

Entre santé publique et organisation communautaire : points de convergence et de divergence autour du développement des communautés au Québec

André-Anne Parent, Michel O'Neill, Bernard Roy et Paule Simard

Volume 43, numéro 1-2, 2012

Perspectives interdisciplinaires sur la santé et le mieux-être

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1023978ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1023978ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue de l'Université de Moncton

ISSN

1712-2139 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Parent, A.-A., O'Neill, M., Roy, B. & Simard, P. (2012). Entre santé publique et organisation communautaire : points de convergence et de divergence autour du développement des communautés au Québec. *Revue de l'Université de Moncton*, 43(1-2), 67–90. <https://doi.org/10.7202/1023978ar>

Résumé de l'article

Le développement des communautés a pris un essor important au Québec depuis qu'il a été inscrit comme stratégie transversale dans le Programme national de santé publique en 2003. Reconnue comme une stratégie de promotion de la santé et soutenue par l'action communautaire, la mise en place d'une démarche de développement des communautés suppose toutefois un changement de paradigme de la part de divers acteurs professionnels. En effet, agir dans ce domaine amène deux champs d'intervention à se modifier : la santé publique et l'organisation communautaire. Dans ce texte, nous retraçons l'histoire de ces champs depuis les années 1970 et nous montrons de quelle façon le développement des communautés les incite aujourd'hui à travailler ensemble. Nous dégageons également les principaux points de convergence et de divergence qui sous-tendent les pratiques liées au développement des communautés de ces deux champs professionnels.

ENTRE SANTÉ PUBLIQUE ET ORGANISATION
COMMUNAUTAIRE : POINTS DE CONVERGENCE ET DE
DIVERGENCE AUTOUR DU DÉVELOPPEMENT DES
COMMUNAUTÉS AU QUÉBEC¹

André-Anne Parent,
Michel O'Neill,
Bernard Roy
et
Paule Simard
Université Laval

Résumé

Le développement des communautés a pris un essor important au Québec depuis qu'il a été inscrit comme stratégie transversale dans le Programme national de santé publique en 2003. Reconnue comme une stratégie de promotion de la santé et soutenue par l'action communautaire, la mise en place d'une démarche de développement des communautés suppose toutefois un changement de paradigme de la part de divers acteurs professionnels. En effet, agir dans ce domaine amène deux champs d'intervention à se modifier : la santé publique et l'organisation communautaire. Dans ce texte, nous retraçons l'histoire de ces champs depuis les années 1970 et nous montrons de quelle façon le développement des communautés les incitent aujourd'hui à travailler ensemble. Nous dégageons également les principaux points de convergence et de divergence qui sous-tendent les pratiques liées au développement des communautés de ces deux champs professionnels.

Mots clés : développement des communautés, Québec, santé publique, organisation communautaire, promotion de la santé, inégalités sociales de santé.

¹ Remerciements : Les auteurs tiennent à remercier les personnes qui ont accepté de relire et commenter des versions préliminaires de cet article : Suzie Cloutier, Marc De Koninck, Michel Desrosiers, Jean Tremblay, ainsi qu'un réviseur anonyme, pour la pertinence de leurs commentaires et suggestions. Ils prennent toutefois l'entière responsabilité des propos qui y sont tenus.

Abstract

In Québec, a new vision of community development has taken an important expansion since its inclusion as a transversal strategy within the National Public Health Program in 2003. As a health promotion strategy sustained by community action, a community development approach requires a paradigm change from various professional actors. Indeed, to act in this domain requires two intervention fields to modify their practices: public health and community organization. In this paper, we first document the history of these two fields from the 1970s on and we show how community development prompts them to work together today. Lastly, we identify the main convergence and differing points that can impinge upon community development practices in these two fields.

Keywords : community development, Quebec, public health, community organization, health promotion, health inequities.

La Loi québécoise de la santé publique prévoit l'élaboration d'un Programme national de santé publique (PNSP). Ce programme détermine des objectifs et des cibles d'action prioritaires et identifie les interventions favorables à la santé à déployer par les institutions de santé publique, en lien avec divers types de partenaires à l'intérieur et l'extérieur du réseau des établissements de santé (Massé et Morisset, 2008). Il identifie également des stratégies d'action transversales pour améliorer la santé de la population, dont le soutien au développement des communautés (MSSS, 2008). Le développement des communautés est qualifié par le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) de stratégie « prometteuse » qui permet au réseau de la santé et des services sociaux d'« accompagner chaque communauté vers son développement global, sain et durable » (MSSS, 2008, p. 62).

Le PNSP définit le développement des communautés comme :

Un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local. Ce processus vise l'amélioration des conditions de vie sur les plans social,

culturel, économique et environnemental (MSSS, 2008, p. 61).

Un document produit par l'Institut national de santé publique (Leroux et Ninacs, 2002) sur la contribution de la santé publique au développement des communautés balise le processus à suivre en identifiant cinq principes d'intervention incontournables : participation citoyenne, *empowerment*, action intersectorielle, lutte à la pauvreté et réduction des inégalités et, enfin, harmonisation et promotion de politiques publiques favorables à la santé. Ce document est généralement utilisé comme cadre de référence en développement des communautés dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec. En reprenant ces principes et en affirmant que le processus de développement des communautés est soutenu par l'action communautaire, le MSSS positionne ainsi les organisateurs communautaires des Centres de santé et de services sociaux (CSSS), qui ont intégré les anciens Centres locaux de services communautaires (CLSC), comme des acteurs clés de l'amélioration de la santé et du bien-être des populations au Québec (Bourque, 2008 ; Bourque et Lachapelle, 2010 ; Lachapelle *et al.*, 2010 ; RQIIAC, 2010).

Or, l'intégration dans les CSSS du Québec du développement des communautés, tel que défini par les instances de santé publique, demeure à ce jour peu étudiée et nous ne savons que peu de choses sur les processus de mise en place de cette approche dans ces organisations (Côté, 2009). Si le développement des communautés fait largement écho aux pratiques classiques du développement communautaire telles que déployées depuis des décennies par les organisateurs communautaires de CSSS, il force néanmoins le passage d'une vision plus sociale, articulée autour de la pauvreté et de l'amélioration des conditions de vie, vers un discours plus sanitaire, axé sur la réduction des inégalités sociales de santé (Bernier, 2006 ; Raynault et Loncle, 2006). Ce passage oblige les organisateurs communautaires, particulièrement les plus jeunes d'entre eux, à intégrer de nouveaux principes et de nouvelles façons de réaliser leur travail. Il oblige également les professionnels et gestionnaires de santé publique à adopter et promouvoir une pratique qui évolue en dehors de leurs schèmes paradigmatiques habituels (Bernier, 2006). Cet article vise à illustrer les points de convergences et de divergences de deux champs d'intervention dont les fondements diffèrent considérablement, en vue d'en dégager des pistes de réflexion, de

faciliter une éventuelle transformation des pratiques et ultimement, d'améliorer la santé et le bien-être de la population.

La santé publique

L'objectif de la santé publique est de protéger, promouvoir et restaurer la santé d'une population (Tricco *et al.*, 2008), en appliquant des connaissances scientifiques et techniques (Colin, 2004). L'évolution de la santé publique québécoise « s'est faite en maintenant la dimension communautaire (participation de la population, évolution vers la promotion de la santé puis du bien-être) » (Colin, 2004, p. 187). En adoptant une définition large, qui intègre tant les notions restantes de l'hygiène publique du XIX^e siècle que la théorie microbienne des maladies, la lutte aux maladies infectieuses et les approches de promotion de la santé, la santé publique est aujourd'hui un champ dont les frontières demeurent floues (Fassin, 2000 ; Lévesque et Bergeron, 2003), devant sans cesse se définir par rapport à son objet d'étude et d'intervention et dont le caractère est aussi social que sanitaire.

Selon le MSSS du Québec, inspiré par les travaux de l'Organisation mondiale de la santé, la santé publique se définit selon quatre grandes fonctions : surveillance continue de l'état de santé de la population ; prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes ; protection de la santé et promotion de la santé et du bien-être (Fournier, 2003). La stratégie de développement des communautés est le plus souvent identifiée à la fonction de promotion de la santé et du bien-être (Côté, 2009). Pour mieux comprendre cette inscription, il semble opportun de commencer par définir et situer le champ de la promotion de la santé au Québec.

La promotion de la santé

Les interventions en promotion de la santé, qui réfèrent selon la Charte d'Ottawa à « un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci » (OMS, 1986), ont pour origine une compréhension approfondie des multiples déterminants de la santé (Colin, 2004). En intervenant au-delà des mesures préventives, qui visent essentiellement les facteurs de risque et de vulnérabilité à la maladie auprès de populations réputées à risque, la promotion de la santé réfère à un certain nombre de principes : *empowerment*, participation, approche holistique ou écologique, intersectorialité et

multidisciplinarité (Neiman et Hall, 2007). En outre, la promotion de la santé s'attarde aux déterminants sociaux de la santé et cherche à comprendre la distribution des inégalités sociales dans la production de la santé (Abel, 2007).

Face à la croissance des inégalités sociales de santé et à leurs effets sur la santé des populations (Raphael, 2010 ; Wilkinson et Pickett, 2010), ainsi qu'à la présence grandissante de maladies chroniques, dites de civilisation, la promotion de la santé met de l'avant des stratégies qui font fréquemment appel à des processus d'*empowerment* des individus et des communautés (Wallerstein, 1992) ainsi qu'à des pratiques de conscientisation (Minkler et Wallerstein, 2008). Selon certains auteurs (Hyppolite et O'Neill, 2003 ; O'Neill et Stirling, 2006 ; Ridde *et al.*, 2007 ; Wallerstein, 1992), l'*empowerment* est un aspect essentiel de la promotion de la santé, voire même un aspect distinctif par rapport aux autres fonctions de la santé publique (Ridde *et al.*, 2007), qui en ferait un critère pour déterminer si une initiative est ou non de l'ordre de la promotion de la santé (Rootman *et al.*, 2001).

Les processus d'*empowerment* appellent au changement, en faveur de la santé et du bien-être des populations. La Charte d'Ottawa, document fondateur de la promotion de la santé en 1986, rappelle aussi ce processus de changement et affirme que la transformation de l'environnement est tout aussi importante que l'éducation des individus à une meilleure santé (OMS, 1986). Une définition de la promotion de la santé par des auteurs québécois y fait écho : « Le changement planifié des conditions de vie et des modes de vie relatifs à la santé *via* une gamme de stratégies individuelles et environnementales (O'Neill et Cardinal, 1994 *In* O'Neill et Stirling, 2006, p. 57). À cet effet, l'expression consacrée de Nancy Milio en inspire plus d'un : « Que le choix le plus sain devienne le choix le plus simple » (O'Neill *et al.*, 2006).

Le champ de la promotion de la santé est donc, avant tout, un champ d'intervention. S'il n'y a pas de théorie unificatrice qui sous-tend ce champ, nous assistons toutefois à une expansion des connaissances utiles à sa pratique. En portant son regard sur la création de la santé et non sur l'analyse des problèmes de santé (Potvin et Mc Queen, 2007), la promotion de la santé s'inspire notamment de théories issues des sciences sociales (Mc Queen et Kickbush, 2007 ; Potvin et Balbo, 2007). Ces théories permettent de faire état de la complexité des milieux dans lesquels les interventions

ont lieu (Mc Queen, 2007 ; Potvin et Mc Queen, 2007). Cet apport théorique permet d'analyser une situation bien au-delà de son aspect biomédical pour inclure l'action des facteurs sociaux, culturels, économiques et environnementaux qui forment la santé (Abel, 2007 ; Hancock *et al.*, 1999). Cette nouvelle compréhension, de nature multidisciplinaire, s'enrichit des savoirs « populaires », puisés à la source des personnes visées par les activités de promotion (Potvin et Mc Queen, 2007). Dans une approche collective, la participation de ces personnes assure l'appropriation du développement des communautés par la population et permet à cette dernière de « régler les problèmes qu'elle estime les plus importants en appliquant les solutions qu'elle juge les mieux adaptées » (CSBE, 2001, p. 11 *In* Bourque et Favreau, 2003, p. 299). Or, certains considèrent que cette participation serait également la pierre angulaire de la lutte aux inégalités sociales de santé (Navarro, 2009 ; Potvin, 2007).

Inspirés par les théories sociales, Dozon et Fassin (2001) ainsi que Côté (2009) considèrent que nous assistons aujourd'hui à une lecture sanitaire de préoccupations avant tout sociales et politiques, révélant ainsi les enjeux modernes de la santé publique. La traduction en termes épidémiologiques des déterminants sociaux de la santé aurait contribué à la reconnaissance du rôle des inégalités sociales dans l'état de santé des populations (Pelchat, Gagnon, et Thomassin, 2006). En conséquence, le revenu et sa distribution par les sociétés sont désormais reconnus comme étant des déterminants clés de la santé de la population (MacDonald *et al.*, 2009). Si pour certains, les messages de santé publique sont encore trop axés sur les facteurs de risques biomédicaux et comportementaux (MacDonald *et al.*, 2009), il se dégage tout de même un consensus dans la littérature sur l'importance des déterminants sociaux de la santé dans la production des inégalités sociales de santé (Frohlich *et al.*, 2008 ; Guichard et Potvin, 2010; OMS, 2008). Cette littérature rapporte notamment l'existence de rapports de pouvoir, en faveur des individus qui se situent en haut de l'échelle sociale. Ces rapports inégaux se traduisent par des inégalités sociales et des inégalités de santé, au sein, et entre, les sociétés, et soutenus par des politiques gouvernementales qui leur sont favorables (Navarro, 2009).

Le nombre grandissant d'études sur les inégalités sociales de santé est ainsi révélateur des préoccupations modernes de santé publique à travers ses activités de promotion de la santé. Guichard et Potvin (2010) considèrent que « les inégalités sociales de santé, quelle que

soit leur expression ou leur origine, deviennent, dans un nombre croissant de pays, le défi prioritaire des systèmes de santé » (p. 49). L'amélioration de la santé de la population passe ainsi par de nouvelles stratégies qui visent la réduction des inégalités sociales (OMS, 2008 ; Raynault et Loslier, 2008 ; Wilkinson et Pickett, 2010) et qui prennent en considération tant les pratiques des individus que les contextes dans lesquels ces pratiques ont lieu (Frohlich, Corin, et Potvin, 2008). La littérature scientifique démontre que cela suppose de tenir compte des déterminants sociaux de la santé (tels que le revenu, le logement ou l'alimentation), une participation soutenue des individus, la reconnaissance des capacités individuelles et collectives, des interventions dans les milieux de vie pour créer des environnements favorables à la santé et, finalement, l'adoption de stratégies de santé publique qui prennent en considération les facteurs de fragilisation sociale (Bambra *et al.*, 2010 ; Mikkonen et Raphael, 2010 ; Navarro, 2009 ; Raynault et Loslier, 2008 ; Wilkinson et Pickett, 2010). Ainsi stipulés, les enjeux modernes de santé publique, tout comme les stratégies à mettre en place pour y répondre, sont complexes et intrinsèquement politiques.

Quoique les études épidémiologiques nous aient permis de comprendre comment les inégalités sociales s'expriment en inégalités de santé, elles sont moins utiles pour cibler, développer et mettre en œuvre les actions qui contribueront à réduire les inégalités sociales de santé (Bambra *et al.*, 2010 ; Guichard et Potvin, 2010). Cependant, dans un réseau public axé sur la responsabilisation des institutions face aux résultats accomplis, les programmes de santé publique développés selon les pratiques exemplaires et les données probantes sont légion. Les « données probantes sont perçues comme étant l'aboutissement de l'investissement des intervenants en santé » (Jetha *et al.*, 2008) et légitiment les actions de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques. Or les données probantes, pertinentes pour élaborer des interventions individuelles où les résultats de recherches utilisant des devis expérimentaux ou quasi expérimentaux peuvent être utilisés (O'Neill, 2003), ne sont pas aussi éloquentes pour développer des interventions qui diminueront les inégalités sociales de santé. En effet, « il existe très peu de données probantes sur la façon d'intervenir pour diminuer les inégalités sociales de santé » (Potvin, Ginot et Moquet, 2010), quoique les stratégies intersectorielles et participatives soient reconnues comme pertinentes (Frohlich et Potvin, 2008).

Face à la complexité qui sous-tend la production des inégalités sociales de santé, il semble donc que la tradition scientifique de la santé publique, largement influencée par la biomédecine et l'épidémiologie (Fournier, 2003), ne peut à elle seule fournir toutes les réponses et qu'elle doit de plus en plus s'élargir pour s'intéresser aux théories sociales et aux disciplines qui ont pour objectif des champs d'interventions autres que sanitaires (Abel, 2007 ; Navarro, 2009 ; Potvin, 2007). Afin d'agir en ce sens et actualiser la stratégie de développement des communautés, elle doit également se tourner vers les communautés et ceux qui ont le mandat dans le réseau de la santé et des services sociaux de soutenir les processus d'action communautaire : les organisateurs communautaires de CSSS. Dans la prochaine section, nous discuterons du rôle historique des organisateurs communautaires et comment leur action en développement communautaire depuis des décennies peut être reliée au développement des communautés proposé aujourd'hui par la santé publique.

Organisation communautaire en CLSC-CSSS

Les Centres locaux de services communautaires (CLSC), mis en place à l'échelle du Québec dans le courant des années 1970 puis insérés au sein des CSSS en 2004, sont des établissements publics qui ont pour mission d'intégrer soins curatifs et préventifs, services sociaux individuels et action communautaire (Desrosiers, 1999). Dès leurs débuts, les CLSC se voulaient proches de la population, ouverts à la participation des usagers et des employés (Favreau et Hurtubise, 1993). Selon O'Neill (1992) et Desrosiers (1999), les CLSC ont été une réponse de l'État aux mouvements de revendications populaires québécois portés par les fondateurs des « cliniques populaires », qui intégraient soins et revendications sociales. Nés d'initiatives citoyennes visant à prendre en main les problèmes de santé et de bien-être, les services des CLSC étaient donc originellement fortement structurés selon les besoins identifiés par la population (RQIIAC, 2010). Cependant, les orientations ministérielles et les formes d'encadrement bureaucratique mis en place dans le courant des années 1980 et 1990 reléguèrent le rôle de changement social de ces institutions au deuxième plan (Desrosiers, 1999 ; Favreau et Larose, 2007).

Nonobstant ces orientations, les CLSC ont maintenu dans leurs rangs des organisateurs communautaires, des travailleurs qui se

distinguent par leur pratique en prônant l'action collective comme stratégie de modification des conditions de vie (Bourque & Lachapelle, 2010). Cette pratique se démarque de l'activité traditionnelle des intervenants sociaux présents dans le réseau de la santé en offrant une solution collective plutôt qu'individuelle aux problèmes rencontrés mais elle s'est toutefois considérablement modifiée au fil du temps (Comeau *et al.*, 2008).

Dans les années 1980, sous l'impulsion du Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC), les organisateurs communautaires ont contribué à mettre sur pied de nombreux organismes communautaires dont les missions étaient définies selon des problématiques spécialisées. Dans les milieux, on constate à cette époque un passage du travail auprès des groupes populaires à celui auprès des groupes communautaires, accentuant la spécialisation par problème ou clientèle au détriment de l'enracinement territorial (Bourque et Lachapelle, 2010 ; Comeau *et al.*, 2008). La multiplication de ce dernier type de groupes s'accompagne alors d'une remise en question du rôle de l'État dans le support à offrir aux milieux, reflété dans un nombre important d'enquêtes et de rapports gouvernementaux – Brunet, Castonguay, Rochon – sur la question (Lachapelle *et al.*, 2010 ; Massé et Morisset, 2008).

Au tournant des années 1990, l'organisation communautaire en CLSC continue à être largement définie selon le soutien apporté aux programmes en place et à leurs retombées dans le milieu (Mayer, 2002). Au cours de cette période, les projets développés selon des problématiques ou des populations précises dominent de plus en plus la pratique des organisateurs communautaires en CLSC et suscitent la controverse et l'inquiétude chez plusieurs d'entre eux (Bourque et Lachapelle, 2010). En réaction, et dans le but de se regrouper pour promouvoir et défendre l'intégrité et la spécificité de leur pratique, ils mettent en place en 1988 un regroupement provincial – le Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CSSS (RQIIAC).

Au début des années 2000 l'organisation communautaire est donc toujours présente au Québec dans les services sociaux institutionnels qualifiés de première ligne (Fréchette, 2007). Il s'agit toutefois d'une pratique en mouvance. En effet, le portrait des CLSC change drastiquement au début du XXI^e siècle. En 2004, l'intégration des CLSC dans les Centres de santé et de services sociaux (CSSS)

« modifie substantiellement le contexte de pratique de l'organisation communautaire dans le réseau public » (RQIIAC, 2010).

Deux principes inspirent la mission des CSSS, soit la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services (Lachapelle *et al.*, 2010 ; Massé et Morisset, 2008 ; RQIIAC, 2010). Pour actualiser ces principes, des « projets cliniques et organisationnels » sont mis en place avec les acteurs de nouveaux réseaux locaux de services, dont les CSSS sont responsables, et se déclinent selon des problématiques précises : jeunes en difficulté, santé mentale, etc. (Massé et Morisset, 2008). En outre, la création des CSSS vient concrétiser la responsabilité locale en santé publique et modifie les relations, d'une part avec les partenaires du réseau local de services (Jbilou et Reinharz, 2006) et, d'autre part, avec la société civile (Bourque, 2008).

Le changement structurel qui a mené à la création des CSSS a des ramifications complexes, tant « d'un point de vue paradigmatique que structurel et touche autant le système de santé en général que les différents niveaux d'offre de services et les pratiques professionnelles » (Jbilou et Reinharz, 2006, p. 88). Pour les organisateurs communautaires, ce changement se concrétise notamment par la mise en place de structures de concertation et de partenariat qui favorisent la mobilisation d'acteurs sur des enjeux spécifiques. La concertation intersectorielle est ainsi de plus en plus présente dans presque tous les domaines (santé et services sociaux, éducation, sécurité publique, planification urbaine, emploi, etc.), certains allant jusqu'à identifier à cet égard un phénomène d'« hyperconcertation » (Bourque, 2008).

En effet, de nombreux organisateurs communautaires animent ou soutiennent des tables de concertation, certaines étant issues de besoins identifiés par le milieu et d'autres, d'orientations ou de priorités identifiées par des bailleurs de fonds ou des institutions, notamment le réseau de la santé et des services sociaux. Quoique ces structures puissent être perçues comme une stratégie de désengagement de l'État face à des problématiques sociales, en utilisant les organismes communautaires comme mesure de compensation à la crise de l'État-providence, les responsabilités des CSSS face aux réseaux locaux de services peuvent aussi assurer une accessibilité et une continuité améliorées dans l'offre de services (Bourque, 2008 ; Favreau et Fréchette, 2003 ; Massé et Morisset, 2008). La gestion de services programmés - dont certains programmes

de santé publique - demeure donc prépondérante en CSSS, laissant moins de place aux initiatives issues des communautés (Lachapelle *et al.*, 2010).

À ses débuts, l'organisation communautaire en CLSC était ainsi avant tout une forme de soutien à l'action communautaire qui utilisait de manière importante des stratégies d'animation et de revendication sociales. Les changements organisationnels et la professionnalisation de la pratique l'ont toutefois amenée à se définir comme une forme d'intervention professionnelle qui vise à agir sur l'action communautaire (Bourque et Lachapelle, 2010). Elle le fait notamment en soutenant davantage, par son expertise et sa connaissance des milieux, divers processus d'action collective (démarrage de projets, mise en place de ressources, soutien, structuration, évaluation, etc.) plutôt qu'en étant au cœur de processus plus revendicateurs (Favreau et Larose, 2007).

Organisation communautaire, santé publique et développement des communautés

L'inscription du développement des communautés dans les documents officiels de la santé publique peut être perçue par les organisateurs communautaires comme un moyen de renforcer les pratiques de développement local. Pour les CSSS, le développement des communautés peut également être perçu comme une façon de concrétiser la responsabilité populationnelle qui leur est dévolue. Il s'agit donc d'un tournant vers une vision plus territoriale de l'intervention, la notion de communauté territoriale étant centrale au développement des communautés.

Selon le PNSP, mettre sur pied une stratégie en développement des communautés permettrait aux CSSS de contribuer à l'amélioration de la santé de la population, en agissant à différents niveaux :

- renforcer l'ancrage territorial par l'identification de communautés d'appartenance ;
- établir et renforcer des liens de confiance ;
- soutenir la participation citoyenne ;
- soutenir la concertation et les partenariats intersectoriels locaux ;
- évaluer les processus de mise en place des actions et leurs retombées (MSSS, 2008).

L'identification de cette stratégie d'action transversale n'est donc pas banale pour les organisateurs communautaires. En spécifiant que

l'action au sein des communautés est un mode important de soutien au développement des milieux, le PNSP les positionne comme des acteurs privilégiés pour la mise en place de projets de développement des communautés dans les territoires de CSSS (Bourque, 2008 ; Lachapelle *et al.*, 2010 ; RQIIAC, 2010). Et, « en misant sur l'expertise des intervenants communautaires aptes à utiliser des approches diversifiées et adaptées au milieu, les CSSS contribuent au développement d'un climat propice à l'action locale et communautaire » (MSSS, 2008, p. 63).

Mais si le développement des communautés est clairement associé à des pratiques d'action communautaire et de développement local qui dans les CLSC, puis les CSSS, ont historiquement appartenu aux organisateurs communautaires (Comeau *et al.*, 2008), l'actualisation des principes qui sous-tendent cette stratégie est toutefois quelque peu paradoxale et vient questionner leurs pratiques. D'une part, on assisterait, dans le contexte du développement des communautés, à un renouvellement de l'action communautaire en CSSS et à une reconnaissance de sa contribution dans le discours de santé publique (Lachapelle *et al.*, 2010). D'autre part, l'augmentation pour les organisateurs communautaires des dossiers de type socio-institutionnels axés sur les saines habitudes de vie, qui s'inscrivent dans le courant des données probantes et des pratiques exemplaires, contribuerait à inquiéter ceux qui ont vécu la période innovatrice des CLSC dans les années 1970 et 1980 (Bourque et Lachapelle, 2008 ; Comeau *et al.*, 2008). En effet, de nombreux programmes de santé publique – notamment École en santé, Services intégrés en périnatalité et petite enfance, 0-5-30, etc. – se réclament de la mobilisation sociale et font appel aux organisateurs communautaires pour mettre en œuvre leurs stratégies. Toutefois, la mobilisation sociale se distingue du développement des communautés en ciblant l'atteinte d'objectifs précis et ciblés, définis par les instances de santé publique et non par les communautés à qui les programmes sont destinés (MSSS, 2008). Dans ce contexte, certains vont jusqu'à dénoncer un phénomène d'instrumentalisation des organisateurs communautaires par la santé publique (Lachapelle et Bourque, 2007).

Pourtant, la littérature propre à la santé publique rappelle que l'approche populationnelle mise en œuvre par des programmes d'éducation à la santé est aujourd'hui confrontée à des limites importantes et que ces programmes ne contribuent que faiblement à améliorer la santé de la population, ou qu'ils peuvent même, dans

certains cas, exacerber les inégalités de santé (Frohlich et Potvin, 2008). En effet, il est désormais reconnu que la notion de « choix personnel » sur laquelle reposent les stratégies de modification de comportements fait trop souvent abstraction des conditions de vie dans lesquelles les personnes font des choix et de l'importance des facteurs contextuels dans la modification des facteurs de risque (Woolf, Dekker, Byrne et Miller, 2011).

Transcender les pratiques : quel avenir possible ?

La reconnaissance des conditions de vie et des facteurs contextuels – généralement nommés en santé publique comme les déterminants sociaux de la santé – dans la mise en œuvre des interventions de santé publique est un enjeu important. Cependant, peu de données probantes à ce sujet existent car les effets de ces interventions sont difficiles à mesurer selon les paramètres scientifiques usuels de la santé publique, encore largement ancrés dans un paradigme biomédical (Braveman, Egerter, Woolf et Marks, 2011). Malgré cela, même si de nombreuses connaissances restent à parfaire, nous avons suggéré plus haut qu'un consensus dans le monde de la santé publique existe maintenant sur l'importance de réduire les inégalités sociales de santé par l'action sur les déterminants sociaux de la santé.

Le développement des communautés s'inscrit dans cette mouvance. Si, tel que nous l'avons vu, il se rapporte à des modes d'intervention traditionnels en organisation communautaire, cette dernière connaît une notoriété nouvelle depuis qu'il est inscrit comme stratégie d'action « prometteuse » pour la santé publique (Bourque et Favreau, 2003). De fait, le PNSP permet le passage du discours traditionnel de l'organisation communautaire en CSSS, articulé autour de la pauvreté et de l'amélioration des conditions de vie, à un discours axé sur la réduction des inégalités sociales de santé par l'action sur les déterminants sociaux de la santé pour l'ensemble des intervenants du réseau québécois de la santé. Cette lecture sanitaire des problèmes sociaux et de l'action sociale « légitime l'entrée de la problématique de la pauvreté et de l'exclusion sociale au sein de l'ensemble des préoccupations d'intervention en santé » (Côté, 2009, p. 30). Cependant, si la promotion de la santé permet, par la préention universaliste du concept de santé dont il est porteur (Côté, 2009), de réviser le discours et les pratiques de santé, et que les organisateurs communautaires se positionnent favorablement face à ce discours, il

n'en demeure pas moins que ces derniers ne sont pas des agents de promotion de la santé.

Nous proposons donc ici, en guise de conclusion, quelques pistes de réflexion qui permettraient d'aborder ces dilemmes et de penser à une actualisation optimale de la stratégie de développement des communautés en CSSS.

Suggestions pour la santé publique

Pour la santé publique d'abord, un ancrage plus explicite du développement des communautés dans le champ de la promotion de la santé semble essentiel. En effet, le discours de santé publique dans les documents de référence sur le sujet ne fait que peu allusion au corpus théorique et aux stratégies d'intervention en promotion de la santé, laissant planer le flou qui règne dans le réseau de la santé québécois quant à ce qui relève de ce champ. Conséquemment, et nous l'avons évoqué plus haut quant aux programmes normés, la promotion de la santé est trop souvent associée en CSSS à l'éducation à la santé, qui en est une composante essentielle mais partielle. Ce faisant, on entretient la méfiance des organisateurs communautaires, généralement plus collectivistes dans leurs approches, face à leur rôle dans les programmes de santé publique, encore particulièrement associé aux saines habitudes de vie (Bourque et Lachapelle, 2010). Il serait donc intéressant, selon nous, de positionner le développement des communautés, tel que présentement défini au Québec, à l'aide des concepts utilisés internationalement en promotion de la santé, comme ceux « d'environnements favorables à la santé » (Dooris, 2009 ; Poland, Krupa et McCall, 2009 ; Whitelaw *et al.*, 2001) ou de « communautés en santé » (Hancock, 2000; Potvin et Jones, 2011), qui reposent sur des approches globales rassembleuses tout à fait compatibles avec celles qui sont familières aux organisateurs communautaires.

En complément, il semble essentiel de dégager une vision qui dépasse les domaines d'intervention qui structurent encore aujourd'hui les actions de santé publique. Alors qu'elle n'est pour l'instant associée à aucun domaine spécifique (MSSS, 2008), la stratégie de développement des communautés pourrait être très pertinente dans des domaines précis du PNSP tels « Développement, adaptation et intégration sociale », « Habitudes de vie et maladies chroniques », « Santé environnementale », et dans bien d'autres encore, dépendamment des besoins spécifiques des milieux et des

communautés. Il semble incohérent de promouvoir l'action intersectorielle auprès de divers partenaires, considérée comme essentielle pour réduire les inégalités sociales de santé, si on ne peut amener les différents domaines de la santé publique à définir une vision qui va en ce sens. De même, comme les connaissances nécessaires pour mieux comprendre le sujet et mettre en œuvre la stratégie se veulent de nature transdisciplinaire, la valorisation explicite en santé publique de la recherche transdisciplinaire semble nécessaire (Darbellay et Paulsen, 2008 ; Nicolescu, 2008).

Enfin, il serait pertinent de définir la capacité de la santé publique d'agir sur les politiques publiques en mettant en œuvre des moyens concrets, notamment des évaluations participatives de projets de développement des communautés (Simard, 2005 ; Simard, Champagne et Paré, 2008), des méthodes collaboratives d'évaluation du potentiel piétonnier (Demers, 2008 ; (Pelletier, Paquin et Beausoleil, 2011), des études participatives d'impact sur la santé (Corburn, 2009 ; Farhang *et al.*, 2008) et des synthèses de connaissances réalisées à partir des besoins du milieu (Lemire, Souffez et Laurendeau, 2009). Ces outils pourraient être utilisés par les organisateurs communautaires, dans une visée de mobilisation citoyenne, dans les milieux touchés. Évidemment, toutes ces actions ne peuvent se réaliser sans une réflexion approfondie sur les mécanismes de financement des activités de santé publique et sur la façon dont ce financement peut soutenir le développement des communautés.

Suggestions pour l'organisation communautaire

En ce qui a trait à l'organisation communautaire, retenons certaines pistes de réflexion qui s'harmoniseraient à celles proposées ci-haut pour la santé publique. Le cadre de référence en organisation communautaire (RQIIAC, 2010), auquel nous avons amplement référé, identifie les organisateurs communautaires comme des *leaders* intersectoriels locaux. Ce rôle leur permet de porter la vision du développement des communautés dans les concertations locales qu'ils coordonnent ou pour lesquelles ils agissent comme animateur ou en soutien au processus. Pour jouer ce rôle, une connaissance approfondie de l'ensemble des principes d'intervention liés au développement des communautés et de leur fonction comme organisateur communautaire dans la mise en œuvre de ces principes leur serait bénéfique. Pour atteindre cet objectif, compte tenu du

contexte changeant de l'organisation communautaire en CSSS dont nous avons discuté, il semblerait essentiel d'offrir de la formation continue dans les CSSS, qu'on pourrait également lier à des espaces de réflexion sur la pratique et son évolution, peu fréquents à l'heure actuelle. C'est notamment ce que le projet doctoral de l'une d'entre nous explore.

Dans une perspective transdisciplinaire, il serait de plus souhaitable de considérer l'apport d'autres disciplines pour bien comprendre la complexité des problèmes rencontrés et l'interaction entre les différents déterminants sociaux de la santé – pensons notamment à l'urbanisme en ce qui a trait à l'aménagement d'environnements favorables à la santé, par des actions de revitalisation dans des milieux dévitalisés. En ce sens, les organisateurs communautaires pourraient aussi profiter des moyens proposés ci-haut pour la santé publique, tels les évaluations participatives, les audits de potentiel piétonnier et les évaluations d'impact sur la santé. Il semble y avoir un arrimage possible et pertinent sur l'utilisation de moyens concrets pour soutenir la pratique en développement des communautés, tout en favorisant l'adoption de politiques publiques favorables à la santé et cela, dans le but d'outiller et de mobiliser la population dans cette perspective.

Ainsi, il y a lieu de penser à une expansion non seulement des connaissances mais également des outils d'intervention afin de réaliser des actions structurantes qui permettront de réduire les inégalités sociales de santé. Si les fêtes de quartier et autres activités sociales ponctuelles sont facilement réalisables et souvent utilisées pour mobiliser des milieux, le développement des communautés devrait plutôt déboucher sur des actions qui ont des effets durables à plus long terme. L'analyse des déterminants sociaux de la santé, avec les citoyens dans les communautés, pourrait permettre le passage entre l'instrumentalisation des organisateurs communautaires dans les programmes normés de santé publique à une action conjointe entre eux et les milieux locaux qui viserait l'amélioration de la santé globale des individus. Nous proposons ainsi de réfléchir à l'ajout du soutien au développement des communautés dans la typologie des pratiques en organisation communautaire (RQIIAC, 2010), afin de l'identifier comme une pratique distincte. Cet ajout permettrait de ne pas le confondre avec le développement local, qui n'a pas de visée sanitaire, ni avec l'approche socio-institutionnelle, qui vise la mobilisation sociale à partir de programmes normés. Cela pourrait donc valoriser

davantage les multiples approches et pratiques des organisateurs communautaires en CSSS et reconnaître la spécificité du soutien au développement des communautés dans ces approches et pratiques.

Conclusion

Dans cet article, nous avons montré que la santé publique et l'organisation communautaire ont des fondements paradigmatiques différents. Nous avons également identifié la pertinence d'inscrire le soutien au développement des communautés dans les deux champs d'intervention. Cette inscription permettrait non seulement de valoriser le travail des organisateurs communautaires, que ce soit dans les communautés elles-mêmes ou dans les organisations qui les emploient, mais également de diminuer la tension entre le monde de la santé publique et de l'organisation communautaire. Comme le soutien au développement des communautés a des finalités sanitaires, en visant la réduction des inégalités sociales de santé et l'amélioration de la santé de la population, il se distingue des autres pratiques en organisation communautaire. Et quoique tous les intervenants de la santé peuvent contribuer par leurs pratiques au développement des communautés, la stratégie de soutien au développement des communautés est principalement portée par l'organisation communautaire dans les CSSS. Le fait de ne pas reconnaître la spécificité du soutien au développement des communautés en organisation communautaire peut à terme dévaloriser la pratique des organisateurs communautaires.

Nous croyons ainsi, pour conclure cette réflexion, que la mise en œuvre du développement des communautés aurait avantage à se poursuivre de manière conjointe entre l'univers de la santé publique et celui de l'organisation communautaire, afin d'en transcender les limites et d'augmenter ainsi leur capacité respective d'améliorer la santé de la population et de réduire les inégalités sociales de santé.

Bibliographie

- Abel, T. (2007). Cultural capital in health promotion. *In* D. V. McQueen *et al.* (dir.). *Health and modernity. The role of theory in health promotion*. New York : Springer. 43-73.
- Bambra, C., Gibson, M., Sowden, A., Wright, K., Whitehead, M. et Petticrew, M. (2010). Tackling the wider social determinants of health and health inequalities : evidence from systematic reviews. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 64:4.284-291.

- Bernier, N. F. (2006). La politique de santé publique et les aspects sociaux de la santé : vers un management techno-scientifique de l'état providence québécois ? *Lien social et Politiques*. 55.13-23.
- Bourque, D. (2008). *Concertation et partenariat : entre levier et piège du développement des communautés*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Bourque, D. et Favreau, L. (2003). *Développement des communautés, santé publique et CLSC*. Hull : Université du Québec en Outaouais, Centre d'étude et de recherche en intervention sociale.
- Bourque, D. et Lachapelle, R. (2010). *L'organisation communautaire en CSSS : service public, participation et citoyenneté*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Braveman, P. A., Egerter, S. A., Woolf, S. H. et Marks, J. S. (2011). When do we know enough to recommend action on the social determinants of health ? *American journal of preventive medicine*. 40:1 Suppl 1.S58-66.
- Colin, C. (2004). La santé publique au Québec à l'aube du XXI^e siècle. *Santé publique*. 16:2.185-195.
- Comeau, Y., Duperré, M., Hurtubise, Y., Mercier, C. et Turcotte, D. (2008). *L'organisation communautaire en mutation : étude sur la structuration d'une profession du social*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- Corburn, J. (2009). *Toward the healthy city : people, places, and the politics of urban planning*. Cambridge, Mass : MIT Press.
- Côté, J. (consulté le 7 octobre 2013). Le point de vue des acteurs sociaux locaux de la MRC Le Rocher-Percé sur le développement des communautés et la santé étude des opinions, des représentations et des enjeux : rapport de recherche. Récupéré à <http://ressortgim.ca/wp-content/uploads/2009-Développement-communautés-et-santé-RP.pdf>.
- Darbellay, F. et Paulsen, T. (2008). *Le défi de l'inter- et transdisciplinarité*. Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes.
- Demers, M. (2008). *Pour une ville qui marche : aménagement urbain et santé*. Montréal : Éditions Écosociété.

- Desrosiers, G. (1999). Le système de santé au Québec bilan historique et perspective d'avenir. *Revue d'histoire de l'Amérique française*. 53:1.3-18.
- Dooris, M. (2009). Holistic and sustainable health improvement: the contribution of the settings-based approach to health promotion. *Perspectives in public health*. 129:1.29-36.
- Dozon, J. P. et Fassin, D. (2001). *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris : Éditions Balland.
- Farhang, L., Bhatia, R., Scully, C. C., Corburn, J., Gaydos, M. et Malekafzali, S. (2008). Creating tools for healthy development : case study of San Francisco's Eastern Neighborhoods Community Health Impact Assessment. *Journal of public health management and practice*. 14:3.255-265.
- Fassin, D. (2000). Comment faire de la santé publique avec des mots. Une rhétorique à l'oeuvre. *Ruptures*. 7:1.58-78.
- Favreau, L. et Fréchette, L. (2003). *Le développement social des communautés : le défi des nouvelles générations de travailleurs sociaux*. Cahier du CÉRIS, Série Recherches no 22. Gatineau : Université du Québec en Outaouais.
- Favreau, L. et Hurtubise, Y. (1993). *CLSC et communautés locales : la contribution de l'organisation communautaire*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Favreau, L. et Larose, G. (2007). Le développement des communautés aujourd'hui au Québec : essai d'analyse politique. In D. Bourque et al. (dir.). *L'organisation communautaire : fondements, approches et champs de pratique*. Québec : Presses de l'Université du Québec. 41-56.
- Fournier, P. (2003). L'art et la science de la santé publique. In M. A. Gérin (dir.). *Environnement et santé publique. Fondements et pratiques*. Paris : Éditions Tec&Doc. 39-57.
- Fréchette, L. (2007). L'approche sociocommunautaire dans le développement social des communautés. In D. Bourque et al. (dir.). *L'organisation communautaire : fondements, approches et champs de pratique*. Québec : Presses de l'Université du Québec. 119-136.
- Frohlich, K. L. et Potvin, L. (2008). Transcending the Known in Public Health Practice. *American journal of public health*. 98:2. 216-221.

- Frohlich, K., Corin, L. et Potvin, L. (2008). La relation entre contexte et maladie : une proposition théorique. In K. L. Frohlich, M. De Koninck, A. Demers et P. Bernard (dir.). *Les inégalités sociales de Santé au Québec*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal. 141-164.
- Guichard, A. et Potvin, L. (2010). Pourquoi faut-il s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? In L. Potvin, Moquet, M.-J. et Jones, C. (dir.). *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action. 35-51.
- Hancock, T. (2000). Healthy communities must also be sustainable communities. *Public health reports*. 115:2-3.151-156.
- Hancock, T., Labonte R. et Edwards, R. (1999). Indicators that count! Measuring population health at the community level. *Canadian Journal of public health*. 90 Suppl. 1:S22-S26.
- Hyppolite, S. R. et O'Neill, M. (2003). Les conséquences pour les interventions en promotion de la santé d'un nouveau modèle d'empowerment. *Promotion & Education*. 10:3.137-142.
- Jbilou, J. et Reinharz, D. (2006). Développement d'interfaces entre les services de santé publique et les services cliniques de première ligne à Québec : une étude de cas. *Healthcare Policy*. 2:1.79-90.
- Jetha, N., Robinson, K., Wilkerson, T., Dubois, N., Turgeon, V. et DesMeules, M. (2008). Comblent l'écart entre les données probantes et l'action : L'initiative canadienne des pratiques exemplaires pour la promotion de la santé et la prévention des maladies chroniques. *Revue canadienne de santé publique*. 99.5.1-1-I-8.
- Lachapelle, R. et Bourque, D. (2008). Pratiques d'organisation communautaire en CSSS et programmes de santé publique : Rapport de recherche no 5. Gatineau : Université du Québec en Outaouais., ARUC-ISDC et RQIIAC.
- Lachapelle, R., Bourque, D. et Foisy, D. (2010). Les apports de l'organisation communautaire en CSSS aux infrastructures communautaires de développement des communautés. *Service Social*. 56:1.
- Leroux, R. et Ninacs, W. A. (2002). *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés : revue de littérature*. Montréal : Institut national de santé publique.

- Lévesque, J. F. et Bergeron, P. (2003). De l'individuel au collectif : une vision décloisonnée de la santé publique et des soins. *Ruptures*. 9:2.73-89.
- Macdonald, J., Raphael, D., Labonte, R., Colman, R., Torgerson, R. et Hayward, K. (2009). Income and health in Canada : Canadian researchers' conceptualizations make policy change unlikely. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*. 39:3.525-543.
- Massé, R. et Morisset, J. (2008). Enjeux et défis en santé publique. *Santé & Solidarité*. 7:2.83-90.
- Mayer, R. (2002). *Évolution des pratiques en service social*. Boucherville : Gaëtan Morin.
- Mc Queen, D. (2007). Critical issues in theory for health promotion. In D. Mc Queen et I. Kickbush (dir.). *Health and modernity. The role of theory in health promotion*. New York : Springer. 21-42.
- Mc Queen, D. et Kickbush, I. (2007). Health promotion : the origins of the third public health revolution leading to a new public health. In D. Mc Queen et I. Kickbush (dir.). *Health and modernity. The role of theory in health promotion*. New York : Springer. 1-5.
- Mikkonen, J. et Raphael, D. (consulté le 7 octobre 2013). Social determinants of health : The Canadian facts. Récupéré à http://www.thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts.pdf
- Minkler, M. et Wallerstein, N. (2008). *Community-based participatory research for health : from process to outcomes*. San Francisco : Jossey-Bass.
- MSSS (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012* (Mise à jour 2008 éd.). Québec : Santé et services sociaux Direction générale de la santé publique.
- Navarro, V. (2009). What we mean by social determinants of health. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*. 39:3.423-441.
- Neiman, A. et Hall, M. (2007). Urbanization and health promotion. In D. J. Mc Queen, C. (dir.). *Global perspectives on health promotion effectiveness*. New York : Springer. 201-224.
- Nicolescu, B. (2008). *Transdisciplinarity : Theory and practice*. New York : Hampton Press.

- O'Neill, M. (2003). Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en promotion de la santé ? *International journal of public health*. 48:5.317-326.
- O'Neill, M. et Stirling, A. (2006). Travailler à promouvoir la santé ou travailler en promotion de la santé ? In M. O'Neill et al. (dir.). *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*. Québec : Presses de l'Université Laval. 42-61.
- O'Neill, M., Pederson, A., Dupéré, S. et Rootman, I. (2006). La promotion de la santé au Canada et à l'étranger : bilan et perspectives. In M. a. O'Neill (dir.). *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques* Québec : Presses de l'Université Laval. 3-24.
- OMS (2008). *Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health : Commission on Social Determinants of Health final report*. Geneva: World Health Organization : Commission on Social Determinants of Health.
- (consulté le 7 octobre 2013). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Récupéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf>.
- Pelchat, Y., Gagnon, É. et Thomassin, A. (2006). Sanitarisation et construction de l'exclusion sociale. *Lien social et Politiques*. 55.55-66.
- Pelletier, A., Paquin, S., avec la coll. de Beausoleil, M. (2011). *L'audit de potentiel piétonnier de la RUI Saint-Pierre. Pour un quartier qui marche*. Montréal : Direction de santé publique. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- Poland, B., Krupa, G. et McCall, D. (2009). Settings for health promotion : an analytic framework to guide intervention design and implementation. *Health promotion practice*. 10:4.505-516.
- Potvin, L. (2007). Managing uncertainty through participation. In D. Mc Queen et I. Kickbush (dir.). *Health and modernity. The role of theory in health promotion*. New York : Springer. 103-128.
- Potvin, L. et Balbo, L. (2007). From a theory group to a theory book. In D. Mc Queen et C. Jones (dir.). *Global perspectives on health promotion effectiveness*. New York : Springer. 6-11.
- Potvin, L. et Jones, C. M. (2011). Twenty-five years after the Ottawa Charter : the critical role of health promotion for public health. *Revue canadienne de sante publique*. 102:4.244-248.

- Potvin, L. et Mc Queen, D. (2007). Modernity, public health and health promotion : a reflexive discourse. Dans D. Mc Queen et I. Kickbush (dir.). *Health and Modernity. The role of theory in health promotion*. New York : Springer. 12-20.
- Potvin, L., Ginot, L. et Moquet, M.-J. (2010). La réduction des inégalités : un objectif prioritaire des systèmes de santé. In L. Potvin, Moquet, M.-J. et Jones, C. (dir.). *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis : INPES, coll. Santé en action. 52-61.
- Raphael, D. (2010). *Health promotion and quality of life in Canada : Essential readings*. Toronto : Canadian Scholar's Press.
- Raynault, M.-F. et Loncle, P. (2006). Présentation. *Lien social et Politiques*. 55.5-9.
- Raynault, M.-F. et Loslier, J. (2008). La réduction des inégalités sociales de santé. In K. L. Frohlich, M. De Koninck, A. Demers et P. Bernard (dir.). *Les inégalités sociales de santé au Québec*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal. 379-404.
- Ridde, V., Delormier, T. et Goudreau, G. (2007). Evaluation of empowerment and effectiveness. In D. V. McQueen et C. M. Jones (dir.). *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness* (pp. 385-399). New York : Springer.
- RQIIAC (2010). *Pratiques d'organisation communautaire en CSSS cadre de référence du RQIIAC*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Simard, P. (2005). *Perspectives pour une évaluation participative des projets Villes et Villages en santé*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.
- Simard, P., Champagne, D. et Paré, G. (consulté le 7 octobre 2013). Sait-on travailler ensemble ? Petit guide d'évaluation à l'intention des initiatives de développement des communautés. Récupéré à <http://www.rechercheparticipative.org>.
- Tricco, AC., Runnels, V., Sampson, M. et Bouchard, L. (2008). Shifts in the use of population health, health promotion and public health: a bibliometric analysis. *Revue canadienne de santé publique*. 99:6.466-471.
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment and health : implications for health promotion programs. *American journal of health promotion*. 6:3.197-205.

- Whitelaw, S., Baxendale, A., Bryce, C., MacHardy, L., Young, I. et Witney, E. (2001). 'Settings' based health promotion: a review. *Health promotion international*. 16:4.339-353.
- Wilkinson, R. G. et Pickett, K. (2010). *The spirit level : why greater equality makes societies stronger*. New York : Bloomsbury Press.
- Woolf, S. H., Dekker, M. M., Byrne, F. R. et Miller, W. D. (2011). Citizen-centered health promotion : building collaborations to facilitate healthy living. *American journal of preventive medicine*, 40:1 Suppl 1.S38-47.