Document generated on 04/24/2024 1:43 p.m.

Recherches sociographiques

La naissance du réseau québécois de Villes et de villages en santé

Michel O'Neill, Lise Cardinal, Jean-Paul Fortin and Gisèle Groleau

Volume 31, Number 3, 1990

La santé

URI: https://id.erudit.org/iderudit/056549ar
DOI: https://doi.org/10.7202/056549ar

See table of contents

Publisher(s)

Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval

ISSN

0034-1282 (print)
1705-6225 (digital)

Explore this journal

Cite this article

O'Neill, M., Cardinal, L., Fortin, J.-P. & Groleau, G. (1990). La naissance du réseau québécois de Villes et de villages en santé. *Recherches sociographiques*, *31*(3), 405–418. https://doi.org/10.7202/056549ar

Article abstract

The birth in 1987 of a Quebec network of «Villes et villages en santé» is first inserted into the context of «Healthy Cities» (H.C.), an international movement launched in Europe in 1986 by the World Health Organization as one of its recent initiatives in health promotion. Using data from a group interview done with the leaders of the first municipalities to start H.C. in the province, an analysis of the actors, issues and strategies explaining the interest of these pioneer localities to join the movement is offered. Finally, a theoretical model intending to explain the genesis of H.C. in Quebec is provided and its usefulness discussed to understand Healthy Cities here and abroad.

Tous droits réservés © Recherches sociographiques, Université Laval, 1990

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

LA NAISSANCE DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE VILLES ET VILLAGES EN SANTÉ*

Michel O'NEILL
Lise CARDINAL
Jean-Paul FORTIN
Gisèle GROLEAU

La naissance au Québec en 1987 d'un réseau de « Villes et villages en santé » (V.V.S.) est d'abord placée dans le contexte du mouvement international « Healthy Cities » lancé, un an plus tôt, par l'Organisation mondiale de la santé comme l'un de ses récents projets de promotion de la santé. Une entrevue avec les dirigeants des premières villes québécoises à s'engager dans cette voie permet de situer les acteurs et de dégager les enjeux et les stratégies qui expliquent leur participation à V.V.S. Un modèle théorique de la genèse de l'implication d'une municipalité québécoise est ensuite proposé et commenté au point de vue de son utilité pour comprendre le rayonnement de Healthy Cities au Québec et dans le monde.

Le 13 avril 1987, par une résolution de son conseil nouvellement élu, Rouyn-Noranda devenait la première ville au Canada à se joindre au mouvement international « Healthy Cities » lancé un an plus tôt en Europe, sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.). À la suite d'un important changement de vision quant à la manière de prendre en charge la santé humaine

* Cette recherche a été subventionnée par le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec grâce au programme Projets subventionnés en santé communautaire, volet provincial. Les auteurs tiennent à remercier Vincent Lemieux, du Département de science politique de l'Université Laval, pour sa collaboration constante, de même que les membres du Réseau de recherche en santé – aspects socio-politiques et organisationnels de l'Université Laval et Louis Poirier, du Centre de Villes et villages en santé, pour leurs commentaires sur les versions préliminaires de ce texte.

depuis la fin des années 1970, le mouvement vise à promouvoir celle des populations locales en créant des environnements plus favorables à la santé.

Nous analysons la naissance de la version québécoise de ce mouvement, connue sous le nom de «Villes et villages en santé» (V.V.S.), en décrivant ses acteurs, ses enjeux et ses stratégies. Ensuite, nous proposons un cadre conceptuel permettant de comprendre cet avènement. Finalement, nous commentons la capacité de ce modèle à rendre compte non seulement de la situation au Québec, mais aussi de la dynamique par laquelle, un peu partout dans le monde, des réseaux de Villes et villages en santé se constituent afin de mettre en œuvre une politique municipale davantage préoccupée par la santé.

A. — *La manifestation québécoise d'un mouvement international*

Quelques remarques préliminaires permettront de brosser à grands traits le tableau des principaux événements qui ont conduit à la création de Villes et villages en santé. Soulignons d'abord que le concept de promotion de la santé, dont s'inspire Healthy Cities, est une notion ambivalente (O'NEILL, 1989) qui a émergé au cours des années 1980 et qui résulte principalement de deux courants distincts mais convergents: l'éducation sanitaire américaine et les démarches européennes de planification de «la santé pour tous en l'an 2000».

En effet le champ de l'éducation sanitaire, ou de l'éducation pour la santé comme on le désigne dans les pays francophones (O'NEILL, 1977; ROCHON, 1988; BURY), a connu une mutation importante. Largement dominé depuis le début des années 1950 par des approches psychosociales américaines axées sur le changement d'habitudes de vie individuelles ayant une influence sur la santé, ce champ a commencé vers le milieu des années 1970 à faire son autocritique (MCKINLAY; BROWN et MARGO; FREUDENBERG, 1978 et 1981; LABONTÉ et PENFOLD; O'NEILL, 1987) et à se préoccuper davantage de l'environnement (physique, social, économique, politique, culturel, etc.) à l'intérieur duquel ces habitudes se développent. C'est à travers cet élargissement de perspective que les milieux d'éducation sanitaire ont progressivement élaboré aux États-Unis le concept de promotion de la santé. (DWORE et KREUTER; MARTIN; GREEN et RAEBURN.)

En parallèle avec cette remise en question, le second courant, qui allait donner à la promotion de la santé ses lettres de noblesse, se développait en Europe. L'idée selon laquelle cette notion devait devenir un des fers de lance de l'action internationale pour atteindre l'objectif de santé pour tous en l'an 2000 fut acceptée en 1986 par le siège social de l'O.M.S. à Genève. Le programme de promotion de la santé de cette organisation s'étendit par la suite à l'ensemble du globe (ANDERSON; KICKBUSCH, 1986, 1988 et 1989), avec l'étroite collaboration du Canada dont la réputation mondiale dans le domaine était importante, principalement à cause du rapport LALONDE (1974).

La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé fournit ce qui est actuellement la définition quasi universellement acceptée du concept: «La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci.» (O.M.S., 1986: 3.) Cette charte propose trois stratégies dans cinq champs d'application prioritaires. C'est directement en rapport avec l'un d'eux, celui de la mise en œuvre de politiques publiques favorables à la santé (O.M.S., 1988b; KICKBUSCH *et al.*; O'NEILL, 1990), que le projet européen «Healthy Cities» a été lancé.

Imaginé à Toronto en 1984 lors d'une conférence sur le futur de la santé dans cette ville (R.C.S.P.), le mouvement s'implanta d'abord en Europe à partir de 1986. (O.M.S., 1988a.) L'idée de Healthy Cities connut un succès tel qu'en février 1991, en Europe, plus de 250 municipalités, dont 30 formellement désignées comme «villes du projet de l'O.M.S.», faisaient officiellement partie du réseau. (TSOUROS.) La vague d'enthousiasme a rapidement balayé les frontières européennes pour gagner l'Australie, le Canada et les États-Unis, et, de jour en jour, continue à déferler un peu partout en un mouvement qui dépasse maintenant largement les limites du projet original, même en Europe.

Selon les initiateurs, (traduction) «une ville en santé est une municipalité qui utilise les ressources de la communauté pour améliorer continuellement son environnement physique et social, et rendre ses citoyens aptes à s'entraider dans la réalisation de leurs activités courantes et à développer leur plein potentiel». (HANCOCK et DUHL, p. 24.) Voilà donc une ville où les décideurs municipaux mettent l'accent sur la santé des citoyens dans l'optique élargie de la qualité de la vie, en accord avec le concept de promotion de la santé évoqué plus haut!

Au Québec, l'idée de «Villes et villages en santé» a fait son apparition au cours de l'automne de 1986, après sa présentation à la Ire Conférence internationale sur la promotion de la santé, tenue à Ottawa, et à la suite du retour au Québec, durant les mois précédents, d'étudiants qui avaient côtoyé à l'Université de Berkeley un des pères du concept, Leonard DUHL. Un an plus tard, à l'initiative de l'Association pour la santé publique du Québec (A.S.P.Q.) et des départements de santé communautaire (D.S.C.) de la province, en particulier celui de l'hôpital du Saint-Sacrement de Québec, le schéma d'un réseau québécois de villes et de villages en santé était ébauché. (LACOMBE et RICARD.) En février 1991, il comptait 50 municipalités de toute taille, de Montréal, Québec et Sherbrooke jusqu'à Saint-Pâcome, Gallix et Saint-Antoine-de-l'Isle-aux-Grues, en passant, entre autres, par Granby, Rimouski et Rouyn-Noranda. Chacune avait officiellement adhéré au mouvement par une résolution de son conseil. Depuis octobre 1989, le nombre des membres du réseau a doublé tous les six mois environ. Ils se sont officiellement constitués en association en mai 1990, après s'être dotés, en janvier 1988, d'un centre d'information et de promotion, situé dans les locaux du D.S.C. de l'Hôpital du Saint-Sacrement.

B. — *Quelques considérations méthodologiques*

Notre recherche (FORTIN et GROLEAU) vise, entre autres, à identifier et à comprendre les mécanismes sociaux et politiques qui facilitent l'émergence et le maintien de V.V.S., et cela, non seulement au Québec, mais aussi dans les nombreux pays où des réseaux de villes en santé ont été établis. La stratégie méthodologique de l'étude comporte quatre étapes déjà décrites en détail ailleurs. (FORTIN *et al.*)

En 1989, au moyen d'une entrevue de groupe semi-structurée, nous avons d'abord recueilli de l'information auprès de personnes clés des neuf projets municipaux en marche depuis déjà un certain temps. Sur les quinze personnes invitées, treize ont assisté à la rencontre. Une fiche de discussion avait été acheminée aux participants avant l'assemblée, de manière à susciter une première réflexion sur les questions qui leur seraient posées. Huit l'ont remplie et remise à l'équipe de recherche à l'issue de la réunion, fournissant ainsi de l'information complémentaire sur six projets. (*Id.*, pp. 16-22 et 54-61.)

Nous présentons dans la prochaine section l'analyse des constatations que font les principaux acteurs des municipalités pionnières sur la création du réseau au Québec et sur la participation de leur localité. Nous avions choisi d'aborder ce phénomène en centrant notre attention sur les acteurs, les enjeux et les stratégies capables de l'expliquer. En conséquence, nous avons construit notre grille d'entrevue en tenant compte des travaux sur le sujet, en particulier: MINTZBERG *et al.*; CROZIER et FRIEDBERG; LEMIEUX. L'interprétation fournie par les acteurs clés est donc la base à partir de laquelle, en regard de la littérature pertinente, nous avons construit le cadre conceptuel présenté en conclusion.

C. — *La naissance d'un réseau québécois*

De manière classique, on distingue trois grandes étapes dans l'évolution d'une politique publique: l'émergence, l'adoption et la mise en œuvre. (KINGDON; LEMIEUX.) Même si les projets étudiés ont effectivement suivi cette trajectoire, pour la majorité d'entre eux la distinction entre émergence et adoption semble quelque peu artificielle. En effet, il est difficile de discerner la fin de l'une et le début de l'autre, au point, où, parfois, ces deux étapes vont jusqu'à se confondre.

Par exemple, un conseiller municipal, aussi chef du Département de santé communautaire de sa région, suggéra à sa municipalité de se joindre au mouvement; les jours suivants, elle endossait la proposition. Dans le cas de deux autres projets, des activités concrètes de V.V.S. étaient déjà planifiées avant même que ne soit adoptée une résolution du conseil municipal. Une acceptation tacite du concept de la part de certains acteurs peut donc précéder l'adhésion officielle au projet. Cette acceptation factuelle, mieux que l'adhésion formelle, nous semble constituer le moment charnière réel entre l'intention et l'action. En conséquence, la

résolution d'un conseil municipal sanctionnant V.V.S. peut présenter des différences importantes d'un endroit à l'autre à cause de cet état de fait: dans certains cas on proposera d'adhérer au mouvement, alors que dans d'autres on suggérera déjà des activités précises à réaliser.

Au moment de l'entrevue, l'âge des projets allait de dix-huit à trente-six mois, avec une moyenne de vingt-quatre mois. Par ailleurs, la longueur de la phase d'émergence/acceptation variait considérablement, allant de quelques jours à vingt-deux mois. Pour deux projets, elle inclut une période de «mise en veilleuse» où le dossier a cheminé au ralenti. La longévité du projet n'était associée de manière constante ni à l'état d'avancement de V.V.S. dans la municipalité, ni au nombre d'activités concrètes réalisées.

1. *La phase d'émergence/acceptation*

a) *Les acteurs*

Certains acteurs des domaines municipal et de la santé ont utilisé le concept de V.V.S. comme catalyseur d'un rapprochement entre les deux univers. Nous avons constaté que la présence d'une personnalité de type entrepreneur chez certains élus (maire ou conseiller) et certains professionnels de la santé fut un facteur important de leur engagement dans les projets. À ce stade-ci, nous ne possédons que peu d'informations sur ces personnes, sur leurs traits de personnalité en particulier, qui permettent de juger de leur esprit d'entreprise. Disons simplement que les «bougies d'allumage» de V.V.S. ont été le plus souvent des hommes (sept projets sur neuf) et que, par contre, une fois le projet démarré, les responsables de sa mise en œuvre sont des femmes (sept cas sur neuf); c'est ce que reflétait la composition du groupe interviewé: neuf femmes sur treize personnes.

On a de plus constaté qu'au moment de l'émergence, les alliances déjà présentes et les réseaux naturels ont été déterminants. Lors de l'entrevue, des filières par lesquelles transitent idées et renseignements sont apparues clairement. Des phrases, telles que «le directeur général de la municipalité X connaissait bien le directeur général de la ville Y», ou encore «le chef du D.S.C. X avait étudié avec le docteur W, maire de la ville Z», en témoignaient clairement. Il existe indubitablement un réseau de médecins spécialisés en santé communautaire qui a été très actif dans la création de V.V.S., de même que des réseaux intermunicipaux de fonctionnaires ou de politiciens qui ont permis à l'idée de trouver rapidement preneur, une fois certaines personnes clés intéressées. Des préoccupations communes, par exemple la politique municipale, ont facilité des couplages, entre le monde de la santé et le monde municipal, qui sont à l'origine de la majorité des projets étudiés.

Le plus souvent cependant (huit cas), l'impulsion de départ fut donnée par une institution du secteur de la santé: un D.S.C. dans six cas et un centre local de

services communautaires (C.L.S.C.) dans les deux autres. Ajoutons que, dans cinq des six cas, le D.S.C. était allé chercher l'appui d'un ou de plusieurs C.L.S.C. avant d'approcher une ville. Il est intéressant de souligner que, dans le neuvième cas, l'individu déclencheur était un médecin spécialiste en santé communautaire, agissant à titre de conseiller municipal plus qu'à titre professionnel.

Au cours de la phase d'émergence/acceptation, la municipalité, le D.S.C. et le C.L.S.C. sont donc les principales institutions en cause, les acteurs des D.S.C. étant surtout des médecins, ceux des C.L.S.C., des organisateurs communautaires, et ceux du secteur municipal, des élus (maire ou conseillers).

b) *Les enjeux*

Les acteurs, qu'ils soient individuels ou institutionnels, agissent en fonction d'enjeux particuliers. Qu'est-ce qui les a motivés au moment de l'émergence de V.V.S. ? Pour les représentants de deux C.L.S.C., deux organisateurs communautaires, ce projet correspond à la vocation préventive de leurs centres et à la nécessité de développer de nouvelles voies pour la réaliser. On le perçoit comme un moyen d'atténuer l'accent mis sur l'aspect curatif, de plus en plus prôné pour ces établissements depuis un rapport gouvernemental leur suggérant de nouvelles orientations, le rapport Brunet. (BRUNET *et al.*)

Du côté des D.S.C., plusieurs participants étaient convaincus que V.V.S. constituait un excellent moyen d'améliorer la qualité de la vie et la santé des citoyens. De plus, la survie du réseau des Départements de santé communautaire et la continuité de certaines de leurs fonctions, remises en question depuis le milieu des années 1980 (ROCHON, 1988b; M.S.S.S.,1988 et 1989), ont été associées par plusieurs répondants à l'engouement d'un certain nombre de départements pour le concept de promotion de la santé véhiculé par Villes et villages en santé: ils y voyaient une avenue neuve d'action légitime pour leurs organismes. Finalement, deux des six représentants de D.S.C. ont rapporté que le mouvement s'est fait connaître au moment où ils étaient prêts professionnellement à assumer de nouvelles tâches.

Enfin, on n'a pas nié que le concept présente un attrait électoral certain pour les acteurs municipaux, politiciens ou fonctionnaires. Un parti, dans une des municipalités, a d'ailleurs remporté ses élections en faisant de V.V.S. un thème important de sa campagne électorale. Le capital politique ne semble toutefois pas le seul attrait pour le monde municipal. Dans cinq villes, certains acteurs s'occupaient déjà de dossiers concernant la qualité de l'environnement, la famille ou la pratique de loisirs sécuritaires. Cela les a incités à se joindre au projet quand il est apparu que l'idéologie qu'il véhiculait était très proche de leurs préoccupations.

c) *Les stratégies*

Rappelons d'abord que, dans huit cas sur neuf, le projet a été mis de l'avant par un organisme du secteur de la santé qui a, généralement, fait lui-même le choix d'une municipalité parmi celles qui se trouvaient sur son territoire (souvent le chef-lieu), en fonction de sa perception des chances de réussite à cet endroit et des circonstances qui se présentaient. Dans deux municipalités, ces occasions tenaient au fait que le maire ou un conseiller était un médecin de D.S.C. Les répondants ont mentionné d'autres conditions favorables : une attitude positive de la municipalité à l'égard de ce genre d'entreprise ; la présence de personnes, élues ou non, dynamiques ou influentes, qui avaient manifesté antérieurement leur souci pour la qualité de la vie des citoyens dans les domaines des loisirs, de l'environnement, etc. ; un passé de collaboration entre des établissements de santé et la municipalité ; un bilan économique municipal propice aux nouveaux projets ; la présence de personnes déjà en relation, antérieurement à V.V.S.

Quand l'organisme de santé a arrêté son choix pour une municipalité, la promotion du projet se fait le plus souvent auprès des élus. Si l'idée est acceptée par un échevin influent et se retrouve dans le camp municipal, elle est ordinairement prise en charge par un administrateur qui en fait « son » projet avec l'appui du conseil municipal, devant lequel il doit par la suite justifier son budget. Dans un des projets, toutefois, le promoteur issu du champ de la santé, plutôt que d'aller directement aux élus, fit le choix de bien connaître le milieu municipal, par l'entremise du directeur général de la ville « qui décodait l'environnement », avant de se présenter devant la ville avec une proposition concrète.

Dans deux projets sur neuf, les activités « santé » proposées par V.V.S. ont d'abord été perçues de façon négative par les municipalités. Ces dernières sont en effet de plus en plus sollicitées par le gouvernement provincial pour prendre charge de nouveaux mandats sans que les ressources suivent nécessairement. La méfiance sembla toutefois se désamorcer lorsque les promoteurs firent valoir les volets « qualité de vie » et « bien-être » d'une définition plus large de la santé ; c'est cependant l'assurance que le projet ne consommerait que peu de ressources qui fut le plus souvent l'argument suprême.

2. *La phase de mise en œuvre*

Une fois le projet accepté par le conseil municipal, il faut qu'il soit lancé et qu'il produise des résultats.

a) *Les acteurs*

De façon générale, les acteurs jouent deux rôles à cette étape-ci. D'une part, ils sont « décideurs » : selon le poste qu'ils occupent, leur expérience ou leurs alliances,

ils s'assurent que l'idée d'une activité devienne «la chose à faire». D'autre part, ils sont «réalisateurs», c'est-à-dire qu'ils veillent à la mise sur pied concrète de l'activité. Ces deux aspects ne sont pas irréconciliables, et très souvent, dans six cas sur neuf, les personnes qui sont à l'origine du projet ou qui y ont été mêlées assez tôt sont également celles qui en assurent la continuité. Il est à noter que deux d'entre elles ont été derrière plus d'un projet dans le réseau québécois.

La mise en œuvre de V.V.S. dans les municipalités analysées ne reposa que sur une ou deux personnes. Certains participants à l'entrevue ont toutefois fortement insisté sur l'importance d'augmenter le personnel permanent, bénévole ou non, pour assurer la viabilité du projet dans un milieu. Notons à cet égard qu'à la fin d'octobre 1989, cinq projets bénéficiaient d'une telle permanence, à temps plein ou partiel; deux la devaient en majeure partie à des fonds municipaux et les trois autres, surtout aux ressources du D.S.C. ou du C.L.S.C.

Il semble finalement que la participation de la population ne fasse pas totalement défaut, mais que les citoyens soient surtout sollicités pour des activités ponctuelles: consultation, journée spéciale, fête populaire, etc.

b) *Les enjeux*

Quant aux enjeux qui se dessinent lors de la mise en œuvre de V.V.S., ils tiennent d'abord au fait que les initiateurs tentent de rallier des collaborateurs parmi différents secteurs d'activité dont les responsabilités habituelles ne sont pas du domaine de la santé. À la lumière des propos recueillis, et bien que les partenaires potentiels sont généralement convaincus de l'importance d'un milieu de vie sain, la collaboration s'avère plus rentable et plus efficace lorsque chacun y trouve son compte. Ainsi, puisque les intérêts des autres organismes se formulent rarement en objectifs de santé, il faut au moins qu'ils soient compatibles avec l'objectif plus général qu'est la qualité de la vie. Les acteurs de divers secteurs se rejoignent ainsi sous une même bannière, pour atteindre des buts parfois fort divergents (visibilité, nouveauté, survie, développement, qualité de la vie, élection à venir, etc.), mais nullement exclusifs. Il est à noter, et à déplorer selon quelques-uns, que le secteur privé n'avait apporté jusqu'alors qu'une contribution très marginale à l'ensemble des projets et des activités suscités par V.V.S., vraisemblablement parce qu'il n'avait encore été que peu sollicité.

c) *Les stratégies*

Le choix des activités s'est fait, dans les neuf cas, suivant deux approches. La première (trois cas) privilégie la consultation de la population; la seconde (quatre cas), le recrutement de partenaires institutionnels reconnus pour leur expertise ou leur influence; les deux autres municipalités ont exploité ces deux types d'approche en parallèle. À l'exception de deux municipalités où les thèmes des activités ont

finalement été imposés par la partie municipale, le *consensus* demeure la modalité décisionnelle.

Dans la majorité des cas, les maîtres d'œuvre ont agi de manière à se réserver une marge de manœuvre qui permette des ajustements en cours de route, de même que la possibilité de profiter de circonstances intéressantes lorsqu'elles se présenteraient. De façon générale, que ce soit par *consensus* entre des agents de différents secteurs ou par consultation de la population, les partenaires ont procédé à un exercice de classement par ordre de priorité des activités à entreprendre, mais une pareille liste n'est jamais définitive ou immuable. Dans plusieurs cas, des activités ont été modifiées «à l'usage», par exemple, un projet de réduction des émanations toxiques d'une industrie, ou encore un projet de réinsertion sociale d'ex-psychiatrisés. Les responsables de ces deux activités, conscients de la complexité des problèmes auxquels ils s'attaquaient, ont révisé leur stratégie initiale et ont ajusté leur tir en conséquence.

Au moment de passer à l'action, la souplesse prévaut donc à l'égard des moyens employés et des finalités poursuivies. Quelques répondants ont malgré tout déploré un écart important entre les principes qui sous-tendent le concept de Villes et villages en santé et leur traduction dans des activités concrètes. Pour certains, la participation de la communauté, l'action intersectorielle et l'équité demeurent des éléments à consolider.

D. — *Les éléments d'un modèle théorique préliminaire*

Les données empiriques précédentes permettent de proposer la première ébauche d'un modèle théorique visant à expliquer comment le réseau de Villes et villages en santé a émergé au Québec. Parmi les univers conceptuels qui s'offrent pour comprendre cette émergence, deux nous ont semblé particulièrement pertinents: celui de l'analyse stratégique dans les organisations (CROZIER et FRIEDBERG; MINTZBERG *et al.*) et celui de l'analyse des politiques publiques (LEMIEUX; KINGDON), plus particulièrement des «politiques publiques favorables à la santé» (MILIO; DE LEEUW; ZIGLIO; PEDERSON *et al.*; O'NEILL, 1990.) Tout bien considéré, c'est finalement vers la littérature sur les politiques publiques que nous nous sommes tournés. Ainsi, les travaux de Kingdon sur l'émergence des politiques, articulés autour des concepts de fenêtre politique et d'entrepreneur, nous ont particulièrement inspirés. Selon l'auteur, à tout moment, coexistent soit à l'intérieur, soit à l'extérieur des instances gouvernementales, trois types d'entrepreneurs capables d'influencer la mise à l'ordre du jour d'une politique publique: des entrepreneurs en «problèmes», des entrepreneurs en «solutions» et des entrepreneurs «politiques». Chacun des deux premiers a son dossier favori qui trouvera finalement sa place au soleil si une occasion propice se présente et si un entrepreneur politique astucieux fait se cristalliser la coalition appropriée des forces politiques. Cette circonstance opportune, Kingdon l'appelle «fenêtre politique» par

analogie avec la fenêtre de lancement d'une fusée, c'est-à-dire le temps bien délimité pendant lequel la conjoncture atmosphérique permet de suivre la trajectoire souhaitée. L'ouverture d'une fenêtre politique peut être déclenchée par à peu près n'importe quoi, et il faut alors que les entrepreneurs soient prêts à y «lancer» leur vision des choses.

Le modèle préliminaire du réseau québécois

Le «macroenvironnement» national et international aussi bien que le «microenvironnement» municipal créent des possibilités de fenêtres par lesquelles des entrepreneurs peuvent introduire l'idée de Villes et villages en santé. Au Québec, le macroenvironnement économique, politique et idéologique de la seconde moitié des années 1980 était favorable à l'émergence du réseau provincial de V.V.S. qui fut principalement l'œuvre de quelques entrepreneurs fortement liés au monde de la santé communautaire. Dans ce contexte général, pour qu'un projet démarre et se maintienne dans une municipalité, nous faisons l'hypothèse, à partir de nos premières observations, que les éléments suivants doivent être présents. (Figure 1.)

a) À la phase d'émergence/acceptation, une première fenêtre politique doit s'ouvrir et au moins deux entrepreneurs doivent interagir, l'un dans le secteur de la santé et l'autre dans le secteur municipal, généralement un élu.

b) Pour que le projet se concrétise, une deuxième fenêtre doit s'offrir, et une nouvelle série d'entrepreneurs, pas nécessairement les mêmes que lors du démarrage, doit se manifester.

c) Finalement, pour que le projet se maintienne et ait des chances de faire effet sur la politique locale, et par ricochet sur la santé, sa gestion doit s'appuyer sur une structure plus ou moins bureaucratisée, capable d'assurer la pérennité de V.V.S. à travers les fluctuations financières et politiques qui se produiront inévitablement. Cette structure se composera plutôt de gestionnaires que d'entrepreneurs, c'est-à-dire de gens dont la compétence première n'est pas de lancer des projets, mais de les faire fonctionner une fois mis en route. C'est à ce stade principalement qu'on aura recours à la participation de la communauté.

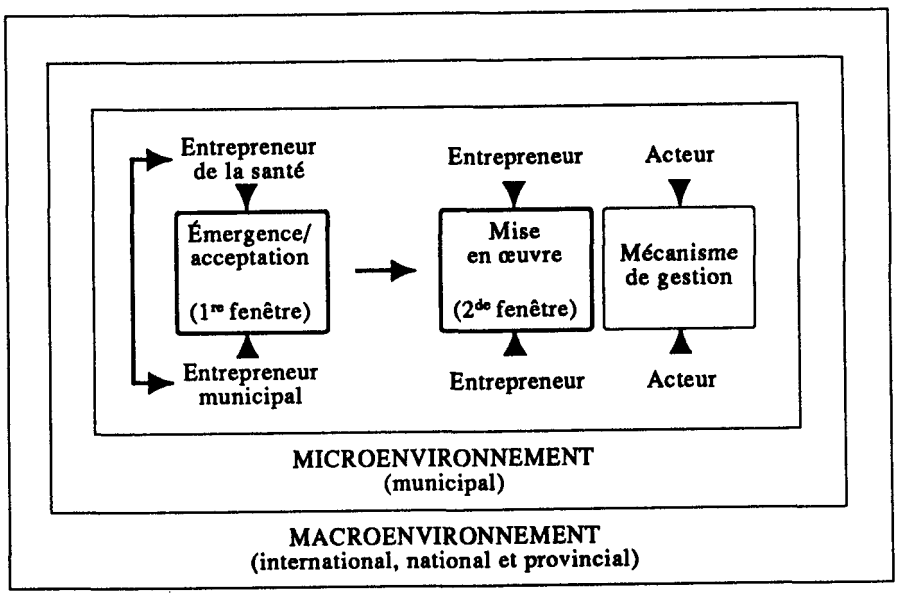
*

* *

Bien qu'il ne s'appuie que sur neuf projets municipaux québécois, nous croyons que notre cadre théorique est suffisamment général pour servir de base à des recherches sur la mise en place de réseaux de villes et de villages en santé partout dans le monde. Hors du Québec, il en existe à l'heure actuelle dans plusieurs

FIGURE 1

Modèle de l'implantation d'un projet municipal de Villes et villages en santé.



pays, dont le Canada, l'Espagne, la France, le Royaume-Uni, l'Australie, etc. Notre modèle pourrait être utilisé avec profit à l'une ou l'autre des échelles suivantes: *a*) l'ensemble du mouvement «Healthy Cities» sur le plan mondial; *b*) chaque réseau national; *c*) l'implantation dans une municipalité donnée; *d*) une activité particulière organisée dans le cadre du projet V.V.S. d'une localité.

Ainsi, qu'il s'agisse de projets locaux ou de réseaux, nous croyons que Healthy Cities ne peut démarrer, fonctionner et se maintenir que si l'environnement est propice, qu'au moins une fenêtre politique se présente au bon moment et qu'un ou plusieurs entrepreneurs soient prêts à l'emprunter. (KINGDON.)

Pour vérifier si ce schéma permet réellement de décrire et de comprendre la naissance et l'évolution de réseaux, au Québec ou ailleurs, on devrait éprouver sa validité par des études portant sur un échantillon représentatif de municipalités.

C'est à cet exercice que nous consacrons la prochaine phase de nos travaux. Nous y constaterons peut-être qu'il est plus exact de considérer la mise en œuvre des projets municipaux comme le résultat d'une coalition d'acteurs centraux que de l'attribuer à l'ouverture d'une seconde fenêtre politique. De manière générale, au point où nous en sommes, notre cadre semble tenir bon, même s'il est déjà évident que des ajustements seront nécessaires au fur et à mesure que la recherche progressera. Un modèle différent se dégage des premiers résultats de l'évaluation

des projets de Healthy Cities en Europe. (CURTICE et MCQUEEN.) Ces chercheurs, dont les travaux en sont à un stade aussi préliminaire que les nôtres, ont tendance à considérer la dynamique du mouvement dans les trente municipalités européennes du projet de l'O.M.S., à peu près toutes des grandes villes de plusieurs centaines de milliers d'habitants, comme l'œuvre d'organisations bureaucratiques en interaction avec des environnements ouverts et à lui appliquer l'analyse systémique. L'existence de ces deux pistes théoriques d'interprétation est donc des plus stimulantes et présage des développements comparatifs fort prometteurs.

Analyser un phénomène social en pleine évolution comme le mouvement international «Healthy Cities» n'est pas chose aisée. Nous croyons que nos résultats, si préliminaires qu'ils soient, aident non seulement à comprendre la situation telle qu'elle se présente au Québec, mais servent aussi à ouvrir des avenues de recherche pour l'observateur ailleurs dans le monde.

Michel O'NEILL

École des sciences infirmières,
Université Laval.

Lise CARDINAL

Département de santé communautaire,
Hôpital de L'Enfant-Jésus.

Jean-Paul FORTIN

Département de médecine sociale et préventive,
Université Laval.

Gisèle GROLEAU

Département de santé communautaire,
Centre hospitalier de l'Université Laval.

BIBLIOGRAPHIE

ANDERSON, 1983 Robert, *Health Promotion, an Overview*, Copenhague, Bureau régional européen de l'Organisation mondiale de la santé, 67 p. (document technique).

BROWN, E. 1978 Richard et Glen Elgin MARGO, «Health education: Can the reformers be reformed?», *International Journal of Health Services*, 8, 1: 3-26.

BRUNET, Jacques *et al.*, *Rapport du Comité de réflexions et d'analyse des services dispensés par les*
1987 *C.L.S.C.*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, vi + 91 p.

BURY, Jacques-A., *Éducation pour la santé: concepts, enjeux, planifications*, Bruxelles, De Boeck-
1988 Université, 235 p.

CROZIER, Michel et Erhard FRIEDBERG, *L'acteur et le système: les contraintes de l'action collective*,
1977 Paris, Seuil, 436 p. («Sociologie politique».)

CURTICE, Lisa et David MCQUEEN, *The Healthy Cities Project: An Analysis of Progress*, Édimbourg,
1990 Université d'Édimbourg, 52 p. (document de travail).

DE LEEUW, Evelyne, *Health Policy*, Maastricht, Savannah/Datawyse, 180 p.
1989

DUHL, Leonard J., *The Urban Condition: People and Policy in the Metropolis*, New York, Basic Books,
1963 410 p.

DWORE, Richard B. et Marshall KREUTER, «Reinforcing the case for health promotion», *Family and*
1980 *Community Health*, 2, 4: 103-119.

FORTIN, Jean-Paul *et al.*, *Évaluation du réseau québécois de Villes et villages en santé: résultats de la*
1990 *première étape*, Québec, Unité de recherche en santé communautaire du Centre hospitalier de l'Université Laval, 64 p.

FORTIN, Jean-Paul et Gisèle GROLEAU, *Villes et villages en santé, devis de recherche*, Québec, Uni-
1989 versité Laval, 23 p.

FREUDENBERG, Nicholas, «Shaping the future of health education: From behavior change to social
1978 change», *Health Education Monographs*, 6, 4: 372-377.

FREUDENBERG, Nicholas, «The role of health education in changing the social environment:
1981 Propositions for a public health strategy in the U.S.A.», *International Journal of Health Education*, 24, 3: 112-119.

GREEN, Lawrence W. et John M. RAEBURN, «Health promotion. What is it? What will it become?»,
1986 *Health Promotion, an International Journal*, 3, 2: 151-161.

HANCOCK, T. et L. DUHL, *Promoting Health in the Urban Context*, Copenhague, F.A.D.L. Publishers,
1988 54 p. («W.H.O. Healthy Cities Papers», 1.)

KICKBUSCH, Ilona, «Health promotion: A global perspective», *Canadian Journal of Public Health*,
1986 77, 5: 321-326.

KICKBUSCH, Ilona, «The concept of health promotion», *Innovation*, 1, 2-3: 135-140.
1988

KICKBUSCH, Ilona, *Good Planets are Hard to Find*, Copenhague, F.A.D.L. Publishers, 31 p. («W.H.O.
1989 Healthy Cities Papers», 5.)

KICKBUSCH, Ilona *et al.*, «Healthy public policy: A strategy to implement the health for all philosophy at
1990 various governmental levels», dans: Adalbert EVERS *et al.* (dirs), *Healthy Public Policy at the Local Level*, New York et Frankfurt, Campus/Westview, pp. 1-6.

KINGDON, John W., *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, Boston, Little, Brown, xi + 240 p.
1984

LABONTÉ, Ronald et Suzan PENFOLD, «Analyse critique des perspectives canadiennes en promotion de
1981 la santé», *Éducation sanitaire*, 19, 3-4: 4-10.

LACOMBE, Réal et Luc RICARD, *Villes et villages en santé: vers un Québec en santé en l'an 2000, une*
1987 *proposition de projet de promotion de la santé*, Québec, Département de santé communautaire de l'Hôpital du Saint-Sacrement.

LALONDE, Marc, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens: un document de travail*, Ottawa,
1974 Ministère de la santé nationale et du bien-être social, 82 + 76 p.

LEMIEUX, Vincent, *Les politiques publiques et l'exercice du pouvoir*, Québec, Université Laval, 147 p.
1986 («Cahier du laboratoire d'études politiques et administratives», 86-01.)

MARTIN, Catherine, «La vraie nature de la promotion de la santé», *Santé société*, 10, 1: 12-16.
1988

MCKINLAY, John B., «A case for refocusing upstream; the political economy of illness», dans:
1975 *Applying Behavioral Science to Cardiovascular Risk*, Seattle, American Heart Association, pp. 7-17. (actes de la Conférence de l'association).

MILIO, Nancy, «Making healthy public policy; developing the science by learning the art: An ecological
1988 framework for policy studies», *Health Promotion, an International Journal*, 2, 3: 263-74.

MINTZBERG, Henry *et al.*, «The structure of unstructured decision processes», *Administrative Science*
1976 *Quarterly*, 21, 2: 246-275.

M.S.S.S., *Rapport du Groupe de travail sur l'analyse de l'action des départements de*
1988 *santé communautaire*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, xiv + 153 p.

M.S.S.S., *Orientations pour améliorer la santé et le bien-être au Québec*, Québec, Ministère de la santé
1989 et des services sociaux, 147 p.

O.M.S., «Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Organisation mondiale de la santé, Santé et
1986 bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique», *Health Promotion, an International Journal*, 1, 4: iii-v.

O.M.S., *Five-Year Planning Framework*, Copenhague, F.A.D.L. Publishers, 47 p. («W.H.O. Healthy
1988a Cities Papers», 2.)

O.M.S., *Les recommandations d'Adélaïde, politique publique saine*, Adélaïde (Australie), Organisation
1988b mondiale de la santé/Commonwealth australien, 5 p.

O'NEILL, Michel, *Vers une problématique de l'éducation sanitaire au Québec*, Québec, Université
1977 Laval, iv + 122 p. (thèse de maîtrise en sociologie).

O'NEILL, Michel, *L'approche critique en promotion de la santé dans les D.S.C. québécois*, Québec,
1987 Université Laval, 82 p. («Rapport de recherche», 2.)

O'NEILL, Michel, «What kind of research for what kind of health promotion», *Health Promotion, an*
1989 *International Journal*, 3, 4: 337-340.

O'NEILL, Michel, «Politiques publiques favorisant la santé: perspective de l'O.M.S.», *Promotion de la*
1990 santé, 28, 3: 6-8 et 24.

PEDERSON, Ann P. *et al.*, *Coordination de la politique publique favorisant la santé: analyse*
1988 *documentaire et bibliographie*, Ottawa, Santé et bien-être social, vii + 85 p.

R.C.S.P., «Beyond health care: Proceedings of a Conference on healthy public policy», *Revue*
1985 *canadienne de santé publique*, 76, supplément 1: 104 p.

ROCHON, Alain, *L'éducation pour la santé: un guide F.A.C.I.L.E. pour réaliser un projet*, Montréal,
1988a Agence d'arc, xxix + 450 p. (Collection «Gestion de la santé».)

ROCHON, Jean, *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*,
1988b Québec, Publications du Québec, xiii + 803 p.

TSOUROS, Agis (dir.), *Healthy Cities in Europe: A Project Becomes a Movement*, Copenhague,
1990 F.A.D.L. Publishers, 91 p.

ZIGLIO, Erio, *Indicators for Health Promotion Policy*, Édimbourg, Université d'Édimbourg, 48 p.
1988