette appellation et qui méritent ce nom dans le domaine précis de la santé publique.

[6] Enrich et RIMAS sont deux organismes communautaires qui ont été trouvés sur le site internet du MSSS, qui donne la liste complète des organismes communautaires financés par le MSSS via cette adresse: http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/reseau/OrgComm.nsf/Parcateg?OpenView

Un autre exemple peut être puisé dans un article écrit sur les problèmes d'abus d'alcool chez les Algonquins, Bousquet (2005) explique que se sont formées des communautés non pas sur la base traditionnelle familiale ou sur la base territoriale de la réserve, mais plutôt sur l'appartenance de ses membres à un réseau de désintoxiqués pratiquant maintenant une spiritualité ou une religion qui leur a en partie permis de sortir de leurs habitudes de consommation abusive d'alcool ou de drogues. Cette communauté permet de soutenir certains Algonquins dans leur démarche de sobriété et de suppléer à la perte du lien fort et traditionnel avec le réseau familial qui advient parfois lorsque les membres de la famille continuent pour leur part de consommer. Il me semble que les actions de développement des communautés visant l'augmentation des capacités qu'ont les groupes d'intervenir eux-mêmes sur les déterminants de leur santé vont exactement dans le sens du renforcement de ce type de regroupement social. Or, la définition proposée par Christenson (1989) fait en sorte qu'on ne peut pas déterminer de manière certaine le caractère communautaire de ce type de regroupement de désintoxiqués, puisque leurs bases sont parfois difficilement identifiables d'un point de vue territorial et ils dépassent les frontières traditionnelles de la réserve où ses membres demeurent. Pourtant, on aurait bien du mal à légitimer un refus concernant la prise en compte de ce type de communauté dans des mesures comme celles du développement des communautés. On constate alors qu'une définition restrictive fondée sur des balises théoriques laisse quelques zones grises à éclaircir.

Il faut ici prendre un instant pour expliquer que Christenson et al (1989), dans le livre *Community Development in Perspective*, ont introduit cette définition après avoir longuement exposé l'histoire et divers enjeux entourant le développement des communautés. Leur investigation ne s'est d'ailleurs pas éteinte au moment où ils ont posé cette définition par l'acte d'écriture. Tout l'ouvrage que Christenson dirige explore différents débats et points de vues qui mettent de l'avant plusieurs approches et définitions du terme « communauté ». Sur ce point, il est important de nuancer ici la critique de notre étude. On ne s'oppose pas directement à la vision de Christenson et al, puisque celle-ci s'insère dans un ouvrage qui justifie et qui expose le processus qui a permis son élaboration. En ce sens, plusieurs documents de santé publique qui

soulèvent cette définition la nuancent également en donnant d'autres voies possibles à sa compréhension (Leroux et Ninacs, 2002a, 2002b; Lévesque, 2002).

Ce qui est déplorable, c'est surtout que le document principal devant rendre compréhensible le terme de « communauté » pour en permettre une application adéquate et faciliter la tâche des intervenants en santé publique, soit le PNSP (MSSS, 2003), n'a exposé que la définition de Christenson et al, sans la nuancer. Aussi, on prend compte de la mesure de l'influence qu'a le PNSP sur l'organisation des services en santé publique, puisque les Plans d'action régionaux (PAR) et les Plans d'action locaux (PAL) en santé publique le reprendront en grande majorité pour diriger l'action à un niveau toujours plus local et toujours plus près de l'intervention de terrain (Tableau III). Ainsi, les efforts des documents de santé publique pour nuancer la notion de « communauté » restent vains si l'on ne présente dans les plans d'action concrets qu'une seule définition très restrictive de cette notion.

Bref, une définition trop restrictive de la notion de « communauté » pose un problème quant à la justification de ses critères définitionnels. En effet, les politiques de santé publique québécoises visent un *empowerment* des communautés, soit une prise en charge et une définition des problèmes de la communauté par la communauté. Pourtant, la définition de ce qu'est une « communauté » y est actuellement pensée en dehors, puisqu'on réfère principalement à la définition de Christenson et al pour l'expliciter, définition qui repose sur des débats entre la théorie et la pratique professionnelle de la santé publique, mais qui ne semble pas faire beaucoup de place aux différents milieux communautaires dans l'explication de celle-ci (Christenson et al, 1989). Même si en donnant une définition basée davantage sur la théorie on cherche tout de même à faciliter l'action par une réduction du flou conceptuel autour de ce terme, cette initiative peut réduire l'accès de divers groupes à la reconnaissance de leur statut communautaire et ainsi nuire à leur accès aux mesures de soutien à leur développement sans que cette limitation n'ait été clairement justifiée dans les définitions de la notion de « communauté » que l'on retient.

Arguments pour une définition plus nuancée du terme « communauté »

Ici, on expliquera pourquoi on considère qu'une définition stricte et fermée de la notion de « communauté » n'est pas viable selon le souci éthique qui l'a fait naître sur la scène de la santé publique actuelle.

D'abord, on peut répertorier les raisons poussant la plupart des plans d'action en santé publique au Québec à mobiliser le terme de « communauté » dans leurs directives. Christenson et Al (1989) expliquent par rapport aux États-Unis que la communauté y est soulevée comme catégorie pour servir trois buts principaux liés de près à la stratégie du développement communautaire. Ces buts sont : l'*empowerment*, la justice et la liberté. Ces éléments font également partie des principes éthiques clairement identifiés dans le PNSP (MSSS, 2003) et dans sa révision (MSSS, 2008). Ce plan d'action s'occupe d'encadrer la santé publique à l'échelle provinciale. Il propose une forte mobilisation des acteurs de santé publique envers le développement communautaire, qui est l'une des cinq stratégies principales prévues pour permettre d'agir sur les déterminants de la santé puis, de ce fait, sur les inégalités en santé.

Ainsi, les écrits de santé publique utilisent la notion de « communauté » en se référant principalement à la stratégie de développement des communautés. Cette stratégie vise pour sa part principalement la réduction des inégalités sociales de santé. Voici donc le point où la justice sociale, particulièrement la justice distributive, entre en jeu et demande une réflexion éthique plus approfondie sur l'utilisation de la notion de « communauté » en santé publique. L'évaluation de la pratique définitionnelle qui accompagne l'utilisation de cette notion devra alors reposer sur des critères qui appartiennent au domaine de la philosophie morale et de la bioéthique, plus précisément de la justice distributive.

L'examen de différents écrits provenant des sciences sociales mène également à un dégagement de l'enjeu de justice sociale derrière le recours au communautaire dans les idéologies politiques de la société québécoise contemporaine. Plusieurs auteurs soulèvent qu'on ne puisse guère poser de contenu définitif à une notion comme celle de « communauté », sans par le fait même porter préjudice à des groupes qui pourraient aussi, dans un autre contexte ou selon une perspective différente, se réclamer d'un statut communautaire (Kymlicka et Norman, 2000;

Vibert, 2004, 2005, 2007; White, 1994; Löwenthal, 2005; Agamben, 1990; Sen, 2007).

Aussi, le pluralisme social et culturel accepté comme principe directeur de la société québécoise renforce l'impossibilité d'entente sur un contenu qui permettrait de déterminer lequel des regroupements mérite le titre de « communautaire » par rapport à l'ensemble des groupes pouvant aussi se réclamer de ce titre. Selon Massé (2004), les groupes communautaires et la pluralité des valeurs qu'ils portent font partie prenante des acteurs importants se partageant l'émergence de débats éthiques entourant la vulnérabilité. Ainsi, ce ne sont plus seulement l'État, les chercheurs ou les professionnels de la santé qui ont à pointer les groupes à soutenir dans la société et les responsabilités de chacun envers ces groupes.

La communauté aussi est un espace moral invoquant des enjeux éthiques parfois impensés par les institutions. Par exemple, le Comité de défense des droits sociaux de la Fédération CJA[7], s'adressant à la communauté juive de Montréal, étudie et fait valoir des problématiques particulières que connaissent les membres de la communauté juive de Montréal, incluant des enjeux de santé et de bien-être. On y soulève entre autres le coût de la vie plus élevé chez cette population, en lien avec le prix très élevé des logements disponibles dans leur quartier d'appartenance, de la rareté des logements inoccupés ou des prix de la nourriture cachère à Montréal. Ne pouvant pas inclure dans les politiques publiques québécoises ce type d'enjeux très particulier à la communauté juive, La Fédération CJA finance en partie des programmes communautaires permettant d'amoindrir les inégalités sociales que peut subir la communauté juive et s'efforce d'étudier les déterminants sociaux qui influencent leurs conditions de vie et leur santé. Sans avoir à se pencher sur ces problèmes, les décideurs en santé publique devraient au moins prendre compte des enjeux qui sont soulevés par différentes communautés et encourager leurs initiatives de revendications et de recherches pour leurs droits, leur santé, leur bien-être ou tout autre déterminant social qui pourrait influencer leur santé.

D'ailleurs, l'exposition des pensées relevées dans le Chapitre 1 (p. 36-40) quant à l'usage moderne de la notion de « communauté » en sciences sociales,

[7] http://www.federationcja.org/fr/representation/representation-sociale/

notamment celles de Tönnies et de Durkheim, dévoile une inquiétude qui persiste chez ces deux auteurs. Par l'opposition stricte entre « communauté » et « société », Tönnies dénonçait les éléments fondamentaux de la modernité naissante en France : l'urbanisation, l'interventionnisme massif de l'État, la montée de l'individualisme provoquée en partie par la philosophie égalitaire et l'apparition du capitalisme économique (Vibert, 2004). Ces mouvements sociopolitiques nouveaux lui semblaient impersonnels et centrés sur une perception utilitariste de l'individu. La communauté devenait alors le lieu d'une vraie solidarité, durable et basée sur un souci moral et sur l'affection au-delà de la raison. Durkheim partageait également ces inquiétudes. Pourtant, il a tout de même nuancé la dichotomie de Tönnies en montrant comment la modernisation n'a pas éliminé toute forme de solidarité, mais en a plutôt inventé de nouvelles permettant de conserver un lien social malgré les mouvements centralisateurs des États modernes. En effet, bien que sa vision de la société se base sur la raison, l'individu y vit aussi une relation morale, portée à un contexte plus large et indépendant des mouvements massifiés d'un groupe effaçant toute liberté de mouvement comme celui de la communauté.

À la lumière de ce survol des pensées ayant surgi de la modernité quant à l'usage de la notion de « communauté » en sciences sociales, on note que Tönnies et Durkheim ont partagé le souci du maintien de la solidarité sociale, dont ils semblent craindre une disparition ou une profonde mutation en raison des conséquences organisationnelles, politiques et idéologiques de la modernisation. Ils s'entendent pour considérer préférable que subsiste une certaine place pour la liberté et le lien social qui ne soit pas contrôlée et planifiée de toute part par la raison étatique. Bien que Durkheim (1893) considère le potentiel évolutif des nouvelles formes de solidarités impliquées par la modernité, il met aussi en garde contre un contrôle absolu de l'État sur la direction prise par les individus dans leurs relations et leurs affiliations en raison de la perte du lien social qui pourrait s'ensuivre.

Or, l'analyse de contenu des documents de santé publique québécois retenus pour notre étude (Chapitre 1) rappelle les pensées de Tönnies et de Durkheim. Si leurs définitions précises des termes « communauté » ou « société » ne sont jamais reprises, ce sont leurs inquiétudes qui semblent relevées sur la scène de la santé

publique québécoise. Notre analyse démontre une inquiétude des acteurs de ce secteur quant au paternalisme de l'État et quant à l'institutionnalisation des liens sociaux impliqués dans les stratégies de développement communautaire. En effet, plusieurs façons de soulever le terme « communauté » en santé publique sont liées à un rejet des approches technicistes, bureaucratiques, paternalistes ou dites *top-down* de l'intervention (Vibert, 2007; Massé, 2004; Bourque et al, 2002; Fassin, 1994).

Plus encore, ce qui est retenu de la notion de « communauté » dans sa mobilisation, tant dans la pensée sociologique du début de la modernité que dans les écrits de santé publique actuels au Québec, ce sont ses rapports de pouvoir avec l'État. Dans tous les cas, la communauté est perçue comme un groupe capable d'action et avec une certaine autonomie par rapport à l'État. Même si Durkheim (1893) semble croire que le mouvement de la communauté ne puisse s'effectuer que par une impulsion massifiée et unifiée par des membres liés par leur ressemblance, il met aussi en garde contre la disparition de cette forme de socialité primaire au profit de la relation sociale contrôlée ou planifiée dans un but utilitaire servant l'État. En santé publique au Québec actuellement, on remarque un appel à la participation citoyenne des groupes communautaires (Fassin, 1994; Gendron, 1998; Bourque et al, 2002), comme on peut le voir entre autres par différentes tables de concertation regroupant des acteurs du milieu communautaire s'occupant de problématiques telles que la santé mentale ou le vieillissement de la population. Aussi, l'organisation de la santé et des services sociaux a de plus en plus recours à l'aide provenant des communautés pour pouvoir pallier le manque de ressources ou le manque d'impact de certaines de leurs pratiques dans le cadre de leurs fonctions, comme c'est le cas avec l'appel à la communauté pour le maintien à domicile des personnes âgées ou pour la désinstitutionnalisation des personnes avec des problèmes de santé mentale (White, 1994). Ces groupes communautaires sont alors perçus comme des acteurs en santé publique.

Nouveaux critères pour définir la notion de « communauté » en santé publique

Pour pouvoir déterminer une manière de rendre compréhensible la communauté en santé publique dans le contexte québécois, on peut partir du constat de la communauté vue comme étant une actrice de la scène publique. En effet, on voit

ce type de regroupement comme étant capable d'identifier et de participer aux débats éthiques de la société sur la vulnérabilité et de se positionner face à l'État, tout en restant plus proche des modes de socialisation primaires (Massé, 2004). Or, notre examen de l'utilisation de la notion de « communauté » dans les documents de santé publique a montré que ce terme est surtout mobilisé soit sans réflexion quant à sa signification ou soit par une définition stricte et fermée (Chapitre 1).

Si les communautés sont des instances aujourd'hui reconnues comme étant essentielles pour la mise en œuvre des politiques de santé publique et pour l'identification de certaines voies à prendre dans le sens d'une réduction des inégalités sociales de santé (MSSS, 2003, 2008), alors le fait de poser une définition stricte de l'extérieur de ce que devrait être une communauté pose un problème de légitimité. Qui a l'autorité suffisante pour imposer une définition officielle de cette notion? Si nous décidons de choisir l'expert comme figure d'autorité pouvant légitimement poser une définition de forme et de contenu de ce que devrait être une communauté, alors nous entrons en conflit avec la logique même qui fait naître la réapparition de la communauté dans le contexte de santé publique québécois. En effet, le développement communautaire est une stratégie qui rappelle l'importance du terme de « communauté » en santé publique et qui vise la réduction des inégalités sociales de santé et l'action sur les déterminants sociaux de la santé, qui elles s'appuient en grande partie sur un mouvement de renforcement des capacités des individus et des communautés (MSSS, 2008; Leroux et Ninacs, 2002a, 2002b). En donnant une définition qui ne s'appuie que sur l'expertise, on contribue à une reproduction d'un modèle *top-down*, modèle problématique dans le présent contexte, qui se voudrait plutôt ouvert à la voix des communautés elles-mêmes.

De plus, on peut se demander comment choisir les critères qui peuvent être légitimement fixés pour exprimer l'ampleur de ce qu'est une communauté. Ici, il est propice de dire quelques mots sur deux approches souvent utilisées par les anthropologues (Poutignat et Streiff-Fenart, 2008; Fassin, 1994), soit l'*étique* et l'*émique*. La vision *étique* est une manière d'expliquer les faits, les sentiments, les phénomènes ou tout autre élément qui font l'objet d'un regard de société par une certaine expertise. Ainsi, c'est un regard extérieur qui vient préciser l'élément à

décrire, selon des observations ou des considérations théoriques. À l'opposée de cette vision « experte », l'explication *émique* d'un fait social, d'une expérience ou d'un phénomène prend comme base explicative le vécu même des personnes qui s'y trouvent, expliqué dans leurs propres mots et selon le sens qu'ils lui donnent.

Ainsi, le fait de poser une définition fixe de la communauté ne reflète pas la vision interne et vécue de celle-ci et ne permet ainsi pas de s'ouvrir à une certaine réflexion anthropologique sur la consistance factuelle d'une communauté déterminée hors du modèle *étique* fixé par un expert. Rien n'empêche l'expert de se baser sur les différentes expériences vécues et révélées par les membres des communautés pour pouvoir en dépeindre un portrait, mais la validité de sa définition et des critères qui la constituent reste une question qui touche principalement la légitimité et la valeur effective qu'aura cette définition par rapport aux différentes réalités vécues par ces groupes identifiés par cette définition posée. Il faut qu'un modèle définitionnel permettant de nouveaux savoirs ressurgisse de concert avec les discours *émiques*.

D'ailleurs, Barth explique dans *Les groupes ethniques et leurs frontières* (Barth, 2008) que les classifications créées et validées par le seul pouvoir des experts quant au contrôle des connaissances ne permettent pas de relater la richesse de ce qui est joué dans les questions concernant l'identité. Le construit identitaire est avant tout une relation réflexive. Bien que Barth aborde les identités ethniques, on peut facilement rapprocher ce thème de celui des communautés. L'auteur exprime à propos du caractère réflexif des relations identitaires une hypothèse selon laquelle le concept de limite, ou de frontière est un opérateur logique qui structure le discours même du groupe qui y est délimité. Le discours *émique* des communautés dites ethniques prendra donc, pour se structurer, un schème entretenant une relation de maintien, ou possiblement de répulsion, avec les frontières déjà existantes. Par contre, selon Barth, ce ne sont pas les discours *étiques* qui influencent les catégories utilisées pour atteindre l'action, mais ce sont plutôt les interactions significatives se rapprochant surtout de l'*émique*.

Toujours en ce sens, Sen s'appuie sur une idée de Bourdieu dans *Identité et violence* (Sen, 2007) pour expliquer qu'une catégorisation reposant sur un point de vue intellectuel peut se voir recalée par la pression du social, qui peut la rendre

injustifiable dans certains contextes. Ainsi, il se peut qu'en catégorisant arbitrairement un groupe, ce dernier intériorise tout de même les normes qu'on lui accole et finisse par se reconnaître à l'intérieur des frontières ainsi créées, puisque celles-ci peuvent alors être performées par les groupes mêmes qui s'y identifieront. Sen propose donc, de par ces considérations, de trouver un moyen de raisonner sur les questions identitaires en dépassant un modèle purement intellectuel et en s'attardant davantage sur les manifestations et les représentations jouant sur le terrain des identités vécues. Toujours dans le même sens, Daniels, Kennedy et Kawachi (2004) insistent également sur l'importance de prendre en compte, dans nos analyses et nos réflexions sur les inégalités sociales de santé, le monde vécu par les participants qui vivent un certain monde local qui leur importe particulièrement. Il faut tenir compte des éléments qui sont importants aux yeux des gens qui vivent ces mondes, même si ces éléments peuvent receler de profondes différences culturelles et sociales et alors créer de potentielles tensions.

Ainsi, bien que la définition de Christenson et al (1989) ne soit pas érigée en tant que définition officielle de ce que doit être la communauté, nos constats du premier chapitre ont démontré que du minime nombre de documents qui utilisent la notion de « communauté » en la définissant, la plupart reprennent cette définition sans la nuancer. Bien qu'elle puisse être appréciée pour plusieurs raisons, notamment des raisons pratiques d'applicabilité dans le cadre actuel de la santé publique québécoise, il serait nuisible pour le maintien d'une vigilance éthique autour de ce terme l'adopter de manière univoque. Cette situation menacerait la poursuite constante d'un effort de réflexion essentiel à propos des classifications et de leurs impacts.

Puis il ne faut pas croire que parce qu'on dénonce ici une vision unilatérale de ce que peut être une communauté, il faut pour autant éviter de faire tout effort pour rendre cette notion un tant soit peu compréhensible pour la mise en pratique des plans d'action dans la sphère de la santé publique. La multiplicité des référents et le laxisme de la notion de « communauté » restent problématiques lorsqu'on doit prioriser des communautés dans un contexte de rareté des ressources.

De plus, pour pouvoir faire partie de la délibération publique, les groupes qui composent une communauté ne peuvent pas être privés d'une base commune de compréhension du terme pour pouvoir soit en débattre, soit le mobiliser. Une bonne maîtrise de ce qu'est ou pourrait être une communauté serait en réalité une démonstration de transparence et rendrait alors possible pour tous, de manière équitable, la revendication pour un changement de statut, pour une reconnaissance ou pour la dénonciation de l'oubli ou du traitement superficiel fait à certaines communautés. Pourtant, la délibération publique ou l'implication citoyenne sont de longs processus. En effet, on entend souvent que la participation citoyenne au Québec s'est affaiblie au moment où l'État providence a voulu prendre en charge la société, remplaçant le rôle qu'avaient autrefois les communautés religieuses par rapport à la santé (Vibert, 2005; Massé, 2004). Maintenant que les moyens et les ressources manquent pour le fleurissement de l'État providence et que les choix politiques s'avèrent moins interventionnistes, la participation citoyenne et communautaire se retrouve de nouveau dans de nombreux discours politiques (Lachapelle, 2007; Bourque, 2004; Fassin, 1994).

La typologie : consensus entre laxisme extrême et fermeture arbitraire

Les avantages de la typologie

Le problème de départ ici était celui d'un manque de définition de la notion de « communauté » dans les documents de santé publique. Or, une définition de la notion de « communauté » qui est stricte et construite par un savoir expert pose aussi problème quant à la légitimité du choix des limites qu'elle impose et qui détermineront lesquels des groupes pourront être perçus comme étant des communautés et par le fait même, pourront être favorisés par les mesures de développement communautaire. Dans ce contexte, seront toujours exclus des groupes se réclamant du statut communautaire selon les définitions posées. L'usage laxiste du terme « communauté » demeure toutefois une inquiétude portant sur l'efficacité et la suffisance des mesures de développement communautaire proposées comme moyen pour réduire les inégalités sociales de santé au Québec. Reste alors le besoin de rendre compréhensible la notion de « communauté » pour soutenir les efforts pour une équité en santé au Québec, sans trop la dirigée non plus de manière *top-down*.

Ainsi, on propose de rendre compréhensible la notion de « communauté » par une typologie, qui est une bonne manière d'aborder ce terme tout en permettant un apport du point de vue de l'éthique. Ce travail donne une certaine direction aux professionnels de santé, tout en leur laissant une liberté de mobilité et de choix par une maîtrise ou une conscience de la complexité du terme. Un autre avantage de la typologie est son ouverture et la diversité de types de regroupements qu'elle permet d'identifier comme étant communautaires, qui empêchent un étiquetage strict en faisant ressurgir la complexité derrière le processus identificatoire. Cette facette de la typologie peut prévenir des phénomènes comme ceux de l'autoréalisation des étiquettes par les groupes qui y sont identifiés, situation étudiée et confirmée par plusieurs auteurs (Butler, 2002; Barth, 1969; Rosenthal et Jacobson, 1968).

Sur ce point, des études ont aussi appuyé cette hypothèse. Entre autres, Rosenthal et Jacobson (1968) se sont intéressés aux effets des attentes des professeurs envers leurs élèves. Pour ce faire, ils ont faussement déclaré à des professeurs qu'une partie de leurs étudiants connaîtrait une croissance intellectuelle exceptionnelle au cours de l'année scolaire qu'ils débutaient alors avec eux. Les chercheurs ont ensuite observé les effets de ces prédictions faites aux professeurs sur les résultats réels obtenus par les élèves ciblés au hasard et ils découvrirent que ces résultats allaient dans le sens des prédictions faites au début de l'année. Ils en conclurent que les professeurs modulent leur comportement envers les élèves en lien avec leurs attentes envers ceux-ci. Leurs attentes arrivent ainsi à influencer les résultats scolaires des étudiants, ce qui sera ensuite appelé l'*Effet Pygmalion* (Rosenthal et Jacobson, 1968).

En ce sens, la catégorisation devient un acte moral, pouvant affecter concrètement la réalité vécue par les communautés et leurs membres. Il s'avère ainsi important de sensibiliser les intervenants en santé et ceux qui s'occupent de les guider pour leur permettre d'adopter une posture réflexive quant au regard qu'ils posent sur les communautés. Une certaine prudence y est donc requise. Bourgeault (2003) explique que la prudence est un élément essentiel de l'attitude éthique. Ce dernier constate que l'expert a souvent la tâche d'identifier les problématiques et les catégories sur lesquelles on intervient. On voit alors surgir une catégorisation qui repose sur la création d'une normalité arbitraire et non reconnue, puisque le public

cible des interventions reste sans voix quant à ses besoins. Mais l'idéal de la théorisation, qui joindrait les visions des intervenants, des experts académiques et des citoyens, ne pourra jamais se réaliser parfaitement selon Bourgeault (2003). Il insiste sur l'interrelation inachevée entre la pratique et le théorique, qui finit par produire le savoir, mais qui est toujours à revoir lorsque les professionnels rencontrent un singulier inédit qui échappe à la théorisation établie. De cette difficulté à théoriser ou à catégoriser clairement les groupes auprès desquels on intervient, l'auteur cherche des pistes pour une éthique nouvelle de l'intervention sociale, qui ne laisserait pas les experts prendre une position dominante quant à l'établissement des définitions qui influencent la composition et la dynamique des groupes.

Pour cette nouvelle éthique, Bourgeault (2003) croit qu'on devrait questionner le moment où se rencontrent l'intervenant et la personne visée par l'intervention, qui se fait toujours dans un rapport inégalitaire. Dès que l'intervenant prend conscience de sa position de domination plus ou moins arbitraire dans l'intervention, il peut alors se sensibiliser et s'inquiéter devant cette position et agir en conséquence. Ce que propose ainsi Bourgeault (2003) est d'agir selon une éthique de la responsabilité en s'appuyant sur la notion de prudence. Celle-ci nous oblige à un effort de prévision et nous incite à rester ouverts aux développements futurs du terrain qui nous obligeront à apporter des changements aux définitions et aux catégorisations avec lesquelles on travaille. Cette prudence incite les acteurs à continuer d'avancer dans l'incertitude, tout en restant vigilants quant aux conséquences possibles de leurs interventions.

Or, une définition fixe de la communauté efface les possibles manifestations qui pourraient provenir des milieux et des groupes qui sont identifiés comme étant ou non des « communautés ». En laissant le contrôle de la catégorisation communautaire à l'État et ses experts, on va à l'encontre des visées de renforcement des capacités et de la prise en charge des communautés par elles-mêmes. De plus, ce type de définition pose le danger d'orienter la compréhension de ce qu'est la communauté vers un type de néo corporatisme au service des orientations étatiques (Massé, 2004). Bien que des groupes, comme certains organismes communautaires, puissent être mandatés par l'État pour remplir certaines fonctions instrumentales de la communauté, il reste important dans l'organisation actuelle de l'intervention en santé

publique de demeurer alerte aussi à sa fonction expressive (White, 1994). C'est dans l'expression de sa composition, de ses besoins ou de ses manques, de ses revendications ou des enjeux qui s'y jouent et qui lui importent que la communauté peut exercer une fonction expressive à ne pas balayer de la main dans la prise en compte des communautés en santé publique. Pour prendre un rôle d'actrice dans la société, la communauté ne doit pas devenir qu'une intervention experte et dirigée.

Typologie du terme « communauté » en santé publique : le modèle de Vibert

Pour nuancer les compréhensions possibles du terme « communauté », Vibert (2004, 2005, 2007) a établi une typologie du terme en le liant au contexte du système de santé québécois. Dans son ouvrage *La communauté au miroir de l'État. La notion de « communauté » dans les énoncés québécois de politiques publiques en santé et services sociaux* (Vibert, 2007), Vibert entreprend une démarche d'analyse documentaire des écrits de 1970 à 2003 concernant les politiques publiques entourant la notion de « communauté » au Québec. Son but est principalement de mettre sur pieds une typologie pour clarifier les utilisations du terme de « communauté » dans la sphère publique québécoise et pour permettre de l'utiliser de manière plus réflexive et de comprendre l'histoire qui se cache derrière ses usages possibles (Vibert, 2007).

Vibert (2007) propose une typologie pour rendre compréhensible la notion de « communauté ». En effet, ce dernier conçoit la communauté comme une notion qui est apparut en même temps que la modernité, constituant alors un opérateur logique par lequel la modernité s'est pensée depuis. Ainsi, une typologie permet de soulever les emplois effectifs de ce terme et alors de rendre compte de la valeur qu'il prend dans des contextes particuliers qui lui donnent aussi un sens. Vibert établit donc un survol historique de l'apparition de la notion de « communauté » dans les sciences sociales, pour soulever les enjeux qui s'y trouvent globalement. Ensuite, il montre comment le Québec a repris ce terme après sa longue mise de côté, pour lui donner un sens qui est réapproprié politiquement par divers acteurs sur la scène de la santé.

Pour présenter l'histoire du terme « communauté » au Québec, Vibert (2004) retrace l'origine de son utilisation politique dans le contexte global des sciences sociales. C'est à partir de l'apparition du droit naturel moderne que sera développée par Tönnies une typologie qui permit d'établir une stricte opposition entre

communauté et société (Vibert, 2004, 2007). Ainsi, c'est par la complexification de la forme sociale qu'est la société à l'époque moderne qu'est apparue la communauté en tant que souci de solidarité sociale, solidarité que l'on craignait voir disparaître ou s'amoindrir dans le développement de la modernité.

Ensuite, le paradigme sociologique classique introduit par Tönnies fut remis en question par l'utilisation totalitaire qui en a été faite et qui a permis dans l'histoire occidentale de justifier des politiques d'exclusion ou de discréditation de certains groupes alors conceptualisés par des experts comme étant des communautés identitaires basées entre autres sur la race, la religion ou la classe sociale. L'histoire de l'esclavage des noirs aux États-Unis (McAll, 2008) ou celle de *l'Holocauste* (Vibert, 2007) lors de la Deuxième Guerre mondiale sont des exemples d'instrumentalisation du terme « communauté » sous le couvert identitaire qu'ont fait porté à des groupes les autorités de ces pays pour les disqualifier au niveau politique. Ces actes totalitaires antidémocratiques ont donc fait craindre l'usage de la notion de « communauté » dans le domaine politique, jusqu'à l'effacer de la scène publique. Par ce processus, on a oublié ce que Sen (2007) rappelle, soit le fait que l'identité d'une personne n'est jamais complètement déterminée par un groupe auquel elle s'affilie et l'idée selon laquelle l'entrée d'un individu dans une communauté se fait de façon volontaire et peut alors être annulée en tout temps lorsqu'elle ne répond plus aux aspirations qui l'habitent. Malgré tout, l'utilisation de la notion de « communauté » refait surface publiquement depuis la fin des années 1980 (Vibert, 2007). Elle réapparaît comme elle est apparue avec la modernité, soit comme un espace moral où les interrelations sont rendues possibles en d'autres termes que ceux de l'état et où la solidarité est conservée malgré la montée des droits individuels.

Dans l'histoire québécoise, la réapparition de la notion de « communauté » dans l'espace public est présentée par Vibert (2007) en trois temps. Dans un premier temps, un peu avant les années 1970, les communautés du Québec étaient surtout perçues comme si incorporant dans les organismes communautaires, qui étaient à l'époque dans un certain rapport contestataire vis-à-vis des mesures politiques de l'État, tout en restant en relation avec celui-ci. Les organismes communautaires servaient alors de base pour la participation citoyenne et pour l'inclusion des

populations marginalisées. Dans un deuxième temps, au courant des années 1970, les groupes communautaires ont poussé leur position de contestataires jusqu'à prendre un statut d'opposition avec l'État, en s'autonomisant par rapport à celui-ci. Finalement, dans la troisième phase de la manifestation publique de la communauté, lors des années 1980, s'est produite une institutionnalisation de l'action communautaire, visant à inclure l'action de divers secteurs dans le règlement des problématiques sociales. Plutôt qu'être en stricte opposition à l'État, la communauté semble alors revenir à un rapport relationnel avec celui-ci, comme lors des années 1970. Pourtant, la position de contestataire qu'elle prenait ne semble plus caractériser principalement sa raison d'être (Vibert, 2007).

Cette dernière phase semble s'appliquer dans beaucoup des cas où l'on soulève la notion de « communauté » en santé publique actuellement. Aujourd'hui encore, la communauté est essentiellement utilisée dans les politiques de santé d'une manière institutionnelle, qui s'éloigne parfois de la vision qu'en avait la *Charte d'Ottawa* (OMS, 1986). Même si l'institutionnalisation de certaines communautés leur permet une reconnaissance publique et une possibilité de prise de position politique, il reste un problème lié au danger d'instrumentalisation de ces communautés institutionnalisées. Aussi, celles qui ne seront pas dans la mire des besoins de santé déterminés de manière *top-down* par l'État auront possiblement moins de poids et d'opportunités que celles perçues comme « partenaires » de l'État.

Pour ce qui est des types de communautés repérées par Vibert (2007) dans les documents sur les politiques publiques en santé, on en dénombre quatre. Le premier type de regroupement est la « communauté locale ». Celle-ci est balisée géographiquement plus ou moins strictement. Selon cet auteur, l'espace de ce type de communauté est souvent associé au milieu de vie sur lequel reposent maintenant certaines responsabilités qui appartenaient autrefois à des domaines aujourd'hui désertés depuis la désinstitutionnalisation effectuée par des politiques néolibérales. Les formes couramment associées à ce qu'on nomme la « communauté locale » sont la famille et le voisinage. Par exemple, le vieillissement de la population jumelé aux orientations politiques de désinstitutionnalisation prône un maintien de la personne âgée dans ce que l'on nomme la « communauté locale » (Cardinal et al, 2008). Le

« virage ambulatoire » au Québec semble aussi aller dans cette direction (Ducharme et al, 2004; Gagnon et al, 2001). Prioritairement, ce virage met l'accent sur la viabilité des soins à domicile. Or, on sait bien que cette nouvelle orientation ne pourrait guère être plausible sans l'aide de la famille qui entoure les personnes dépendantes à domicile (Guberman, 2003). Ainsi, ce recours à la communauté locale est souvent un appel à la participation de la famille dans les soins offerts aux personnes âgées.

Le deuxième type de communauté est l'organisme communautaire (Vibert, 2007). Ce type réunit souvent des gens à l'échelle locale, mais il peut aussi s'étendre davantage. Ses membres ont en commun une cause, des services offerts ou reçus, des revendications de droits ou une mise en lumière de leurs besoins. Par exemple, parmi les organismes communautaires financés par le MSSS, beaucoup touchent la thématique de la santé mentale. Certains interviennent au niveau provincial, comme c'est le cas d'Accès-Cible SMT[8], un organisme communautaire d'employabilité et de ressources alternatives pour les personnes vivant avec un problème de santé mentale à travers le grand Québec. D'autres organismes sont plus locaux, offrant par exemple des services d'hébergement divers. Un autre exemple d'organisme communautaire régional reconnu comme tel par le MSSS pourrait être celui des associations de personnes utilisatrices de services de santé mentale couvrant une région particulière, qui elles sont axés non pas sur un problème particulier, mais sur la défense et la promotion des droits et des intérêts des usagers dans le contexte du système de santé et de services sociaux et dans divers secteurs publics[9]. Les organismes communautaires sont organisés, ce qui leur permet une visibilité et des chances de partenariat plus aisées sur la scène publique. Par contre, leur interrelation continuelle avec l'État les met dans une tension constante entre leur autonomie et leur institutionnalisation. Or, ce type de communauté peut être récupéré de façon utilitaire par l'État et devenir alors plus institutionnalisé qu'autonome. Par contre, une

[8] Cet organisme communautaire a été trouvé sur le site internet du MSSS, qui donne la liste complète des organismes communautaires financés par le MSSS via cette adresse: http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/reseau/OrgComm.nsf/Parcateg?OpenView

[9] *Ibid.*

autonomie absolue enlèverait de la légitimité à son action sur la scène publique et ne contribuerait point à la mise en lumière de ses revendications.

Il semble plus aisé de concevoir ce type de communauté, puisque les organismes communautaires sont de plus en plus interpellés dans les documents de santé publique au Québec. D'ailleurs, l'organisme communautaire est le type de communauté qui reçoit le plus de visibilité et de financement par le MSSS. Bien que l'on nomme les organismes financés par le MSSS des organismes communautaires autonomes, certains organismes communautaires ayant comme mission la santé et le bien-être demeurent des instances autonomes en retrait de l'intervention étatique et de son financement. On retrouve entre autres des organismes à but non lucratif (OBNL) qui aident les familles de leur secteur local en offrant des activités éducatives et valorisantes pour les enfants et du soutien par une approche de renforcement des capacités pour les parents par des ateliers divers, comme c'est le cas du Carrefour des petits soleils[10]. Bien que cet organisme et plusieurs autres semblent très près des visées prônées dans le domaine de la santé, on peut supposer que le fait qu'ils ne soient pas financés par le MSSS leur donne une moins grande visibilité que les organismes communautaires qui le sont. En ce sens, la liste officielle diffusée publiquement pour rendre compte des organismes communautaires appuyés par le MSSS[11] n'inclut que les organismes qu'il finance, n'incluant pas ceux qui s'alignent avec leurs objectifs, mais qui ne reçoivent pas de financement.

Le troisième type est la « communauté identitaire », basée sur une identité collective et un sentiment d'appartenance (Vibert, 2007). Selon Vibert, cette communauté s'est manifestée plus tardivement sur la scène publique québécoise. Elle apparaît fréquemment pour combattre l'exclusion ou la stigmatisation de certains groupes qui n'ont parfois en commun que leur exclusion sous la base d'un trait identitaire qu'ils partagent. Prenons l'exemple de la communauté regroupant les lesbiennes, gais, bisexuels et transgenres (LGBT). Ce groupe s'organise surtout autour de l'état minoritaire de ses membres par rapport à leur orientation ou à leur

[10] http://voila.net/lespetitssoleils/page3/index.html

[11] Le MSSS fournit une liste complète des organismes communautaires qu'il appuie par un financement et avec lesquels il est partenaire. On est en mesure de consulter cette liste par le biais du site internet du MSSS, à cette adresse : http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/reseau/OrgComm.nsf/Parcateg?OpenView

identité sexuelle. Les membres de cette communauté sont aussi réunis par rapport à des problématiques particulières qu'ils partagent à propos des milieux de la santé. Pour ne donner qu'un exemple, les personnes faisant partie de ce groupe revendiquent de plus en plus pour briser les tabous autour des LGBT et pour amoindrir leur exclusion dans certaines sphères de la société, comme celle de la parentalité (Réseau québécois d'action pour la santé des femmes, 2004).

Le dernier type établi par Vibert (2007) est la « communauté globale ». Ce regroupement pourrait se rapprocher de ce que Durkheim (1893) nomme la société. En ce sens, cet ensemble tente d'organiser de manière légitime la cohabitation des diverses communautés en son sein. Sa légitimité repose sur un travail de réflexion portant sur les critères formant l'unité de cette communauté et la reconnaissance de la possibilité d'une grande diversité en son sein. L'esprit derrière la communauté globale est d'organiser et de maintenir un lien et une cohérence d'ensemble parmi les communautés diversifiées. Bien que Vibert (2007) ne le formule pas précisément, on peut supposer que l'État québécois en entier pourrait être identifié comme une communauté globale. Par contre, si l'on veut se concentrer sur le secteur de la santé publique en particulier, on peut s'imaginer que l'ensemble de l'État québécois étant le principal responsable officiel de ce secteur ne peut pas être visé lui-même dans les mesures de développement des communautés. Il ne peut donc pas être inclus dans ce qu'on considère une communauté dans le contexte précis du développement des communautés dans un objectif de réduction des inégalités sociales de santé.

À la lumière de la présentation de ces quatre types de communautés, mentionnons qu'ils ne sont pas vus par Vibert (2007) comme étant cloisonnés. En effet, certains groupes pourraient se faire valoir d'un statut communautaire de par les caractéristiques de plusieurs types de communauté présentés dans ce modèle. Par exemple, une communauté locale délimitée sur le territoire d'un quartier peut réussir à être mobilisée par une problématique identifiée comme appartenant principalement à une communauté identitaire LGBT. Ensuite, cette communauté identitaire basée localement peut décider de s'organiser autour de la problématique de l'exclusion et des préjugés existants envers ses membres et ainsi se transformer en un organisme communautaire s'alliant dans son combat aux interventions de l'État. L'ensemble des

organismes communautaires en lien avec ce type de communauté identitaire et provenant de diverses communautés locales pourra finalement s'organiser en un groupe d'ensemble qui donnerait une cohérence et qui unifierait les manifestations de ces différentes communautés en son sein. Ce serait alors une communauté globale. Les frontières posées par la typologie des communautés effectuée par Vibert (2007) restent donc versatiles, tout en apportant un schème pour penser la diversité des communautés possibles et les enjeux qui s'y jouent.

Discussion

Ici, la typologie présentée ne limite guère la reconnaissance d'un groupe comme étant communautaire à une définition donnée inflexible et insensible aux possibles changements des milieux et des acteurs avec lesquels interagissent les communautés en santé publique. Il est crucial de conserver cette possibilité qu'ont les regroupements de la société civile à revendiquer des droits et à entrer en rapport de force avec l'État dans un contexte où on interpelle une plus grande participation citoyenne et une réduction des interventions étatiques paternalistes.

L'avantage principal de la typologie de Vibert (2007) est alors son ouverture, qui permet une meilleure adéquation des conceptions du terme « communauté » aux enjeux qui se jouent dans la réalité des groupes visés ou interpellés par l'action en santé publique. Aussi, la typologie contribue à enrichir les compréhensions possibles du terme « communauté » et elle aide à saisir les tensions qui se pointent à l'horizon de ses diverses interprétations. De ce point, on saisit la pertinence d'une autre avenue pour répondre à l'usage flou et indéterminé de la notion de « communauté » dans les documents visant l'action en santé publique au Québec. Certes, le tracé historique de l'utilisation du concept de « communauté » dans les sciences sociales et dans les politiques publiques et les précisions données sur les différents idéaltypes qui permettent de formuler cette notion sont des démarches à la fois plus enrichissantes, plus pertinentes et mieux adaptées au contexte actuel de la santé publique.

De plus, les nuances et les mises en contexte du terme « communauté » permettent aux différents acteurs de santé publique d'envisager les actions comme celles du développement communautaire d'une manière plus informée. Sur ce point,

dès qu'on choisit de reconnaître un groupe comme étant une communauté, on pose un jugement moral. Ce choix se fait du côté de tous les acteurs concernés, que ce soit le choix d'appartenir à une communauté en tant que citoyen, le choix d'une communauté à prioriser dans l'intervention en tant qu'intervenant ou le choix politico-social d'une communauté qui recevra les ressources et l'attention disponibles dans un système de santé en crise. Puis vivant dans une société aux valeurs plurielles, ces jugements seront bien souvent différents sans qu'on puisse déterminer clairement quelle position est la plus justifiable. C'est d'ailleurs le défaut principal de la définition de communauté fournie par Christenson et al (1989). Bien que sa définition puisse paraître sensée, si elle est imposée, elle deviendra arbitraire et elle risque d'être confrontée à des situations où une autre définition serait plus justifiable.

Du coup, la démarche de Vibert (2007) permet aux acteurs d'être mieux informés en présentant l'histoire de l'usage du terme de « communauté » dans le contexte des politiques publiques et en proposant quatre idéaltypes qui permettent de couvrir les utilisations effectives de ce terme. Ces informations détaillées et nuancées fournissent une base solide pour permettre aux acteurs de la santé publique une autoréflexivité et une prudence quant à leur perception du terme de « communauté ». Ces nuances leur permettent également d'expliquer et de justifier leur utilisation du terme dans les documents, dans leurs actions concrètes dans le champ du communautaire et dans les affiliations citoyennes dites communautaires qui sont performées sur le terrain.

Des lacunes persistent toutefois avec la typologie en guise d'explication du terme « communauté » en santé publique. Le problème principal de cette recherche consiste en une utilisation ambiguë du terme « communauté » dans les documents de santé publique au Québec, qui risque de miner les possibilités réelles de compréhension du terme et ainsi mettre à néant les efforts engagés par les politiques de santé pour réduire les inégalités sociales de santé par une stratégie comme celle du développement des communautés. Or, bien que la typologie permette une meilleure compréhension de la notion de « communauté », elle reste assez large et permissive. Ainsi, on ne sait pas clairement sur quels critères exacts sont sélectionnées les communautés qui ont la chance d'être appuyées dans leur développement. Si on

reconnaît la complexité de ce que peut représenter une communauté et les divers acteurs qui peuvent jouer à la définir et à la modeler, on doit également admettre que dans un contexte de limitation des ressources, on se doit d'établir des priorités d'actions et d'interventions.

Ainsi, se pointe toujours le problème de la justification du choix des communautés qu'on aidera dans leur développement en santé publique. Sans cette justification, le chemin reste libre pour que les politiciens, les administrateurs de la santé publique et les intervenants mettent en application une vision utilitariste et conformiste de la communauté pour faciliter et accommoder leurs tâches, ou simplement par manque de temps ou d'effort de réflexion. On risque alors certaines dérives comme celle de la responsabilisation exacerbée de certaines communautés, comme celles qui doivent supporter le fardeau de la désinstitutionnalisation des personnes touchées par des problèmes de santé mentale ou des personnes vieillissantes malades. Quand on donne à ce type de communauté la mission de gérer les inégalités sociales de santé et les déterminants de celle-ci, on peut soupçonner une déresponsabilisation et un désengagement de l'État envers ces groupes à soutenir (Helly, 2001; White, 1994). Ne pourra peut-être plus être freinée l'utilisation univoque d'un type de communauté instrumentalisé (White, 1994) comme celui des organismes communautaires offrants des services à moindres coûts, au-delà de celles plus identitaires ou affinitaires. Celles-ci gardent une importance dans la réduction des inégalités sociales de santé de par les problématiques émergentes qu'elles font ressurgir pour compléter l'agenda en santé publique.

Il faut rester prudent quant à la supposition du caractère nécessairement bon et moral de toute communauté présente dans la course à la reconnaissance en santé publique (Massé, 2004; White, 1994; Helly, 1990; Gagné, 1996). Toute communauté n'est pas nécessairement tournée vers la santé ou le bien-être de ses membres et certaines d'entre elles peuvent même être nuisibles à cette cause. On a vu plus tôt l'étude de Bousquet (2005) qui explique que la communauté algonquine fut souvent plus vulnérable quant aux problèmes d'abus d'alcool, puisqu'à force de s'être fait identifier de l'extérieur comme étant alcoolique, une partie significative de cette communauté s'est mise à considérer la consommation d'alcool comme un trait

identitaire. Ainsi, les personnes voulant se désintoxiquer ont eu recours à d'autres types de regroupements communautaires, moins identitaires et moins valorisés par les membres de leur communauté d'origine, mais plus bénéfiques en faveur de leur désintoxication (Bousquet, 2005). Dans ce cas, le lien à la communauté d'origine est un obstacle à la réussite de la désintoxication pour certains et la création d'autres communautés fondées sur la sobriété a supporté davantage le renforcement de la capacité qu'ont ces communautés à prendre leur santé en main. Or, la typologie a comme principal défaut de ne pas offrir de base solide pour déterminer clairement les communautés qu'il sera pertinent de choisir pour promouvoir la santé et le bien-être.

Conclusion

Le choix d'une méthode ouverte et nuancée pour décrire la « communauté » en santé publique est l'une des propositions qui ressortent de cette étude. Plus précisément, l'explication de ce terme par la typologie semble représenter l'option la plus convenable au contexte entourant la notion de « communauté » et la stratégie de développement des communautés. On a vu que la typologie construite par Vibert (2007) est un bon modèle pour ce faire dans un contexte d'intervention et de planification dans le domaine de la santé publique.

D'un autre côté, ce qui nous intéresse principalement est de savoir si le choix des communautés qui seront prises en compte dans des mesures de santé publique sera effectué de manière équitable. Par rapport à la stratégie de développement communautaire par exemple, on ne pourra point appuyer le développement de toutes les communautés, en raison du manque de ressources actuel dans les milieux de la santé et de l'abondance des groupes qui peuvent se réclamer raisonnablement du statut communautaire. Or, l'apport éthique de la méthode conçue par Vibert (2007) pour comprendre et nuancer le terme « communauté » en santé publique appartient à un niveau éthique plutôt local. En effet, il permet aux individus, dans un temps et un contexte donné, de justifier de manière plus éclairée les choix qu'ils effectuent par rapport aux communautés et d'en peser plus consciemment les enjeux.

Par contre, lorsqu'on veut évaluer la justice sociale ou l'équité derrière les interventions de santé publique qui obligent aux choix et à l'adoption de conceptions

particulières de la notion de « communauté », le niveau éthique n'occupe plus seulement l'espace local, mais se joue plutôt sur la scène politique québécoise tout entière. D'ailleurs, il faut rappeler que le terme « communauté » en santé publique est maintenant prioritairement tourné vers la stratégie de développement des communautés, qui vise l'action sur les déterminants de santé et la réduction des répercussions des inégalités socioéconomiques sur la santé.

À la lumière de chapitre, on comprend que les enjeux éthiques entourant la communauté reposent sur un problème plus large que celui de la simple reconnaissance des différents types qui la composent et des enjeux qui l'entourent. Bien que cette connaissance soit un point de départ pour la résolution du problème global ici impliqué, elle ne résout pas la question essentielle qu'il reste à explorer : si plusieurs conceptions de ce qu'est une communauté sont possibles et justifiables dans le contexte des interventions en santé publique au Québec, alors sous quels critères sont sélectionnées les communautés soutenues par le système de santé? Le prochain chapitre s'appliquera donc à donner des pistes de solutions pour répondre à cette nouvelle problématique, en s'appuyant sur les nombreuses discussions philosophiques entreprises autour des théories de la justice distributive.

CHAPITRE 3

Une procédure équitable pour la sélection des communautés soutenues en santé publique

Introduction

On a vu jusqu'à maintenant que les écrits officiels de santé publique au Québec se servent abondamment du terme « communauté » sans toujours bien le définir ou bien le nuancer, alors qu'il est interpelé par une des principales stratégies du *Programme national de santé publique* (PNSP) (MSSS, 2003) du Québec. Cette stratégie est celle du développement des communautés, qui prône entre autres parmi ses nombreux objectifs l'équité en santé, sur laquelle elle incite à agir en réduisant les écarts des statuts de santé entre les individus et les groupes. De ce fait, la problématique qui s'érige autour de cette utilisation incertaine de la notion de « communauté » en santé publique exige une clarification du terme qui permettra la tenue d'actions allant dans le sens d'une diminution des inégalités sociales de santé. Or, parmi les approches définitionnelles relevées dans les écrits en santé publique et en sciences sociales, on a vu au Chapitre 2 que la typologie basée sur les travaux de Vibert (2004, 2005, 2007) semble une bonne manière pour rendre compréhensible la notion de « communauté » en santé publique.

En effet, puisque le contrôle du contenu qui définit ce que peut être une communauté en santé publique est ouvert par la typologie, l'orientation de cette définition ne revient pas seulement aux experts en santé publique et elle permet alors de prendre en compte tous les autres pans de compréhensions effectives de cette notion. À l'opposé, une définition experte est souvent proposée pour délimiter ce terme (Chapitre 1). Or, lorsqu'on pose une définition stricte de la communauté, on refuse l'accès à un statut communautaire à certains groupes, alors exclus du soutien au développement des communautés visant la diminution des inégalités sociales de santé et l'action sur ses déterminants. De ce fait advient un problème de légitimité quant au contrôle du contenu définitionnel du terme « communauté », puisque

l'approche experte rejette souvent arbitrairement d'autres compréhensions possibles sous le motif de son expertise.

Toutefois, en ouvrant la définition de « communauté » à une typologie plus large, demeure le problème éthique de la légitimité du choix des communautés à aider monétairement, matériellement, professionnellement, ainsi que de manière organisationnelle et informationnelle par des stratégies comme celle du développement communautaire. Même si la typologie rend compréhensible la variété des regroupements sociaux qui peuvent se réclamer d'un statut communautaire, celle-ci reste trop large pour pouvoir justifier le choix des communautés qui seront aidées dans un contexte de rareté qui ne permet pas de soutenir tous les groupes. On voit dans les documents de santé publique analysés au Chapitre 1 qu'une variété de communautés est prise en compte dans le domaine du développement des communautés. Par exemple, le PNSP (MSSS, 2003; 2008) met de l'avant des mesures se rapportant à des « communautés locales », comme l'initiative de « Villes et villages en santé » (Simard, 2005; Hancock, 1993). Le plus souvent, on considère aussi les actions prises par les « organismes communautaires » du domaine de la santé comme si elles s'intégraient aux mesures de développement des communautés.

Or, il n'est pas si clair que l'action de chaque organisme communautaire favorise la réduction des inégalités en santé souhaitées par les mesures de développement des communautés. Il en va de même avec les mesures comme celles de « Villes et villages en santé », qui ne sont pas toujours axées sur des critères de justice sociale, mais plutôt sur des mesures de prévention et de promotion de la santé. Aussi, bien peu de « communautés identitaires » semblent trouver une place dans les mesures de soutien au développement communautaire et il en va de même avec la « communauté globale ». On s'attarde surtout sur la localité des actions et on ne semble pas penser l'interrelation entre les niveaux, comme le propose Vibert (2004, 2005, 2007) avec sa typologie. Comment alors justifier le fait que certains types de communautés soient davantage inclus et soutenus dans les mesures de développement communautaire, alors que cette stratégie vise dans son fondement même une réduction des inégalités vécues entre les personnes et les groupes eux-mêmes (MSSS, 2003, 2008)?

En ce sens, la question qui occupera l'essentiel du propos pour ce dernier chapitre sera celle-ci : comment choisir les limites qui permettront de déterminer de manière légitime publiquement quelles communautés seront appuyées dans leur développement en santé publique? En ce sens, la pluralité des valeurs de la société démocratique québécoise implique que l'on doive considérer équitablement tous les partis se réclamant d'un statut communautaire. Pourtant, une rareté des ressources en santé demande aussi à ce que des choix soient effectués quant aux communautés appuyées. Il faut alors trouver un moyen pour rendre équitables et justifiables les choix effectués quant aux priorités mises de l'avant en santé publique dans le cadre de la stratégie du soutien au développement communautaire.

Pour ce faire, on cherchera d'abord à expliquer plus amplement les raisons qui poussent les systèmes de santé actuels à s'impliquer dans la réduction des inégalités sociales de santé. Ensuite, on montrera le lien concret qui existe entre cette inquiétude contemporaine et les théories de la justice distributive. On s'attardera alors à montrer en quoi la justice procédurale s'avère éclairante parmi plusieurs théories actuellement disponibles dans le champ de la philosophie concernant le contexte de la santé publique. Finalement, ce sont les propos de Daniels dans *Just Health* (2008) qui seront utilisés pour proposer une voie à suivre pour répondre à la problématique entourant la légitimité des choix des communautés qui seront aidées dans leur développement dans le milieu de la santé publique québécoise actuelle.

Le lien entre les inégalités sociales et la santé

Depuis plusieurs années déjà, des systèmes de santé provenant des quatre coins du monde se sont engagés dans un combat pour réduire les inégalités sociales de santé. Sur la scène internationale, l'OMS a entrepris clairement et publiquement ce mouvement par la *Déclaration d'Alma Ata* (1978) et par la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* (1986). Dans le contexte du Québec, plusieurs rapports et plans d'action soutiennent cette orientation, entre autres la *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1998) et le *PNSP* (MSSS, 2003, 2008). Il s'avère donc impossible de nier que l'inquiétude pour la réduction des inégalités sociales fait partie intégrante du système de santé québécois. De ce fait, il reste essentiel de mettre en lumière les raisons qui poussent les systèmes de santé actuels à s'intéresser et à s'impliquer dans

des mesures visant la réduction des inégalités sociales, comme celle du soutien au développement des communautés en santé publique (MSSS, 2003, 2008).

Pour mieux comprendre le lien qui unit étroitement la santé et les inégalités sociales, on relève ici plusieurs constats épidémiologiques récents. Des auteurs (Daniels, 2008; Daniels et al, 2004) soulèvent qu'un pays plus pauvre peut avoir une moyenne d'espérance de vie plus élevée qu'un pays plus riche. Une autre remarque concerne la corrélation entre le gradient socioéconomique et la santé. Celle-ci montre que si les plus riches personnes d'un État donnaient aux plus pauvres un peu de leur richesse, leur statut de santé n'en serait que peu ou pas touché et celui des personnes défavorisées remonterait presque à égalité avec celui des mieux nantis. On souligne aussi le lien entre le revenu relatif et la santé (Daniels, 2008; Daniels et al, 2004). Dans un pays où existent de nombreuses inégalités, les personnes de la classe moyenne tendent à avoir une moins longue espérance de vie que les groupes de la classe moyenne ou inférieure des pays socialement plus égalitaires. Plusieurs auteurs (Daniels, 2008; Anand et al, 2004; Ruger, 2004; Kawachi et al, 2008; Frohlich et al, 2008) proposent ainsi que ce n'est pas seulement les richesses monétaires d'un pays et ses citoyens qui déterminent l'État de santé de sa population, mais aussi l'arrangement social de la distribution de ses ressources diverses dans la population, l'interaction des individus et des groupes avec ces arrangements sociaux et probablement d'autres déterminants à approfondir.

Ainsi, il faut s'interroger au-delà des déterminants de la santé de nature socio-économique, puisque ces données seules n'indiquent point comment les inégalités socio-économiques mènent vers un statut de santé moindre pour certains individus ou certains groupes. Pourtant, cette interrogation reste importante puisque toutes les inégalités sociales ne font pas nécessairement violence à la santé des individus et des groupes. Sur ce point, quel type d'inégalité est injuste du point de vue de la justice sociale? Prétendre qu'aucune inégalité entre les individus ou les groupes ne devrait être tolérée dans la société québécoise serait contradictoire avec un autre principe fondamental de cette même société, qui est celui du droit à la différence institué par la valorisation libérale de la pluralité des valeurs (Sen, 1992, 2007; Kymlicka et Norman, 2000). En ce sens, le système démocratique québécois est basé sur l'égalité

de tous devant la loi, sans discrimination quant au genre, au sexe, à l'âge et au statut social.

De ces constats, si la pluralité des valeurs et la diversité des statuts sont largement acceptées, alors en quoi les inégalités et quelles inégalités choquent? Dans le système de santé québécois, les inégalités qui dérangent sont celles qui ont une influence sur l'état de santé d'un individu ou d'un groupe, ponctuellement ou à long terme. Puisque les données épidémiologiques se concentrent principalement sur les inégalités socio-économiques, il manque de données pertinentes et diversifiées pour donner une image complète expliquant comment les inégalités que l'on pointe finissent par devenir des inégalités sociales de santé. D'ailleurs, Potvin, Ridde et Mantoura (2008) expliquent que de juger une inégalité comme étant injuste implique un jugement de valeur questionnable d'un point de vue méthodique. En plus de la profondeur et de la complexité des relations qui existent entre les inégalités sociales et celles de santé, il y a également un manque d'approfondissement du lien entre ces inégalités sociales et la justice, ce qui nous empêche de commettre des jugements de valeur crédibles sur le statut injuste d'une inégalité sociale ou de santé.

D'un autre côté, si toute inégalité sociale n'est pas nécessairement illégitime, alors il faut savoir laquelle est injuste. La différenciation entre l'égalité et l'équité, éclairée en grande partie par Rawls (2008) dans sa théorie de la *justice comme équité*, aide à mieux déterminer quelle inégalité porte préjudice à une justice distributive à l'échelle sociétale. En ce sens, Rawls a œuvré à la conception théorique d'un État idéal, qui serait un système équitable de coopération sociale. Ce système est empreint de deux idées fondamentales, soient celle du citoyen libre et égal aux autres et celle d'une société ordonnée par une conception de la justice qui soit publique et applicable à tous également. Ainsi, selon Rawls, l'égalité n'est guère une notion qui se base centralement sur la ressemblance de ses membres, mais plutôt sur le traitement équitable de tous. C'est ce qu'il nomme l'égalité équitable des chances.

Kawachi et Al (2008) expliquent cette différenciation entre l'égalité et l'équité en la rattachant directement au contexte de la santé. Dans ce champ, l'inégalité exprime de façon quantifiable et mesurable des différences et des variations observables sur la santé des individus ou des groupes. L'iniquité est plutôt un concept

qui appartient au domaine politique, puisqu'il est lié à l'idéal moral de la justice sociale que se donnent les institutions publiques et sociales et ne peut point être quantifié. En effet, pointer une iniquité implique un jugement normatif qui dévoile l'idéal moral de justice sociale dans une société donnée.

Dès lors, Rawls (2008) insère la question de l'égalité équitable des chances dans le problème de la justice distributive. Celui-ci cherche à savoir comment la structure de base qui inclut l'ensemble des institutions de l'État doit s'organiser pour que la coopération sociale y soit maintenue et pour que celle-ci soit faite de manière équitable et durable. On ne tend donc pas tant à trouver comment les biens doivent être distribués à travers l'ensemble des individus d'une société à un moment donné, comme ce serait le cas pour une justice attributive (Rawls, 2008). Dans ce contexte, l'objet central d'une analyse concernée par la justice sociale dépasse la question des calculs sur la distribution des biens ou des services entre les individus et les groupes d'une société. L'objet principal de la justice doit devenir la structure de base par laquelle on pense la distribution, que l'on pourra questionner de par l'égalité des chances qu'elle offre aux acteurs qui en font partie d'obtenir ou de profiter effectivement des biens, des services ou des avantages qu'une société permet.

En ce sens, les mesures politiques prises par les gouvernements pour réduire les inégalités en santé visent souvent l'amélioration des conditions de vie des personnes dites vulnérables ou pauvres. On peut alors croire que c'est davantage un souci d'égalité et non un désir d'équité qui pousse les personnes responsables des mesures de santé à mettre de l'avant de telles stratégies. Pourtant, il faut savoir que même dans la vision Rawlsienne de la justice comme équité, une tendance à favoriser davantage les personnes les plus démunies est à l'œuvre. Rawls croit que c'est en raison d'arrangements sociaux que des personnes ou des groupes se trouvent désavantagés par rapport au reste de la société. Ainsi, c'est pour contrebalancer ces effets provoqués par les actions et les idéologies de l'État qu'on doit trouver comment remédier aux inégalités et à la réduction des opportunités.

Sur cette idée, l'OMS a rédigé un rapport s'intitulant *Combler le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* (OMS, 2009). Ce rapport délivré en 2009 fait état des résultats de la

Commission des déterminants sociaux de la santé mandatée par l'OMS pour explorer les voies à suivre dans le domaine des inégalités sociales et de l'équité en santé. Or, son rapport final (OMS, 2009) avance qu'à l'intérieur d'un système démocratique, on doit pouvoir répondre aux besoins de tous les citoyens, ceux-ci étant perçus comme des agents libres et égaux. On y explique que parmi les déterminants sociaux de la santé qui peuvent agir dans le sens d'un amoindrissement des inégalités sociales de santé et dans un apport d'équité, siègent les politiques sociales et économiques d'un État. Selon ce rapport (OMS, 2009), ce sont les inégalités créées par le système et évitables qui sont injustes et qui deviennent alors la mire des efforts pour une plus grande équité en santé. D'ailleurs, on y indique que les nouvelles approches de développement devront viser ou permettre un gain d'équité en santé.

« Accountability for reasonnableness » : sur la piste d'un modèle

De ce point, on se rend compte que ce qui doit guider l'utilisation du terme de « communauté » dans le contexte de la santé publique est précisément une réflexion de nature éthique concernant l'équité en santé comme base pour la justice sociale. Pour trouver un fondement permettant de penser l'usage du terme « communauté » dans ce contexte, il est pertinent de faire appel à la conception de la justice distributive offerte par Daniels dans *Just Health* (2008). On expliquera dans les prochaines lignes la conception de la justice distributive élaborée par Daniels, qui se base sur l'idée de la *justice comme équité* de Rawls (2008) pour l'élargir au domaine de la santé en visant l'applicabilité de ses principes sur le terrain concret.

D'abord, dans *Just Health*, Daniels (2008) tente de répondre à une question fondamentale globale, soit celle de savoir ce que chaque acteur d'une société doit aux autres et à l'ensemble pour promouvoir et protéger la santé de la population et pour assister les personnes ou les groupes moins favorisés. L'auteur a alors divisé sa réponse en trois sous questions auxquelles il répond distinctement. Dans un premier temps, il montre pourquoi les soins de santé et les autres déterminants de la santé sont moralement considérés comme d'une grande importance. Dans un deuxième temps, il explore les facteurs politiques et sociaux pouvant influencer les inégalités en santé et il cherche à savoir lesquelles sont injustes du point de vue de la justice sociale.

Finalement, il se demande comment répondre aux besoins de santé d'une manière équitable quand les ressources manquent pour les combler tous.

Trois questions de justice sociale

En premier lieu, Daniels (2008) se demande qu'est-ce qui donne à la santé son importance morale. Sur ce point, l'auteur propose que le statut moral particulier accolé à la santé soit dû au fait qu'elle permet de fonctionner normalement en tant que personne et en tant que citoyen. Ainsi, c'est en gardant les citoyens en santé qu'on leur permet de conserver une gamme d'opportunités normales. En ce sens, on se doit mutuellement concernant la santé et la justice de permettre à tous d'avoir une gamme d'opportunités normale et égale. En joignant les thèmes de l'opportunité et de la santé, Daniels (2008) étend la théorie de la justice de Rawls (2008). Bref, ce n'est pas seulement l'état de santé d'une personne ou d'une population qui importe moralement, mais aussi les déterminants de cette santé et le maintien d'une gamme d'opportunité essentielle à la citoyenneté démocratique.

De ce point, Daniels (2008) élabore sur ce qui permet de concevoir une inégalité comme étant juste. Pour ce faire, il faut d'abord pouvoir identifier les facteurs contrôlables qui influencent les inégalités de santé : statut socioéconomique, différentes pratiques culturelles ou religieuses et certaines politiques et mesures de santé étatiques. Il faut ensuite trouver un critère commun sous lequel on pourra juger de la justice ou de l'injustice soulignant une distribution inégalitaire des statuts de santé. Le critère central qui permet d'en juger est celui de l'égalité des opportunités de Rawls appliqué au domaine de la santé par Daniels. Ainsi, une inégalité est permissible et équitable si elle promeut l'opportunité d'une personne ou d'un groupe à fonctionner normalement et de façon durable dans le temps.

Toutefois, on ne connaît pas toujours le sens du lien causal entre la santé et ses divers déterminants (Ruger, 2004; Marmot, 2004; Kawachi et al, 2008; Frohlich et al, 2008). Par exemple, une étude (Lipps et Yiptong-Avila, 1999) a démontré que les enfants de 4 et 5 ans des quartiers plus favorisés, sécuritaires et contenant peu de familles monoparentales ont acquis un vocabulaire plus avancé que les enfants venant de milieux plus défavorisés, les préparant mieux à leur entrée dans le système scolaire. Même si cette étude pointe ce statut inégalitaire chez les enfants selon leur

quartier, elle n'indique pas comment ces inégalités se forgent de par les déterminants mesurés. On se demande toujours comment améliorer le vocabulaire de ces enfants pour mener à leur réussite scolaire. En tant que gouvernement, doit-on enrayer la pauvreté ou la monoparentalité? Cette quête est utopique et risque d'être peu utile. Pour pouvoir trouver une intervention permettant aux enfants des milieux défavorisés de ne pas être désavantagés lors de leur entrée à l'école, il faudrait comprendre en quoi la pauvreté et l'éducation de la famille et du voisinage influencent le développement du langage de l'enfant en âge préscolaire. C'est après avoir compris les mécanismes qui créent cette inégalité de statut qu'on peut chercher à augmenter le pouvoir d'action d'un quartier sur cette problématique.

De ce point, si des efforts ont été faits pour garder une égalité équitable des chances et des opportunités et pour comprendre les mécanismes profonds qui le supportent, alors on peut croire qu'on a fait ce qui était en notre pouvoir pour que les inégalités de statut de santé existantes soient justes et équitables aux yeux de tout citoyen raisonnable (Daniels, 2008). Le citoyen raisonnable ici impliqué dans ce processus de coopération sociale est vu par Daniels comme étant idéalement aveugle quant à sa position personnelle actuelle et future dans la société, comme sa classe sociale, son statut de santé, son éducation ou ses besoins particuliers. On peut ainsi faire confiance au caractère rationnel des positions prises dans un débat lorsque les justifications de celles-ci reposent davantage sur un souci de bien social que d'un bien-être ou d'une préférence individuelle (Williams-Jones et Burgess, 2004).

Finalement, Daniels (2008) se demande comment répondre aux besoins de santé équitablement quand on ne peut guère répondre à tous les besoins. Il insiste sur le fait que cette interrogation concerne principalement la légitimité des décisions de rationnement prises dans le domaine de la santé et ceux qui y sont connexes. En ce sens, la question ressemble maintenant plutôt à celle de savoir sous quelle autorité morale certains décideurs peuvent se permettre de prendre des décisions concernant ceux qui verront leurs besoins répondus et ceux pour qui ce ne sera point le cas. C'est à ce moment que Daniels surpasse l'appel à des principes de justice vastes et interprétables de diverses manières pour proposer de plutôt mettre de l'avant un

procédé équitable qui permettra aux décideurs de poser des limites de façon légitime et de devoir les justifier publiquement de manière responsable.

Puisque poser des limites implique des choix, qui eux reposent souvent sur des jugements de valeur qui s'avèrent une source de conflit potentielle, pour remédier aux désaccords liés à ces jugements, Daniels propose une justice procédurale. Celle-ci consiste à trouver un processus équitable qui donnera des résultats considérés comme justes et équitables de par le procédé qui les engendrera. Spécifiquement, Daniels privilégie une méthode démocratique impliquant la participation de divers acteurs. Selon lui, il est insuffisant de se fier au scrutin pour prendre des décisions concernant les limites posées dans un domaine aussi déterminant que celui de la santé et ce qui l'influence. Le principe de la majorité pour trancher sur un enjeu conflictuel est donc rejeté par Daniels, puisqu'il voit en la délibération une manière plus appropriée pour traiter de la question des conflits de valeurs existants autour des limites posées par la politique envers le traitement des maladies et les déterminants divers de la santé. Le vote expose les préférences d'individus, alors que le débat justifie leurs préférences et leurs positions et permet de valider le raisonnement menant à la décision de rationnement, même si celle-ci ne va pas dans le sens des convictions ou des préférences individuelles. Le débat permet d'éviter qu'une minorité subisse une décision erronée soutenue par la majorité.

Or, quels critères valideront les prises de position venant de la délibération d'un point de vue éthique? La perspective démocratique prend comme point de départ pour la validité de la délibération sa prise en compte de la vision du plus grand nombre d'acteurs possibles, tant que ceux-ci sont capables de raison et tournés vers la recherche des termes d'une coopération équitable (Daniels, 2008). Les termes de la coopération qui permettront de juger de la validité du processus de délibération devront être acceptables pour tous les acteurs concernés, sans nécessairement avoir à rejoindre l'idéal et l'opinion de chacun. C'est pour trouver les termes de cette délibération du point de vue de l'équité que Daniels s'occupe à construire un procédé fondé empiriquement, sensible à l'éthique et servant à faire des choix légitimes et justes quant à l'allocation des ressources dans le domaine de la santé.

Modèle procédural : « accountability for reasonableness »

En ce sens, le processus équitable de prise de décision à l'échelle sociétale que propose Daniels (2008) est tourné en majeure partie sur la responsabilité publique. Il nomme ce modèle « accountability for reasonableness ». Il a d'abord été élaboré en collaboration avec Sabin (Daniel et Sabin, 2002) pour tenter de trouver un moyen de répondre aux controverses concernant les décisions du partage des ressources dans le milieu de la santé, notamment quant aux questions de couverture des assurances pour les soins de santé dans le contexte étasuniens. Leur idée fondamentale est que les raisons et les raisonnements qui supportent la prise de décision dans un contexte public devraient pouvoir être visibles publiquement et acceptées comme valables par toutes les personnes concernées et prêtes à faire partie d'un système de coopération équitable. Quatre conditions sont alors mises sur table pour assurer une prise de décision équitable concernant le rationnement en santé : la publicité du processus de prise de décision, la pertinence des arguments et du choix retenu ou avancé, la possibilité de révision et d'appel de la position officielle adoptée et une instance de régulation s'assurant que les conditions précédentes soient remplies et s'accordent entre elles (Daniels, 2008 : 118).

Ce processus peut être vu à plusieurs échelles, pouvant s'appliquer par exemple à des contextes nationaux de rationnement quant à la couverture de l'assurance maladie offerte à la population, comme ce fut utilisé au Mexique (Daniels, 2008). Pour l'intérêt de notre recherche concernant la justice sociale entourant l'utilisation de la notion de « communauté » en santé publique au Québec, on comprend que l'échelle d'application du modèle procédural proposé par Daniels sera un peu plus restreinte, concernant la prise de décision provinciale, voir même plus locale, à propos des communautés qui seront sélectionnées ou qui seront reconnues comme telles pour recevoir un soutien quant à leur développement, dans un sens voulant assurer la justice sociale des décisions qui seront prises dans cette direction. Voyons d'abord en quoi consiste le modèle de Daniels plus précisément pour ensuite développer sa pertinence pour justifier les choix des communautés qui seront aidées dans le domaine de la santé publique au Québec d'un point de vue de la justice sociale et de la réduction des inégalités sociales de santé.

D'abord, la condition de publicité dans le modèle procédural de Daniels exige que l'on rende compte publiquement des raisonnements et des rationalités qui ont dirigé la prise de décision. Le principe de publicité permet alors à tous les acteurs concernés par une décision de rationnement d'y prendre position de manière éclairée, soit en ayant toute l'information nécessaire à la compréhension du dilemme. Ensuite, la condition de publicité permet de retracer la réelle démarche qui a mené à la prise de décision finale. On touche ici à la question de la transparence des décisions qui sont prises à un niveau public. Ainsi, le critère de publicité permet de faire comprendre aux gens pourquoi on leur impose les limites qu'on leur impose. C'est à partir de ce point qu'une délibération significative est rendue possible et qu'on peut ensuite sortir des préférences particulières pour tenter de trouver une manière de résoudre le problème équitablement dans une perspective globale. Cette condition entraine aussi les citoyens dans une démocratie plus active.

La deuxième condition exigée pour qu'une prise de décision soit considérée comme équitable est la pertinence. Cette condition demande que la justification des décisions prises ait un caractère raisonnable. Il faut aussi voir à ce que les décisions prises, mêmes lorsqu'elles sont raisonnablement justifiables, répondent effectivement aux besoins de santé variés des diverses populations qui seront affectées par ces décisions. Daniels expose alors deux types de raisons significatives dans le domaine de la santé et de la distribution des avantages d'une société concernant ce champ (Daniels, 2008). D'abord, si une décision désavantage un groupe par rapport à d'autres comparables, alors cette décision ne peut guère être reçue comme pertinente puisqu'elle violerait le principe de justice selon lequel tous les cas similaires doivent être traités de la même façon pour être équitable. De plus, il ne faut pas faire peser le désavantage lié à une décision sur une personne ou sur un groupe particulier s'il y a d'autres alternatives permettant d'éviter cette situation.

Un autre critère inclus dans la procédure de Daniels est la possibilité de révision ou d'appel par rapport à la décision finale adoptée (Daniels, 2008). Ainsi, si certaines rationalités importantes n'ont pu être incluses dans le processus délibératif qui a été exposé publiquement en raison de la condition de rationalité et qui a été jugé pertinent par la condition de pertinence, alors la condition de révision permet de

pouvoir revenir sur ces deux éléments du processus et de rouvrir les débats. On évite alors que des conséquences néfastes et inéquitables à l'égard de certaines populations soient provoquées par la décision originelle. Si cette situation survient, alors la condition de révision permettra aux acteurs touchés de revoir le processus de justification menant à la décision, pour pouvoir y remédier. Ce processus habitue et éduque les différents acteurs de la société sur le rôle participatif qu'on les amène à jouer sur la scène des décisions concernant la justice sociale et l'équité. Plus intimement, cette condition permet de rapprocher les décideurs des citoyens affectés par leurs décisions et elle peut idéalement permettre d'inclure une plus large palette d'acteur dans les voix entendues lors de la délibération (Daniels, 2008). La révision permet également de faire entendre sa voix lorsque nécessaire, même après que le geste, la politique ou la décision mis en débat soient posés.

Finalement, la condition de régulation est pensée dans cette procédure afin d'assurer que les trois conditions précédentes soient remplies. Pour pouvoir réaliser cette condition, il serait pratique de pouvoir implémenter une instance de régulation publique qui devrait globalement rendre compte du respect de tous les critères exigés pour pouvoir soutenir la légitimité d'une décision de rationnement en santé. Sans cette instance, on peut douter qu'un contrôle puisse être fait quant à la validité des prétentions de justice proclamée par les décideurs en santé.

Une justice procédurale pour le développement équitable des communautés

À propos du modèle de justice distributive présenté par Daniels (2008), soit celui de l'« accountability for reasonableness », on peut se demander si ce cadre procédural s'intègre au sujet de notre recherche. Le problème qui nous intéresse ici est celui de la légitimité des choix qui déterminent quelles communautés sont prises en compte par des mesures de santé publique visant la réduction des inégalités sociales de santé, comme celle du développement communautaire. Puisque le but explicite de Daniels est de créer un modèle de justice procédurale permettant d'assurer l'équité des choix derrière les limites posées dans le domaine de la santé, on reprendra chacun des quatre principes de son modèle pour les mettre à l'épreuve dans le contexte du développement des communautés au Québec.

Publicité

Reprenons d'abord le critère de publicité. Ce principe cherche à assurer la transparence du processus décisionnel qui aura mené à un choix de rationnement en santé. Ainsi, pour ce qui est des mesures de développement communautaire, on a accès publiquement à plusieurs éléments qui justifient le choix des communautés qui y sont favorisées. Entre autres, on a accès aux raisons officielles qui soutiennent la mise de l'avant du développement communautaire en santé publique au Québec, soit la réduction des inégalités sociales de santé et l'action sur les déterminants sociaux de la santé (MSSS, 2003, 2008; Leroux et al, 2002a, 2002b). On a aussi à notre disposition les principales actions retenues d'un point de vue plus local par rapport à la stratégie de soutien au développement des communautés. Ces actions sont expliquées dans les Plans d'action régionaux (PAR) et les Plans d'action locaux (PAL) en santé publique (Chapitre 1).

Bien souvent, la figure de la communauté en santé au Québec est celle des organismes communautaires. De ce fait, il est aussi important de souligner que ceux qui sont financés par le MSSS sont accessibles via son portail web[12]. Est également mis à notre disposition un document qui explique les critères selon lesquels les organismes communautaires se voient attribuer leur financement (MSSS, 2001). D'un autre côté, les documents produits par le MSSS ne sont pas toujours faciles à trouver sur le web et le langage qui y est utilisé est plutôt hermétique. Bien que les critères du financement soient accessibles, les raisonnements qui ont permis de décider quelles des communautés admissibles allaient être appuyées par un financement ne sont quant à eux pas disponibles publiquement. On ne connaît guère la composition de l'organisation mandatée pour décider de la distribution du financement, mais on sait que ce sont des conseils d'administration fermés au sein des ASSS qui en ont la responsabilité (ASSS de Montréal, 2009). Ainsi, on peut dire que pour le contrôle du financement des communautés dans le domaine de la santé, les rationalités qui soutiennent les décisions ne sont pas nécessairement incluses dans un processus délibératif et si tel est le cas, le public en est exclu. De ce fait, il est difficile de pouvoir rendre compte de l'équité concernant le financement alors que le processus

[12] Liste complète des organismes communautaires financés par le MSSS disponible via le web http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/reseau/OrgComm.nsf/liste?OpenView

qui l'assure repose entre les mains d'une instance administrative fermée.

De plus, on remarque que les organismes communautaires qui n'ont pas reçu d'aide financière du gouvernement ne sont pas affichés sur le site web du MSSS, contrairement aux organismes qui obtiennent ce financement. Bien que la raison d'être de plusieurs de ces organismes soit directement liée à la santé et ses déterminants, ils ne figurent nulle part sous la bannière publique du MSSS. On peut supposer que le MSSS ne peut pas commanditer tous les organismes communautaires puisque certains d'entre eux ne vont peut-être point dans le sens de leur cadre de pensée. Pourtant, un lieu pour présenter ces divers organismes communautaires permettrait à de jeunes organisations de se faire connaître. Ainsi, les nouvelles instances qui se développent en réponse à des problématiques de santé émergentes du terrain pourraient trouver un lieu pour exposer des inquiétudes nouvelles et les faire entrer dans les débats et les discours sur la santé. Une des raisons pour lesquelles on s'intéresse aux communautés en santé publique concerne la réduction des inégalités sociales de santé que l'on tente d'atteindre en se rapprochant du citoyen, de ses besoins et de ses intérêts. Ne rendre compte publiquement que des organismes communautaires financés ayant été jugés comme pertinents par des experts ne permet guère de se rapprocher complètement des perspectives et des expériences du terrain.

Pour tous les types de communautés possibles, comment rendre compte publiquement de celles qui seront appuyées dans leur développement en santé? Sur ce point, les approches de santé publique visant la réduction des inégalités sociales de santé et l'action sur les déterminants de santé se positionnent contre une approche *top-down*. De désigner de manière autoritaire et spécialisée des groupes et supposer pour eux qu'ils ont besoin d'aide peut leur faire perdre le contrôle de leur propre définition et risquer de mener à leur stigmatisation ou à une incompréhension de leur dynamique. Ce point est bien exemplifié par Bousquet (2005) lorsqu'elle expose que les communautés algonquines sont identifiées depuis longtemps chez les experts ou les responsables politiques comme étant des communautés connaissant un problème d'abus de consommation d'alcool. L'auteur explique que pour freiner cette consommation, on a cessé au début du XXe siècle la distribution de l'alcool dans les réserves. Pourtant, d'associer ce problème aux réserves et de priver ses habitants

d'alcool sans se pencher davantage sur le contexte et l'histoire complexe de la manifestation de ces abus dans les communautés autochtones du Québec n'a pas tant aidé ces groupes à améliorer leur condition de vie en regard de ce problème, mais les a stigmatisés, voire même les a fait incorporer l'idée que leur communauté tenait sur leur consommation abusive. D'autres mesures plus sensibles à leurs traditions ou leur permettant une valorisation et un contrôle sur leur vie ont eu plus de succès ensuite.

D'un autre côté, si l'on ne doit pas imposer de mesures de manière paternaliste aux communautés, peut-on les laisser seules dans la justification de leur raison d'être et dans leur requête de développement? Tous les groupes n'ont pas les mêmes habiletés pour se mobiliser et pour s'organiser. Ce pourrait être le cas des autochtones précédemment exposés (Bousquet, 2005), désorganisés et réduits au statut de mineurs par la longue histoire qui les a menés aux abus d'alcool et de drogues. L'exigence d'autonomie risque de créer un rapport inégalitaire quant à la possibilité effective qu'aura la communauté autochtone pour prendre en main le problème d'alcool qui s'y est immiscé, puisque la démarche de désintoxication dans ce groupe est particulièrement plus difficile, de par ses ressources et son contexte, que celle effectuée dans d'autres types de communautés (Bousquet, 2005). Pour beaucoup de communautés, le processus de désintoxication est valorisé et supporté par les proches des individus qui s'y lancent. Pourtant, dans certaines communautés Algonquines, il peut paraître mal de se séparer de sa communauté d'origine à teneur familiale pour s'incorporer dans une communauté de non-buveurs soutenant la démarche de désintoxication (Bousquet, 2005), ce qui rend la démarche plus difficile. Ainsi, il faut éviter une responsabilisation excessive de certaines communautés (Helly, 2001) sur leurs problématiques de santé, pour ne pas participer au maintien des inégalités sociales de santé qui s'y trouvent et qui doivent être évitées et non encouragées par les mesures de renforcement des capacités des communautés.

De ces constats, on s'aperçoit que pour rendre compte du raisonnable de l'inclusion d'une communauté dans les mesures de soutien au développement des communautés, on ne peut ni se permettre d'exposer pour les communautés elles-mêmes les rationalités soutenant les décisions prises, ni les laisser à elles-mêmes dans ce processus de délibération publique parfois complexe. Comme processus idéal, on

peut imaginer un espace facilement accessible publiquement, où les groupes pourraient demander un soutien soit pour s'organiser, pour combler des problématiques qui les concernent, pour s'informer sur les caractéristiques des populations à risque qu'ils contiennent ou pour demander du coaching dans leur développement. Ce type d'instance permettrait donc d'habituer les communautés et leurs membres à la participation citoyenne, aux services qui leur sont offerts, à l'exposition et à l'identification des problématiques qui leur sont propres et à la conciliation de leurs besoins avec ceux des autres groupes qui les entourent.

Puisque l'apprentissage à la citoyenneté est bien souvent un long processus (Putnam, 2003), on doit rester ouvert aux tentatives d'intervention proposées par des chercheurs, des spécialistes ou des professionnels de santé voulant aider certaines communautés à se développer du point de vue d'une amélioration de leur santé et des déterminants multiples qui y jouent. Par exemple, Gendron (1994) explique un projet qu'elle a mis sur pieds chez Stella, un organisme communautaire destiné aux travailleuses du sexe d'un quartier montréalais. Constatant les lacunes de cette communauté quant à certaines de ses opportunités en santé, l'auteur s'est permis de regrouper plusieurs membres de Stella, incluant les travailleuses du sexe et les diverses intervenantes de l'organisme, pour pouvoir discuter des problèmes que celles-ci identifiaient quant à leurs points de vulnérabilités et quant aux solutions ou aux idées qu'elles proposaient. La chercheuse intervenante a tenté de tenir un rôle de guide et de motivation dans l'élaboration du plan d'intervention avec ces femmes, par la récolte de leurs propos et de leurs idées, permettant alors une co-construction de stratégies. Ce type de recherche participative est à conseiller dans un contexte de développement communautaire visant l'équité. Il donne une voix à divers acteurs, sans exclure le rôle et la responsabilité de l'expert sur la scène de l'*empowerment*. Ce type de recherche permet aussi de soulever des problématiques parfois inconnues des milieux professionnels.

Pertinence

La deuxième condition posée par Daniels (2008) dans son modèle de justice procédurale est celle de la pertinence des décisions prises et des rationalités qui les soutiennent. En effet, si on choisit de suivre une voie, il faut au moins que celle-ci

puisse avoir des effets positifs et qu'elle réponde à des besoins concrets. Ainsi, il ne faut pas simplement se demander quelle communauté doit être soutenue selon un accord public. Il faut plutôt chercher à savoir quels résultats sont escomptés par ces efforts de soutien et voir s'ils sont pertinents selon le contexte. De ce fait, dans le domaine du développement des communautés, puisqu'on vise la réduction des inégalités sociales de santé et l'action sur ses déterminants sociaux, il faudra pour combler la condition de pertinence répondre à ces exigences ou au moins ne pas leur nuire.

Dans le contexte québécois, les documents de santé publique expliquent normalement la pertinence des actions qu'ils décident de mettre de l'avant en santé publique. Pour ce qui a trait au développement des communautés, lorsqu'on explique les interventions qui seront priorisées et les types de communautés qui y sont visées, on le fait surtout en donnant des exemples d'actions qui servent de modèles et qui ont eu de bons résultats déjà sur l'état de santé des groupes visés (Chapitre 1). Aussi, on cible l'intervention en s'appuyant sur des statistiques qui démontrent l'existence d'un besoin de santé chez certains groupes. Généralement, dans le contexte québécois de santé publique, des recherches crédibles précèdent la mise en application d'une idée novatrice et on en évalue les risques de par ses informations (MSSS, 2003).

Pour ce qui est du financement des organismes communautaires financés publiquement, on ne peut pas réellement rendre compte de sa pertinence dans le domaine précis du développement des communautés. Le financement par le MSSS est surtout dirigé par des critères qui sont laissés entre les mains des gestionnaires spécialistes de la santé, comme on vient de le voir. Ceux-ci répartissent ce financement selon les problématiques de santé qu'ils ont préalablement priorisées dans l'organisation des soins et des services. La santé publique n'étant qu'une simple partie de ce système global, on ne peut guère évaluer si le choix des organismes communautaires qui se verront financés par le MSSS est pertinent du point de vue de la santé publique. Or, on remarque par le Tableau IV que les organismes communautaires financés servent davantage à des populations qu'à des communautés.

Tableau IV- Top 5 des domaines couverts par le plus grand nombre d'organismes communautaires financés par le MSSS au Québec*

Rang	Domaine	Nombre d'organismes communautaires
1	Santé mentale	503
2	Maintien à domicile	421
3	Maisons de jeunes	379
4	Personnes démunies	281
5	Contraception, allaitement, périnatalité, famille	194

*Tableau conçu à partir de la liste complète des organismes communautaires financés par le MSSS disponible via le web http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/reseau/OrgComm.nsf/liste?OpenView

Par exemple, la problématique de santé mentale la plus représentée par les organismes communautaires touche une population composée des gens atteints de maladies mentales (Tableau IV), sans exiger que les organismes en question soient tournés vers des communautés vivant ou interagissant réellement avec cette problématique. Les organismes communautaires qui reçoivent leur financement du MSSS sous la catégorie de la problématique de la santé mentale pourraient ainsi se concentrer à offrir des services déterminés ou orientés par une vision experte de l'intervention et des besoins en santé mentale, sans nécessairement interpeller les savoirs provenant du terrain des réelles interrelations qui se jouent avec la santé mentale, notamment à travers différentes communautés. De ce fait, le jugement qui permet d'établir la pertinence des choix concernant les organismes communautaires qui seront financés au Québec ne tient pas nécessairement compte des diverses rationalités qui pourraient permettre de justifier ces choix autrement. Ceux-ci sont surtout pensés par une rationalité appartenant au domaine de la gestion provinciale de la santé et des services sociaux, sans pour autant se rapprocher des communautés et de leur vécu (Lachapelle, 2007), condition qu'on sait essentielle pour une action significative sur les déterminants sociaux de la santé et une possible réduction des inégalités sociales de santé (Potvin et al, 2008).

Le point ici soutenu n'est pas que l'on doive cesser de financer les organismes communautaires qui offrent des services aux populations ou qui s'avèrent être dans leurs interventions le bras droit d'un état en manque de ressources. L'argument est de ne pas se contenter du financement des organismes communautaires comme

indicateur du niveau d'engagement du MSSS envers la stratégie de développement des communautés. En ce sens, on sait que le type de communauté le plus relevé dans les documents de santé publique québécois est l'organisme communautaire (Vibert, 2007). C'est aussi ces organismes qui figurent le plus parmi les exemples donnés pour expliquer la stratégie de développement communautaire (MSSS, 2003, 2008). Pourtant, le portrait ici tracé montre qu'il n'est pas possible de rendre compte de la pertinence du financement des organismes communautaires dans une perspective de santé publique et encore moins dans celle du développement des communautés.

De ces faits, on remarque que pour remplir la condition de pertinence évoquée par Daniels (2008) dans son modèle de justice procédurale, il faudrait dans le domaine du développement des communautés s'assurer que plusieurs types de rationalités aient été prises en compte. Or, dans les plans d'action en santé publique à divers niveaux, que ce soit au niveau provincial (PNSP), au niveau régional (PAR) ou au niveau local (PAL), les interventions effectuées dans le domaine de la stratégie du développement des communautés doivent normalement avoir été bien pensées, appuyées par des données crédibles et calculées selon les risques connus qui s'y rattachent avant d'avoir été mise en place et proposée dans ces plans d'action (MSSS, 2003).

Pourtant, on remarque une lacune dans la gouvernance actuelle du système de santé québécois, qui ne donne pas l'accès à d'autres types de voix dans la justification de la pertinence des choix effectués concernant les actions à entreprendre ou les communautés à soutenir. En ce sens, ce sont des professionnels de santé et des décideurs en santé publique qui déterminent les actions dans le domaine de la santé publique et il n'y a que peu de place pour la parole des communautés elles-mêmes dans ce processus phare. Toutefois, certaines structures d'implication des communautés sont établies, comme plusieurs tables de concertation, dont la Table de concertation en santé mentale de l'est de Montréal[13]. Ce regroupement rassemble des organismes, des établissements et des regroupements offrant des services à la population de leur secteur touchée par des problématiques de santé mentale. Or, il

[13] http://www.hlhl.qc.ca/hopital/professionnels-et-partenaires/table-de-concertation-en-sante-mentale-de-la-sous-–-region-est-de-montreal.html (consulté le 3 Juillet 2010)

s'avère que ces tables de concertations regroupent souvent des organismes communautaires ou des associations qui offrent des services spécifiques et non pas d'autres types de communautés qui pourraient aussi participer à la définition des plans d'action en santé publique, comme ce pourrait être le cas pour une communauté identitaire, par exemple les communautés algonquines dans certaine région du Québec qui voudraient prendre place aux mesures de renforcement des capacités de leur communauté à se prendre en main sur des questions qui les préoccupent, comme celle de la consommation d'alcool.

Sur ce point, les documents soutenant l'importance du développement communautaire pour la réduction des inégalités sociales de santé comme le PNSP (MSSS 2003, 2008) et plusieurs PAR et PAL se centrent aussi beaucoup trop sur l'action des organismes communautaires comme moyen d'y parvenir. On remarque que la pertinence de la distribution du financement des organismes communautaires ne peut pas être évaluée par rapport au développement communautaire, étant principalement centrée sur la réponse à des besoins populationnels rejoignant des problématiques de santé déterminées par les instances décisionnelles du MSSS. Ainsi, le financement des organismes communautaires n'est pas suffisant pour assurer une réelle implication dans le domaine du développement communautaire en santé publique et une réduction des inégalités sociales de santé significative.

Révision et appel

La troisième condition du processus proposé par Daniels (2008) est celle de révision et d'appel. Cette condition est essentielle sur le terrain des choix effectués quant aux communautés à appuyer dans leur développement. En effet, les mesures de développement communautaire prônent une approche d'intervention centrée sur le terrain et le milieu local plutôt qu'une approche *top-down*. Bien que parfois il soit nécessaire d'initier les stratégies de développement communautaire au niveau de l'intervention, il est essentiel qu'il y ait alors une possibilité de revenir sur les décisions et les interventions prônées quant aux communautés aidées et quant aux manières par lesquelles ce sera fait. On permet alors aux intervenants et aux décideurs d'agir dans un contexte d'incertitude, tout en permettant également aux citoyens et

aux communautés visées et affectées par ces actions d'avoir un espace pour en appeler à une révision des décisions prises les concernant s'il y a lieu.

Par exemple, le « community-mapping » (Parker, 2006) est une nouvelle manière de penser le territoire en rapport aux groupes qui y interagissent. L'initiative est entreprise par la personne mandatée de construire la carte de la communauté, qui devra rendre visibles les diverses instances, les ressources et les groupes présents sur un territoire qu'elle devra repenser. Pour ce faire, la personne responsable lance un appel de participation aux citoyens, aux groupes, aux compagnies et aux institutions interpellés par ce projet. Parker (2006) explique que cette initiative a bien fonctionné dans la ville de Portland, dans l'État d'Oregon aux États-Unis, où plus de 200 personnes ont participé à la démarche de cartographie communautaire. Un problème soulevé par Parker est que les personnes qui ont participé au projet appartenaient majoritairement à la classe moyenne, elles étaient souvent d'origine caucasienne et la plupart d'entre elles s'impliquaient déjà dans des projets similaires. Ainsi, on ne peut pas prétendre que leur reproduction cartographique fut le miroir fidèle des communautés de leur territoire. Pourtant, on ne peut pas non plus nier qu'elle doit s'en rapprocher davantage que si elle avait été construite de manière professionnelle et basée sur des technologies expertes, parfois ignorantes quant aux réalités vécues sur le terrain concret de la communauté. Le « community-mapping » (Parker, 2006) permet au moins de multiplier les figures qui prennent parole dans la conception d'une communauté et il habitue les citoyens à la participation et à l'augmentation de leur contrôle sur leur réalité sociale.

Dans ce contexte, la condition de révision et d'appel reste importante, puisqu'après la prise d'une décision, certains groupes qui ne s'y sentaient pas interpellés ou qui ne savaient guère comment y participer pourront y revenir s'ils se sentent réduits dans leurs opportunités et s'ils sentent que les décisions posées leur font injustice. Il faut se rappeler que la participation citoyenne est un long processus d'apprentissage dont on a perdu l'habitude au Québec avec le trop grand interventionnisme de l'État Providence et qui n'a repris que timidement depuis sa crise (Vibert, 2005). Ainsi, il faut absolument mettre en place un processus de

révision et d'appel qui permettra aux groupes défavorisés à tort de participer à l'échange de raisons qui mènera aux prochaines décisions.

Par souci d'efficience, on cherche parfois à pousser un peu les communautés vers des voies d'interventions que les experts pensent à leur place dans le but légitime de les voir améliorer leur potentiel de santé par le renforcement de leurs capacités. On ne veut pas les laisser seules à elles-mêmes si elles n'ont à la base que peu d'habitude et d'habileté pour se diriger, pour se reconnaître et pour comprendre les outils qui sont en leur pouvoir pour se donner de meilleures conditions de vie. Des initiatives comme le projet effectué chez Stella (Gendron, 1994), la recherche participative ou le « community-mapping » (Parker, 2006) sont des exemples où un chercheur, un intervenant ou une institution croient qu'un problème identifié ou un groupe vu comme étant vulnérable doit être aidé d'abord, pour ensuite évaluer si les initiatives entreprises dans ce sens ont un réel intérêt du point de vue de la communauté impliquée. La condition de révision fait en sorte que lorsque sont élaborés des projets de développement des communautés, alors les communautés elles-mêmes peuvent évaluer leur pertinence et s'y opposer s'il y a lieu.

Régulation

Finalement, le processus de surveillance, ou de régulation, qui permet de vérifier que toutes ces conditions sont respectées reste un critère essentiel à la prise en compte significative de la rationalité d'une décision de rationnement. À l'intérieur du système de santé québécois, le MSSS, avec l'aide de l'Institut national de santé publique (INSPQ), pourrait s'occuper d'assurer que les trois conditions précédentes aient été respectées. L'INSPQ est spécifiquement mandaté par le MSSS pour consolider et développer l'expertise en santé publique. On se demande alors comment et sous quelle forme ce serait possible? Pour répondre à cette question, il faut explorer plus en détail comment la procédure proposée par Daniels (2008) pourrait être appliquée et quelle instance en assurerait le bon déroulement?

Pour ce faire, dans la structure déjà existante en santé au Québec, pourraient être utiles les services offerts par le Commissaire à la santé et au bien-être du MSSS implanté par la loi en 2005 (L.R.Q., chapitre C-32.1.1, 2010). Ce dernier a pour mandat d'éclairer la prise de décision et les débats publics au niveau gouvernemental

concernant la santé et les services sociaux. Il doit pour ce faire apprécier les mesures et les résultats obtenus en santé, consulter les citoyens et les experts, informer les divers acteurs concernés et donner ses recommandations pour améliorer le système de santé (Commissaire à la santé et au bien-être, section *Le Commissaire,* Site web). De plus, ce dernier dispose d'un forum de consultation composé de citoyens et d'experts qui se rencontrent quatre fois par année pour évaluer des questions qui leur sont proposées. Ainsi, le Commissaire s'assure que ses recommandations ne soient pas trop subjectives (Commissaire à la santé et au bien-être, section *Forum de consultation*, site web). Aussi, le Commissaire effectue des consultations publiques impliquant à plus grande échelle les citoyens dans les débats sur des enjeux critiques de la santé. Cette option permet de rapprocher les profanes et les experts et de faire comprendre l'importance des enjeux débattus aux yeux des groupes impliqués (Commissaire à la santé et au bien-être, section : *Consultations publiques*, site web).

Bref, il n'existe pas concrètement d'instance dans l'organisation actuelle de la santé et des services sociaux québécois pour assurer la légitimité éthique des décisions prises. Ainsi, on ne pourrait guère évaluer la réelle possibilité d'appliquer une procédure comme celle de Daniels (2008) pour assurer que les décisions dans ce domaine respectent une certaine équité. On peut donc difficilement espérer qu'une instance soit mise sur pied pour assurer le respect des critères inclus dans le processus équitable conçu par Daniels (2008) dans le domaine précis du développement des communautés. On est toutefois en mesure d'affirmer que le Commissaire à la santé et au bien-être qui existe déjà dans la structure organisationnelle du MSSS est une bonne piste à considérer dans la recherche d'une instance assurant le jugement de la validité des décisions de rationnement prises dans le domaine du développement communautaire. Cette organisation semble assez proche d'un fonctionnement permettant d'assurer la publicité, la pertinence et la possibilité de révision et d'appel de décisions de rationnement prises dans le domaine de la santé et des services sociaux et elle se dit clairement impliquée dans l'éthique découlant de la gouvernance en santé au Québec.

Discussion : regard critique sur le modèle proposé

Bref, le questionnement sur la manière de rendre compte équitablement des choix effectués dans la sélection des communautés qui seront aidées par des mesures de développement communautaire et qui auront ainsi une chance de réduire les inégalités sociales de santé qu'elles vivent semble pouvoir être dirigé par le modèle de justice procédurale proposé par Daniels (2008) sous le nom de « accountability for reasonableness ». Ce modèle part du fait qu'il faille poser des limites dans le domaine de la santé, impliquant ainsi des choix qui reposent sur des jugements de valeur sur lesquels ont ne s'entend pas toujours. C'est pourquoi Daniels propose alors de se tourner sur un processus équitable auquel tous auront accès équitablement et qui pourra assurer que les décisions qui y seront prises respecteront des critères qui les feront tenir pour justes et équitables (Daniels, 2008).

En plus de la cohérence du modèle de Daniels par rapport à notre sujet, il semble déjà exister au sein du MSSS des instances qui pourraient servir cette élaboration théorique. Ce modèle a aussi en sa faveur sa prise en compte de la voix de différents acteurs sur la scène délibérative et son souci pour une réelle adéquation aux réalités vécues sur le terrain. Selon nous, ces éléments du modèle de Daniels (2008) en font une bonne option pour assurer une prise de décision équitable et dirigée vers la réduction des inégalités sociales de santé dans le domaine du développement des communautés au Québec.

Toutefois, ce modèle comporte certains désavantages. D'abord, il s'avère complexe de bien comprendre les structures nécessaires pour assurer le bon déroulement de la procédure qui rendrait compte du raisonnable des décisions prises quant aux communautés supportées dans leur développement. Aussi, ses principes d'actions, sa structure et son organisation demandent un minimum de connaissance du domaine de la santé et de ses enjeux pour être bien compris. En ce sens, les conditions de l'« accountability for reasonableness » sont elles-mêmes assez complexes à maîtriser pour une personne ou un groupe qui connaissent peu les débats et les éléments qui constituent la trame de fond des questions de justice sociale. Ainsi, toutes les personnes et les groupes qui ont intérêt à prendre part au processus menant à une décision équitable ne peuvent pas nécessairement le faire, même s'ils y sont

invités. Ils ne peuvent donc guère augmenter leurs opportunités réelles d'obtenir un meilleur statut de santé ou travailler à réduire les inégalités sociales qu'ils vivent au moyen de la justice procédurale défendue ici.

C'est d'ailleurs une des critiques que Sen (1992, 2003) apporte aux différentes reprises des théories Rawlsiennes. Selon lui, les théories Rawlsiennes ne prennent pas suffisamment compte des différences de capacités effectives qu'a chaque personne ou chaque groupe pour transformer une opportunité de santé en réel élément favorable à sa santé ou à son bien-être. Selon ce dernier, on transformerait un bien primaire en réelle opportunité selon nos différentes fins et objectifs et il est important de conserver ces opportunités qui nous permettent de suivre la voie que l'on s'est fixée à long terme (Sen, 1992). En ce sens, on comprend la difficulté que pourraient avoir certains groupes dans la compréhension du système qui leur est offert pour prendre parole et augmenter leurs capacités. Cette situation implique alors que les efforts mis en place pour assurer l'équité des décisions prises par un procédé délibératif juste resteront concrètement vains et n'auront aucun résultat sur le terrain des inégalités vécues par ces groupes. Le processus conçu par Daniels (2008) tire son caractère équitable par l'égalité des opportunités qu'il offre aux personnes et aux groupes d'entrer dans les débats et de faire entendre leur voix au sein des justifications pouvant être reçues comme raisonnable et significative pour la prise de décision en santé. Or, comment s'assurer que la procédure qu'il a pensée pour assurer cette justice soit concrètement acceptée par les divers acteurs et comment faire en sorte qu'elle soit rendue accessible et compréhensible pour tous les acteurs impliqués? Ces questions adressées à la théorie de Daniels restent des voies cruciales à explorer sur le sujet si on souhaite concrètement soutenir que sa théorie de la justice procédurale permet l'équité des choix effectués en développement communautaire.

Aussi, la proposition de prendre pour instance régulatrice la structure existante du Commissaire à la santé et au bien-être au Québec est insuffisante dans un contexte où les inégalités sociales de santé dont on vise la réduction ne concernent pas seulement le MSSS. D'autres déterminants sociaux sont également pointés de plus en plus comme étant en partie responsables de la distribution inégalitaire des statuts de santé entre les personnes et les groupes d'une population, comme le revenu, le genre,

la culture, la classe sociale ou la position d'une personne à l'intérieur de son milieu de vie. Ainsi, pour pouvoir réellement agir sur les inégalités sociales de santé par le développement des communautés, il faut entreprendre une réflexion sur la justice sociale étendue à la société globale, voire même à un niveau international.

Le dernier point en lien avec la procédure de Daniels (2008) est qu'il serait dangereux de la fixer de manière bureaucratique quant à la forme de participation citoyenne et de renforcement des capacités qui y seraient impliqués. En ce sens, Fassin (1994) souligne que le renforcement des capacités (*empowerment*) n'est pas assuré par le simple fait d'offrir aux citoyens une possibilité de participer aux processus de prises de décisions d'une société. Laisser la parole aux citoyens n'implique pas qu'on traite équitablement leur point de vue dans le jugement de la recevabilité de leurs propos pour le débat en question. De cette situation ressort souvent que la consultation du citoyen débouche sur un certain accommodement des décideurs traditionnels (politiciens, gestionnaires, experts) aux requêtes des citoyens ou des groupes ayant pris parole pour ne pas contrevenir aux principes démocratiques qui soutiennent l'ordre dans la société actuelle.

Fassin (1994) propose plutôt que la solution ne serait pas de s'engouffrer dans le type de procédures déjà existantes dans le cadre politique actuel, mais de plutôt se tourner vers de nouveaux espaces où impliquer les citoyens de manière à réellement leur donner un plus grand pouvoir sur leur destin. Par exemple, de plus en plus d'initiatives de participation à la vie politique et sociale se font voir dans le milieu de la santé. On retrouve certaines consultations citoyennes par rapport à des questions éthiques houleuses dans le domaine médical comme c'est présentement (2010) le cas avec la tenue de la *Commission spéciale sur la question de mourir dans la dignité*[14] sur la question de l'euthanasie. Dans le même sens d'idées, on peut aussi repérer des initiatives d'intervention théâtrale participative comme le théâtre-forum, offert à travers le Québec par la troupe de Mise au jeu[15]. Celle-ci met en scène des dilemmes éthiques ou sociaux sur lesquels on invite les auditeurs à se positionner tout au long de l'acte, permettant ainsi de confronter des idées, de mettre sur table ses propres

[14] https://www.assnat.qc.ca/csmd/mourirdansladignite.aspx (Consulté en ligne le 3 Juillet 2010)
[15] http://www.miseaujeu.org/francais/theatre_forum.html (Consulté en ligne le 3 Juillet 2010)

points de vues et de comprendre la complexité des situations, qui peuvent nous paraître simples de notre propre perspective.

Tout de même, on sait que la construction théorique d'une justice procédurale équitable conçue par Daniels (2008) tient sur l'idée principale de la réflexion et du dialogue équitable entre le plus d'acteurs possible pour rapprocher les décideurs des citoyens et pour ainsi accumuler les rationalités qui peuvent être prises en compte pour assurer le caractère raisonnable d'une décision prise. Bien que malheureusement on n'arrive pas encore à rendre ce processus accessible et compréhensible pour tous, il reste au niveau pratique un modèle ouvert aux différentes voix qui voudraient se faire entendre dans la recherche d'une solution équitable aux divers enjeux impliqués par les limites à poser dans le domaine de la santé. Il est probablement actuellement le modèle qui permet au plus grand nombre d'acteurs de faire entendre leurs raisons ou du moins, de s'assurer qu'on leur justifie rationnellement les décisions qui seront prises en tentant d'exclure le moins de perspective possible et en restant prudent aux voix plus timides qui pourraient ne pas se faire entendre.

Le modèle de l'« accountability for reasonableness » a d'ailleurs été utilisé pour établir les priorités de santé avec des groupes de travail regroupant plusieurs acteurs de divers domaines touchant la santé, à un niveau plus local englobant deux provinces de Tanzanie et plusieurs districts (Mshana et al, 2007). On a aussi vu ce modèle emprunté au niveau national pour décider des couvertures de soins et de services de santé au Mexique (Daniels, 2008). Ces deux initiatives semblent avoir bien fonctionné dans l'ensemble, bien que des ajustements soient toujours à effectuer en contact avec les divers milieux de son application. Entre autres, cette procédure est souvent difficile à comprendre pour ceux qui ne l'ont pas étudiée en profondeur, mais on peut imaginer qu'elle puisse être accompagnée d'une éducation citoyenne qui pourrait tenter de la rendre compréhensible. On sait maintenant avec l'histoire pour nous le rappeler que les changements structurels d'une société prennent du temps. Il ne faut pas pour autant abandonner la confiance qu'on investit envers les citoyens pour nous fournir de potentielles solutions concernant la réduction des inégalités sociales de santé qui les affligent.

CONCLUSION

Bref retour sur les points à retenir

À la lumière de cette étude, on en connaît déjà plus au sujet de l'utilisation ambigüe de la notion de « communauté » dans les documents de santé publique québécois et les enjeux éthiques qui s'y rattachent. L'analyse de contenu de 64 documents de santé publique, servant de base à toute l'élaboration de ce mémoire, a bien confirmé au Chapitre 1 l'hypothèse selon laquelle les documents officiels de santé publique au Québec ne définissent pas suffisamment la notion de « communauté » lorsqu'ils en font usage et ils s'en servent de manière très décousue. Aussi, ce sont les documents liés de près à la mise en application de la stratégie de développement des communautés en santé publique qui semblent le moins définir ce terme (Chapitre 1). On peut donc dénoncer un manque d'effort effectué par ces documents pour rendre clair le terme « communauté », ce qui risque de grandement affecter la compréhension qu'on aura de la stratégie de développement des communautés, qui vise pour sa part la réduction des inégalités sociales de santé.

De plus, les documents qui se donnent la peine de donner des explications sur la signification que revêt la communauté en santé publique le font à partir de la définition établie par Christenson et collègues (1989). Or, bien que cette définition possède de sérieux avantages quant à la pratique professionnelle de la santé publique, on peut lui reprocher d'être trop restrictive et fermée, ne permettant pas de l'adapter à divers types de groupes qui pourraient émerger sur la scène de la santé publique et qui devraient être pris en compte dans les mesures de développement des communautés au même titre que les autres.

En effet, cette recherche contenait parmi ses objectifs principaux celui de retracer les différentes définitions accolées au terme « communauté » dans les documents de santé publique, afin de trouver quelle de ces définitions permettrait d'assurer un accès équitable des groupes à la reconnaissance de leur statut communautaire pour leur permettre de recevoir un soutien dans leur développement en santé publique. Pourtant, on a trouvé en cours de route qu'une définition trop

rigide de notion de « communauté » n'était pas non plus la manière idéale de la clarifier, lui faisant nécessairement perdre les richesses, la complexité et les nuances qui l'habitent. La « nouvelle santé publique » (OMS, 1986) aspire maintenant à une participation des communautés à l'identification de leurs problèmes ou de leurs besoins de santé, ainsi qu'à l'utilisation des ressources qui s'offrent à elles pour y remédier ou y répondre. De ce point, il est paradoxal d'invoquer une définition de la communauté qui soit stricte et fermée et qui exclut du processus définitionnel les communautés mêmes qui en seront atteintes dans leur accessibilité aux ressources et dans leurs opportunités pour accéder à un meilleur état de santé.

À cet égard, dans une démarche visant une réduction du contrôle des experts sur la vision adoptée par rapport à ce que peut être une communauté, on a proposé deux avenues. La première est une issue locale, basée sur la démarche effectuée par Vibert (2007). Cette démarche, plutôt que de fournir une définition figée et stricte de la notion de « communauté », enrichit plutôt les compréhensions possibles de cette notion. Pour ce faire, Vibert (2007) explore les divers types de communautés qui sont relevés dans les documents abordant les politiques publiques en santé. Cette méthode permet de bien expliquer la pertinence de chacune des formes communautaires possibles, elle nuance bien les implications de chacun de ces types d'utilisation et elle rend explicite l'historique qui a fait naître ces formes. Bref, cette démarche permet aux acteurs de santé publique qui auront affaire aux communautés d'adopter une autoréflexivité et une prudence quant à leurs perceptions et leurs actions autour du terme de « communauté », donnant toute l'information nécessaire pour ce faire. Les choix effectués dans ce domaine seront alors plus éclairés et justifiables du point de vue de l'équité (Chapitre 2).

La deuxième proposition est une issue plus globale. Si une démarche comme celle de Vibert (2007) permet aux acteurs de justifier chacune de leurs positions et d'adopter des comportements plus éclairés par rapport au développement communautaire entre autres, elle ne permet pas de justifier plus globalement les choix politico-sociaux qui seront faits lors de la favorisation de certains types de communautés plutôt que d'autres en santé publique. Puisque la démarche de Vibert permet de justifier localement plusieurs positions qui se valent quant à l'utilisation de

la notion de « communauté » dans divers contextes, on revient au problème initial de cette recherche.

On a maintenant remédié à l'ambigüité conceptuelle ou à la définition trop serrée de la « communauté », mais on n'arrive pas encore à s'entendre sur quelles visions valables de la communauté doivent être privilégiées en santé publique. Sans avoir à poser de manière experte un jugement sur cette question, on a pensé dans le Chapitre 3 à trouver une manière juste pour y répondre, sans exclure des types de communautés arbitrairement. Ainsi, la solution peut être donnée par la justice procédurale, notamment celle élaborée par Daniels et Sabin (2002) originalement dans un contexte de justification des priorités établies quant au système d'assurance santé aux États-Unis. À défaut de s'entendre sur des principes de distribution qui paraitraient pour tous justes et équitables, il faut au moins s'entendre sur une procédure de base équitable qui permettra de juger de la justice des décisions prises selon des règles établies préalablement et qui engendrera des résultats acceptables par tous (Daniels, 2008).

C'est donc dans le sens de ces deux propositions, une plus locale et l'autre plus sociétale, qu'il faut approfondir les conditions d'usages du terme « communauté » en santé publique au Québec. Par rapport à la démarche définitionnelle professionnelle fermée et restrictive adoptée par une majorité de documents de santé publique au Québec, les deux dernières approches présentées ici nous mènent plus près de l'atteinte de la « santé pour tous » et de la résolution du souci de justice distributive qui en découle. Il faudrait donc continuer d'explorer ces pistes pour les concrétiser davantage par rapport aux interventions de santé publique qui continueront de jongler avec le terme « communauté ».

Limites

Si le modèle de justice procédurale présenté par Daniels (2008) permet à plusieurs voix de se rapprocher du lieu de la prise de décision dans les rationnements en santé et qu'il peut ainsi permettre à certaines communautés invisibles ou plus passives de prendre part activement à la délimitation et aux choix qui seront effectués dans le domaine du développement communautaire, cela n'implique pas pour autant que tous les groupes sont habilités pour ce faire. À la base même de cette idée vient

celle de la participation citoyenne qui est souvent vue comme étant utopique et irréalisable dans des milieux complexes comme celui de la santé (Helly, 2001). Or, le modèle exposé au Chapitre 3 demande la participation de plusieurs acteurs tant au niveau des professionnels, des experts ou des décideurs, qu'au niveau des citoyens hors de ces domaines. Il faudrait donc évaluer cette critique et ses fondements. En effet, plusieurs questions d'applicabilité demeurent en suspens suite à l'élaboration de ce mémoire. Au niveau des professionnels de santé, seront-ils ouverts à recevoir une formation somme toute assez théorique quant aux diverses utilisations possibles de la notion de « communauté » par la typologie sociohistorique de Vibert (2007) afin de mieux comprendre les sens et les enjeux des actions qu'ils entreprennent pour, dans ou avec les communautés en santé publique?

Aussi, si l'on veut que les communautés prennent davantage de place dans le processus de détermination des choix qui s'effectueront quant à celles qui recevront de l'appui pour leur développement, certains points restent à approfondir. Ce mémoire a pensé à un cadre pour ce faire, celui de la justice procédurale développée par Daniels et Sabin (2002). Pourtant, l'arrangement plus concret de ce cadre dans l'univers de la santé publique actuelle au Québec n'a pas été pensé en profondeur et il faudrait étudier plus grandement les possibilités qui s'offrent pour ce faire et évaluer le réalisme de la conceptualisation proposée ici. De plus, il ne faudrait pas qu'en l'absence d'une participation réelle des communautés au processus d'« accountability for reasonableness », on attribue tout de même un caractère équitable à la décision posée au final, sous le seul crédit du respect de la procédure qui a justifié les choix et les priorités établies en développement des communautés. Pour valider la procédure d'un point de vue éthique, il ne faut pas simplement penser aux conditions sur lesquelles tous s'entendront pour admettre qu'une décision prise est équitable ou justifiable d'un point de vue éthique. Une telle procédure qui ne serait ni comprise, ni valorisée par le milieu des communautés finirait probablement par n'inclure dans les discussions que les voix qui déjà se font entendre, comme celle des experts ou des décideurs en santé publique. On manquerait alors un des points cruciaux auquel on tente de répondre dans ce mémoire, soit celui du manque de considération des différents points de vue possibles adoptés ou véhiculés par les communautés, qu'il est

nécessaire de prendre en compte dans les mesures de santé publique visant les inégalités sociales de santé pour permettre à celles-ci un *empowerment*.

Comme piste de réflexion quant à une manière de régler ces problèmes, je propose de sonder les milieux communautaires et d'aller chercher à divers endroits insoupçonnés des types de regroupements qui seraient intéressés par ce processus, d'évaluer le niveau de participation qui aurait lieu dans ce type de mouvement participatif s'il existait, de chercher plus loin des communautés qui sont souvent oubliées et de trouver des moyens de les y intéresser profondément. Le problème des mesures participatives est souvent qu'on croit que l'initiative devrait d'abord venir de la communauté (Gendron, 1998). Idéalement, il est vrai qu'il serait mieux que les communautés elles-mêmes déterminent les conditions de leur participation et que des groupes eux-mêmes décident de se dévoiler et de se faire valoir comme étant recevable en tant que communauté pour obtenir de l'aide dans leur développement dans le domaine de la santé. Ce qu'on cherche d'ailleurs par la procédure de l'« accountability for reasonableness », et c'est d'ailleurs explicitement énoncé par Daniels (2008), c'est surtout d'ajouter des voix possibles et pertinentes aux débats et aux enjeux qui se jouent sur la scène des rationnements en santé. Plus il y aura de voix entendues lors d'un processus de prise de décision et plus on sera en mesure d'assurer qu'une certaine équité sera de mise ou qu'au moins certaines erreurs dans le domaine seront évitées. Malheureusement, il est bien difficile, en tant que chercheur, que spécialiste ou que politicien, de savoir si toutes les voix pertinentes sont présentes dans le processus de délibération pour s'assurer de sa réelle équité.

Sur la procédure empruntée à Daniels (2008), on peut supposer que la complexité et l'idéalité qui se trouve derrière cette conception d'une procédure juste qui assure l'équité des décisions prises en santé soient inaccessible du point de vue de la compréhension à certains groupes. Parmi ces groupes apparaissent fort probablement les groupes plus défavorisés ou désavantagés par le système, qui sont justement ces voix qu'il faudrait pouvoir entendre pour réellement voir une augmentation de leurs capacités rendue possible par des mesures de santé publique qui seraient adoptées suite au processus de délibération en ce qui a trait au développement des communautés. Par exemple, une communauté immigrante

nouvellement installée au Québec pourrait avoir de la difficulté à comprendre déjà le système de santé québécois et ses organisations. Elle pourrait ainsi mal connaître les ressources qui lui permettraient de faire entendre sa voix quant aux problématiques auxquelles elle serait déjà confrontée dès son arrivée au Québec. Dans ce contexte, on doute alors fortement que sa voix puisse se faire entendre concrètement dans un modèle de justice procédurale basée sur la délibération et on se demande si même les intervenants de santé pourront parler en son nom, puisqu'ils n'auront peut-être encore jamais eu de contact significatif avec ce groupe.

En ce sens, il ne faut pas croire aveuglément que les structures mises en place, comme celle du Commissaire à la santé et au bien-être au Québec, sont facilement accessibles et compréhensibles pour tous les types de personnes et de groupes qui auraient intérêt à y prendre place pour augmenter leurs opportunités réelles d'un meilleur statut de santé et pour réduire les inégalités sociales qu'ils vivent par rapport à la santé et à ses déterminants. Sen (1992) critique en ce sens les différentes reprises des théories rawlsiennes. Selon ce dernier, celles-ci ne prennent pas suffisamment compte des différences de capacités effectives qu'ont chaque personne ou chaque groupe pour transformer une opportunité de santé en réel élément favorable à leur santé ou leur bien-être. Selon ce dernier, on transformerait un bien primaire en réelle opportunité selon nos différentes fins et objectifs et il est important de conserver ces opportunités de suivre une voie que l'on s'est fixée dans le long terme (Sen, 1992). Pourtant, il faut aussi être en mesure d'atteindre les opportunités qu'on nous donne et être capables de les transformer en liberté factuelle. En ce sens, offrir une procédure pour rendre compte de l'équité des mesures de développement des communautés et pour permettre une délibération sur celles-ci devient un peu comme une autre opportunité pour assurer l'équité, sans qu'on ait vraiment évalué les possibilités factuelles pour que cette opportunité soit saisie par les groupes qui devraient la saisir pour augmenter leur statut de santé et réduire les inégalités qui les accablent.

De plus, au niveau même des communautés, il semble un peu contradictoire de vouloir baser le processus décisionnel qui parviendra à déterminer les communautés recevables en santé publique sur un modèle rawlsien qui prône l'impartialité, alors que ce qu'on cherche ici par ce modèle est l'expression partiale

des communautés sur leurs besoins en santé et les raisons valables pour les reconnaître. Bien que le modèle de justice procédurale présentée reste une option alléchante, il faudra rester conscient des contradictions et des faiblesses qui l'habitent, afin de pouvoir demeurer prudent quant aux dérives possibles qui peuvent s'y immiscer.

Aussi, on a déjà mentionné en critique du Chapitre 3 que la proposition de prendre pour instance régulatrice la structure existante du Commissaire à la santé et au bien-être au Québec est insuffisante, dans un contexte où les inégalités sociales de santé n'appartiennent pas seulement au domaine de la santé en particulier, mais aussi à d'autres déterminants, comme le revenu, le genre, la culture, la classe sociale ou la position au travail. Cette instance est l'organisation existante qu'on peut considérer comme étant la plus adéquate pour mettre en application la surveillance et la régulation de la procédure juste établie pour rendre compte du raisonnable des décisions prises concernant les communautés qui seront aidées et voire même comment elles le seront. Pourtant, pour réellement agir d'un point de vue structurel sur les inégalités sociales et les faire disparaître lorsqu'elles sont inéquitables, il faudrait penser à une structure englobante s'étalant à un niveau provincial multisectoriel, voir même à une échelle encore plus grande.

Pistes à suivre

Somme toute, même si on peut être sceptiques quant à la possibilité effective qu'une structure de délibération publique soit mise en place au Québec sur les questions du développement des communautés ou que les employeurs en santé seront intéressés par de la formation supplémentaire quant aux diverses dimensions de la compréhension du terme de communauté et de ses enjeux, il faut rappeler que le changement social se fait souvent à pas de tortue. Il ne faut donc pas tourner le dos à ce type d'idée sous le seul prétexte de son incompatibilité avec le milieu actuel tel qu'on le connaît.

D'ailleurs, plusieurs pays plus défavorisés matériellement et connaissant de plus grandes inégalités sociales de santé ont utilisé le modèle de Daniels et Sabin (2002), afin de rendre compte du caractère raisonnable des rationnements dans leurs milieux de santé. C'est le cas de la Tanzanie et du Mexique par exemple (Daniels,

2008, Mshana et al, 2007). Pourtant, ces pays, bien qu'ils aient impliqué de nouveaux acteurs comme des professionnels de la santé normalement laissés de côté dans les décisions prises du côté de l'organisation du système de santé ou des groupes communautaires actifs dans les milieux, ils ont conservé une forme assez traditionnelle de groupes de travail, finalement toujours fermés aux citoyens. C'est peut-être là une méthode pour commencer tranquillement à impliquer plus de visages et pour se rapprocher des individus et des groupes qui composent la société, mais il faudrait au bout du compte espérer qu'après quelques années, des procédures auront été établies pour rendre compte plus concrètement des idées, des besoins, des aspirations et des initiatives repêchées directement sur le terrain du vécu de la santé des individus et des communautés.

Pour ce faire, il faudrait peut-être regarder plus en profondeur du côté de nouvelles mesures de participation citoyenne (Fassin, 1994), comme les groupes de discussions, les cafés éthiques, le théâtre participatif, les romans éducatifs, les forums citoyens ou les médias sociaux. Le type de consultations publiques comme celle qui a eu lieu sur le dossier des accommodements raisonnables ou qui a présentement lieu sur les enjeux de l'euthanasie au Québec a de bons et de mauvais côtés, mais n'est pas suffisante pour rendre compte de l'appui des citoyens quant aux décisions prises dans les domaines publics qui touchent la vie quotidienne des individus et des communautés. Ainsi, de nouveaux espaces de participation doivent être pensés et il faut rester patient, puisque le changement social prend du temps et ne donne souvent pas dès le départ les résultats des plus efficients. Je ne demande pas ici qu'on déplace le regard du souci d'efficience en santé au seul souci d'équité, mais je crois que le regard est déjà trop posé sur les questions traditionnelles d'efficacité et d'efficience du système de santé (Potvin et al, 2008) et qu'on doit s'ouvrir à de nouvelles voies.

La réduction des inégalités sociales de santé est un objectif qui prendra du temps à atteindre et qui ne peut être atteint si l'État ne garantit pas les conditions nécessaires pour que les actions menées par les communautés et la société civile contre ces inégalités de santé soient rendues possibles (OMS, 2009). L'Organisation mondiale de la santé, dans son rapport final sur la Commission sur des déterminants sociaux de la santé (OMS, 2009) indique d'ailleurs que souvent, faute de données et

de preuves, des problèmes ou des mesures proposées encore inéprouvées seront ignorés et laissés pour compte. Cette idée de l'OMS semble proposer de ne pas abandonner l'initiative de rendre compte de l'équité du choix des communautés qui seront aidées par le développement des communautés en santé publique au Québec, même si elle fait surgir des défis concernant la justice procédurale et son application dans le contexte déjà à l'œuvre en santé publique au Québec. L'OMS propose de persévérer quant à la recherche et à l'identification des réalités vécues sur le terrain des communautés, d'effectuer des recherches participatives sur les différents groupes qui pourraient vouloir se développer pour une meilleure santé et il met en garde contre l'abandon de techniques moins traditionnelles pour aller chercher le savoir citoyen qu'il nous manque pour permettre un développement des communautés qui s'aligne directement avec la perspective de réduction des inégalités sociales de santé par l'action sur les déterminants de celle-ci.

BIBLIOGRAPHIE

Références

Agamben, G. (1990) *La communauté qui vient*, Éd. Du Seuil, France

Anand, S.; Peter, F.; Sen, A. (2004) *Public Health, Ethics, and Equity*, Oxford University Press, New York

Association des psychologues américains (2004). *Lignes directrices pour la psychothérapie auprès des lesbiennes, des gais et des personnes bisexuelles*, Diffusée par le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes

Barth, F. (1969) *Ethnic groups and boundaries. The social organization of culture différence*, Bergen, Oslo

Blais, Louise. (1998) *Pauvreté et santé mentale au féminin : l'étrangère à nos portes*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa

Bourgeault, Guy. (1998) « Éthique et santé publique : à propos des conflits de valeurs », dans *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 5, n°2, p.225-240

Bourgeault, Guy. (2003) « L'intervention sociale comme entreprise de normalisation et de moralisation : Peut-il en être autrement? À quelles conditions? » *Nouvelles pratiques sociales,* vol. 16, n°2, p.92-105 *http://id.erudit.org/iderudit/009845ar* [Consulté le 22 Janvier 2010]

Bourque, D. (2006) « Développement des communautés et santé publique. Perspectives, expertises et dynamique en présence. », dans Tremblay M. et al.(2006) *Le développement social. Un enjeu pour l'économie sociale*. Presse de l'Université du Québec, Québec, p.104-114

Bousquet, M.-P. (2005) « La production d'un réseau de sur-parenté : histoire de l'alcool et désintoxication chez les Algonquins », *Drogues, santé et société : Alcool et Amérindiens : Usage et intervention*, Vol. 4, n°1, p.64-85 : http://www.drogues-sante-societe.org

Braën, A. (2002) « La Santé et le partage des compétences au Canada », *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada*, Étude n°2, Université d'Ottawa

Butler, J. (2002) *La vie psychique du pouvoir*, Éditions Léo Sheer, France

Christenson, J. A., Robinson, J.R., Jerry, W. (1989) *Community Development in Perspective*, Iowa State University Press, Iowa

Daniels, N. (2008) *Just Health. Meeting Health Needs Fairly*. Cambridge University Press

Daniels, N., Kennedy, B., Kawachi, I. (2000) *Is Inequality bad for our health?*, Éd. Joshua Cohen et Joel Rogers, Beacon Press, Boston

Daniels, N., Kennedy, B., Kawachi. I. (2004) « Why Justice is Good for Our Health? Dans : Anand et al. (2004) *Public Health, Ethics, and Equity*, Oxford University Press, New York, p.63-92

Daniels, N., Sabin, J. E. (2002) *Setting Limits Fairly. Can We learn to Share Medical Resource?* Oxford University Press, USA

Deschesnes, M., Lefort, L. (2004) *Portrait des initiatives québécoises de type « Écoles en santé » au niveau du primaire,* Institut national de santé publique du Québec, http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/296-EcoleEnSantePrimaire.pdf

Dewey, J. (1954) *The Public and Its problems*. Swallow Press, Ohio University Press, Athens

Ducharme, F. et coll. (2003) *Virage ambulatoire : Perceptions et attentes envers les services destinés aux aidants familiaux de personnes âgées.* Rapport fait pour la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, Montréal

Durand, Guy. (2005) *Introduction générale à la bioéthique*, Éditions Fides, Québec

Durkheim, E. (1889) « Communauté et société selon Tönnies », dans *Revue philosophique*, n. 27, 1889, p. 416 à 422, consulté sur le site de la Collection : Les classiques des sciences sociales; http://www.uqac.uquebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html

Durkheim, E. (1893) *De la division du travail social, Livre I*, Une édition électronique disponible sur le site de la Collection : Les classiques des sciences sociales; http://www.uqac.uquebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html

Fassin, D. (1994) « L'Anthropologue et la santé publique », dans *Anthropologie, santé, maladie : autour d'études de cas*, Éd. AMADES, France

Frohlich, K., De Koninck, M., Demers, A., Bernard, P. (2008) *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Presses de l'Université de Montréal, « Coll. Paramètres », Montréal

Frohlich, K., Corin E., Potvin, L. (2008) « La relation entre contexte et maladie : une proposition théorique. », dans Frohlich, K., De Koninck, M., Demers, A., Bernard, P. (2008) *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Presses de l'Université de Montréal, « Coll. Paramètres », Montréal, p.141-164

Gagné, J. (1996) « L'approche alternative en santé mentale. », dans *Nouvelles pratiques sociales*, vol.9, n°2, 1996, p.137-146; http://id.erudit.org/iderudit/301371ar

Gagnon, E. et Al. (2001) *Les impacts du virage ambulatoire : responsabilité et encadrement dans la dispensation des soins à domicile.* FCRSS, Ottawa, 2001

Gouvernement du Québec, *Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être* (en ligne), L.R.Q., chapitre C-32.1.1, Québec, mis à jour le 1er Juin 2010, http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_32_1_1/C32_1_1.html (Consulté le 20 Juin 2010)

Guberman, N. (2003) « La rémunération des soins aux proches : enjeux pour les femmes », dans *Nouvelles pratiques sociales*, Vol.16, n° 1, p.186-206

Hancock, T. (1993) «The Evolution, Impact and Significance of the Health Cities/Healthy Communities Movement», dans *Journal of Public Health Policy*, Vol. 14, n° 1, pp. 5-18 ; http://www.jstor.org/stable/3342823

Helly, D. (2001) « Communauté et citoyenneté : Les années 1990 : Enracinement local, responsabilité sociale », dans *Anthropologie et Sociétés*, Vol.25, n° 3, Université Laval, Québec, p.11-29, http://id.erudit.org/iderudit/000256ar

Institut national de santé publique du Québec. (2009) *Revue Développement social*, Vol. 9, n° 3 : http://www.inspq.qc.ca/DeveloppementSocial/rds/rds93.pdf#page=1

Kymlicka, W., Norman, W. (2000) *Citizenship in Diverse Societies*, Oxford University Press, New York

Lachapelle, R. (2007) *Pratiques d'organisation communautaire en CSSS et programmes de santé publique*, Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire

Lalonde, M. (1981) *Nouvelle perspective de la santé des canadiens (Rapport Lalonde)(en ligne)*, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/1974-lalonde/index-fra.php [consulté le 20 Juin 2010]

Leroux, R., Ninacs, W.A. (2002a) *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés –Revue de littérature,* Institut national de santé publique du Québec : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/104_SanteCommunautesRevueLitterature.pdf

Leroux, R., Ninacs, W.A. (2002b) *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, Institut national de santé publique du Québec : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/082_SanteCommunautes.pdf

Lévesque, J. (2002) *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés – Conceptions, actions, enjeux, défis et préoccupations : points de vue d'acteurs de directions de santé publique.* Institut national de santé publique du Québec : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/103_SanteCommunautesPointsVueDSP.pdf

Lyotard, J. (1983) *Le Différend*, Éd. De Minuit, Collection Critique, Paris

Martin, C., Boyer, G. (1995) *Naître égaux – Grandir en santé,* Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1995/95-807.pdf

Massé, R. (2004) « Les groupes communautaires comme espaces moraux », publié dans : Saillant, Francine. Clément, Michelle. Gaucher, Charles. *Identités, vulnérabilités, communautés*, Éditions Nota Bene, Montréal, p. 307-324

McAll, C. (2008) « Transfert des temps de vie et « perte de raison » :l'inégalité sociale comme rapport d'appropriation. », dans Frohlich, K., De Koninck, M., Demers, A., Bernard, P. (2008) *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Presses de l'Université de Montréal, « Coll. Paramètres », Montréal, p.87-110

Ministère de la santé et des services sociaux. (2003) *Programme national de santé publique 2003-2012*, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-216-01.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux. (2008) *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux (2006). *Implantation de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, c.32) (Projet de loi 83). La participation citoyenne au cœur de la responsabilité populationnelle*, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-603-11.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux. (2007) *Guide d'intervention auprès des familles d'immigration récente – Naître ici et venir d'ailleurs,* Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-836-01.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux. (2009) *Programme de soutien aux organismes communautaires 2010-2011.* Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-823-01.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux. (2006) *École en santé – Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires. Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://www.mels.gouv.qc.ca/dgfj/csc/promotion/pdf/19-7062.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux. (1998) *La politique de la santé et du bien-être,* Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1992/92_713.pdf

Mshana, S. et coll. (2007) « What do District Health Planners in Tanzania think about improving priority setting using 'Accountability for Reasonableness?», *BMC Health Services Research*, 7 : 180, http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/180

Organisation mondiale de la santé (1986), *Charte d'Ottawa*, Organisation mondiale de la santé : http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/Charte_d_Ottawa.pdf

Organisation mondiale de la santé. (1978) *Déclaration d'Alma Ata : http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=french*

Organisation mondiale de la santé. (2009) *Combler le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé.* Commission des déterminants sociaux de la santé : http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_fre.pdf

Ouellet, M. (2010) « Euthanasie : une consultation publique se tiendra dans 11 villes du Québec », *La Presse Canadienne*, 25 Mai 2010, http://qc.sante.yahoo.ca/channel_health_news_details.asp?news_id=3156&news_channel_id=32&channel_id=32 [Consulté le 3 Juillet 2010]

Potvin, L., Ridde, V., Mantoura, P. (2008) «Évaluer l'équité en promotion de la santé », dans Frohlich, K., De Koninck, M., Demers, A., Bernard, P. (2008) *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Presses de l'Université de Montréal, « Coll. Paramètres », Montréal, p.355-378

Poutignat, P., Streiff-Fenart, J. (2008) *Les théories de l'ethnicité*, Éd. Quadrige / Puf, Paris

Parker, B. (2006) « Constructing Community Through Maps? Power and Praxis in Community Mapping », *The Professional Geographer*, vol.58, n^{0}4, p.470-484, 2006, http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9272.2006.00583.x [Consulté le 20 Février 2009]

Putnam, R. D. (2000) *Bowling Alone : The Collapse and Revival of American Community,* Simon and Schuster Inc., New York

Putnam, R. D., Feldstein, L. M. (2003) *Better together. Restoring the American Community*, Simon and Schuster Paperbacks, New York

Rawls, J. (2008) *La justice comme équité. Une reformulation de Théorie de la Justice*, Éd. La Découverte, Paris

Raynault, M.-F., Loslier, J. (2008) « La réduction des inégalités sociales de santé », dans Frohlich, K., De Koninck, M., Demers, A., Bernard, P. (2008) *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Presses de l'Université de Montréal, « Coll. Paramètres », Montréal, p.379-403

Réseau des lesbiennes du Québec, Alliance de recherche IREF/Relais-Femmes. (2001) *L'adaptation des services liés à l'hébergement et/ou au maintien à domicile aux besoins et aux réalités des lesbiennes âgées : rapport préliminaire,* Montréal : http://bv.cdeacf.ca/bvdoc.php?no=2002_04_0019&col=CF&format=htm&ver=old [Consulté en ligne le 8 Juillet 2010]

Revue Développement social. (2008) Volume 9, numéro 3, Mars 2009, Institut national de santé publique du Québec : http://www.inspq.qc.ca/DeveloppementSocial/rds/rds93.pdf#page=1

Richard et coll. (1999) « La perception de professionnels de santé publique face à deux dimensions de la promotion de la santé : approche écologique et participation », dans *Revue canadienne de santé publique*, vol. 90, n^o 2, Mars-Avril 1999, p.99-103

Ricoeur, P. (2005) *Parcours de la reconnaissance*, Gallimard, Collection Folio essais, France

Rosenthal, R., Jacobson, L. (1968) *Pygmalion in the classroom*, Éd. Holt, Rinehart and Winston, Inc. USA

Ruger, J.P. (2004) « Ethics of The Social Determinants of Health», *Lancet*, 2004 ; 364 : 1092–97 : www.thelancet.com

Salois, R. (2008) *Les usagers et la population…Ont-ils leur mot à dire?* Conférence présentée par Robert Salois, Commissaire à la santé et au bien-être, Au Dialogue public sur la gouvernance du système sociosanitaire, Montréal, 5 Juin 2008, http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/Conferences/CSBE_UsagersPopulationJuin2008.pdf: [consulté le 20 Juin 2010]

Sen, A. (1992) *Inequality Reexamined*, Harvard University Press, Cambridge, USA,

Sen, A. (2003) *La démocratie des autres. Pourquoi la liberté n'est pas une invention de l'Occident?*, Éditions Manuels Payot, Paris

Sen, A. (2007) *Identité et violence*, Édition Odile Jacob, Paris

Simard, P. (2005) *Perspectives pour une évaluation participative des Villes et Villages en santé*, Institut national de santé publique du Québec : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/418-EvaluationParticipativeVVS.pdf

Tonnies, F. (1844) *Communauté et société. Catégories fondamentales de la sociologie pure*, Presses universitaires de France, Paris

Vibert, S. (2007) *La communauté au miroir de l'État. La notion de « communauté » dans les énoncés québécois de politiques publiques en santé*, Presses de l'Université Laval, Collection « Société, cultures et santé » , Québec

Vibert, S. (2004) « La communauté est-elle l'espace du don? De la relation, de la forme et de l'institution sociales (1re Partie) », dans *Revue du M.A.U.S.S.,* n°24, Novembre 2004, p.353-374; www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=RDM_024_0353

Vibert, S. (2005) « La communauté est-elle l'espace du don ? De la relation, de la forme et de l'institution sociales (2ème partie) », dans *Revue du M.A.U.S.S.*, nº 25, Janvier 2005, p.339-365 ; http://www.cairn.info/revue-du-mauss-2005-1-p-339.htm

Wallerstein, N.B., Duran, B. (2006) « Using community-based Participatory Research to Address Health Disparities », *Health Promotion Practice*, Vol.7,

n^{0}3, p.312-323, July 2006, http://hpp.sagepub.com/cgi/content/abstract/7/3/312 [Consulté le 11 Février 2009]

White, Deena. « La gestion communautaire de l'exclusion », dans *Lien social et Politiques*, nº 32, 1994, p.37-49; http://id.erudit.org/iderudit/005249ar

Williams-Jones, B., Burgess, M.M. (2004) « Decision-Making : Lessons from Genetic Testing for the BRCA Mutations », *Kennedy Institute of Ethics Journal*, Vol. 14, nº 32, p. 115–142

Sites internet

Alternatives : http://www.alternatives.ca/org [Consulté le 12 juillet 2010]

Carrefour des petits soleils : http://voila.net/lespetitssoleils/page3/index.html [Consulté le 12 juillet 2010]

Comité de défense des droits sociaux de la Fédération CJA : http://www.federationcja.org/fr/representation/representation-sociale/ [Consulté le 14 juillet 2010]

Commissaire à la santé et au bien-être, section *Le Commissaire* : http://www.csbe.gouv.qc.ca/index.php?id=63&L=2%2F%2F%3FsIncPath%3Dhttp%3A%2F%2Fwww.hubns.co.kr%2F%2Fdata%2Flist%2Fheheh.txt%3F%3F%3F [Consulté le 7 juillet 2010]

Commissaire à la santé et au bien-être, section *Forum de consultation* : http://www.csbe.gouv.qc.ca/index.php?id=61 [Consulté le 7 juillet 2010]

Commissaire à la santé et au bien-être, section : *Consultations publique* : http://www.csbe.gouv.qc.ca/index.php?id=120&L=2%2F%2F%3FsIncPath%3Dhttp%3A%2F%2Fstul.netsolutions.cz%2Fimg%2F.emergency%2Fx.pl%3F%3F%3F [Consulté le 7 juillet 2010]

Des jardins sur les toits, Initiative de l'organisme Alternative, site internet : http://www.alternatives.ca/fra/organisation/programme-national/des-jardins-sur-les-toits/ [Consulté le 12 juillet 2010]

Institut national de santé publique québécois, site web, section *Développement social et soutien des communautés :* http://www.inspq.qc.ca/domaines/index.asp?Dom=20&Axe=23 [Dernière consultation le 16 février 2010]

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, Liste des organismes communautaires financés par le MSSS : http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/reseau/OrgComm.nsf/liste?OpenView) [Dernière consultation le 6 Juin 2010]

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, sites web, section *documentation :* http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d?OpenView [Dernière consultation le 16 février 2010]

ANNEXE 1

Documents utilisés pour l'analyse de contenu documentaire

Documents provinciaux

N^0	Référence	Source	Visée	Définit communauté	Énonce DC*	Définit DC*
1	*Étude exploratoire sur les perceptions et les habitudes de quatre communautés culturelles de Montréal en matière de jeux de hasard et d'argent.* (2006)	INRS, INSPQ	Informative	Non	Non	Non
2	*Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel.* (2008)	INSPQ	Informative	Non	Oui	Non
3	*La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés.* (2002)	INSPQ	Informative	Oui	Oui	Oui
4	*La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés. Conceptions, actions, enjeux, défis et préoccupations : Points de vues d'acteurs de directions de santé publique.* (2002)	INSPQ	Informative	Oui	Oui	Oui
5	*Perspectives pour une évaluation participative des Villes et Villages en Santé.* (2005)	INSPQ	Informative	Oui	Oui	Non
6	*Développement d'un système d'évaluation de la défavorisation des communautés locales et des clientèles de CLSC.* (2005)	INSPQ	Informative	Non	Non	Non

7	*Regards sur le développement territorial*. Revue développement social, Vol.9, N^{0}3 (Mars 2009)	Publié sur le site de INSPQ	Informative	Non	Oui	Oui
8	*Des priorités nationales de santé publique, 1997-2002* (1997)	MSSS	Directive	Non	Non	Non
9	*Programme national de santé publique- 2003-2012* (2003)	MSSS	Directive	Non	Oui	Oui
10	*Programme national de santé publique - 2003-2012, mise à jour 2008* (2008)	MSSS	Directive	Oui	Oui	Oui
11	*L'implantation du programme national de santé publique 2003-2012. La perspective des acteurs en santé publique* (2008)	MSSS	Directive	Non	Oui	Non
12	*Le développement des communautés c'est l'affaire de tous… Guide pour l'élaboration d'un plan d'action local en CLSC pour le développement des communautés.* (2002)	MSSS	Directive	Non	Oui	Non
13	*Portrait des initiatives québécoises de type « Écoles en santé » au niveau primaire.* (2004)	INSPQ	Informative	Non	Non	Non
14	*La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés. Revue de littérature.* (2002)	INSPQ	Informative	Oui	Oui	Oui
15	*Lignes directrices permettant d'établir un régime particulier de protection de la jeunesse pour les autochtones.* (2004)	MSSS	Directive	Non	Non	Non
16	*Pour une véritable participation à la vie de communauté. Orientations ministérielles en déficience physique. Objectifs 2004-2009*. (2004)	MSSS	Directive	Non	Non	Non

17	*Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Document principal*. (2004)	MSSS	Directive	Non	Non	Non
18	*Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services intégrés en santé mentale*. (2002)	MSSS	Directive	Oui	Non	Non
19	*Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la santé et des services sociaux.* (2005)	MSSS	Directive	Non	Non	Non
20	*De l'intégration sociale à la participation sociale. Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches. Un engagement renouvelé du réseau de la santé et des services sociaux.* (2001)	MSSS	Directive	Non	Non	Non
21	*Cadre normatif. Certification des organismes privés ou communautaires intervenant en toxicomanie et offrant de l'hébergement. Mise à jour Février 2005.* (2005)	MSSS	Directive	Non	Non	Non
22	*Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens.* (2005)	MSSS	Directive	Non	Non	Non
23	*La participation citoyenne au coeur de la responsabilité populationnelle.* (2006)	MSSS	Directive	Non	Non	Non
24	*L'encadrement des jeunes contrevenants dans la communauté. Guide d'intervention en matière de probation juvénile. Mise à jour 2006.* (2006)	MSSS	Directive	Non	Non	Non
25	*Naître ici et venir d'ailleurs. Guide d'intervention auprès des familles d'immigration récente.* (2007)	MSSS	Directive	Non	Non	Non
26	*Riches de tous nos enfants. La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*. (2007)	MSSS	Informative	Non	Non	Non

27	*La reddition de comptes dans le cadre du soutien à la mission globale. Programme de soutien aux organismes communautaires.* (2008)	MSSS	Directive	Non	Non	Non
28	*Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social. Une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation.* (2007)	MSSS	Directive	Non	Oui	Oui
29	*Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes. Au féminin…à l'écoute de nos besoins. Bilan 2002-2007*. (2008)	MSSS	Informative	Non	Oui	Oui
30	*2009-2013. Plan d'action de développement durable. Prévenir et agir, pour la santé de notre avenir.* (2009)	MSSS	Directive	Non	Oui	Oui
31	*Programme de soutien aux organismes communautaires, 2009-2010.* (2008)	MSSS	Informative	Non	Non	Non
32	*École en santé. Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires. Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes.* (2005)	MSSS	Directive	Non	Non	Non
33	*La politique de la santé et du bien-être.* (1998)	MSSS	Directive	Non	Oui	Non
34	*Pour une véritable participation à la vie de la communauté. Un continuum intégré de services en déficience physique*. (1995)	MSSS	Informative	Non	Non	Non
35	*Travaillons ensemble. Pour mieux aider et protéger les enfants, les jeunes et leur famille.* (1998)	MSSS	Informative	Non	Non	Non
36	*Naître égaux et grandir en santé. Un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*. (1995)	MSSS	Informative	Non	Non	Non

37	*Organisation des services de santé mentale dans la communauté. Enseignements à tirer de la recherche évaluative.* (1998)	MSSS	Informative	Non	Non	Non
38	*De la complicité à la responsabilité. Rapport du Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille*. (2004)	MSSS	Informative	Non	Non	Non

***** DC : Développement communautaire

Documents régionaux

N^0	**Référence**	**Source**	**Visée**	**Définit communauté**	**Énonce DC***	**Définit DC***
1	*Plan d'action régional de santé publique 2008-2012. Votre compagnon de route.* (2008)	DSP : ASSS, Laval	Directive	Non	Oui	Oui
2	*Plan d'action régional de santé publique 2004-2007. Bas-Saint-Laurent.* (2003)	DSP, Bas-St-Laurent	Directive	Non	Oui	Non
3	*Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012.* (2009)	DSP : ASSS, Lanaudière	Directive	Oui	Oui	Oui
4	*Plan d'action régional de santé pulique 2008-2012-Mise à jour 2008. Région de la capitale nationale.* (2009)	ASSS, Capitale-Nationale	Directive	Non	Oui	Non
5	*Plan d'action régional en santé publique 2004-2007. Prévenir pour l'avenir…* (2004)	DSP des Laurentides	Directive	Non	Oui	Non

6	*Plan d'action régional de santé publique 2009-2012. Mauricie et Centre-du-Québec. Unis dans tous les sens.* (2008)	DSP : ASSS, Mauricie, Centre-du-Québec	Directive	Non	Oui	Oui
7	*Plan d'action régional en santé pubique 2004-2007 pour la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine.* (2004)	DSP, Gaspésie, Îles-de-la-Madeleine	Directive	Non	Oui	Non
8	*Plan d'action régional de santé publique 2004-2012. Côte-Nord. La santé publique : l'affaire de chacun!* (2004)	DSP, Côte-Nord	Directive	Non	Oui	Non
9	*Plan d'action régional de santé publique de l'Estrie 2004-2007.* (2003)	DSP, Estrie	Directive	Non	Non	Non
10	*Plan d'action régional de santé publique du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2004-2007.* (2004)	DSP, Saguenay-Lac-Saint-Jean	Directive	Non	Oui	Oui
11	*Plan d'action régional en santé publique en Abitibi-Témiscamingue 2004-2007.* (2004)	DSP, Abitibi-Témiscamingue	Directive	Oui	Oui	Non
12	*La prévention en actions. Le plan d'action montréalais en santé publique 2003-2006.* (2003)	DSP, Montréal-Centre	Directive	Non	Oui	Non
13	*Plan d'action régional de santé publique 2009-2012. Destination prévention.* (2009)	DSP, Montérégie	Directive	Non	Oui	Oui
14	*Plan régional en santé publique 2008-2012.* (2008)	DSP, ASSS, Chaudière-Appalaches	Directive	Non	Non	Non

***** DC : Développement communautaire

Documents locaux

N^0	Référence	Source	Visée	Définit communauté	Énonce DC*	Définit DC*
1	*Programme de santé publique, plan local 2007-2010 pour les Îles-de-la-Madeleine.* (2007)	CSSS des Îles	Directive	Non	Oui	Oui
2	*Plan d'action local en santé publique à Rouyn-Noranda. Objectifs et activités à déployer 2004-2007.* (2004)	CSSS Rouyn-Noranda	Directive	Oui	Oui	Non
3	*Présent dans la communauté. Cadre de référence en santé publique.* (2008)	CSSS Saint-Léonard, Saint-Michel	Directive	Oui	Oui	Oui
4	*Plan d'action local en santé publique 2009-2012.* (2009)	CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable	Directive	Non	Oui	Oui
5	*Plan d'action local de santé publique 2009-2012. Ensemble, pour votre mieux-être.* (2009)	CSSS de Trois-Rivières	Directive	Non	Oui	Oui
6	*Plan d'action local en santé publique 2006-2010.* (2006)	CSSS de la Vieille-Capitale	Directive	Non	Oui	Non
7	*Plan d'action local de santé publique publique du territoire de Sherbrooke.* (2007)	CLSC de Sherbrooke	Directive	Non	Oui	Non
8	*Plan d'action local de santé publique 2006-2007.Centré sur votre mieux-être.* (2006)	CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord	Directive	Non	Oui	Non

9	*Le projet clinique du réseau local de services de santé et de services sociaux de la MRC de Memphrémagog. Programme Services généraux. Contexte-État de situation-Plan d'action local.* (2006)	CSSS de Memphrémagog	Directive	Non	Oui	Non
10	*Projet local d'organisation des services.* (2006)	CSSS d'Antoine-Labelle	Directive	Oui	Oui	Oui
11	*Projet d'organisation clinique phase III. (2007)*	CSSS Jeanne-Mance	Directive	Non	Non	Non
12	*L'organisation communautaire. Pour le développement de la communauté.* (2009)	CSSS du Sud de Lanaudière	Directive	Non	Oui	Oui

***** DC : Développement communautaire

Références

Niveau provincial

Cardinal, L., Langlois, M., Gagné, D., Tourigny, A. (2008) *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*, Institut national de santé publique du Québec : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/860_PerspectiveVieillissementSante.pdf

Comité de travail sur le développement des communautés en Estrie (2002), *Le développement des communautés c'est l'affaire de tous… Guide pour l'élaboration d'un plan d'action local en CLSC pour le développement des communautés*, CLSC http://www.rqiiac.qc.ca/fr/liens_outils/doc/GuidePlanDevComCLSC.pdf

Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille (2004). *De la complicité à la responsabilité – Rapport du Comité sur le continuum de services spécialisés destinés aux enfants, aux jeunes et à leur famille*, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/rapportcontinuum%20juin04.pdf

Deschesnes, M., Lefort, L. (2004) *Portrait des initiatives québécoises de type « Écoles en santé » au niveau du primaire,* Institut national de santé publique du Québec, http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/296-EcoleEnSantePrimaire.pdf

Gauthier, A. (1998) *Organisation des services de santé mentale dans la communauté. Enseignements à tirer de la recherche évaluative,* Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1998/98-755-01.pdf

Leroux, R., Ninacs, W.A. (2002a) *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés –Revue de littérature,* Institut national de santé publique du Québec : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/104_SanteCommunautesRevueLitterature.pdf

Leroux, R., Ninacs, W.A. (2002b) *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, Institut national de santé publique du Québec : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/082_SanteCommunautes.pdf

Lévesque, J. (2002) *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés – Conceptions, actions, enjeux, défis et préoccupations : points de vue d'acteurs de directions de santé publique.* Institut national de santé publique du Québec : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/103_SanteCommunautesPointsVueDSP.pdf

Martin, C., Boyer, G. (1995) *Naître égaux – Grandir en santé,* Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1995/95-807.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux. (1997) *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002*, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1996/96_203.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux. (2003) *Programme national de santé publique 2003-2012*, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-216-01.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux. (2008) *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux. (2008) *Rapport d'évaluation – L'implantation du Programme national de santé publique 2003-2012 : la perspective des acteurs de santé publique*, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-05F.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux. (2006) *Cadre de référence pour la promotion, le respect et la défense des droits en santé mentale*, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-914-01.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux. (2004) *Lignes directrices permettant d'établir un régime particulier de protection de la jeunesse pour les autochtones*, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-826-01.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux. (2003) *Pour une véritable participation à la vie de la communauté – Orientations ministérielles en déficience physique. Objectifs 2004-2009,* Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2003/03-841-01.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux. (2004) *Projet clinique – Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux – Document principal,* Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-009-05.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux. (2002) *Lignes directrices pour l'implantation de réseaux locaux de services intégrés en santé mentale,* Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-844-02.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux. (2005) *Plan stratégique 2005-2010 du ministère de la Santé et des Services sociaux,* Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-717-01.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux. (2001) *De l'intégration sociale à la participation sociale – Politique de soutien aux personnes présentant une déficience intellectuelle, à leurs familles et aux autres proches,* Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-840-01.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux. (2005) *Cadre normatif – Certification des organismes privés ou communautaires intervenant en toxicomanie et offrant de l'hébergement,* Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-804-03.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux. (2005) *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens,* Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux (2006). *Implantation de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives (2005, c.32) (Projet de loi 83). La participation citoyenne au cœur de la responsabilité populationnelle*, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-603-11.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux. (2006) *L'encadrement des jeunes contrevenants dans la communauté – Guide d'intervention en matière de probation juvénile – Mise à jour 2006,* Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-820-01.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux. (2007) *Guide d'intervention auprès des familles d'immigration récente – Naître ici et venir d'ailleurs,* Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-836-01.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux. (2007) *Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec – Riches de tous nos enfants. La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans,* Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-228-05.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux. (2008) *La reddition de comptes dans le cadre de soutien à la mission globale – Programme de soutien aux organismes communautaires,* Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-823-04.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux. (2007) *Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social- Une action intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation,* Ministère de la santé et des services sociaux : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-845-01.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux. (2008) *Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes. Au féminin…à l'écoute de nos besoins. Bilan 2002-2007*, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/59826a0e6a4e03bf85256c8a00684823?OpenDocument

Ministère de la santé et des services sociaux. (2009) *Le plan d'action de développement durable 2009-2013- Prévenir et agir, pour la santé de notre avenir,* Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-733-01.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux. (2009) *Programme de soutien aux organismes communautaires 2010-2011.* Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2009/09-823-01.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux. (2006) *École en santé – Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires. Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://www.mels.gouv.qc.ca/dgfj/csc/promotion/pdf/19-7062.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux. (1998) *La politique de la santé et du bien-être,* Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1992/92_713.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux. (1995) *Pour une véritable participation à la vie de la communauté : Un continuum intégré de services en déficience physique,* Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1995/95-810.pdf

Ministère de la santé et des services sociaux. (1998) *Travaillons ensemble – Pour mieux aider et protéger les enfants, les jeunes et leur famille – guide de formation,* Ministère de la santé et des services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1998/98-551-2.pdf

Pampalon, R., Philibert, M.D., Hamel,D. (2004) *Développement d'un système d'évaluation de la défavorisation des communautés locales et des clientèles de CLSC*, Institut national de santé publique du Québec : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/279_DefavorisationClientelesCLSC.pdf

Papineau, E. et coll. (2005) *Étude exploratoire sur les perceptions et les habitudes de quatre communautés culturelles de Montréal en matière de jeux de hasard et d'argent.* Institut national de santé publique du Québec : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/383-JeuxCommunautesMontreal.pdf

Revue Développement social. (2008) Volume 9, numéro 3, Mars 2009, Institut national de santé publique du Québec : http://www.inspq.qc.ca/DeveloppementSocial/rds/rds93.pdf#page=1

Simard, P. (2005) *Perspectives pour une évaluation participative des Villes et Villages en santé*, Institut national de santé publique du Québec : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/418-EvaluationParticipativeVVS.pdf

Niveau régional

Direction de santé publique. (2008) *Plan d'action régional de santé publique 2008-2012. Votre compagnon de route.* Agence de la santé et des services sociaux de Laval : http://www.santepubliquelaval.ca/IMG/pdf/ASSL_PARv06acoul_081203_web.pdf

Direction de santé publique. (2003) *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007. Bas-Saint-Laurent,* Agence de développement de réseaux locaux de services sociaux du Bas-Sain-Laurent : http://www.agencesssbsl.gouv.qc.ca/index.php?P=37

Direction de santé publique et d'évaluation. (2009) *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012,* Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière : http://www.agencelanaudiere.qc.ca/ASSS/Publications/00_01%20-%20Table%20des%20matières.pdf

Direction de santé publique. (2009) *Plan d'action régional de santé publique 2008-2012. Mise à jour 2008. Région de la Capitale-Nationale,* Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale : http://www.dspq.qc.ca/asp/listPublication.asp

Direction régionale de santé publique des Laurentides. (2009) *Plan d'action régional en santé publique 2004-2007. Prévenir pour l'avenir…*, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux : http://www.rrsss15.gouv.qc.ca/pdf/PAR_sante_publique2.pdf

Direction de santé publique. (2008) *Plan d'action régional de santé publique 2009-2012. Mauricie et Centre-du-Québec. Unis dans tous les sens,* Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec : http://www.agencesss04.qc.ca/images/images/santepublique/plan_action_reg/parsp_09-12.pdf

Direction de santé publique. (2004) *Plan d'action régional en santé publique 2004-2007 pour la Gaspésie et les Îles-de-la-Madeleine,* Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux : http://www.agencesssgim.ca/fichiers/agence/Plan_action_sante_publique.pdf

Direction de santé publique. (2004) *Plan d'action régional de santé publique 2004-2012. Côte-Nord. La santé publique : l'affaire de chacun!,* Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord : http://www.agencesante09.gouv.qc.ca/File.aspx?id=404&lang=FR

Direction de santé publique et de l'évaluation. (2003) *Plan d'action régional de santé publique de l'Estrie 2004-2007,* Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie : http://www.santeestrie.qc.ca/publication_documentation/documents/plan_action_regionale_sante_publique.pdf

Direction de santé publique. (2004) *Plan d'action régional de santé publique du Saguenay-Lac-Saint-Jean 2004-2007,* Agence de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean : http://www.santesaglac.gouv.qc.ca/web/document/PAR_2004-2007.pdf

Direction de santé publique. (2004) *Plan d'action régional en santé publique en Abitibi-Témiscamingue 2004-2007,* Agence de développement de services de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue : http://www.sante-abitibi-temiscamingue.gouv.qc.ca/documents/plan2004-2007.pdf

Direction de santé publique. (2003) *La prévention en actions. Le plan d'action montréalais en santé publique 2003-2006,* régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre : http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfautre/planaction03-06.pdf

Direction de santé publique. (2009) *Le plan d'action régional de santé publique 2009-2010. Destination prévention.* Agence de santé et de services sociaux de la Montérégie : http://www.santemonteregie.qc.ca/userfiles/file/granby-region/Rapports/PAR-2009-2012.pdf

Direction de la santé publique et de l'évaluation. (2008) *Plan d'action régional de santé publique 2008-2012*, Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches : www.agencesss12.gouv.qc.ca

Niveau local

Centre de santé et de services sociaux des Îles. (2007) *Programme de santé publique, plan local 2007-2010 pour les Îles-de-la-Madeleine* : http://www.csssdesiles.qc.ca/docs/pal-poc-version-finale.pdf

Centre de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda. (2004) *Plan d'action local en santé publique à Rouyn-Noranda* : http://www.csssrn.qc.ca/doc/pal.pdf

Centre de santé et de services sociaux de St-Michel et de St-Léonard. (2008) *Présent dans la communauté. Cadre de référence en santé publique* : http://csss-stleonardstmichel.qc.ca/fileadmin/csss_slsm/Menu_corporatif/Publications/Cadre_de_reference_en_sante_publique.pdf

Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-et-de-l'Érable. (2009) *Plan d'action local en santé publique 2009-2012* : http://www.csssae.qc.ca/client/uploads/Librairies/Fichiers/PALSP%20FINALE%20JUIN%202009.pdf

Centre de santé et de services sociaux de Trois-Rivières. (2009) *Plan d'action local de santé publique 2009-2012. Ensemble, pour votre mieux-être* : http://www.cssstr.qc.ca/pdf/334/Plan_d_action_local_de_sante_publique_2009-2012.pdf

Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale. (2006) *Plan d'action local en santé publique 2006-2010* : http://www.csssvc.qc.ca/telechargement.php?id=72

Centre local de services communautaires de Sherbrooke. (2004) *Plan d'action local de santé publique publique du territoire de Sherbrooke*, CLSC de Sherbrooke : http://csss-iugs.ca/images/from_fckeditor/fichiers/Cahier%206%20_Toute%20la%20population_%20(2004).pdf

Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et de Montréal-Nord. (2006) *Plan d'action local de santé publique 2006-2007. Centré sur votre mieux-être* : http://www.csssamn.ca/fileadmin/csss_amn/Publications/Publications_officielles/Pdf/PAL.pdf

Centre de santé et de services sociaux de Memphrémagog. (2006) *Le projet clinique du réseau local de services de santé et de services sociaux de la MRC de Memphrémagog. Programme Services généraux. Contexte-État de situation-Plan d'action local* : http://www.santeestrie.qc.ca/publication_documentation/documents/magog_palv.pdf

Centre de santé et de services sociaux Antoine-Labelle. (2006) *Projet local d'organisation des services* : http://www.csssal.org/app/DocRepository/1/CSSS/Projet_local/Document_global_mai_2006.pdf

Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance. (2007) *Projet d'organisation clinique phase III* : http://www.cmis.mtl.rtss.qc.ca/pdf/publications/externe/RapportSommaire_du_projet_organisation_cliniqueCSSSJeanne-Mance_phaseIII.pdf

Centre de santé et de services sociaux du Sud de Lanaudière. (2009) *L'organisation communautaire. Pour le développement de la communauté* : http://www.csss.sudlanaudiere.ca/Documents/DépliantORGcom.pdf