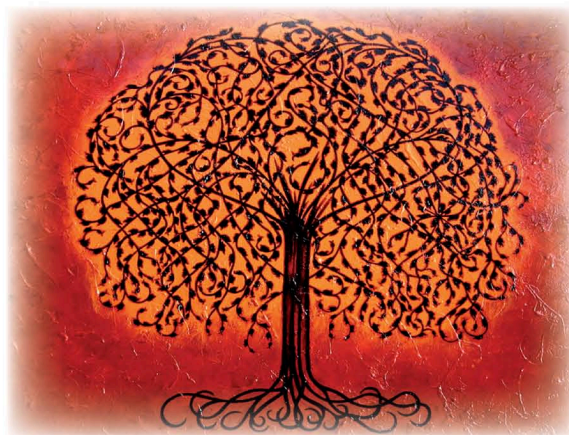


# *La santé communautaire en 4 actes*

*Repères, acteurs, démarches et défis*

SOUS LA DIRECTION DE VALÉRIE DESGROSEILLIERS,  
NICOLAS VONARX, ANNE GUICHARD ET BERNARD ROY



PRÉFACE DE DIDIER FASSIN







# **La santé communautaire en 4 actes**

---

Repères, acteurs, démarches et défis

## **Infirmières, communautés, sociétés**

***Une société sans mémoire est une société sans avenir; une profession sans mémoire est une profession sans avenir.***

Infirmières, communautés, sociétés est une collection des Presses de l'Université Laval qui offre un espace francophone de parole, de dialogue, de débat et de réflexion critique aux infirmières ainsi qu'à toute personne s'intéressant au fait infirmier dans les sociétés et les communautés d'hier et d'aujourd'hui.

Il ne saurait y avoir de vie sans soins. Nulle société ne saurait se développer, s'épanouir sans que ne soient apportés aux personnes vulnérabilisées des soins. Au sein des communautés et des sociétés, et cela depuis des siècles, les infirmières apportent soins et soutien afin que la vie puisse s'épanouir, se dérouler et s'éteindre dans la plus grande sérénité possible. S'intéresser à la santé des populations c'est être engagé dans une lutte à finir contre les iniquités à l'origine de maladies et de souffrances qui affectent tout particulièrement les plus vulnérables, les marginaux, les laissés pour compte. Que seraient les communautés et les sociétés sans l'apport des infirmières ? Comment, en retour, ces communautés et sociétés transforment-elles les infirmières ?

Des infirmières d'ici et d'ailleurs, ont fait figure de pionnières et de bâtisseuses. Certaines ont été à l'origine d'initiatives, d'innovations, d'actes de courage, de passion et d'engagement visant l'amélioration de la santé des populations et tout particulièrement de ses membres les plus fragilisés. D'autres, de manière moins flamboyante peut-être, ont participé à soigner au quotidien dans des contextes souvent ingrats et valorisant peu leurs savoirs.

La Collection Infirmières, communautés, sociétés s'intéresse aux infirmières, à leurs actions, à leurs contributions. À travers des essais, des recherches sur la profession, des récits, des biographies même elle souhaite participer à la construction de la mémoire collective infirmière. Une mémoire, ouverte au débat, soucieuse de nommer et de valoriser les savoirs développés au cœur de pratiques sociales, communautaires et cliniques qui risquent, autrement, de demeurer lettre morte.

### **Titres parus**

Talbot, Étienne, Bernard Roy, *Le Nord à bras-le-coeur. Récits d'infirmières et d'infirmiers*, 2015.

Paquet, Mario, *Prendre soin à domicile... une question de liens entre humains*, 2014.

Rousseau, Nicole et Johanne Daigle, *Infirmières de colonie. Soins et médicalisation dans les régions du Québec, 1932-1972*, 2013.

Vonarx, Nicolas, *Haïti. Pour ne pas oublier. Pou nou pa blye*, 2011.

Vonarx, Nicolas, Louise Bujold, Louise Hamelin Brabant, *Des sciences sociales dans le champ de la santé et des soins infirmiers. À la rencontre des expériences de santé, du prendre-soin et des savoirs savants. Tome 1*, 2010.

Vonarx, Nicolas, Louise Bujold, Louise Hamelin Brabant, *Des sciences sociales dans le champ de la santé et des soins infirmiers. Rencontre à propos des âges de la vie, des vulnérabilités et des environnements. Tome 2*, 2010.

Paquet, Mario, *Entretien avec une aidante « surnaturelle ». Autonome S'démène pour prendre soin d'un proche à domicile*, 2008.

Roy, Bernard, Louise Gareau, *infirmière de combats. Entretiens de Bernard Roy avec Louise Gareau*, 2008.

Sous la direction de  
**VALÉRIE DESGROSEILLIERS, NICOLAS VONARX,  
ANNE GUICHARD, BERNARD ROY**



# **La santé communautaire en 4 actes**

Repères, acteurs, démarches et défis



**Presses de  
l'Université Laval**

Les Presses de l'Université Laval reçoivent chaque année du Conseil des Arts du Canada et de la Société de développement des entreprises culturelles du Québec une aide financière pour l'ensemble de leur programme de publication.

Financé par le gouvernement du Canada  
Funded by the Government of Canada



Illustration de la couverture : Carmen Meyer

Carmen Meyer est artiste peintre autodidacte d'origine Suisse-Espagnole, présentement installée en Suisse. Son art s'avère un moyen d'exprimer des ressentis en lien avec les aléas de son existence. Évoquant tantôt des temps de vie tantôt des impressions qui marquent son histoire, les œuvres qu'elle réalise s'entendent dès lors comme des témoins de son expérience du monde, révélant chaque fois une trace biographique, un chemin emprunté. Les *Arbres de vie* qui figurent sur la page couverture de ce livre témoignent d'un passage. Ils ont été réalisés au fil de jours pour traverser une épreuve et générer ainsi un nouveau temps. Aussi, chaque feuille incarne-t-elle une pensée, une sensation, un moment, une parcelle de vie que l'artiste nous invite à visiter : « Sur l'*Arbre de vie* croissent ces feuilles que nous remplissons de nos pensées, nos souffrances, nos joies, souvenirs et réflexions sur la vie, notre vie. Je vous laisse aller cueillir ces morceaux de vie, de ma vie. » (Acrylique peint sur bois)

Maquette de couverture: Laurie Patry

Conception graphique et mise en pages: Danielle Motard

ISBN 978-2-7637-2175-0

ISBN-PDF 9782763721767

ISBN-ePUB 9782763721774

© Les Presses de l'Université Laval 2016

Tous droits réservés. Imprimé au Canada.

Dépôt légal (Québec et Canada), 2<sup>e</sup> trimestre 2016

Les Presses de l'Université Laval

[www.pulaval.com](http://www.pulaval.com)

*Toute reproduction ou diffusion en tout ou en partie de ce livre par quelque moyen que ce soit est interdite sans l'autorisation écrite des Presses de l'Université Laval.*

# TABLE DES MATIÈRES

---

PROLOGUE	XIII
BERNARD ROY	
PRÉFACE	XVII
DIDIER FASSIN	
INTRODUCTION GÉNÉRALE	1
<b>PARTIE 1</b> LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE AU PRISME DE REPÈRES FONDAMENTAUX	
INTRODUCTION DE LA PARTIE 1	6
<b>1</b> Santé communautaire et santé publique: des différences profondes	9
NICOLAS VONARX ET VALÉRIE DESGROSEILLIERS	
<b>2</b> La santé communautaire à la lumière du modèle de la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles	24
ANNE PLOURDE	
<b>3</b> La construction des personnes comme enjeu de santé publique et de santé communautaire	29
AMÉLIE PERRON	
<b>4</b> La promotion d'espaces de parole et de création comme fondement de la santé communautaire	34
LAURENCE GUILLAUMIE	
<b>5</b> Quelle place pour «le monde» dans la santé mondiale? La voie du local	38
GILLES BIBEAU	
<b>6</b> Le communautaire dans la santé	49
WILLIAM A. NINACS	
<b>7</b> Communauté et santé autochtone: une rencontre à l'intersection de concepts	53
CHRISTOPHER FLETCHER	

<b>8</b>	<b>La santé communautaire comme notion et pratique distinctes de la santé publique</b> LOUISE HAMELIN BRABANT, CLAUDIA FOURNIER ET EL KEBIR GHANDOUR	<b>59</b>
<b>9</b>	<b>De la santé communautaire à la recherche interventionnelle en santé des populations</b> LOUISE POTVIN, JEAN SHOVELLER ET ERICA DI RUGGIERO	<b>65</b>
<b>PARTIE 2</b>	<b>LA QUÊTE DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE : ENTRE CROISEMENTS DISCIPLINAIRES ET APPELS DU TERRAIN</b>	
	INTRODUCTION DE LA PARTIE 2	<b>72</b>
<b>10</b>	<b>Pour une nouvelle approche de la santé communautaire ?</b> ANDRÉ-ANNE PARENT	<b>75</b>
<b>11</b>	<b>De la santé communautaire dans les recherches sur les interventions</b> SHERRI BISSET	<b>82</b>
<b>12</b>	<b>De l'anthropologie urbaine à la promotion de la santé : l'atout majeur de la santé communautaire</b> BERNARD CHERUBINI	<b>86</b>
<b>13</b>	<b>Débrouillardise, stratagèmes et actes de pouvoir de populations rendues invisibles dans le débat de la santé publique/communautaire : savoirs métis</b> HÉLÈNE LAPERRIÈRE	<b>91</b>
<b>14</b>	<b>Santé communautaire et sécurité routière</b> La mobilisation et l'engagement de groupes de victimes de la route et de proches MICHAËL CORDIER	<b>98</b>
<b>15</b>	<b>Réflexions sur la santé communautaire : Entretien réalisé avec le Dr. Gilles Julien</b> BERNARD ROY ET VALÉRIE DESGROSEILLIERS	<b>104</b>
<b>16</b>	<b>Systèmes de santé en Afrique : Ministère de la santé ou de la maladie ?</b> DAVID HOUËTO	<b>113</b>
<b>17</b>	<b>Milieu de vie et santé des communautés : le double paradoxe de l'intervention en santé communautaire et en aménagement du territoire</b> GUYLAINE CHABOT ET ALEXANDRE LEBEL	<b>122</b>
<b>18</b>	<b>Santé communautaire et réadaptation : un rapprochement à privilégier ?</b> KADIJA PERREault, SYLVIE LAPIERRE ET CHANTAL CAMDEN	<b>127</b>
<b>19</b>	<b>Comment améliorer la santé des aînés francophones vieillissant en Ontario ? Entre approche populationnelle et santé communautaire</b> LOUISE BOUCHARD ET SOLANGE VAN KEMENADE	<b>132</b>

<b>20</b>	Scène de la vie quotidienne dans une urgence MAXIME AMAR	138
<b>21</b>	Mes chemins de traverse en santé communautaire BERNARD ROY	142
<b>22</b>	« Quand la santé communautaire s'affranchit des mots du pouvoir pour apaiser les maux de la rue » FRÉDÉRIC LAUNAY	152
<b>23</b>	Sur les traces d'un infirmier de la rue ou comment accompagner la vie et la mort, pas à pas JEAN CLERMONT-DROLET	158
<b>PARTIE 3</b>	<b>ILLUSTRATIONS D'UNE SANTÉ COMMUNAUTAIRE EN MARCHÉ : DES VALEURS AUX DÉMARCHES</b>	
	INTRODUCTION DE LA PARTIE 3	164
<b>24</b>	Les fondamentaux de la santé communautaire De la pensée à la praxis BENJAMIN ALEXANDRE NKOUM	169
<b>25</b>	Une nouvelle étape pour la santé communautaire en France MARC SCHOENE	174
<b>26</b>	Les Villes-Santé de l'OMS et la résilience communautaire ZOË HERITAGE ET VALÉRIE JURIN	181
<b>27</b>	Lister, dialoguer, agir Une expérience de santé communautaire inspirée de Paulo Freire PILAR ARCELLA-GIRAUX ET CHRYSTELLE BERTHON	185
<b>28</b>	Le travail social communautaire : un fondement des organisations de personnes concernées par les maladies mentales JEAN-PIERRE ZBINDEN	192
<b>29</b>	La démarche communautaire au service du rétablissement L'exemple d'un modèle d'intervention de l'Unité de Psychiatrie Mobile de Lausanne, en Suisse francophone PASCALE FERRARI ET STÉPHANIE DUMAS	198
<b>30</b>	La santé communautaire : lieu d'une ambition pour une santé publique pertinente JEAN-BAPTISTE RICHARDIER	205

<b>31</b>	<b>L'approche de proximité en milieu dit vulnérable : une intervention de santé communautaire</b> MICHÈLE CLÉMENT ET ANNIE LÉVESQUE	212
<b>32</b>	<b>Pratiques de santé et pouvoir d'agir : l'expérience d'un organisme local de santé communautaire au sein du district de Comas au Pérou</b> JORDAN BÉDARD-LESSARD	216
<b>33</b>	<b>La santé communautaire en action : expériences et leçons tirées du projet canadien d'appui à la lutte contre le Sida en Afrique de l'Ouest</b> GEORGES BATONA	220
<b>34</b>	<b>La recherche et l'intervention en santé communautaire : une application pratique auprès des adolescents en milieu scolaire pour promouvoir une saine alimentation</b> DOMINIQUE BEAULIEU	224
<b>35</b>	<b>Santé communautaire et santé publique Quelles différences? Quelles similitudes?</b> DANIELLE BOUCHER	230
<b>36</b>	<b>L'organisation des services au prisme de la santé communautaire : l'exemple du Québec</b> ELISABETH MARTIN	236
<b>37</b>	<b>Les réseaux d'action en développement social local dans neuf territoires montréalais</b> ANGÈLE BILODEAU, CAROLE CLAVIER, MARILÈNE GALARNEAU, MARIE-MARTINE FORTIER ET SUZANNE DESHAIES	241
<b>38</b>	<b>Un contexte favorable aux interventions en santé communautaire : un Observatoire aux premières loges</b> HUGO POLLENDER ET SUZANNE DESHAIES	253
<b>39</b>	<b>Des inégalités sociales de santé aux filtres de la santé communautaire : retour sur le rapport du directeur de santé publique de la Capitale-Nationale</b> SHELLEY-ROSE HYPPOLITE ET NICOLAS VONARX	260
<b>40</b>	<b>La santé communautaire au Mali : analyse et perspectives</b> AKORY AG IKNANE	266
<b>PARTIE 4</b>	<b>DÉFIS, ENJEUX ET PERSPECTIVES DE LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE CONTEMPORAINE</b>	
	<b>INTRODUCTION DE LA PARTIE 4</b>	274
<b>41</b>	<b>L'expérience malienne de la participation communautaire à la santé</b> MOHAMED ALI AG AHMED, LOUISE HAMELIN BRABANT, ET HASSANE ALAMI	277

<b>42</b>	Quand santé communautaire rythme avec démocratie au Cameroun : un espoir pour l'amélioration de la santé des populations JACKY NDJEPEL ET HENRI BITHA	283
<b>43</b>	La notion de participation : une question de pratique ET de politique ALAIN CHERBONNIER	288
<b>44</b>	Enjeux pour la santé communautaire Démocratie en santé et réduction des vulnérabilités sociales dans le contexte des villes françaises MICHEL JOUBERT	292
<b>45</b>	Des pratiques collectives en santé communautaire : défis et enjeux actuels JEAN TREMBLAY ET SOPHIE GARANT	299
<b>46</b>	Collaboration interprofessionnelle, milieu communautaire et vulnérabilité : quels sont les défis identitaires à relever ? DAPHNEY ST-GERMAIN	305
<b>47</b>	La disparition de la communauté en santé publique et santé mondiale : origine sémantique, pragmatique ou contextuelle ? VALÉRY RIDDE ET THOMAS DRUETZ	311
<b>48</b>	Défis et occasions de se positionner comme nouvelles chercheuses en santé communautaire KADIJA PERREAULT, ELISABETH MARTIN ET SOPHIE DUPÉRÉ	316
<b>49</b>	Étudier en santé communautaire ou comment se repérer dans un carrefour disciplinaire Témoignage de trois doctorants aux parcours diversifiés THÉRÈSE YÉRO ADAMOU, JACKY NDJEPEL ET YANN LE BODO	320
<b>50</b>	Savoirs locaux, science ouverte et santé communautaire FLORENCE PIRON	325
<b>51</b>	Recherche en ligne : de nouvelles possibilités pour la recherche en santé communautaire ANNE GUICHARD ET SOPHIE DUPÉRÉ	336



# PROLOGUE

## TOUS LES CHEMINS NE MÈNENT PAS... À LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE

**Bernard Roy**

*«Marcher dans le brouillard, c'est faire l'expérience à la fois inquiétante et exaltante de l'absence de repères; c'est aussi croire à l'engendrement d'un Nouveau Monde.»*

Fabienne Brugère, 2008

Déterminer le moment où, dans ma mémoire, s'incrusta la conviction qu'une distinction fondamentale existait entre santé publique et santé communautaire me porte à rouvrir des tiroirs bien refermés à l'étage des années 1994-1996. En ces temps de fin de ma troisième décennie, j'effectuais, dans le village d'Opitciwan, un terrain de recherche pour l'obtention d'une maîtrise en recherche sociale appliquée. Le lecteur ignore probablement où se trouve ce lieu parfois nommé Obedjiwan. Non, ce village ne se trouve pas au cœur de la forêt amazonienne ou en d'autres lieux exotiques. Si vous googlez, sur votre ordinateur, le mot Obedjiwan, une pointe de pixels rouges apparaîtra instantanément sur votre écran à cristaux liquides. Là, au nord virtuel de l'immense réservoir Gouin, au beau milieu d'une résineuse forêt boréale vivent, bien réellement, quelque 2 000 Atikamekw. Au sens strict de la Loi sur les Indiens, cet endroit est une réserve. Une réserve indienne! De mon côté, de loin, je préfère nommer ce lieu... village.

J'aimais ces gens auprès de qui je travaillais comme infirmier et que je nommais, comme tout le monde, autochtones. Après des années à les recevoir en clinique, à les soigner, je ne parvenais toujours pas à les nommer convenablement... Quelques mois avant d'entreprendre mon pèlerinage en terre atikamek, les propos du vieux William, un Innu d'Unamen Shipu sur la Basse-Côte-Nord, fragilisèrent les frêles colonnes de mes prétentions.

- Pourquoi, me demanda-t-il, me nommes-tu Montagnais, Indien ou Amérindien? Ce sont les Blancs qui nous nomment ainsi. Je suis un Innu. C'est ainsi que nous nous nommons entre nous... Innus!

L'échange fut court, sans éclat, respectueux... La leçon, percutante. J'apprenais le poids des mots. Comment pouvais-je prétendre rejoindre une personne si je ne parvenais pas à la nommer convenablement?

J'entreprenais ce voyage en ce territoire atikamek pour me mettre à l'épreuve. Pour éprouver mes

convictions d’infirmier. À l’étroit, mal à l’aise entre les murs de la clinique tapissés de bienveillantes certitudes, j’ouvrais portes et fenêtres pour que, goulûment, pénétre de l’air frais.

## AU YABLE L’ASEPSIE!

Sans stéthoscope au cou ni manomètre dans la mallette, sans dépliant d’information en poche ni objectifs à atteindre, j’allais au-devant des gens. Je prenais le risque de me perdre en des lieux non aseptisés, non balisés.

Je souhaitais comprendre pour soigner autrement<sup>1</sup>. Un inlassable pourquoi m’habitait. Pourquoi? Pourquoi nos actions de *promotion de la santé* ne parvenaient-elles pas à insuffler de significatives transformations dans ces « malsaines habitudes de vie » qui précipitaient les autochtones dans le lugubre gouffre de l’obésité, du diabète et d’autres maladies débilitantes? Pourtant de grands *saveux* de Santé Canada, dans leurs officines d’Ottawa ou de Montréal, avaient minutieusement établi les priorités à partir de savantes statistiques, de modèles explicatifs, de laborieux et compliqués calculs.

De par ma position d’infirmier, il m’incombait de mettre en œuvre ces programmes finement planifiés. De concert avec mes collègues, je les appliquais comme un musicien exécute sa partition dans la tonalité et la rythmique prescrites. Malheureusement, la symphonie à laquelle je participais sonnait faux.

## LE VOYAGEMENT EN DES TERRES INCONNUES

Depuis la ville de Québec, pour se rendre en voiture dans ce village atikamek, il faut compter quelque neuf heures de conduite. C’est ce que, du moins, suggère une planification réalisée à l’aide d’une carte routière produite par le Club automobile. Rien n’indique clairement

sur le tracé du triptyque que le voyageur inexpérimenté devrait troquer sa rutilante et nerveuse petite Golf pour un robuste camion!

Les premières heures du parcours se conduisent facilement. En quittant l’urbanité de la capitale québécoise, on emprunte l’autoroute 73 pour filer, à vive allure, franc nord. L’urbain aime l’efficacité, la rapidité. Il aime passer du point «A» au point «B», sans flafas. À la hauteur de Stoneham-et-Tewkesbury, l’autoroute se *rabougrine* en route nationale 175 que d’aucuns désignent route du parc des Laurentides. Les plus vieux, enfin ces *ceuses* nés aux alentours de la première moitié du xx<sup>e</sup> siècle, nomment encore ce tronçon routier boulevard Talbot. Cette inscription toponymique est un artéfact d’une époque où les élections se gagnaient à coup de promesses de bouts de routes, de ponts ou d’asphalte.

Le voyageur qui traverse à vive allure le parc des Laurentides ignore qu’avant l’avènement de cette voie pavée, des sentiers de terre battue traversaient, en tous sens, ce territoire giboyeux. C’est fou ce qui se cache sous l’opaque macadam de notre modernité. Jusqu’à la fin du xix<sup>e</sup> siècle, les Amérindiens puis, plus tard, les *Canayens* français parcoururent ce vaste territoire de montagnes, de forêts, de lacs et de rivières pour y pratiquer la chasse, la trappe et la pêche. Amérindiens et colons, friands de caribous, parcouraient, pas à pas, en mocassins, en bottines, en raquettes, en traîneau, en canot, enfin en machins pas très rapides, les sentiers et les cours d’eau qui menaient jusqu’à ce grand lac que les Innus de la tribu des Kakouchaks désignaient par le mot *Piekouagami*<sup>2</sup>.

Nommer un territoire, c’est se l’approprier. Les loups pissent sur les arbres et les roches pour marquer leur territoire. Les humains, après quelques viles batailles, plantent un étendard, nomment le lieu et le réglementent. Voilà probablement pourquoi, en 1652, le missionnaire jésuite Jean de Quen (1603-1659), fondateur des missions du Saguenay, rebaptisa cette vaste étendue d’eau fréquentée de plus en plus par des marchands et des trappeurs désireux d’acheter ou de vendre des fourrures. Un jour de temps tout bleu, ce supérieur des missions des Jésuites de la Nouvelle-France porta son regard au large

1. Une référence à l’ouvrage *Comprendre pour soigner autrement*, des anthropologues Ellen E. Corin, Gilles Bibeau, Jean-Claude Martin et Robert Laplante, publié en 1990 aux Presses de l’Université de Montréal, qui chamboula quelque peu le regard que je portais sur la santé des gens vers qui portaient les soins que je dispensais.

2. En langue innue, *Piekouagami* signifie lac plat ou peu profond, en raison de la profondeur relativement faible de ce lac (de *piekoua* pour plat et *gami* pour lac).

de cette mer intérieure et, les bras en croix, s'exclama : « Le lac que les Sauvages appellent Piagouagami, nous le nommons, aujourd'hui, le Lac de Saint Jean. »

Quelques mots clamés par une personne drapée de l'autorité des robes noires et voilà que coulent au fond des eaux des millénaires d'histoire.

Une fois le parc des Laurentides franchi, heureux de ne pas avoir frappé d'originaux, je longuais ce majestueux Lac Saint-Jean... Oui, je sais ! J'emprunte les mots des vainqueurs. Au temps de ce voyage que je raconte, j'ignorais tout de l'épaisseur de l'histoire de ce territoire que je parcourais. Mon regard, à l'instar de mes pensées formatées en professionnel de la santé, se complaisait à surfer à la surface des choses... Rassurez-vous ! Un vieux proverbe japonais affirme que « celui qui confesse son ignorance la montre une fois ; celui qui essaie de la cacher la montre plusieurs fois ».

Au volant de ma rutilante Golf, je traversais sans porter attention les municipalités de Desbiens, Chambord, Roberval, Mashteuiatsh, Saint-Prime et Saint-Félicien. Un coup d'œil à ma carte routière m'informa que je devais, bientôt, bifurquer vers l'ouest.

## LA DÉROUTE

Après plus de 400 km de route asphaltée, je pénétrais en territoire inconnu. À quelques dizaines de kilomètres au nord de La Doré, je quittais le bitume pour m'engouffrer sur un chemin forestier sans nom, sans numéro. Les amortisseurs de ma toute fragile Golf ressentaient outrageusement les premiers soubresauts du chemin de terre qui me mènera, 120 km plus loin, à Opitciwan.

Finis les rassurants signes routiers indiquant, un demi-kilomètre à l'avance, un virage, un accotement mou, une côte, une traverse d'originaux. Plus d'accotement, plus d'asphalte, plus de *garnottes*, plus de lignes blanches continues ou pointillées. Le pied léger sur l'accélérateur, je m'enfonçais, craintif, kilomètre après kilomètre, au cœur de la forêt boréale sur un chemin forestier emprunté par des fardiens abusivement chargés d'arbres fraîchement abattus, ébranchés.

Sur ce chemin de terre battue, au volant de ma frêle Golf, je me sentais autant en sécurité qu'une fourmi

charpentière trotinant de ses huit pattes pour traverser un trottoir bétonné du centre-ville de Montréal. Attention ! Une roche, grosse comme le poing, soulevée par le passage d'un fardier, fracassa mon parebrise.

Ce voyage au cœur de la forêt boréale ébranla mon anatomie, déglingua mon véhicule. Mon séjour en ce village d'Opitciwan en bordure du vaste réservoir Gouin acheva de déboulonner les fragiles convictions d'infirmier que je portais depuis une décennie. Loin de l'aseptique clinique, mon errance en ces lieux de vie des Atikamekw contamina mon système humanitaire. Extirpé du carcan des étouffants modèles de nursing, délaissant les variables anatomobiologiques et *données probantes* de toutes (dé)natures, je pénétrais dans une nouvelle dimension. Sur le fil des histoires de vie singulières intriquées dans la trame d'une mémoire collective se dessinait une rythmique, se percevaient des tensions, se profilait un héritage.

Je prenais la mesure de mon ignorance envers ces gens que, sans discernement et assurément bien à l'aise, je nommais autochtones. J'ignorais tout de leurs rêves, de leurs espoirs et désespoirs, de leurs souffrances, de leurs victoires et défaites, de leurs obligations, de leurs plaisirs et déplaisirs, de leur humour, de leurs amours... J'ignorais leur quotidien, l'odeur du repas qui mijote, la famille attablée...

Rien ! Je ne savais rien.

Je prenais la démesure de mon arrogance, soupesais la légèreté de mes prétentions à les connaître à travers leurs rythmes cardiaques, leurs tensions artérielles, leurs indices de masse corporelle, par-devers des variables statistiques, des courbes de tendance, des écarts types, des pronostics enrobés d'un soupçon d'histoire, de culture et de génétique.

Descendu de mon pied d'expert, attablé avec eux à partager la boustifaille de tous les jours, sans uniforme, une fragile confiance établie, ils se racontèrent en leur rythme et parlure, en larmes et sourires.

*Je ne suis pas qu'une statistique  
Un quota d pêche, un pronostic  
Une moyenne, une tendance  
Un taux d chômage, une prévalence  
Je ne suis pas qu'une carte à gène  
Un ADN pathogène*

*Un ingesta, un excréta  
 Un bec sucré, un peu trop gras  
 Je suis un homme en transhumance...  
 Je ne suis pas qu'un personnage  
 Pour les chansons, les reportages  
 Un tapeux d'pied, un violoneux  
 Un prend un coup, un homme pieux  
 Je ne suis pas qu'un verbatim  
 Un acteur clef, un rarissime  
 Un rite, un mythe, une symbolique  
 Un archétype des Amériques  
 Je suis un homme en transhumance...*

## ORIGINES

Je suis retourné dans les souvenirs de ma propre transhumance pour retrouver les lieux d'origine de cette tenace conviction d'où germa l'idée de ce livre. La santé communautaire n'est pas de la santé publique. Mon errance en ces territoires habités du dedans et du dehors par ces gens que nous qualifions d'autochtones vira sens dessus dessous le regard que je portais sur cette santé que je prétendais promouvoir. Le revirement me propulsa du côté des indésirables d'une profession qui exigeait que je garde mes distances, que je ne m'engage pas auprès d'eux.

De ce parcours, j'apprendrai que l'on « ne peut vraiment penser la réalité et agir sur elle qu'à la condition d'avoir senti l'écartèlement entre soi et le monde, la déchirure intime, la souffrance dans l'expérience de l'injustice, et qu'on a cherché sa place entre la passion pour le savoir et le goût pour la politique, entre le retrait et la présence, entre ce qu'elle (Hannah Arendt) appelle la "vita contemplativa" et la "vita activa" » (Bibeau, 2010 : 24).

## ET LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE DANS TOUT ÇA ?

Comme quelques autres, je suis de ceux qui croient que l'idée de la santé communautaire trouve ses origines dans le fil des événements du xx<sup>e</sup> siècle. Elle émerge dans le terreau de turbulences sociales, dans le bouillonnement

d'idées portées par une parole citoyenne qui s'élevait dans les turbulences d'une société qui se redéfinissait. La santé communautaire était l'œuvre d'acteurs sociaux (citoyennes et citoyens, universitaires, professionnels, gens d'Église, etc.) indignés par les inégalités, par le confort et l'indifférence des uns envers les autres. Ils se réclamaient d'une science tout à fait libre de s'investir dans le biologique comme dans le social et le politique.

Dans le Québec des années 1970, à eux seuls, les centres locaux de services communautaires (CLSC) n'exprimaient pas l'entière idée de LA santé communautaire. Ils en étaient toutefois l'expression formalisée par un État en pleine révolution... tranquille. N'est-il pas de notoriété publique que le monde médical de l'époque s'acharnera à obscurcir cette voie originale que proposait un État animé par des valeurs d'équité, de partage de la richesse et des savoirs ? À l'ombre des grands chênes... rien ne pousse ! Les idées comme les peuples perdent leur âme à l'ombre des colonisateurs.

Avec le recul, peut-on affirmer, sans sourciller, que Lac Saint-Jean et lac Piekouagami signifient la même chose ? Et qu'en est-il de la santé communautaire et de la santé publique ? Sont-elles de même parlure, comme l'affirma, dans les années 1970, le docteur Jean Rochon ?

L'heure est venue de vous livrer le fruit d'incalculables heures de travail de la part de l'équipe de direction. En cet instant et plus que jamais, je demeure convaincu qu'un espace de liberté ne peut, à lui seul, suffire à libérer une pensée colonisée.

## REVISITER LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Didier Fassin

Le Canada et, singulièrement, le Québec sont, dans l'imaginaire français de la santé publique, depuis longtemps associés à l'idée de santé communautaire, proposée comme solution de rechange au modèle dominant de la médecine clinique. Cette solution offre de surcroît une variante de la santé publique plus humaine et engagée que celle de l'administration sanitaire. Dans les années 1980, plusieurs de celles et ceux qui devaient par la suite jouer un rôle important aussi bien dans la conduite des politiques nationales de santé publique que dans la refonte des programmes universitaires de santé publique s'étaient formés au Québec, dont ils ont repris, dans leurs propres pratiques, l'esprit sinon la lettre. En forçant un peu le trait, on pourrait dire qu'en France le Canada a inspiré la santé communautaire, comme les États-Unis ont influencé la santé publique.

Progressivement, c'est toutefois la version positiviste et technocratique, celle des chercheurs et des experts, celle de la santé publique fondée sur la preuve qui s'est imposée dans de nombreux pays du monde, même si, à travers notamment l'héritage de la théologie de la libération et de ses avatars, la santé communautaire a perduré sur le continent latino-américain et même au-delà. D'ailleurs, la dichotomie n'a pas toujours été si tranchée et la politique internationale des soins de santé primaires établie dans les années 1980 avait trouvé sa justification empirique dans des enquêtes épidémiologiques de

type cas/témoins ou traités/non traités dont les économistes ont redécouvert la méthode un quart de siècle plus tard. À l'époque, la santé communautaire pouvait s'appuyer sur les acquis de la médecine des preuves. Autres temps, autres mœurs ? Dans une période où une certaine conception de la santé publique est portée par les grandes institutions privées comme la Fondation Bill-et-Melinda-Gates ou publiques, comme l'Organisation mondiale de la santé, le présent ouvrage, qui fait entendre la voix de la santé communautaire telle qu'elle se pense et telle qu'elle se fait est le bienvenu.

L'opposition qui se dessine ici entre santé communautaire et santé publique ne doit cependant pas être réifiée, comme on pourrait être tenté de le faire en proposant des définitions concurrentes de l'une et de l'autre. Ces définitions ne manquent pas, mais il semble plus intéressant de déplacer ce débat sémantique vers ce qui en est le véritable enjeu : derrière les luttes de mots, il y a toujours des différences de politiques et même, peut-on dire, des différends politiques. Plutôt qu'une tension entre santé publique et santé communautaire, il faut considérer la tension entre des positionnements distincts en matière de savoir et de pouvoir. Pour les uns, le savoir de la santé s'appuie sur des connaissances objectivées par les pratiques sanctionnées par l'analyse et l'expérimentation de l'épidémiologie, de l'économie, des sciences comportementales, des essais cliniques, et le pouvoir d'agir

sur la santé suppose l'utilisation de ces connaissances par des institutions publiques ou privées s'appuyant sur des bureaucraties qui en garantissent l'efficacité autant que la neutralité. Pour les autres, le savoir de la santé implique des connaissances acquises notamment par l'expérience quotidienne, les dynamiques collectives, les luttes sociales, et le pouvoir d'agir sur la santé implique la mobilisation de ces connaissances par des personnes et des groupes auxquels on reconnaît à la fois compétence et légitimité.

Il ne s'agit assurément pas de rigidifier ce contraste et l'on aurait tort de vouloir réduire les options à une alternative. L'amélioration de la santé d'une population nécessite l'une et l'autre approches, mais la manière dont la conception technocratique et positiviste de la santé publique tend à apparaître comme la seule valide au niveau mondial tend de fait à marginaliser la santé communautaire : la défense de cette dernière par les auteurs de ce livre collectif est ainsi moins justifiée par la revendication de la supériorité de leur méthode que par la nécessité de la situer à sa juste place, trop souvent ignorée ou disqualifiée. Quitte, du reste, à s'appuyer sur les faits empiriques, les médiocres résultats du pays qui, de loin, dépense le plus pour la santé, mais dont l'espérance de vie le classe en 34<sup>e</sup> position derrière le Chili, le Liban... et le Canada, à savoir les États-Unis, pourraient faire réfléchir sur les mérites respectifs des deux politiques.

Mais puisqu'il s'agit d'analyser autant les mots que ce qu'ils recouvrent, on ne peut échapper à une réflexion critique sur l'expression même de santé communautaire. En effet, le sociologue se méfie du vocable « santé » autant que l'anthropologue du substantif « communauté ». Le premier mot manque singulièrement de consistance et les efforts des médecins ou des philosophes pour en cerner le contenu n'emportent guère la conviction. Le second mot s'avère à l'inverse trop chargé de sens et la connotation d'homogénéité, de conscience, voire de projet, qui l'entoure suscite une réticence dont les usages religieux et politiques contemporains de ce terme confirment le bien-fondé. On ne s'arrêtera pas sur ces ambiguïtés, mais les rappeler peut constituer une utile mise en garde contre toute essentialisation de la santé communautaire. Les contributeurs de l'ouvrage évitent largement ce piège et leurs textes sont plutôt des invitations à penser, dans la diversité de leurs manifestations,

des pratiques qui paraissent avoir en commun trois éléments : inégalités, citoyenneté et localité.

La santé communautaire, c'est en effet d'abord la reconnaissance des inégalités devant la maladie et devant la mort, et la prise en considération des nombreux facteurs sociaux qui conditionnent ou, tout au moins, influencent la santé. La chose peut sembler aller de soi. Elle est pourtant l'angle mort de bien des politiques de santé publique et l'on peut rappeler que, lors de la discussion parlementaire sur la récente loi française de santé publique, le gouvernement avait refusé d'inscrire le mot inégalités dans l'argumentaire de la loi. La santé communautaire, c'est ensuite la reconnaissance de la citoyenneté comme catégorie pertinente des actions de santé, à travers la valorisation des savoirs et la légitimation des pouvoirs des personnes qui composent la collectivité. À côté de l'expert et du décideur, dont il ne s'agit pas de sous-estimer le rôle, le citoyen dispose de compétence et d'autorité pour faire entendre sa voix et mettre en œuvre ses choix. Ici, plutôt que de se référer à la problématique autonomisation, on peut parler de subjectivation politique dont les échos se font entendre, au-delà du domaine sanitaire, dans la façon dont les individus prennent part à la vie de la cité. La santé communautaire, c'est enfin la reconnaissance de la localité comme échelle pertinente d'analyse et d'intervention dans le champ de la santé. Certes, les niveaux international, en matière de coopération entre les pays, et national, du point de vue de l'équité entre les territoires, sont indispensables, mais le local délimite une unité d'intelligibilité des problèmes et d'action des agents qu'il importe de prendre au sérieux. N'oublions pas que les premières manifestations européennes de la santé publique ont eu lieu dans des villes plus de cinq siècles avant que ne se mettent en place les premières politiques nationales et les organisations internationales chargées de la mettre en œuvre.

Adossé donc à ce triptyque théorique, mais éclectique dans les démarches dont il rend compte – de la sécurité routière à la médecine scolaire et des urgences hospitalières au travail infirmier de rue – tout autant que par les lieux où il se situe – du Québec au Mali et de la Suisse au Pérou –, le présent livre privilégie les études de cas et les approches de terrain, avec ce qu'elles ont de concret et de modeste. Il nous invite ainsi à revisiter les multiples manières d'accommoder la santé communautaire.

*Princeton, janvier 2016*

# INTRODUCTION GÉNÉRALE

Quand une expression est largement utilisée dans les sciences de la santé sans qu'on sache véritablement à quoi elle renvoie spécifiquement et en quoi elle se différencie d'autres notions voisines et apparentées, le moment est bien approprié pour la questionner, pour en faire le tour, analyser ce qui la fonde et ce qui participe à une sorte de sens commun ici. C'est notamment le cas pour l'énoncé de «santé communautaire» que d'aucuns comprennent aujourd'hui à partir d'un ensemble de repères largement véhiculés. On sous-entend par exemple dans la foulée de ces deux mots, qu'il s'agit de recherches, d'interventions, voire de recherches-interventions, et de recherches-interventions-évaluations, qui se présentent dans le cadre d'approches multidisciplinaires et multisectorielles. Il y aurait donc en santé communautaire des partenaires impliqués sur le terrain de la santé et du développement social qu'il faudrait mobiliser, voire des groupes de citoyens, tout comme il en est de savoirs de provenances disciplinaires diverses, susceptibles d'être mis à profit. Dans ces recherches et interventions, on entretiendrait aussi des processus participatifs ou une participation qu'on met en œuvre à différentes étapes de démarches ou de projets. On serait animé par les valeurs de justice sociale et viserait l'équité en santé. On chercherait encore à renforcer les pouvoirs d'agir des individus, des communautés et des collectivités, et considérerait enfin et tout spécialement, la part des déterminants sociaux et les conditions sociales, politiques, culturelles, économiques et environnementales dans la production d'une santé que l'on ne saurait réduire à cette conception de la maladie largement véhiculée par un système de santé pleinement influencé par le regard biomédical. Voilà en quelque sorte les principaux repères évoqués pour baliser la santé communautaire et pour guider du même coup la programmation d'un type de recherches et d'interventions, tout comme l'élaboration

de programmes de formation dédiés à cet objet de pensée.

Ce référentiel<sup>1</sup> montre que la santé communautaire, qui a émergé dans les années 1970, dans un esprit de contestation et d'engagement de la communauté et de groupes de citoyens, et dans le projet d'organiser les services à la base et dans une logique de proximité, s'est étoffée. La santé communautaire va dorénavant au-delà d'enjeux strictement politiques et d'enjeux relatifs à l'offre de services de santé. Elle a dépassé une mouvance principalement initiée par des mouvements de gauche inspirés par des auteurs, penseurs et militants comme Ivan Illich, Paulo Freire et d'autres. Elle ne s'est pas non plus arrêtée au déploiement de structures ou de réseaux de santé qui sont nés dans le sillage de réformes et de réflexions critiques inspirées d'initiatives populaires, tels les *Neighborhood Health Centers* aux États-Unis ou les Centres locaux de services communautaires (CLSC) et cliniques communautaires au Québec.

Nous pouvons d'emblée féliciter cet élargissement et cette consolidation de la santé communautaire dans la mesure où il aurait suffi que le citoyen disparaisse complètement (sous le couvert du consommateur-client par exemple), que l'on détourne des leaders communautaires de leur «projet contestataire», ou que l'on revoit l'organisation du système et la distribution des services en fonction de circonstances socio-politiques, économiques et épidémiologiques différentes de celles des années 1970, pour que la santé communautaire ne soit plus aujourd'hui d'actualité. Or, le référentiel précité montre que nous sommes loin d'en avoir fini avec la santé communautaire. Cela dit, il faut noter que

1. Rencontré aussi et dans une moindre mesure dans des interventions, recherches et planifications de santé publique.

le référentiel qui sert à qualifier l'objet comporte aussi un certain désavantage, celui notamment d'être très inclusif et de ne pas pouvoir aisément identifier ce qui distingue dès lors la santé communautaire de la santé publique qui est sa parente la plus proche. Même si la santé communautaire se déploie habituellement à travers les lignes précédentes et qu'elle anime encore des acteurs et des institutions ici et là, il reste à savoir si les repères énoncés en début d'introduction conduisent véritablement à reconnaître la santé communautaire, et si du même coup, cette dernière tire parti de ce qui la qualifie, et gagne notamment à partir de cela en reconnaissance, légitimité et popularité.

Si nous faisons cette remarque, c'est qu'on rencontre aujourd'hui de nombreuses situations où l'emploi de cette expression est remis en question. Par exemple, comme la nouvelle santé publique compose pleinement avec les déterminants de la santé (incluant les déterminants sociaux), comme elle fait maintenant des inégalités sociales de santé un de ces objets prioritaires, qu'elle emprunte aussi des approches exploratoires en recherche et non plus seulement des cadres établis, des devis quantitatifs descriptifs et des mesures d'impact, comme elle est convaincue de l'importance de partenaires pour garantir la santé, comme elle conçoit et organise maintenant les services à l'échelle communautaire dans une logique de première ligne, il apparaît que «faire de la santé publique», c'est parfois «faire de la santé communautaire»! Autrement dit, il apparaît malaisé de séparer l'une de l'autre. Il pourrait même être inutile de continuer à employer l'expression «santé communautaire». À partir de ce point de vue sur la santé publique, la santé communautaire peut être présentée uniquement comme un axe, ou un sous-champ, une option, ou un type d'intervention ou de stratégie (dites communautaires) à inscrire dans le tout d'une santé publique qui s'est aussi développée depuis les années 1970. En considérant ce développement, on peut aisément confondre la santé communautaire et la santé publique, ou simplement fondre la première dans la seconde. On pourrait souligner que la santé communautaire n'a plus nécessairement besoin de se tailler une place dans le champ renouvelé de la santé publique.

Par ailleurs, et compte tenu du peu de ressources allouées à des approches non biomédicales dans le domaine de la santé (en budget de recherche et en financement de

programmes d'interventions), tout comme de ces impératifs de réseautage et d'alliance dans un contexte de production de savoirs hyper-compétitif, on constate que l'expression «santé publique» prend largement le dessus sur celle de santé communautaire. Il semble que cette préséance soit d'abord une question de différence d'âge, au sens où elle relève finalement d'une institutionnalisation de la santé publique qui a, quant à elle, plus de 40 ans. Mais n'y aurait-il pas là d'autres raisons, qui ne relèveraient pas uniquement d'un droit d'ainesse? Des textes à venir dans ce livre nous permettent de le croire. Quoiqu'il en soit, il suffit de chercher «santé communautaire» sur les canaux des réseaux de la santé, pour constater combien l'expression de santé communautaire brille par son absence. Au sein des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) par exemple, on trouve un institut de la santé publique et des populations où la santé communautaire est noyée dans le tout sans qu'aucune distinction ne soit envisagée à ce sujet. L'idée de santé communautaire apparaît aux IRSC à travers des thèmes indiqués comme suit: «surveillance, monitoring, information et données, études en laboratoire (p. ex.: eau sécuritaire)». Au Québec, on parle désormais de réseau de recherche en santé des populations, on définit un programme national de santé publique (PNSP 2003-2012) où la santé communautaire apparaît comme une stratégie d'action empruntant une voie géographique et territoriale. On évoque par exemple les actions communautaires, les organismes communautaires, le développement communautaire, sans employer l'expression de santé communautaire.

Faut-il alors s'étonner que des programmes de formation universitaire soient aussi invités à revoir aujourd'hui leur enseigne? Pour les uns, «santé publique» apparaît comme un intitulé plus attrayant que celui de «santé communautaire». Il rejoindrait mieux la clientèle étudiante, interpellerait plus fortement les employeurs potentiels, et renforcerait l'idée que l'université doit se définir en lien avec cette employabilité, tout spécialement dans des domaines animés par l'applicabilité des savoirs et la professionnalisation des nouvelles générations. Cette tendance amène certains programmes à changer leur nom au profit de la reconnaissance qu'une agrégation externe et internationale est susceptible de procurer. Ce déplacement tend à induire une sorte de hiérarchisation des programmes et des universités qui

servirait, semble-t-il, à l'orientation des futurs étudiants vers les lieux de savoirs plus performants. Bref, il n'en faut pas plus pour se demander si l'expression «santé communautaire» peut et doit encore être employée, ou si elle finira bientôt par être désuète et sans pertinence dans un marché où l'enseigne est première. Il n'en faut pas plus pour constater la difficulté de bien délimiter la santé communautaire, et tout spécialement de bien établir des nuances entre ce qui est de la santé communautaire et ce qui est de la santé publique.

## POUR SUIVRE LA RÉFLEXION AVEC ET DANS UN LIVRE

Étant alors impliqués de notre côté comme professeurs, étudiant et directeur dans un programme doctoral de santé communautaire, nous avons nous aussi été amenés à nous questionner sur le nom de ce programme, et à identifier s'il était souhaitable de s'en débarrasser et suivre la vague. Une réflexion collective chez les professeurs et les étudiants nous a menés au choix de conserver le titre de doctorat en santé communautaire. L'occasion nous était alors donnée d'aller plus loin et de nous pencher, non plus sur les attraits d'une enseigne, mais sur les états et les menus proposés ici. Ce livre naît donc en partie de cette affirmation, entendu que les mots servent bien à nommer et à faire exister des réalités, et qu'ils ne peuvent pas être négligés. Autrement dit, les directeurs de ce livre ont poursuivi la réflexion sur l'idée de santé communautaire et sur la réalité qu'elle fait voir. Nous avons ainsi choisi de documenter le sujet en invitant des auteurs qui se reconnaissent en santé communautaire. Tout un chacun était convié à traduire son lien avec la santé communautaire, à partager sa posture, ses recherches, ses interventions, ses enseignements dans le cadre de récits, de compte-rendu d'expérience, d'interventions, de projets ou d'initiatives, de réflexions théoriques ou réflexifs portant sur un aspect de la santé communautaire qui méritait selon eux d'être abordé. Par conséquent, cet appel ne reposait pas sur des thématiques prédéfinies et ne cherchait pas à formaliser une définition précise de la santé communautaire que nous voulions asseoir et défendre. Il était plutôt question de faire un état des lieux de ce que peut être la santé communautaire aujourd'hui, de ce qu'elle est devenue et peut même devenir.

Le résultat de cette large consultation impressionne d'abord par le nombre de textes réunis dans ce livre. On compte 73 auteurs et 51 textes. Ces textes sont organisés en quatre parties qui ont émergé suite à la lecture des textes et à ce qu'ils nous semblaient traiter spécifiquement. Les lecteurs pourront néanmoins constater que de nombreux textes couvrent plusieurs regroupements et qu'ils ont donc une portée plus générale. Chacun a néanmoins une prétention, celle d'apporter une réponse explicite ou implicite à ce que l'on doit entendre et comprendre par «santé communautaire».

Dans la première partie, les textes déploient tout spécialement un argumentaire théorique relatif aux repères fondamentaux de la santé communautaire. Partant de là, le lecteur comprendra que la santé communautaire est balisée et peut donc se tenir d'elle-même dans les espaces du savoir. La deuxième partie rend compte d'appels de terrain et d'une attente en regard d'une santé communautaire qui offre des occasions de croisements disciplinaires. Les attentes véhiculées par certains auteurs et les paroles qui sont prises ici montrent que la santé communautaire est prometteuse et que les perspectives qu'elle permet peuvent grandir la qualité et la réussite de projets de santé et de soins. Dans la troisième partie, les auteurs exposent des démarches, les détaillent en lien avec des situations, des problèmes ou des groupes précis. Ces textes illustrent une santé communautaire qui se fait dans l'action. Ils complètent ainsi les deux parties précédentes puisqu'on voit se profiler au sein d'une santé communautaire en marche, des principes, des valeurs et des repères phares livrés par les auteurs des deux premières parties. On y discute alors d'*empowerment*, de processus participatif, de consultation, et reprend encore le thème spécifique du partenariat et de la collaboration en montrant par exemple que la santé communautaire se fait dans le lien, dans la négociation et dans une incontournable ouverture et considération à l'endroit d'autres parties qui ont des préoccupations de santé similaires. Enfin, les lecteurs trouveront dans la quatrième partie que faire de la santé communautaire, la porter et s'y inscrire, n'est pas sans devoir composer avec des défis, et sans être confrontés à des enjeux. Les textes de certains auteurs montrent de cette manière que faire le choix de la santé communautaire, c'est aussi devoir composer avec un contexte qui ne lui est pas toujours favorable ou qui implique un engagement pour bâtir et développer ce qui permet de l'asseoir pleinement.



**PARTIE**

---

**1**

# LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE AU PRISME DE REPÈRES FONDAMENTAUX

# INTRODUCTION DE LA PARTIE 1

---

Réfléchir à l'idée de santé communautaire consiste inévitablement à questionner les objets auxquels cette notion renvoie exactement; les phénomènes qu'elle vise; la place qu'elle occupe dans le monde scientifique; son projet intellectuel et social; ou le langage qu'elle emploie pour dire les réalités de santé, et guider ceux qui la portent et l'incarnent. Des auteurs ont ainsi tenu à nous livrer leur réflexion à ce sujet et à nous faire voir des repères fondamentaux et des notions phares qui balisent la santé communautaire comme espace disciplinaire. Ils nous ramènent en quelque sorte aux sources d'intelligibilité des fondements de la santé communautaire et nous offrent l'occasion de les situer dans le monde des savoirs, en revenant notamment sur la nature de ses contenus en lien avec les idées qui habitent le terrain des sciences, des interventions en santé, et des structures académiques. Dans cette première partie, des auteurs illustrent selon leurs préoccupations ce retour sur les fondements. Collectivement, ils désignent un ensemble de connaissances et établissent un lien référentiel avec certains objets du monde. Mais au-delà des arrimages auxquels la réflexion de cette partie conduit, il est encore question d'un acte de langage dans la mesure où se déploient ici une autorité de pensée, des logiques et un univers conceptuel qui trouvent des correspondances avec un ordre pratique. Des fondements spécifiques permettent en l'occurrence de particulariser la santé communautaire à titre d'objet, de champ ou de domaine de recherche et d'intervention, et de lui attribuer des savoirs et des pratiques, mais davantage, une orientation intellectuelle. Ainsi, les auteurs mettent au jour les considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques qui distinguent l'ordre de pensée de la santé communautaire, et qui sous-tendent des modalités d'actions, des finalités et des valeurs spécifiques qui lui sont propres.

De fait, le choix d'une appellation disciplinaire est loin d'être trivial. Le lecteur comprendra ainsi que sous celle de santé communautaire se débusque bien plus qu'une mode des années 1970, qu'un caprice sémantique ou qu'une simple expression superposable à celle de «santé publique». La distinction de la santé communautaire avec la santé publique est d'ailleurs bien discutée dans cette partie. Il faut la saisir d'un point de vue paradigmatique pour Vonarx et Desgroseilliers, considérer plutôt la santé communautaire comme un modèle de services et de soins contestataire, critique et démocratique selon Plourde, ou comme un rapport étroit avec le social d'après Hamelin-Brabant et ses collègues. Au-delà de ces nuances, l'idée maîtresse de cette partie est surtout de proposer des traits fondamentaux de la santé communautaire et de faire voir ce qui pour ces auteurs fonde toute idée de santé communautaire.

À ce titre, l'idée de santé se pose d'emblée comme un enjeu intellectuel. Du fait que la santé est de plus en plus considérée comme une préoccupation transectorielle, la réflexion engagée suscite davantage un regard critique à l'endroit des principes et des logiques qui soutiennent la construction des objets en différents lieux, et les font exister dans un format déterminé. Du fait que les objets existent sous l'effet de considérations ontologiques, les savoirs et les pratiques à l'œuvre dans un espace disciplinaire tel que la santé communautaire, les codifient et les forment d'une certaine manière. Ils leur procurent une identité qui résonne indéniablement dans les concepts, les valeurs, les finalités, les théories et les méthodologies qui habitent ces espaces. En somme, les lieux où sont étudiés et ancrés les objets signent des allégeances scientifiques. C'est dans cette logique argumentaire que le lecteur est invité à comprendre le texte de Vonarx et Desgroseilliers, comme celui de Bibeau.

Un autre trait fondamental qui ressort de cette partie concerne la conception de l'individu. Il appert en effet qu'en ce lieu de la santé communautaire, la notion d'individu cède le pas à l'idée de personnes, comprises comme des êtres empreints d'une subjectivité dont la forme et l'essence ne sauraient être conformes à celles véhiculées dans des modes de représentations et des lectures logico-rationnels. Guillaumie et Perron conçoivent de la sorte que chaque personne est un lieu de pouvoir et donc de résistance, notamment devant l'édiction ou la prescription de normes de santé. Nous ne sommes pas devant des individus qui intériorisent sans mot dire, les logiques en vogue, mais plutôt devant des personnes qui ont un jugement et des idées, des préférences et des aspirations singulières et qui en l'occurrence, savent apprécier et décider de ce qui est bon pour elles, tout comme ce qui vaut la peine d'être fait à l'échelle de leur contexte d'existence. Guillaumie rappelle à ce sujet que la santé communautaire est une complémentarité essentielle à la santé publique pour qui souhaite comprendre les besoins des personnes du point de vue de *l'intime*. Vonarx et Desgroseilliers s'ajoutent à cette auteure pour avancer que la voix de l'intériorité sait faire écho aux aspects fins de l'expérience vécue et que, recueillie dans les termes du ressenti, la subjectivité livre des significations fort révélatrices sur le terrain des besoins.

En santé communautaire, chaque personne s'entend encore comme un agent de changement qui, de par ses qualités de *sujet*, voire d'être pensant et réflexif, possède suffisamment d'influence et de connaissances pour transformer les choses du monde, et agir pour une fin commune. À ce titre, on cherche à valoriser le pouvoir d'agir et on revendique ainsi le droit qui revient à chacun d'exercer son rôle de citoyen – lequel ne saurait être réduit à la consommation de biens et de services ou encore à celui de participer à des prises de décision qui concernent en définitive davantage les intérêts de l'État. Une lecture des textes de Plourde, Ninacs et Perron montre très bien comment l'idée du pouvoir est fondamentale en santé communautaire, qu'il soit contesté d'un côté et/ou revendiqué de l'autre. Il faut dire que la santé est comme une ressource d'existence et qu'il importe donc qu'elle soit définie par les personnes elles-mêmes, en référence à leur entendement. En admettant que le citoyen est aussi acteur et concepteur du monde dans lequel il vit, on reconnaît qu'il détient la possibilité de

participer pleinement à son édification et de négocier alors le sens du développement social. Cette orientation s'entend ici comme un moyen d'agir en faveur de la décentralisation des pouvoirs, de favoriser la mobilisation communautaire tout comme la concertation intersectorielle, et de stimuler la participation autonomisante. On entend ainsi de ces réflexions sur l'idée de personne, que le paradigme de la santé communautaire développe des mécanismes qui permettent de « libérer » la parole des gens tout comme leur créativité, en vue d'entendre leur point de vue, de reconnaître leurs intérêts et d'innover dans un sens qui est collectivement valorisé.

Cette considération pour la personne implique par ailleurs de reconnaître que chacun est inséré dans une histoire sociale plus large. Bibeau souligne à cet effet la nécessité de développer une pensée écologique qui ne délie « plus » les personnes du réel complexe dans lequel elles profilent leur existence. Il rappelle que l'origine des souffrances modernes relève aussi des formes de délitement social qui surviennent sur fond de crises économiques mondialisées et qui, sous l'effet des valeurs capitalistes, isolent les personnes dans leur conscience individuelle, les détachent d'une collectivité, les arrachent à une localité et les plongent dans l'anonymat. Il s'agit alors de ne plus passer sous silence les attaches et les repères qui lient les personnes à une histoire sociale, à un territoire, à un mode de vie, à un groupe ethnoculturel, à une communauté... peu importe les référents qui la fondent. La santé communautaire assurerait cette liaison. Les textes de Fletcher, Ninacs et Bibeau soulignent bien que la localité s'entend comme une porte d'entrée incontournable pour comprendre ce qui se passe dans le quotidien des personnes : entendre les voix multiples, ressentir les problèmes de l'intérieur avec les gens et prendre le pouls d'un milieu à partir de ses multiples points d'ancrage et référents. Pour ces raisons, le « terrain » comme moyen d'accéder au réel, pour ne pas dire de toucher à la vie quotidienne des personnes, apparaît comme un incontournable. Il permet de pénétrer un univers de sens et d'accéder au vécu de manière sensible.

Ce rapport de proximité est compris pour les auteurs comme un repère phare : un moyen pour réduire les rapports de pouvoir ; pour ressentir et voir de près la vie des gens ; pour dialoguer avec la multiplicité des acteurs en présence et surtout, pour relier les multiples

composantes d'un problème telles qu'elles apparaissent dans un milieu de vie. Ninacs pose de son côté la notion de territoire comme l'objet fondamental de la santé communautaire, entendu qu'il matérialise un référent d'appartenance et qu'il incarne avec suprématie le principe de localité. En nous emmenant au cœur de la situation d'Autochtones du Canada, Fletcher nous montre que les statistiques démographiques ne suffisent pas pour faire état d'une situation sanitaire, et que le vécu historique est une donnée riche de sens qui imprègne l'espace, les discours et les expériences individuelles et collectives. Au fil de son texte, le lecteur comprendra que la communauté est une entité contextuelle qui s'entend comme un espace habité par une réalité sociohistorique partagée et que ces référents relient les personnes entre elles. Et Vonarx et Desgroseilliers de nous rappeler que la communauté est un bassin référentiel qui donne sens aux problèmes vécus et aux aspirations personnelles. Il apparaît ainsi que la santé communautaire est une voie(x) pour contextualiser les choses. Qu'il s'agisse d'un territoire, d'un événement politique partagé, d'une habitude sociale, ce qui est commun implique une collectivité et ce n'est qu'en s'abreuvant de l'histoire incarnée par ces référents, qu'un développement visant l'amélioration des conditions de vie pour le mieux-être peut être pensé.

Une inscription dans l'espace disciplinaire de la santé communautaire demanderait donc de considérer ces différents repères fondamentaux. Mais peut-on et doit-on toujours le faire? C'est une question que le lecteur pourra se poser en lisant le texte de Potvin et ses collègues. S'inscrivant dans l'histoire de la naissance de

la recherche interventionnelle en santé des populations (RISP), ces auteurs posent d'abord les points de chevauchements et les distinctions entre la RISP et la recherche en santé communautaire qu'ils présentent comme des interventions communautaires en promotion de la santé. Positionnant du même coup les concepts de communauté et de population, ces auteurs conçoivent l'action communautaire comme une approche locale, géographiquement ancrée – donc circonscrite, et qui impose au demeurant certaines limites, notamment quand il s'agit d'agir sur les déterminants «macro» de la santé. Aussi Potvin et ses collègues proposent-ils le concept de «population» pour aborder plus globalement la santé et ses déterminants, et s'attaquer alors aux inégalités de santé qui relèvent aussi de facteurs souvent hors du contrôle des acteurs locaux. La population est en effet ici conçue comme une entité dynamique et flexible, inscrite dans un espace social d'intérêt dégagé des contraintes et rigidités de l'ancrage géographique/administratif. Ce texte rappelle que la santé communautaire est un cadre d'interventions qu'il faut réfléchir en lien avec des priorités du moment, des solutions attendues, voire des attentes épistémologiques et sociales contemporaines. En le lisant, le lecteur est invité à repenser l'opérationnalisation des différents repères phares de la santé communautaire et à questionner le rapport entre la théorie et la pratique. Il pourra même s'inscrire dans le débat que ce texte suscite quand on le juxtapose aux précédents, et à ce qu'ils font voir de la communauté, de la localité, de l'épistémologie de la santé communautaire et des courants de pensées et d'interventions en présence dans les sciences de la santé.

# SANTÉ COMMUNAUTAIRE ET SANTÉ PUBLIQUE : DES DIFFÉRENCES PROFONDES

Nicolas Vonarx<sup>1</sup> et Valérie Desgroseilliers<sup>2</sup>

La santé communautaire a connu un essor autour des décennies 1960 et 1970, notamment au Canada et aux États-Unis, dans un contexte sanitaire marqué par un intérêt renouvelé pour des approches de médecine globale et de proximité. Dorénavant, le regard devait se concentrer sur les multiples facteurs associés à des morbidités dites chroniques, et l'on devait acquérir une meilleure connaissance de ce qui maintient et favorise la santé, de ce qui prévient sa « détérioration » ou encore des invalidités accidentelles et des mortalités prématurées (Desrosiers, 1996). En vue de répondre à cette multiplicité factorielle, on a cherché à dépasser les seules avenues curatives et réclamé une offre élargie de services, afin de dispenser des soins plus complets, et d'enrichir alors les domaines relatifs à la protection de la santé, à la prévention des maladies chroniques, et éventuellement, à l'éducation et à la promotion de la santé (Desrosiers, 1996). Dans la perspective de contester une offre de soins spécialisée, fragmentée et centralisée, l'idée de la santé communautaire reposait dès lors sur des principes de **proximité** à dessein de reconnaître la diversité de besoins existant à une échelle locale, avec le souci de rejoindre toutes les personnes susceptibles d'être atteintes dans leur bien-être, notamment celles aux prises avec certaines formes de **vulnérabilités**. Puisque la finalité de cette approche vise l'amélioration de la santé (Ridde, 2007) qu'il faut entendre comme une condition essentielle pour tous et chacun, les moyens qu'on mobilisera en santé communautaire devront désormais viser **toutes les personnes**

**et tous les groupes** qui composent une population ou une communauté locale. La « vie bonne » de tous prend ainsi le pas sur les conditions morbides qui concernent une partie seulement de la population. Par ailleurs, puisque cette réforme implique un élargissement du regard, elle invite à porter une attention à l'organisation des soins et à la coordination des ressources et des interventions nécessaires pour améliorer la santé. Ainsi, parce que cette réforme est soucieuse des besoins identifiés et définis à l'aune d'une parole citoyenne, elle nous demande de favoriser la **participation** dans l'administration des services comme dans toutes les réponses données en regard des problèmes de santé rencontrés.

L'orientation donnée par l'idée de santé communautaire interpelle donc globalement et considérablement la manière de concevoir ce qui génère la santé, et par extension, la manière de l'appréhender et de l'entretenir. D'ailleurs, les développements théoriques proposés par la publication du *Rapport Lalonde* (1974), les travaux conséquents comme le *Rapport Epp* (1986) et ceux menés par l'*Institut Canadien de recherches avancées* (ICRA) (Evans et autres, 1994; Evans et Stoddart, 1990) sur l'idée des déterminants de la santé ont participé pleinement à

1. Ph. D. (anthropologie), infirmier, professeur agrégé et directeur de programme du doctorat en santé communautaire, Université Laval. nicolas.vonarx@fsi.ulaval.ca.
2. Doctorat (c.) et M.Sc. en santé communautaire, Faculté des sciences infirmières, Université Laval. valerie.desgroseilliers.1@ulaval.ca.

édifier une modélisation élargie des conditions relatives à la santé.

À partir de ces grandes lignes, des travaux récents ont proposé de reconnaître la santé communautaire comme un domaine de recherches et d'interventions guidé par une orientation multidisciplinaire et multisectorielle des pratiques, en vue d'agir sur les déterminants spécifiquement **sociaux** de la santé (Jourdan et autres, 2012). Ce domaine occuperait un espace du champ dit « socio-sanitaire », aux côtés d'une santé publique davantage intéressée par la prévention des risques biologiques et environnementaux<sup>3</sup> (Jourdan et autres, 2012). On avance par ailleurs que la santé communautaire se distingue de la santé publique par ses **processus participatifs** (Ridde 2007 ; Jourdan et autres 2012) et par les valeurs phares **d'empowerment** et de **justice sociale** qui soutiennent sa pratique, et qu'elle vise l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes, en misant sur le développement social de la communauté (Baisch, 2009 ; Jourdan et autres, 2012) ; d'où notamment sa croisée avec l'idée de la promotion de la santé telle qu'évoquée dans la Charte d'Ottawa (OMS, 1986). Dans cette optique, les stratégies devraient favoriser l'utilisation des **ressources locales** et reconnaître le point de vue des personnes, en partie distillé suivant une épistémologie constructiviste (Ridde, 2007).

## TOUT DROIT DANS UNE IMPASSE

En dépit de ces efforts de clarification et de ces repérages, une conception unique de la santé communautaire est loin de faire consensus. Ce qui permet de la distinguer de la santé publique demeure très flou. À l'heure d'aujourd'hui, l'idée de santé communautaire apparaît équivoque et multiforme<sup>4</sup>. Une confusion semble régner dans les milieux académiques quant à la spécificité de ses objets, la manière de traiter ses contenus théoriques

et de les mettre en pratique et de lui délimiter un savoir qui lui soit propre. Par ailleurs, l'écho qui provient des pratiques de recherche et d'intervention laisse apparaître une certaine inconstance quant aux éléments qui permettent de distinguer ce qui relève de la santé publique, ce qui définit une approche populationnelle et ce qui caractérise tout particulièrement la santé communautaire. Alors que certains ne dissocient guère la santé communautaire de la santé publique, d'autres la conçoivent comme un domaine du champ « sociosanitaire », ou associent l'idée d'une approche populationnelle à celle de santé communautaire, en soulignant là le fait d'adresser les déterminants de la santé à l'endroit de populations vulnérables. Pour beaucoup, il est question de santé communautaire dès que des paramètres conceptuels ou valeurs sont convoqués ou encore, qu'une dimension communautaire est évoquée, notamment à travers des notions de promotion de la santé, de participation, d'équité ou d'*empowerment*. Faire écho à une seule de ces notions dans un projet de recherche et/ou d'intervention suffit vraisemblablement pour revendiquer une appartenance à la santé communautaire.

Puisque l'on recourt encore et de plus en plus à ces notions (*empowerment*, localité, inter-sectorialité, participation, justice sociale...), que l'on se préoccupe aussi d'inégalité, de vulnérabilités dans des interventions ou programmes de santé publique, il n'en faut pas beaucoup pour perdre la santé communautaire ici, ou n'en faire qu'une version pratique et orientée de la santé publique, parmi d'autres. Entendons ainsi que cette manière de définir la santé communautaire ne permet pas de la distinguer clairement de la santé publique, notamment sous l'angle de fondements. Elle permet tout au plus de situer cette dernière comme la polarité d'un champ, presque condamnée à se fondre, voire à être assimilée dans une santé publique, et tout spécialement dans le cadre d'une pratique de santé publique qui se renouvelle au gré de valeurs en vogue, et qui n'hésite pas à prendre à son compte un ensemble d'objets, de méthodes, de préoccupations, de principes que les tenants de la santé communautaire disaient leurs. Colin nous l'a bien fait remarquer dans un texte publié en 2004 sur la santé publique au Québec, où elle soulignait que celle-ci avait évolué en maintenant une orientation communautaire. Dans un champ de forces et de tensions où se présentent santé

3. Nous référons ici à tous les éléments non-humains qui composent l'environnement vivant et physique des personnes, notamment l'environnement bâti, les sources de toxicité et d'insalubrité, les espaces verts, et tout ce qui renvoie à la biodiversité.

4. La variété des textes publiés dans le livre où s'inscrit notre texte le montre très bien.

communautaire et santé publique, et où dominent une tradition lexicale et des enseignes, l'expression « santé communautaire » finit par devenir obsolète, et ceux qui la conservent finissent par être taxés de nostalgiques des années 1970, de gauchistes traversés par une tentative de réforme des institutions et du système de santé, ou encore d'idéologues qui manquent de voir comment la santé publique sait emprunter des approches de santé communautaire, et sait prendre en compte la parole du peuple et du citoyen. Bref, le débat entre ce qu'est l'une ou l'autre aboutit dans une impasse et l'on finit par voir du pareil au même, et gommer le terme communautaire ici et là, pour le remplacer par celui de publique.

Nous en sommes là pour de multiples raisons. Retenons ici qu'une d'entre elles est de ne pas avoir fait exister la santé communautaire comme un domaine régulé par des postulats ontologiques et épistémologiques ou par un ordre de pensée qui lui est propre, et qui ferait ainsi autorité, permettant dès lors de la distinguer d'une santé publique régie par un autre ordre. À définir la santé communautaire par ses pratiques, ses actions, ses interventions et ses recherches (actions et participatives notamment), comme par des démarches traversées par des notions phares, on a fini par se mettre sous la coupe d'un champ régulé, d'abord et avant tout, par un souci d'application, par l'impératif du **faire**, d'élaborer des démarches et d'outiller des professionnels en regard de préoccupations/priorités sanitaires du moment (comme actuellement, le tabagisme, l'obésité, l'allaitement, les comportements alimentaires, l'activité physique, etc.). L'ordre de pensée propre à la santé communautaire finit par être négligé et ne pas être réfléchi au profit des impératifs précédents, et davantage en regard de l'efficacité, de l'efficience, et d'une routine où le raisonnement se concentre sur un problème à régler, une population à cibler et des interventions à planifier. En témoignent bien des thèses de doctorat en santé communautaire, souvent sans thèse ou proposition théorique, mais néanmoins riches en descriptions de procédures, en applications de modèles d'interventions, en évaluation, et en résultats obtenus à l'endroit de diverses cibles. En bref, la raison d'être de la santé communautaire risque de dépendre d'institutions centrales aux pouvoirs diffus où l'on se préoccupe de manière pratico-pratique de la santé de groupes, comme les Instituts de recherche en

santé du Canada, l'Institut national de santé publique, les centres de recherche insérés dans des milieux de pratiques, ou des centres intégrés qui regroupent des chercheurs autour de priorités de recherche. Ceux-là formulent et insufflent des exigences, dictent ce qui mérite d'être fait en santé et d'être adressé comme problèmes, dans un certain laps de temps, selon des modalités prescrites et valorisées, tant en recherche, qu'en enseignement et en pratique. En somme, la santé communautaire (et ceux qui la portent, comme les chercheurs, les professionnels de la santé, les professeurs et les étudiants) est à la solde de pouvoirs qui l'assujettissent à un ordre de pensée et de pratiques bien éloigné des prémisses de ses fondements, et ce, à dessein de nourrir des intérêts et des fins qui ne sont plus vraisemblablement les siens. Le texte de Ridde et Druetz (dans le présent ouvrage) expose bien certains de ces impératifs, dont ceux relatifs aux volontés d'intituler un programme d'enseignement universitaire avec le vocable « santé publique » (tout comme c'est le cas à l'Université Laval, à Québec pour le programme de maîtrise), en vue d'une crédibilité plus grande (notamment sur le plan des débouchés professionnels) ou pour répondre à des normes de pratiques édictées par des organismes et associations possédant une certaine notoriété politique ; le tout avalisé par des intentions de recherche et développement (Hottois, 1984)<sup>5</sup>. À notre grand désarroi, ces exigences semblent s'imposer dans les milieux académiques dont la mission est pourtant d'œuvrer pour le développement de la pensée critique et l'autonomie intellectuelle. Dans ces conditions que d'aucuns oseraient qualifier de soumission, nul doute que la santé communautaire se voit avalée, et qu'elle affiche une allure équivoque, puisqu'elle n'évoque pas un ordre de pensée qui pourrait soutenir son affirmation identitaire et renforcer sa résistance à la phagocytation.

On finit alors par constater qu'en dehors de son orientation pratique, la santé communautaire tient seulement

5. Communément, l'expression « recherche et développement » (R&D) renvoie à l'idée de technoscience qui entretient la volonté de faire de la science une activité opératoire dans laquelle : *la théorie devient d'abord et avant tout un outil ou un instrument pour l'action* (Hottois, 1984, p.61-62). Dans le contexte scientifique actuel, la R&D investit donc un espace qui recoupe l'université, le milieu industriel et des acteurs détenant des savoirs techniques.

sur les notions mises en gras dans les premières pages, sans que ces dernières fassent toujours un juste écho au contenu intégral de l'idée qui les a pourtant fondées. C'est notamment le cas avec le concept de participation qui apparaît fréquemment comme un principe qui témoigne d'une appartenance à l'approche de santé communautaire, alors que concrètement, qu'il s'agisse de recherches ou d'interventions, il apparaît souvent de manière réduite. Ce terme ne reflète souvent qu'une face ou une dimension de ce qu'il évoque chez des auteurs qui l'ont théorisé au sein de certaines disciplines. Par exemple, le fait d'engager des consultations publiques, de rendre possible le partage de préférences ou de préoccupations dans la phase de démarrage d'un projet de recherche, la prise de parole citoyenne au sein d'un comité de quartier ou de mettre en place des espaces publics de discussion et d'échange, apparaît suffisant pour dire que l'on «*fait de la santé communautaire*». Or, il importe de se demander dans quelle mesure de telles instances participatives fondées sur des principes de démocratie permettent aux acteurs-citoyens impliqués de prendre part à l'action et d'engager un changement, voire une transformation sociale, et si cette prise de parole s'avère suffisante pour répondre à des finalités de santé communautaire et à ses principes fondateurs. Il y a en effet un écart considérable entre une participation qui offre à des citoyens l'occasion de s'exprimer et de se faire entendre, et une participation qui leur permet de prendre part aux décisions et aux actions conséquentes. Et il en est tout autant pour cette notion d'*empowerment* que l'on retrouve souvent épurée de certaines dimensions, pourtant constitutives de l'idée originale dont elle est porteuse et qui s'entendent en l'occurrence fondamentales pour l'achèvement du projet qu'elle suppose. À ce titre, peut-on affirmer qu'un projet relève de la santé communautaire lorsqu'il fait appel à un renforcement des compétences autour de formes d'autogestion de la santé, ou lorsqu'il vise à agir sur l'estime de soi de personnes afin qu'elles recouvrent un mieux-être émotionnel? Autrement dit, l'*empowerment* peut-il encore exister et peut-on encore prétendre œuvrer à l'appropriation et au contrôle des ressources individuelles/collectives, lorsque toutes les dimensions constitutives de ce concept ne sont pas mises de l'avant, et notamment lorsque la conscience critique n'est pas

inscrite à l'agenda<sup>6</sup>? Évidemment, les notions varient d'un auteur à un autre. De Freire à Ninacs, les dimensions de l'*empowerment* peuvent varier et le projet conceptuel, devenir imposant ou colossal. Mais pour ne point trahir des idées et leurs auteurs, ne suffirait-il pas alors de préciser les dimensions conceptuelles sur lesquelles le projet se concentrera, tout en prenant soin de mentionner comment cette dimension permettra de correspondre avec l'ordre de pensée que propose la santé communautaire?

Finalement, tant que les notions précédentes serviront la distinction entre santé publique et santé communautaire, tant qu'elles seront mises en pratique dans un champ traversé par des logiques de santé publique et soumises au style de pensée qui anime cette dernière, la santé communautaire existera en fonction de ce que la santé publique fera de ces notions. Ainsi, sa définition ne peut qu'être équivoque et tributaire des modalités et des aléas d'une pratique de santé publique qui se dit aussi «communautaire», parfois un peu, parfois beaucoup ou intensément; notions clefs à l'appui! Le recours à ces notions dans la définition de la santé communautaire met ainsi cette dernière dans l'ombre de la santé publique.

## RETOUR SUR L'IDÉE DE SANTÉ ET LES POSTULATS ONTOLOGIQUES-ÉPISTÉMOLOGIQUES

Revenir sur l'idée de santé pour clarifier ce qu'est la santé communautaire nous apparaît essentiel. Il s'agit évidemment d'aller au-delà des définitions toutes faites qui évoquent la globalité et qui ouvrent le bien-être à des dimensions sociales, psychologiques, biologiques, spirituelles, etc. La santé est évidemment le premier des phares en santé communautaire, et mieux entendre ce dont il est question à son sujet peut lever bien des

6. À ce titre, on devrait analyser comment des institutions de santé publique s'arrangent avec cette notion d'*empowerment* qu'elles mobilisent, comment elles la traduisent, quels termes elles lui substituent (développement du pouvoir d'agir, autonomisation, auto-détermination, ...), et quelles précautions elles prennent dans certains de leurs programmes, le tout en regard du mandat socio-politique auquel ce concept renvoie; mandat qui peut rendre frileux plus d'un «conservateur» qui œuvre dans ces institutions.

ambiguïtés. Revenir sur la santé, c'est aussi le moyen de revenir sur cet ordre de pensée qui fait autorité en santé communautaire, qui sert de paradigme, qui moule tous les objets en fonction de présupposés ontologiques, qui plie dans un sens tous les contenus subséquents, les catégories de lecture mobilisées, les démarches et les méthodes empruntées, tout comme les finalités des interventions en santé communautaire, et les esprits qui se forment à la santé communautaire. La question de savoir quelle est cette santé qui fait les effets précédents, mérite donc d'être posée. Un questionnement sur la santé de la santé publique l'est tout autant, entendu que les deux sont différenciables, et que des distinctions à ce sujet ont des conséquences pratiques évidentes.

## UN RÉGIME OU PARADIGME DE SANTÉ PUBLIQUE À L'ŒUVRE

S'il en est d'une santé communautaire qui est apparue à un moment donné dans un paysage occupé par la santé publique, il en était d'une contestation à l'endroit d'une manière de penser les problèmes de santé et d'engager ensuite un type de réponses. Quelle est alors cette idée de la santé et des problèmes de santé qui sont en santé publique contestables et contestés ? D'une manière générale, on retient qu'il s'agit de cette santé comprise comme étant un état ou des états, à contrôler et maîtriser, mesurables et appréciables à l'aune de normes et de variables qui sont capables de traduire des faits observables dont on peut apprécier du même coup les régularités et les variations. Le tout de cette santé fournit une lecture objective de ce qu'il importe de considérer pour anticiper une existence humaine ordonnée, prometteuse. C'est à partir de ces impératifs que l'on trouve tout spécialement dans la maladie, telle que la définit la biomédecine, un moyen d'opérationnaliser la santé, et qu'on recourt aux modèles des sciences naturelles pour retenir les règles, les procédures et les méthodes qui servent à expliquer la bonne et la mauvaise santé d'un groupe (ou l'apparition, la disparition de maladies ou de phénomènes morbides), et à repérer et modéliser les causes des mauvais états de santé. L'emprunt d'un cadre ontologique biomédical pour faire exister la santé, et le recours à une certaine épistémologie dans la manière de la questionner et d'agir

à son endroit, organisent largement la santé publique. Même si cette dernière entretient une perspective élargie de la santé et qu'elle ne fait pas du corps anatomo-biophysique son seul territoire, les principes qui relèvent des emprunts précédents s'appliquent aux multiples dimensions de la vie sociale (incluses notamment dans l'ensemble des déterminants de la santé). Le passage de l'individu-corps à un collectif ne change finalement pas grand-chose. Fortement attachée à une médecine sociale et préventive, la santé publique propose une véritable « clinique du corps social » (Le Blanc, 2005), et entretient de fait la prégnance du modèle biomédical. La part magistrale de l'épidémiologie descriptive et étiologique dans ce domaine (Berlivet, 2010) avec ces indicateurs de mortalité, de morbidité, et un foisonnement de variables socioculturelles, sociopolitiques, économiques, ..., tout comme la prépondérance d'un ensemble de devis de recherche quantitatifs, dessinent à grands traits comment peut-être pensée la santé en santé publique. Ces cadres la réduisent inévitablement à ce qu'ils peuvent saisir, considérer et apprécier, et à ce qui peut être fait en regard de problèmes qui occupent les acteurs de ce champ, en fonction des règles du jeu qu'ils connaissent et d'un type de questions qu'ils se posent. De fait, un ensemble de phénomènes sont exclus et d'autres sont travaillés et construits, non pas en fonction de leur existence dans le monde social, mais en fonction de ce qu'ils doivent être et peuvent être dans l'esprit et les cadres de la santé publique. Des sujets et des problèmes découlent de cette conversion tels que l'obésité, les toxiques de l'environnement, la consommation de sucre et de sel, les comportements à risque (le tabagisme, la toxicomanie, la sexualité ...) qui sont des causes ou risques adressés par la santé publique dans ses fonctions de promotion/éducation par exemple ; tels que les maladies chroniques (diabète, maladies respiratoires, cancer, maladies cardiovasculaires) et les maladies infectieuses (ITS, Sida, grippe...) qui traduisent des priorités de santé publique, abordées dans ses fonctions de surveillance, de contrôle et de protection par exemple. Voilà brièvement pourquoi on avance que la santé publique est une entreprise étatique de gestion de la santé qui vise la réduction des taux de morbidité et de mortalité dont les dispositifs sanitaires et les modes de gestion varient selon « l'esprit du temps » (Bourdelaï, 2010, p.15). Voilà pourquoi on

souligne que la santé publique développe des dispositifs de protection et de prévention pour lutter contre les maladies et les risques pouvant affecter la santé dans la cité, et que les devis de recherches épidémiologiques et expérimentaux sont les outils cardinaux de l'approche en santé publique (Fassin, 2008 ; Ridde, 2007).

Finalement, sur le plan strictement ontologique et épistémologique, au-delà donc de l'éventail des actions que des milieux de santé publique conduisent et des préoccupations que des acteurs en santé publique véhiculent, la santé de la santé publique est fortement articulée suivant une relation asymétrique à la maladie (Arweiler, 2006 ; Lemoine, 2009 ; Simmons, 1989). Ce n'est pas étonnant dans la mesure où la biomédecine est devenue dominante dans les systèmes de santé occidentaux, et qu'elle a su imposer ici des tendances dans la manière de comprendre les phénomènes préoccupants comme dans celle de les questionner. La médecine expérimentale de Claude Bernard (1984 [1865]) a marqué l'enracinement d'une certaine science dans le projet médical et prôné depuis le 19<sup>e</sup> siècle la découverte des lois dans les phénomènes vivants, la découverte de « relations dans les choses » en usant de l'expérimentation, dans le but d'agir et d'en devenir maître. Raisonnement clair et orienté vers un but, contrôle, maîtrise et prévision des phénomènes, hypothèse, méthode d'expérimentation et mise à l'épreuve par les faits, lois et corrélations, servent, depuis, de repères phares en science biomédicale. Les découvertes et les confirmations d'hypothèses issues de cette démarche comme les quelques succès étincelants de la biomédecine ont certainement permis que d'autres champs de pratiques et de recherches en santé soient contaminés, et qu'ils entretiennent des présupposés identiques sur la réalité et les manières de la transformer (en dépit de leur intérêt pour d'autres types de phénomènes que des phénomènes biologiques, organiques et physiologiques). En d'autres termes, la santé publique entretient une idée de la santé acquise sous influences, entendu qu'elle est soumise à un mode de connaître et que sa légitimité dépend d'une certaine « obéissance » qu'elle doit à une administration de l'état qui perpétue encore et toujours une lecture biomédicale et réductrice de la santé au cœur de son système de santé<sup>7</sup>.

7. La réforme du système de santé en cours au Québec sous le gouvernement libéral du P.M. Couillard, dans le cadre du projet

Que l'on soit alors en médecine ou en santé publique, le point de départ est alors d'apprécier la santé ou la réalité de santé à l'aune d'un esprit scientifique positif en quête d'observations et de faits, de liaisons et de prévisibilités, d'une pensée logico-mathématique et mécaniste, et d'un point de vue réaliste sur les phénomènes du monde, entendu que ces derniers sont travaillés par des lois qui opèrent indépendamment de l'humain qui les questionne. De fait, on comprend pourquoi la santé publique et la médecine sont si intimes, pourquoi la santé publique siège dans des facultés de médecine dans ce qu'on appelle une médecine sociale et préventive par exemple, pourquoi la médecine offre une spécialisation de santé publique, que des médecins sont des acteurs clefs dans des programmation de santé publique, et pourquoi la recherche en santé publique est financée par des fonds de recherches où le paradigme méthodologique hypothético-déductif domine (comme les Instituts de recherche en santé du Canada ou le Fonds de recherche en santé du Québec, en ce qui nous concerne). On comprend encore pourquoi le portrait épidémiologique ou des données de ce type sont toujours convoqués pour soutenir et inviter un type d'action, pour juger la valeur de cette action, pour faire exister un problème, et asseoir la pertinence sociale d'un problème de recherche en santé publique. Il en va ainsi d'une certaine soumission sur le plan ontologique, théorique et épistémologique, même si certains acteurs qui œuvrent en santé publique tentent d'y échapper dans leurs projets et dans leurs positionnements. Quand c'est le cas, retenons simplement qu'ils s'écartent du courant dominant de la santé publique, et qu'ils se risquent certainement à contrarier l'ordre établi !

de Loi n° 10 qui modifie l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux montre bien comment les finalités portées par l'idée de santé publique pèsent peu dans les préoccupations de santé. Cette réforme témoigne en effet de l'intérêt à concentrer le système de santé autour de fonctions curatives et hospitalo-centrées, en outillant l'organisation des soins principalement en réponse à des réalités morbides. À titre d'exemple des effets de ce projet sur la santé publique, mentionnons que les coupes opérées aux Directions de santé publique concernent davantage les secteurs propres à la promotion et à l'éducation de la santé, laissant presque indemnes ceux relatifs à la protection, à la surveillance des maladies infectieuses et des environnements. Nul doute que cette orientation témoigne d'un héritage biomédical qui valorise des approches hospitalocentrées.

## UN PARADIGME QUI PLIE ET MET EN FORME LES OBJETS QUI SE PRÉSENTENT

Régulée par un certain paradigme, la santé publique impose donc une vision à ses acteurs dans la recherche comme dans l'intervention. Mais elle s'impose tout autant à l'endroit des objets qui sont abordés en ses lieux ou qu'on doit faire exister ici. Ces derniers sont alors sous le coup de considérations ontologiques et épistémologiques à la fois. Il en est de tous ces objets et pratiques sociales (tels des pratiques religieuses, des pratiques alimentaires, des pratiques sexuelles, corporelles et des usages divers du corps...) qui deviennent ici des facteurs dont on mesure l'influence et évalue les impacts et les effets sur la santé des populations. Citons ici l'exemple du sport et de loisirs variés qui sous le regard de la santé publique sont pensés sous la forme « d'activités physiques et sportives » dont l'adoption permettrait entre autre de réduire la prévalence des maladies chroniques et de l'obésité dans différents groupes d'âge. Ainsi, les programmes de santé publique font la promotion d'un « mode de vie physiquement actif » en encourageant l'adoption de comportements tels que la marche, le déplacement à vélo, la pratique d'un sport, le jardinage, etc. Ces activités s'entendent dès lors comme des variables<sup>8</sup> (Paillé et Mucchielli, 2003) circonscrites, qui deviennent opérationnelles une fois que des indicateurs d'intensité et de temps (fréquence et durée) leur sont associés. À titre d'exemple, lorsque la course à pied, le basketball et le soccer sont pratiqués pendant au moins 10 minutes, plusieurs fois par semaine, jusqu'à concurrence d'au moins 2 heures et demi, elles s'entendent comme des « activités de renforcement à intensité élevée » pouvant avoir un effet bénéfique sur la santé (SCPE, 2015).

Même l'objet de « déterminants sociaux de la santé », largement utilisé pour qualifier le type de préoccupations qui importe en santé communautaire a des chances

de faire les frais de contraintes épistémologiques opérantes en santé publique. Et cela, même s'il est présenté d'une manière générale comme des circonstances sociales d'existence dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent, vieillissent et meurent (OMS, 2015). Des marques historiques nous invitent à le penser. Effectivement, rapportée dans les travaux d'Illich au début des années 1970, cette idée de déterminants se présentait avant tout en dehors du paradigme pathogénique et des contraintes ontologiques des sciences de la santé qui occupent et colonisent nos systèmes de santé occidentaux. Quand Ivan Illich<sup>9</sup> avançait l'importance des déterminants de la santé en les hiérarchisant, et en soulignant à ce sujet que l'environnement général (incluant le mode de vie), l'alimentation, les conditions de logement et de travail, la cohésion du tissu social, les mécanismes culturels, les habitudes de vie et comportements (tels que la consommation de sucre, de tabac, d'alcool...), et les activités sanitaires (incluant des politiques et interventions hygiénistes), agissaient sur la santé plus intensément que les pratiques médicales, il rappelait l'importance de sortir du paradigme bio-mécaniste, des logiques de services professionnels et de l'emprise de la médecine et de son ontologie dominante (Illich, 1975, p. 24-25).

Cette tentative d'affranchissement a été modérée dans le rapport sur la santé des Canadiens signé par Lalonde en 1974. Ici, les déterminants d'Illich sont présentés en termes de facteurs. Par la suite, des travaux ont permis de développer l'idée des déterminants sociaux de la santé (DSS) sur le plan théorique et de les comprendre alors comme une multiplicité de facteurs et de conditions intriqués qui, situés dans toutes les sphères d'existence et en agissant sous forme de schèmes<sup>10</sup>, influencent la qualité de vie, le bien-être et la santé des personnes au cours de leur vie (Graham, 2004 ; Kindig et Stoddart, 2003). Des travaux subséquents ont par la suite établi que l'action des DSS est à comprendre sous l'effet de

8. Nous prenons ici soin de spécifier que la variable s'entend comme une entité « discrète et nominative » dont le caractère limité définit le signe d'une influence circonscrite. A contrario, la catégorie s'entend comme une entité de sens « riche et dénotative » ; elle représente un phénomène, voire l'influence d'un signe contextuel et permet en ce sens d'incarner tant l'action que le processus et la logique du phénomène (Paillé et Mucchielli, 2003, p.151).

9. On trouve ces précisions dans la version française des réflexions d'Ivan Illich qui a été publiée en 1975 sous le titre de « Némésis médicale ». Ce travail est le résultat de 18 mois de recherche et de réflexion qu'Illich a conduits avec plusieurs collaborateurs à Cuernavaca (Mexique). Il est précédé d'une publication anglophone publiée au début de l'année 1974 sous le titre « *Hygienic Nemesis. Very first draft* » (Illich 1974)

10. Traduction libre du terme « pattern » utilisé par Kindig (2003).

facteurs structurels fondamentaux autrement compris comme des processus sociaux qui conditionnent la répartition sociale de la santé, et que des processus distributifs différenciés selon des caractéristiques variées sont à l'origine d'inégalités sociales de santé (OMS, 2009). On a alors cherché à modéliser certains processus en vue d'exprimer la force et le sens des influences à l'œuvre, à dessein d'associer certains déterminants à la survenue de morbidités et de repérer des causalités probantes (Marmot et Wilkinson, 2006; OMS, 2009).

Il apparaît donc que ce type de phénomènes peut être volontiers soumis aux principes du déterminisme en vogue dans une santé publique noyée par les sciences biomédicales. Les déterminants sociaux apparaissent bien dans le registre de la causalité et sont à comprendre dans une relation de causes à effets supportée par des processus, mécanismes, opérations et règles complexes. Nous nous retrouvons donc dans les procédés opératoires qu'usent les déterminismes, tels que les lois causales, les régularités, les corrélations, les lois statistiques et calculs de probabilités<sup>11</sup> (Gurvitch, 1963). On accepte effectivement qu'il existe des corrélations significatives et forts probables entre des variables sociales indépendantes et des variables sanitaires dépendantes. L'on a déjà vérifié et démontré par exemple que des structures socioéconomiques et hiérarchiques (revenus-pauvreté, pouvoir et statut social, position sociale, par exemple) déterminaient la « qualité » des états de santé. L'idée qu'il existe un gradient social de la santé l'illustre très bien (OMS, 2009). À ce titre, les travaux de Marmot (2004) ont bien montré que la position occupée dans une hiérarchie sociale affecte directement la santé et l'espérance de vie. Certes, l'hypothèse déterministe de Claude Bernard qui a conduit aux avancées médicales que l'on connaît, et qui pose d'emblée que les mêmes causes provoquent

les mêmes effets en raison de la stabilité du monde de la vie (Nouvel, 2011) ne s'applique pas totalement pour les déterminants sociaux de la santé. Mais, il reste que nous sommes ici dans un déterminisme quand même, plus lâche et moins universel, qui intègre une variété de faits sociaux dans un cadre qui cherche à traduire la continuité, le prévu, le tout fait, la cohérence des réalités de santé<sup>12</sup>.

Les principes posés par une sociologie durkheimienne participent certainement à cette idée de penser l'existence d'un déterminisme social en sciences de la santé. En invitant à penser les faits sociaux comme des choses et à les traiter comme s'ils avaient une existence propre (Durkheim, 1995), cette sociologie appuie l'idée que des facteurs, bien qu'ils soient **sociaux**, sont extérieurs à l'individu et le contraignent. Il y a aurait ainsi des régularités et des variations explicables sur le terrain de la santé, en lien avec des phénomènes sociaux liés au milieu. Et si c'est le cas pour des taux de suicide tel que l'avance Durkheim, il en est tout autant pour des taux d'accidents domestiques, de maladies chroniques et infectieuses, d'alcoolisme, de toxicomanie, d'obésité... D'autres travaux et références en santé publique permettent encore d'y croire, notamment ceux qui puisent dans les idées de Bourdieu (Bourdieu, 1979; Bourdieu et Passeron, 1970), pour faire voir comment et combien des structures sociales fondées sur des rapports inégalitaires peuvent être reproduites à l'échelle de classes sociales ou de certaines catégories de population, sous prétexte que les personnes ont intériorisé des dispositions qui déterminent les conditions sociales dans lesquelles elles vivent. On comprend avec ces travaux que l'habitus reproduit certains schèmes de vie qu'il devient difficile pour les individus de déjouer et qu'à ce titre, l'éducation, le revenu, des conditions de travail et de logement, tout comme une structure familiale peuvent être déterminants sur le plan de la santé (Carlier et Cagnet, 2005).

Il apparaît donc globalement que des variations et des reproductions en termes de santé sont relatives aux facteurs sociaux, et seraient prévisibles et mesurables; et qu'il y aurait donc quelque chose de déterminable à ce sujet. On conviendra alors que cette construction du

11. À ce titre Gurvitch souligne que: «Le calcul des probabilités et les lois statistiques qui se fondent sur lui ont été décrits avec raison comme un procédé de réconciliation particulièrement poussée entre cohérence et contingence, et partant, comme un des procédés du déterminisme les plus caractéristiques. C'est que le calcul des probabilités, comme le dit si bien M. Plus Servien « est un point jeté entre deux mondes d'abord inconciliables: le monde des observables écrit en lettres de hasard et le monde suprême de notre langage, celui des mathématiques » ... la probabilité adaptant les calculs mathématiques à des cadres réels » (1963, p. 59-60).

12. Voir à ce sujet et pour plus de détails la définition du déterminisme donnée par Gurvitch (1963, p. 48).

social sous forme de déterminants sociaux de la santé et l'approche qui s'est installée à ce sujet en santé publique, satisfait une exigence de la mesure, de la certitude et de la maîtrise, tel qu'imposée dans les sciences de la santé.

Retenons alors que **si** les déterminants sont lus dans une perspective sociologique plutôt structurelle et positiviste, s'ils sont pris dans les rouages d'une épidémiologie sociale, s'ils sont présentés dans des graphiques, des courbes, des diagrammes illustrant des corrélations statistiques, ils se présentent bel et bien d'une certaine façon en santé publique. Nous combinons simplement ici un déterminisme classique en étant passé du vivant au social. Et nous y avons ajouté un souci pour le global dans la mesure où l'on avance que les déterminants sont microsociaux, mésociaux/sociétaux, et macrosociaux/mondiaux, qu'ils englobent des phénomènes variés, qu'ils abordent l'économique, le culturel, le politique, les milieux de vie, les comportements, l'environnement physique et naturel (comme les milieux de vie, de logement, l'aménagement des espaces publics), les politiques sociales et les principes moraux (comme la paix, la justice sociale, la sécurité, l'éducation, le revenu, les conditions de travail, la petite enfance, le transport, le support social) (voir Graham, 2004 ; Marmot et Wilkinson, 2006 ; OMS, 2009 ; Raphael, 2009).

À l'inverse, **si** on pense les dits « déterminants » sous l'angle de conditions d'existence qui participent (et non pas déterminent ou influencent) à une santé qui n'est pas déterminable parce que relative à une contingence, à une part de hasard, au rapport singulier de l'Homme avec son milieu, et à un Homme qui déjoue le destin qu'on lui prévoit, le sort qu'on réserve aux « déterminants sociaux » nous situe en dehors de la santé publique. La couleur, la tonalité et la signification de l'objet dépendent donc des lieux où il est situé. Ce constat que nous faisons à propos des déterminants sociaux rejoint bien les propos de Brassolotto, Raphael et Baldeo (2013) quand ils indiquent et regrettent que des barrières épistémologiques empêchent les inégalités sociales de santé d'être considérées pleinement et comme elles devraient l'être en santé publique. Si les inégalités sociales de santé rencontrent cette difficulté, ou qu'elles n'obtiennent pas ici le traitement attendu sur le plan ontologique et pratique, c'est tout bonnement parce que l'existence de cet objet, comme d'autres objets, fait les frais de contraintes et

d'une épistémologie déterministe, tel que nous venons de le présenter.

Cet ordre signifiant fondé sur une manière de penser la santé traverse donc la santé publique. Il sert à la construction d'une réalité, conduit à un découpage de la réalité en phénomènes qu'on objective, et qu'on distribue en facteurs et en effets, afin de leur donner les qualités suffisantes et pertinentes pour les intégrer dans certains devis méthodologiques. Évidemment, la santé publique ne se résume pas à ces considérations théoriques et son expression pratique peut même les contrarier sans que l'on en prenne bien conscience et sans que l'on prenne bien le temps d'analyser les fondements théoriques qui sont au cœur des actions que l'on mène. Mais cet aspect dépasse l'analyse théorique proposée dans ce texte.

## LA SANTÉ INCARNÉE ET LA VOIE DE LA NORMATIVITÉ EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE

La santé communautaire embrasserait donc une autre voie paradigmatique que celle décrite plus haut et proposerait surtout une autre conception de la santé qui ferait à son tour d'autres effets sur les objets qui se présentent en santé communautaire. Revenons alors sur cette santé et ces effets pour saisir la nuance théorique entre la santé communautaire et la santé publique

## UNE APPROCHE VITALISTE EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Quand on se situe en santé communautaire, on a coutume de souligner que la santé relève de la négociation, de l'interaction et d'un rapport avec des hommes et des femmes qui livrent leurs représentations sur ce qu'il est bon et moins bon de vivre, sur leur existence et sur des besoins identifiés. Il n'y donc pas de santé sans des sujets interrogés ou qui s'interrogent, qui jugent, et qui se présentent d'emblée comme acteurs dans leur existence et dans tout projet qui vise à lui donner une suite cohérente. La santé est ici ce qui permet aux personnes d'acheminer un projet de vie en regard d'aspirations qui leur sont avant tout personnelles. Comme on l'entend et le défend

souvent en santé communautaire, la santé est subjective et se présente sous le trait de la ressource.

Des principes vitalistes et une ontologie constructiviste seraient ainsi pour la santé communautaire ce que sont des principes déterministes et une ontologie quasi-réaliste pour la santé publique. À l'opposé d'approches mécanistes et déterministes qui opèrent tout spécialement sur la matière et que l'on applique en santé publique, le vitalisme accueille favorablement un principe ou des forces de vie qui produisent de la surprise, des aléas et l'émergence de nouvelles données dans la manière de répondre à des situations ou des facteurs. En bref, dans une perspective vitaliste, on ne peut s'attendre à prévoir ce qu'il va arriver dans la mesure où un principe produit de l'instabilité, et génère par exemple de la vie, là où on aurait pu prédire de la mort (Nouvel, 2011). Hors du monde biologique et dans le champ d'une santé communautaire, ce vitalisme tient alors dans la considération pour le Sujet, et de fait, dans la reconnaissance et l'acceptation d'une certaine liberté et d'une volonté chez un Sujet-connaissant. En suivant ici les travaux de Canguilhem (1984 [1966]) qui s'inscrivent dans cette perspective et qui cherchent à réhabiliter l'Homme dans une médecine, la santé se présente comme une *condition de vie* et non en fonction d'une normalité jugée à l'aune d'une quantification et de mesures de phénomènes biophysiques ou encore sociales et cognitives. Cette fois, la santé s'incarne à travers des normes subjectives qui sont instituées par les personnes elles-mêmes, en réponse aux exigences rencontrées dans un milieu de vie. L'Homme-Sujet a donc cette capacité de créer lui-même des normes de par cette subjectivité et cette conscience à l'œuvre. Cet aspect de la santé correspond pour Canguilhem à la normativité, autrement dit à : « la possibilité de dépasser la norme qui définit le normal momentané et d'instituer des normes nouvelles dans des situations nouvelles » (Canguilhem, 1966, p.130).

Dans cette optique, la santé devient une dimension de la vie, une norme vitale toujours réinventée dont seul l'individu qui en fait l'expérience peut être le juge. Son jugement renvoie à ce qui permet d'être dans la vie et de s'y retrouver (Arweiler, 2006), de créer une vie bonne, un bien-être, voire un confort de soi, tant avec soi qu'avec les autres et le milieu. C'est sensiblement ce que Canguilhem évoque à travers sa notion d'allure de

vie qui s'entend comme une manière d'être-au-monde dans laquelle : « le vivant répond le mieux aux exigences de son ambiance, vit en harmonie avec son milieu, celle qui comporte le plus d'ordre et de stabilité, le moins d'hésitation, de désarroi, de réactions catastrophiques » (Goldstein (1951) cité par Canguilhem, 1966, p.161). Cette considération pour des Hommes-acteurs, dotés de capacité à créer la vie en fonction et dans les termes de leur jugement, rejoint complètement l'idée de la santé communautaire où l'on souligne l'importance d'une perspective émique dans la définition des problèmes de santé ; perspective d'ailleurs opposée à une perspective étique qui renvoie davantage à l'idée de la santé publique avec les catégories d'experts qu'elle utilise abondamment.

Suivant ce point de vue vitaliste, on comprend alors que la santé ne se possède jamais comme état. Elle s'acquiert plutôt sans cesse et ne se passe ni de soi ni du milieu pour exister. C'est bien pour cette raison qu'il est question, au final, de *santés* au pluriel, tant dans l'existence individuelle que collective (Porée, 2007). De fait, on comprend pourquoi Canguilhem indique à ce propos que la santé est un concept vulgaire et non scientifique (1990, p. 14). Ses contreparties empiriques risquent toujours de varier, de se présenter au singulier ou dans des petits groupes d'individus. Cette façon de poser la santé ne peut prétendre remplir les conditions d'une science en quête de certitude et de validité externe. Ce défaut de performance met évidemment dans l'embarras une santé communautaire qui doit elle aussi faire ses preuves, et tenir dans les formes et les cadres de pensée, de recherche et de financements dominants en sciences de la santé. Il en est ainsi d'une santé communautaire dont la santé la situe bien plus dans un versant de sciences sociales et humaines où se présentent des perspectives constructivistes, interprétativistes, et se rencontrent notamment des postures interactionnistes, phénoménologiques, participatives, et microsociales/localistes.

Par ailleurs, ce que la santé communautaire « perd » d'un côté, elle en tire profit de l'autre, puisqu'une santé qui convoque obligatoirement le rapport de l'Homme à son milieu, convoque du même coup plusieurs disciplines. En laissant ainsi la santé libre de tout processus d'objectivation a priori, la santé communautaire se présente comme un carrefour où l'on accueille des apports disciplinaires