



LA SANTÉ DES COMMUNAUTÉS :

*perspectives pour la contribution de la santé publique
au développement social et au développement des communautés*

Revue de littérature

LA SANTÉ DES COMMUNAUTÉS :
*perspectives pour la contribution de la santé publique
au développement social et au développement des communautés*

Revue de littérature

Août 2002

AUTEURS

Richard Leroux
William A. Ninacs

La Coopérative La Clé
La Coopérative La Clé

COLLABORATION À LA RÉDACTION

Louise Brunet

Direction de la santé publique de Chaudière-Appalaches

SOUS LA COORDINATION DE

Julie Lévesque

Institut national de santé publique du Québec

TRADUCTION DES CITATIONS

Marie-Claire Lacasse

Direction de la santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue

La rédaction de ce document a été réalisée grâce à une contribution financière de l'Institut national de santé publique du Québec. Les points de vue exprimés dans ce document sont toutefois ceux des auteurs et ne représentent pas nécessairement la politique officielle de l'INSPQ. Pour toute information sur ce projet, veuillez communiquer avec madame Julie Lévesque, agente de développement, INSPQ, téléphone : (514) 597-0606 poste 4409, télécopieur : (514) 597-1616.

*Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'INSPQ : <http://www.inspq.qc.ca>
Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.*

CONCEPTION GRAPHIQUE : MARIE PIER ROY
DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTÉCOM ([HTTP://WWW.SANTECOM.QC.CA](http://www.santecom.qc.ca))
COTE : INSPQ-2002-024
DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2002
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA
ISBN 2-550-39974-9

© Institut national de santé publique du Québec (2002)

REMERCIEMENTS

Nous remercions les membres du groupe national de travail des répondants de santé publique en développement social et développement des communautés pour leurs commentaires tout au long du processus d'élaboration du présent document :

Céline Morrow	03 Direction de santé publique de Québec
Marie-Claude Drouin	04 Direction de santé publique de Mauricie Centre-du-Québec
Jean-Maurice Roy	04 Direction de santé publique de Mauricie Centre-du-Québec
Liliane Pagé	05 Direction de santé publique de l'Estrie
Rénald Bujold	06 Direction de santé publique de Montréal-Centre
Hélène Rollin	07 Direction de santé publique de l'Outaouais
Carmen Boucher	08 Direction de santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue
Martin Bouchard	09 Direction de santé publique de Côte-Nord
Manon Laporte	10 Direction de santé publique de Nord-du-Québec
Pascal Soucy	11 Direction de santé publique de Gaspésie-Ile-de-la-Madeleine
Louise Brunet	12 Direction de santé publique de Chaudière-Appalaches
France Mckenzie	13 Direction de santé publique de Laval
Claude Bégin	14 Direction de santé publique de Lanaudière
Lise Ouellet	14 Direction de santé publique de Lanaudière
Richard Paquin	15 Direction de santé publique de Laurentides
Noël-André Deslile	16 Direction de santé publique de Montérégie
Réal Lacombe	08 Directeur de santé Abitibi-Témiscamingue
Julie Lévesque	Institut national de santé publique
Claire Millette	MSSS, Développement social et développement des communautés
Louise Thérien	MSSS, Réduction des inégalités de santé et bien-être liées à la pauvreté
Michel Mongeon	Table de concertation nationale en promotion-prévention

AVANT-PROPOS

Depuis quelques années, le réseau de la santé et des services sociaux a réalisé plusieurs avancées dans le domaine du développement social et du développement des communautés, notamment grâce à la *Politique de la santé et du bien-être* (1992) et aux *Priorités nationales de santé publique* (1997-2002) dont les principes directeurs précisaient que l'engagement auprès des communautés devait s'accroître afin de stimuler les initiatives communautaires. D'autre part, les forums régionaux, suivis du *Forum national sur le développement social* (1998) organisé par le Conseil de la santé et du bien-être, ont mobilisé le réseau de la santé publique ainsi que différents acteurs d'un grand nombre de secteurs d'activités.

Dans cette foulée, un groupe de travail composé de répondants en développement social et en développement des communautés provenant de plusieurs directions de santé publique ont jugé pertinent de rédiger un document de référence afin de mieux cerner les perspectives pour la contribution de la santé au développement social et au développement des communautés en tenant compte du contexte québécois.

Dans le cadre de ces travaux, une *revue de littérature* a aussi été rédigée pour alimenter les réflexions et développer les connaissances sur le sujet.

Enfin, pour compléter cette démarche, il ne fallait surtout pas oublier le point de vue des acteurs engagés dans l'action et la réflexion dans ces domaines. Le document *Conceptions, actions, enjeux, défis et préoccupations : points de vue d'acteurs de directions de santé publique* fait la synthèse de cette enquête qui fait notamment ressortir quelques défis à relever pour l'avenir.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1 - LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE	3
1.1 La santé publique	4
1.2 Les déterminants de la santé	7
2 - LE DÉVELOPPEMENT SOCIAL	13
2.1 Définitions	13
2.2 La participation	16
3 – LE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS	19
3.1 La communauté	19
3.2 Le développement des communautés : définitions et caractéristiques	21
3.3 La concertation et le partenariat	26
4 – L’EMPOWERMENT	33
4.1 Définitions et caractéristiques	33
BIBLIOGRAPHIE	39

INTRODUCTION

L'objectif de ce document est de préciser les concepts clés du développement social et du développement des communautés lorsque ces approches sont liées à la santé publique. Il ne s'agit donc pas d'une revue exhaustive de la littérature sur ce sujet, mais davantage d'une étude de documents pertinents permettant d'atteindre cet objectif.

Le contexte étant celui de la santé publique, ce thème est donc abordé en premier. Puisque l'action de la santé publique est étroitement liée à celle sur les déterminants de la santé, ceux-ci sont également explorés.

Le développement social et le développement des communautés sont ensuite abordés en insistant sur les prémisses au cœur de chacune de ces approches dans un contexte de santé publique, soit la participation pour le développement social et, pour le développement des communautés, l'idée même d'une communauté ainsi que la concertation et le partenariat, comme stratégies.

Finalement, le concept d'*empowerment* est traité de façon particulière, car il repose à la fois sur la pleine participation sociale et communautaire des individus et sur la capacité des acteurs sociaux de se concerter et d'établir des partenariats. Il s'agit donc du concept unificateur du développement social et du développement des communautés. La définition de la santé et du bien-être retenue est celle qui est proposée dans la politique québécoise de la santé et du bien-être de 1992; quant à la définition de la promotion de la santé, celle de Hancock est retenue. L'*empowerment* devient alors le mortier qui lie les approches de développement social et de développement des communautés à la santé en général et à la santé publique en particulier.

1 - LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1998), la santé se définit comme un état de bien-être physique, mental et social et non seulement l'absence de maladie. La bonne santé est à la fois une ressource pour le développement et un but du développement, et elle s'avère ainsi un indicateur du bien-fondé des politiques de développement. Un engagement politique, individuel, familial et communautaire éclairé en faveur de la santé serait le meilleur garant de l'amélioration durable de l'état de santé.

« La santé pour tous », selon l'OMS, vise à ce que tous les citoyens puissent atteindre un niveau de santé leur permettant de mener une vie socialement et économiquement productive. Le postulat de base pour améliorer la santé, c'est qu'il faut agir sur trois domaines principaux : le mode de vie, l'environnement et les soins de santé. Finalement, toujours selon l'OMS, la santé a surtout été affectée lorsque l'économie n'a pu assurer un revenu adéquat à tous, que le système social s'est effondré et que les ressources naturelles ont été mal gérées.

Dans leur revue de littérature sur le bien-être, la société et le développement institutionnel, Bach, Muszynski et Rioux (1993 : 98) suggèrent que le bien-être est aussi important que la santé. Des personnes peuvent obtenir des états de bien-être élevés tout en vivant avec une maladie chronique ou des limitations dues à des handicaps. Dans cette approche conceptuelle, la santé peut être perçue comme une « ressource » et non comme une fin en soi.

La Politique de la santé et du bien-être du Québec de 1992 affirme que l'histoire nous a maintes fois confirmé que les améliorations de la santé et du bien-être les plus spectaculaires sont largement associées à de meilleures conditions de vie, à la qualité de l'environnement social et, de façon générale, à un accroissement de la prospérité. La Politique repose sur trois grandes convictions :

- ▶ la santé et le bien-être résultent d'une interaction constante entre l'individu et son milieu. La santé et le bien-être sont ainsi perçus comme étant la capacité physique, psychologique et sociale d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie;
- ▶ le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être reposent sur un partage des responsabilités entre les individus, les familles, les milieux de vie, les pouvoirs publics et l'ensemble des secteurs d'activité de la vie collective;
- ▶ la santé et le bien-être de la population représentent a priori un investissement pour la société.

1.1 La santé publique

Dans son Report of the Chief Medical Officer's Project to Strengthen the Public Health Function, Donaldson (2001: 6) indique que la santé publique est :

« La science et l'art de prévenir la maladie, prolonger la vie et promouvoir la santé par la coordination des efforts de la société. Les éléments essentiels de la santé publique moderne incluent une perspective populationnelle, une emphase sur la responsabilité collective pour la santé et sur la prévention, un rôle clé de l'État relié à une préoccupation tant pour les déterminants socio-économiques de la santé que pour les maladies, une base multidisciplinaire qui rassemble des méthodes quantitatives et une emphase sur les partenariats avec la population desservie » (traduction libre).

En d'autres termes, cela signifie des « des efforts pour préserver la santé en minimisant, et lorsque cela est possible, en supprimant les influences environnementales, sociales et comportementales nuisibles, mais aussi en procurant des services efficaces et efficients pour rétablir la santé, et lorsque cela est impraticable, réduire la souffrance, l'invalidité et la dépendance au minimum. »

Il conclut en disant que tous ces éléments :

« reflètent le fait que la santé et le bien-être sont dépendants d'un éventail de facteurs sociaux, économiques, environnementaux, biologiques et de services. Il s'ensuit une diversité d'organisation de tous les secteurs de la société qui peuvent directement ou indirectement améliorer la santé par leurs actions. Les gens peuvent ne pas décrire leurs actions comme faisant partie de la fonction de santé publique; ils peuvent viser l'amélioration de la qualité de vie, s'attaquer à la pauvreté, ou viser l'amélioration de l'environnement. Différents mots sont utilisés pour décrire des buts similaires par ceux qui dans les organisations contribuent à améliorer la santé et le bien-être. Il est important d'avoir une compréhension commune de l'éventail de l'action en santé publique » (ibid. 6), (traduction libre).

Selon Roper (1994 : 15), les problématiques de la santé publique ont évolué. Quelques-uns des défis plus simples du passé (une maladie infectieuse non-complicquée, par exemple) interpellaient des solutions simples (produire un vaccin et le livrer à tous ceux qui sont à risque). Aujourd'hui, plusieurs problèmes (grossesse chez les adolescentes, toxicomanie et maladies transmises sexuellement) sont enracinés dans des enjeux économiques et sociaux plus complexes à résoudre.

Rachlis (1997), quant à lui, souligne que dans les structures existantes, la santé publique est une priorité moins importante que les services de santé individuels, souvent à cause de la provenance des décideurs (pour les médecins et autres professionnels issus du domaine des traitements de maladies individualisés – la culture de la prévention est loin et étrange). En général, estime-t-il, les politiques et initiatives aux paliers national et international ont de plus grands effets sur la santé publique que des initiatives d'échelle inférieure visant des populations à risque. Autrement dit, des changements mineurs sur des facteurs de risque ou comportements au niveau de la population ont un plus grand effet sur la santé de la population que des changements majeurs sur ces mêmes facteurs pour ceux à plus grand risque. Cependant, la plupart des soins de santé et services sociaux sont dispensés aux paliers de la famille et de l'individu.

Selon Hancock (1999, 2000, 2001), la promotion de la santé concerne la création des conditions environnementales, sociales, économiques, culturelles et politiques globales qui permettent et favorisent l'amélioration de la santé. Il indique que la promotion de la santé prend appui sur le développement de la capacité des gens, non seulement en tant qu'individus, mais aussi en tant que groupes, de prendre le contrôle de leur propre santé et de l'améliorer.

Si nous voulons que les communautés puissent agir plus efficacement pour protéger et améliorer leur santé, il faut qu'elles aient non seulement les moyens et les ressources pour ce faire, mais qu'elles puissent également avoir accès au processus décisionnel. L'action communautaire requiert aussi à la base un sens d'appartenance à la communauté.

Dans un contexte de promotion de la santé, les services de santé doivent être redéfinis du bas vers le haut pour mieux contribuer à l'amélioration de la santé de la population.

« Plus souvent qu'autrement, nous nous contentons de remanier les services déjà existants. Toutefois, une véritable réorientation du système nous demanderait de se le représenter comme étant complètement détruit, de sorte que nous devrions recommencer à zéro. Si nous avons à faire cela, nous pourrions alors commencer par élaborer des programmes de promotion de la santé axés sur la mise en place d'environnements sains (maisons, écoles, lieux de travail, quartiers, villages, etc.) pour continuer avec des programmes de protection de la santé, de maintien de la santé (bien-être) et de prévention de la maladie. On pourrait par la suite renforcer les réseaux de soutien social et d'entraide de la communauté. Ce n'est que parvenu à ce point qu'il conviendrait de mettre en place le premier niveau d'un système professionnel de soins de santé, plus précisément un système de soins primaires. Ce serait l'élément moteur principal d'un système formel de soins de santé, cet élément orientant les patients et gérant leur usage des ressources, les référant vers les services appropriés : soins à la maison, soins ambulatoires spécialisés, équipements communautaires tels que centres de naissances, centres locaux de soins communautaires, centres d'hébergement pour personnes âgées et, en dernier ressort, hôpitaux » (Hancock, 2000: 29-30).

Michael Rachlis (1997 : ii-iii) se réfère au Dr Clyde Hertzman de l'Université de la Colombie-Britannique qui a décrit comment différents niveaux de politique en matière de promotion de la santé peuvent permettre d'atteindre différents objectifs en regard des orientations. Au niveau macro, se retrouvent les politiques reliées aux traités internationaux de même que ceux reliés aux politiques économiques et sociales, fédérales et provinciales en vigueur. Au niveau intermédiaire, il y a les politiques reliées au niveau décisionnel provincial ainsi que la prise de décision communautaire locale. C'est à ce niveau que plusieurs programmes de promotion de la santé relativement aux habitudes de santé et aux comportements des individus sont menés (ex : programmes en santé du cœur, programmes d'échanges de seringues pour les utilisateurs de drogues par voie intraveineuse en vue de prévenir la transmission du VIH).

Harrison (1998 : 6) estime que l'approche actuelle qui consiste à traiter la promotion de la santé et les investissements dans la santé comme des activités additionnelles entreprises parmi une longue liste d'autres activités reliées aux services de la santé est une erreur. Quand le budget du Royaume Uni pour des interventions en promotion de la santé est moins d'un pour cent du total des dépenses sur la santé, il est impossible que ces interventions soient autre chose que des symboles politiques qui n'auraient aucun effet sur la santé de la population.

Selon lui, au delà des coûts mineurs d'infrastructure, beaucoup d'investissements en promotion de la santé pourrait être réalisés sans aucune ressource financière ! Ce qui manque est l'engagement, la collaboration et la participation des secteurs autres que celui de la santé, ainsi que des compétences pour gérer le changement au sein du secteur de la santé, et non de nouveaux engagements importants du PIB pour la santé.

La première conférence internationale sur la promotion de la santé s'est tenue à Ottawa en novembre 1986. La Charte d'Ottawa est la déclaration finale et la plate-forme adoptée par les participants à cette conférence.

Dans la Charte, la promotion de la santé est définie ainsi :

« La promotion de la santé est un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et de l'améliorer. Cette démarche relève d'un concept définissant la santé comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; elle met en valeur les ressources personnelles et sociales, de même que les capacités physiques. Par conséquent, la promotion de la santé est non seulement la responsabilité du secteur de la santé mais va au-delà des modes de vie sains pour viser le bien-être ».

Selon Rootman (cité dans Richard et al., 1999), la promotion de la santé vise à accroître le contrôle que les individus et les communautés exercent sur la santé et les facteurs individuels et environnementaux qui l'influencent. Cette vision souscrit à une conception élargie de la santé et de ses déterminants, allant au-delà des aspects personnels pour inclure les aspects sociaux et politiques. C'est une approche écologique et de participation des communautés à la promotion.

Syme (1997 : 4) identifie les éléments centraux de tous les programmes de promotion de la santé et de prévention de la maladie comme étant des « interventions » dirigées soit vers des individus, soit vers des communautés. Il avoue cependant que la vaste majorité des interventions éducationnelles n'atteint pas les résultats désirés.

Il retire de ses expériences que, pour réaliser des changements de comportements, il n'est pas suffisant de simplement fournir de l'information. Les personnes doivent être motivées à changer. Mais la motivation doit venir de chaque individu et non des « experts ». De quelque façon, les individus ont décidé de prendre soin d'eux-mêmes, et ils l'ont fait de façon plus efficace qu'un autre groupe qui était suivi par des experts.

Le Pan American Health Organization reconnaît que la réinsertion de la santé publique dans l'agenda de la transformation plus large du secteur de la santé nécessite une définition claire de son rôle ainsi que l'opérationnalisation de ses concepts sous-jacents, dont les douze fonctions essentielles de la santé publique. Ces fonctions ont été définies comme les conditions qui permettent une meilleure pratique de la santé publique :

1. « Monitoring » de l'état de santé de la population et analyse;
2. Surveillance de l'état de santé, recherche, contrôle des risques et dommages en santé publique;
3. Promotion de la santé;
4. Participation sociale et « empowerment » des citoyens en matière de santé;
5. Développement de politiques et de planification pour soutenir les efforts individuels et collectifs en santé publique et le rôle de l'autorité nationale de santé publique;
6. Réglementation (ou législation) en santé publique et application des lois et des règlements;
7. Évaluation et promotion d'un accès équitable aux services nécessaires de santé;
8. Développement des ressources humaines et formation en santé publique;
9. Assurance de la qualité des services de santé pour les individus et la population;

10. Recherche, développement et implantation de solutions novatrices en santé publique;
11. Capacité de gestion pour organiser les systèmes et services en santé publique;
12. Réduction des impacts de situations d'urgence ou de désastre sur la santé (traduction libre).

Hancock (2000) soutient que les unités locales de santé publique doivent :

- ▶ être impliquées dans leur communauté locale;
- ▶ avoir du personnel consacré au développement communautaire;
- ▶ reconnaître que le renforcement de la capacité des communautés est la promotion de la santé en soi et que le processus et la finalité sont tous les deux des indicateurs de la santé;
- ▶ établir des structures formelles pour l'action intersectorielle;
- ▶ développer des partenariats avec les secteurs public, privé et tiers;
- ▶ prôner des politiques publiques saines, avec une vision à long terme, sur des décennies, voire des générations.

Selon l'Institute of Medicine (2000 : 2), l'intervention de santé publique repose sur trois « leviers » de changement : la communication-media et le marketing social, la législation et les politiques publiques et l'engagement dans le rehaussement du capital social des communautés. Elle s'inscrit dans un modèle écologique et se concrétise dans une approche socio-environnementale où l'action :

1. Se concentre sur les déterminants des maladies, blessures, incapacités et problèmes sociaux qui touchent à la fois les conditions et les habitudes de vie;
2. Utilise des approches multiples (i.e. éducation, soutien social, législation, incitatifs, programmes de modification des comportements) et agit simultanément à plusieurs niveaux (i.e. individus, familles, communautés, nation);
3. Prend en compte les besoins spéciaux de groupes cibles (i.e. basés sur l'âge, le sexe, la race, l'ethnicité, la classe sociale);
4. A une vue à long terme des résultats sur la santé et le bien-être;
5. Implique une variété de secteurs de la société qui ne sont habituellement pas associés à la promotion de la santé, y compris la justice, l'éducation, les affaires, les médias.

Enfin, l'OMS estime que des plans de développement intégrés de services de santé sont nécessaires pour briser le cercle vicieux de la pauvreté et de la maladie, faire reculer la mortalité infantile. Le système de santé a un rôle majeur à jouer pour atteindre les familles et les régions pauvres.

1.2 Les déterminants de la santé

Les Priorités nationales de santé publique 1997-2002 définissent l'intervention actuelle de santé publique comme « l'action sur les déterminants de la santé et du bien-être au niveau de la population et des systèmes qui la régissent » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997). Dans ce document, les déterminants sont divisés en cinq catégories :

- ▶ les facteurs endogènes ou biologiques;
- ▶ les habitudes de vie et les comportements;
- ▶ l'environnement physique;
- ▶ l'environnement social : milieux de vie (famille, école, travail) et conditions de vie (revenu, scolarité, logement, emploi, événements stressants);

- ▶ l'organisation du système de soins et de services.

« Dans la réalité, l'état de santé et de bien-être de la population résulte de la conjonction de ces nombreux déterminants et de leurs multiples interrelations » (ibid.).

Selon Harrison (1998 : 2), [les] « systèmes de santé dans les pays industrialisés ne produisent pas la santé ». La plupart des gens sont gardés en santé ou rendus malades dans leurs lieux de vie, de travail et de divertissement – bien avant qu'ils entrent en contact avec le système de soins de santé. Les améliorations importantes dans la santé de la population qui ont été réalisées en Angleterre et au Pays de Galles entre 1841 et 1935 étaient dues à des changements dans les politiques sociales au niveau de la population et non à cause des interventions médicales individuelles. L'introduction en Grande-Bretagne du National Health Service, (NHS) a non seulement réussi à avoir un effet important sur l'amélioration de la santé de la population, mais semble même être associée à un ralentissement des taux de réduction de la mortalité évitable déjà réalisés. Meilleures conditions de logement, eau potable propre, meilleure alimentation, plus de planification familiale et des revenus nets augmentés étaient des facteurs clés. L'avancement des sciences médicales a joué un rôle mineur. Harrison indique que 70 % de tous les soins médicaux et de santé pourraient être évités.

Harrison cite le Surgeon General des États-Unis qui a identifié les causes générales de mortalité et d'incapacité précoce (des coûts évitables pour le secteur de la santé) :

- 10 % dues à l'accès inadéquat aux soins médicaux;
- 20 % dues à des bagages génétiques;
- 20 % dues aux facteurs environnementaux;
- 50 % dues aux enjeux de « comportements et des modes de vie ».

Renaud et Bouchard (1994) mettent en évidence l'existence de gradients socio-économiques de la santé, sorte d'escalier qui relie les mesures de mortalité et de morbidité et le statut socio-économique.

Le Colorado Healthy Communities Initiative (1998 : 7) a recours à la définition de l'OMS dans ses prémisses de base. L'OMS définit une communauté en santé comme ayant les caractéristiques suivantes :

«un environnement physique de haute qualité, propre, sécuritaire et un écosystème «durable» ; la réponse aux besoins fondamentaux; un niveau optimal de services de santé publique et de soins aux malades, accessibles, appropriés et de haute qualité; l'opportunité à une éducation de qualité et une économie novatrice, vitale et diversifiée » (traduction libre).

Selon Bach, Muszynski et Rioux (1993 : 102), un éventail très varié de déterminants ont un effet sur l'état de santé d'une population, y compris l'environnement, le mode de vie, l'économie et le marché du travail, la famille et autres appuis sociaux, le revenu, l'éducation et l'alphabétisation.

Selon Bélanger (2000 : 126), le chômage, l'insécurité financière et l'anxiété, le sentiment de ne pas avoir de contrôle sur son avenir financier sont tous des déterminants dits néfastes à la santé. La montée du tiers secteur et le développement du capital social dans les communautés constituent des voies fécondes pour contrer les effets du chômage sur l'état de santé et de bien-être des populations. Les conditions socio-économiques tels le chômage et la pauvreté influencent grandement la santé et le bien-être.

Daniels, Kennedy et Kawachi (2000 : 1) prennent pour acquis que les membres de la société qui sont plus riches et mieux éduqués ont tendance à vivre plus longtemps et avoir des vies plus saines: René Louis Villermé a constaté cela dès 1840 et ce constat s'est avéré le même dans presque toutes les sociétés. Des recherches récentes suggèrent que les corrélations entre le revenu et la santé ne s'arrêtent pas là. On sait maintenant que les pays avec un niveau plus important d'inégalités socio-économiques démontrent aussi une inégalité au niveau de la santé ainsi que les groupes de revenus moyens dans des sociétés relativement inégalitaires ont un niveau de santé inférieur à des groupes comparables ou même plus pauvres dans des sociétés plus égalitaires.

Ces trois auteurs sont aussi d'accord avec Harrison (1998) qui estiment que l'attention mise sur l'accès aux soins de santé dans le but de réduire des inégalités de santé passe à côté de la cible. Ils conseillent un regard plus pointu sur l'amélioration des conditions sociales (tels l'accès à l'éducation de base, un environnement de travail sain, et la participation politique) qui contribuent à l'amélioration de la santé des sociétés.

Le Comité ministériel québécois sur la réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être précise que :

[...des] « *inégalités ont été observées autant en ce qui a trait à la mortalité qu'à la morbidité en général. Elles touchent presque toutes les causes de décès et à peu près tous les types de maladies. Pour l'ensemble du Québec, l'espérance de vie à la naissance chez les hommes est aujourd'hui de 76 ans. Elle tombe cependant à 71 ans chez les hommes qui appartiennent au cinquième de la population le plus défavorisé, sur les plans matériel et social, tandis qu'elle grimpe à près de 80 ans pour les hommes les plus favorisés. On constate donc un écart de 9 ans* » (MSSQ, 2001 : 17).

Veenstra (2001) souligne que s'il y a bien un fait canonique dans la recherche sur la santé des populations, c'est qu'il existe un lien très fort entre le statut social et la santé : dans pratiquement tous les pays occidentaux, on constate un rapport direct entre le statut social des individus, peu importe comment on le mesure, et une vaste gamme d'indicateurs en matière de santé.

Dans son article sur le capital social et la santé, Veenstra indique que :

[...généralement] « *les études épidémiologiques mesurent le statut socio-économique selon l'emploi, le niveau d'éducation et le prestige associé à la profession. On a constaté l'existence d'un lien entre le statut socio-économique et des indicateurs de mesure de la santé comme l'incidence du cancer, des maladies du cœur ou cardio-vasculaires, de l'hypertension, du degré d'obésité et de morbidité et de la mortalité en général. [...] Au sein des pays occidentaux, la corrélation sur le plan individuel entre le revenu et la santé semble non linéaire, pratiquement de forme logarithmique, si bien qu'il est impossible d'établir l'existence d'un seuil de la pauvreté sous lequel la santé est en péril et au-dessus duquel elle est répartie au hasard et ne subit l'influence que de facteurs non reliés au revenu. Cette relation semble plutôt engendrer un gradient à la pente peu prononcée (mais qui tend vers l'horizontale) montrant que, plus on grimpe dans l'échelle des revenus, meilleur est notre état de santé. Toutefois, ce rapport entre le revenu et la santé ne semble pas se manifester dans les comparaisons entre pays. Richard Wilkinson a établi qu'au sein des pays de l'OCDE et compte tenu d'un certain niveau de richesse sociétale, les pays possédant le PIB par habitant le plus élevé ne sont pas nécessairement ceux dont la population affiche le meilleur état de santé* ».

Une revue de la littérature faite par le Colorado Trust identifie des facteurs environnemental, culturel et économique qui jouent chacun un rôle dans la détermination de la santé d'une population et donc fournissent des lieux potentiels d'intervention (Easterling, 1998 : 8).

La recherche menée par le Colorado Trust indique que la santé d'une population est déterminée par un certain nombre de facteurs distincts, tels la disponibilité de services médicaux, la présence de barrières (financière et autres) à l'accès à ces services, la qualité de l'environnement local (par exemple, la pollution de l'eau ou de l'air), les «patterns» typiques de comportements à risque (par exemple, usage du tabac ou de l'alcool au volant), et la situation économique d'une communauté. Donc, une réponse équilibrée et complète visant l'amélioration de la santé exige une pluralité d'initiatives s'adressant aux normes culturelles, à l'assainissement de l'air et de l'eau, à l'accessibilité des soins médicaux, à la prospérité économique et à l'augmentation de la capacité d'agir de la communauté (ibid. : 21).

Le Colorado Trust soutient qu'il a été reconnu depuis longtemps qu'il existe des variations importantes dans les niveaux de santé de différents lieux : entre quartiers, villes, comtés, états et pays. Des analyses statistiques peuvent identifier les facteurs qui expliquent cette variation, c'est-à-dire expliquer pourquoi un endroit en particulier a un haut ou un bas niveau de santé. Des analyses de ce type ont démontré que la santé est influencée fortement par des facteurs non médicaux.

Dans leur étude de la littérature de la théorie de l'écologie sociale, les Centres for Disease Control and Prevention (CDC) soulignent :

- ▶ l'état de santé, le bien-être émotionnel et la cohésion sociale sont influencés par les dimensions physiques, sociales et culturelles de l'environnement et des attributs personnels (ex : comportements, dispositions psychologiques, génétiques de l'individu ou de la communauté);
- ▶ Le même environnement peut avoir différents effets sur la santé d'un individu dépendant de facteurs variés, incluant les perceptions sur la capacité de contrôler l'environnement et les ressources financières ;
- ▶ Les individus et les groupes opèrent dans des environnements multiples (ex : milieu de travail, voisinage, communautés géographiques plus larges) qui débordent et s'influencent les uns, les autres.

Il existe des points de «leviers» personnels et environnementaux qui exercent des influences vitales sur la santé et le bien-être. (CDC/ATSDR Committee on Community Engagement, 1997 : 11) (traduction libre)

Les CDC constatent que la littérature sur les influences culturelles suggère que les comportements de la santé sont influencés directement par des éléments de la culture (*ibid.* : 11).

Wilkinson et Marmot (1998 : 4) déplorent que, « *Bien qu'il ne manque pas de preuve légitime, le débat sur les déterminants sociaux continu d'être limité par les forums académiques* » (traduction libre). Ils suggèrent que la reconnaissance des impacts sur la santé qu'ont les politiques sociales et économiques aurait des implications profondes sur la façon dont la société prend des décisions sur le développement, et pourrait changer les valeurs et principes sur lesquels les institutions sont bâties et le progrès est mesuré. Ils ont identifié plusieurs études médicales qui font le lien entre des déterminants sociaux et la santé.

Pour Sir Donald Acheson, président du Centre international pour la santé et la société de Londres, « ...aujourd'hui, les connaissances scientifiques sur les déterminants sociaux de la santé s'accumulent rapidement. Le besoin d'orienter nos efforts dans leur direction est de plus en plus clair. Ceci veut dire que la santé publique doit agir encore plus en amont, y sensibiliser le public et promouvoir le débat sur les déterminants sociaux ». Ces propos introduisent un document publié par l'Organisation mondiale de la santé en 1998 et qui résume à la fois les fondements scientifiques et les enjeux soulevés par ces déterminants, notamment :

- ▶ le besoin de politiques qui empêcheront les gens de tomber dans des situations de défavorisation de longue durée;
- ▶ l'influence de l'environnement social sur la santé;
- ▶ l'importance d'assurer un bon milieu de vie pour les jeunes enfants;
- ▶ l'impact du travail sur la santé;
- ▶ les problèmes du chômage et des emplois précaires;
- ▶ le rôle positif de l'amitié et de la cohésion sociale;
- ▶ les dangers de l'exclusion sociale;
- ▶ les effets de l'alcool et des autres drogues;
- ▶ le besoin d'assurer à tous l'accès à de la nourriture de qualité;
- ▶ le besoin de systèmes de transport plus favorables à la santé.

Dans un rapport publié en 2000, l'Institute of Medicine de Washington pousse beaucoup plus loin l'exploration de ce champ d'intervention pour la santé publique, notamment en regard des liens entre les habitudes et les conditions de vie. Selon les auteurs de ce rapport, plutôt que de cibler un nombre limité de déterminants de la santé et du bien-être, les interventions sur les facteurs comportementaux et sociaux devraient être liées à plusieurs niveaux d'influence qu'ils soient individuels, interpersonnels, institutionnels, communautaires ou politiques. C'est donc non seulement le comportement individuel qui est la cible de l'intervention, mais aussi le contexte social où l'individu évolue.

Bref, les auteurs consultés se rallient au fait que l'état de santé d'une population est fortement déterminé par des facteurs non médicaux et qu'il est impératif d'investir dans l'amélioration de la qualité de vie d'une communauté, par une vision plus globale du développement et par une réduction des inégalités sociales.

2 - LE DÉVELOPPEMENT SOCIAL

2.1 Définitions

Selon André Beaudoin (1992) « le développement comprend trois composantes particulières : l'économique, le social et le culturel. Toutes les trois sont coiffées du volet politique qui les met en quelque sorte en interrelation ». Il cerne la composante sociale du développement ainsi :

« son but ultime est la réalisation du bien-être de l'ensemble de la population à partir de la volonté de cette population elle-même. Sa substance consiste en la création et l'altération des institutions, des motivations et des conduites, de manière à accroître les capacités de satisfaire les besoins de la population à tous les niveaux et à améliorer la qualité des rapports sociaux dans la population et avec les institutions. [...] Dans son ensemble, le développement social concerne donc le bien-être de l'ensemble de la population, la formation du capital social, l'amélioration des conditions de vie physiques, des conditions sociales, des conditions environnementales et de toutes autres conditions qui affectent le fonctionnement en société, le niveau de vie des personnes, des familles et des groupes » (Beaudoin, 1992 : 10).

Trois autres définitions du développement social sont offertes dans un document récent de Centraide du Grand Montréal (2000) :

- ▶ celle de la Commission Castonguay-Nepveu (1971) : le développement social, c'est la mise en œuvre par la société de l'ensemble des moyens propres à faire accéder chacun des membres au maximum d'épanouissement dont il est capable;
- ▶ celle de l'ONU : le développement social est une démarche visant à améliorer la capacité des gens à vivre en toute sécurité et à leur permettre de participer pleinement à la société. Il est indissociable de son contexte culturel, écologique, économique, politique et spirituel et ne peut être envisagé dans une perspective uniquement sectorielle;
- ▶ celle du Conseil de la santé et du bien-être du Québec (1996, 1997) : le développement social fait appel à la mise en place et au renforcement au sein des communautés, dans les régions et à l'échelle de la collectivité, des conditions requises pour permettre, d'une part, à chaque individu de développer ses potentiels, de pouvoir participer activement à la vie sociale et de pouvoir tirer sa juste part de l'enrichissement collectif, et d'autre part, à la collectivité de progresser socialement, culturellement et économiquement, dans un contexte où le développement économique s'oriente vers un développement durable, soucieux de justice sociale.

Cette dernière définition s'apparente à ce que Hancock (2001) appelle le développement sociétal. En fait, selon le Conseil de la santé et du bien-être (1996), le développement social est étroitement associé au développement économique et au développement culturel, et il s'articule autour de trois pôles, que l'on doit considérer dans un continuum :

- ▶ une organisation sociale qui permet l'amélioration du potentiel et l'utilisation maximale de ce potentiel, par le plus grand nombre d'individus possible;
- ▶ des services et mesures actives d'insertion et de soutien à la participation sociale, destinés à ceux qui ont de la difficulté à participer à la vie de leur milieu, à exercer des rôles sociaux significatifs;
- ▶ des mesures passives de protection sociale (filet de sécurité), afin de combler les déficits de participation, dus à une situation particulière ou à une incapacité, et à faire aussi profiter les individus concernés à la richesse collective, dans un souci de justice sociale.

Dans une récente conférence, Jean Panet-Raymond définissait ainsi le développement social :

« ... un processus démocratique et continu qui favorise la participation maximale des personnes, groupes et communautés afin qu'ils définissent ensemble les objectifs sociaux, économiques, culturels, politiques permettant de produire une société juste et solidaire favorisant l'épanouissement et le développement des potentiels de tous ses membres. »
(Panet-Raymond, 1999 : 8).

En lien avec cette définition, il identifie les buts du développement social comme étant :

- ▶ la réconciliation du bien-être individuel et collectif ;
- ▶ le développement du potentiel humain ;
- ▶ l'autodétermination individuelle (autonomie ou *empowerment*);
- ▶ la participation active des individus aux décisions qui les concernent ou qui les affectent ;
- ▶ le développement de communautés et de sociétés qui respectent les différences culturelles.

Tout ceci s'effectue de manière holistique en considérant les dimensions ethnique, spirituelle, économique, sociale, politique, culturelle et environnementale. Étant à la fois un but et un processus, le concept du développement social comporte donc des implications universelles. En lien avec le développement communautaire, Caryl Abrahams définit la perspective de la pratique du développement social comme étant des « *facteurs de multiples niveaux, institutionnalisation du processus de développement, contribution de la population qui vit le changement, et l'examen des buts ou résultats attendus suite à du changement sur les individus, les communautés et la société* » (Abrahams, 1992 : 104), (traduction libre).

Pour sa part, dans sa présentation lors des JASP en 2001, Maurice Lévesque définit le développement social comme un processus de transformation des relations d'autonomie et de dépendance entre les individus ou des collectivités qui génère les conditions pour une plus grande justice, participation et égalité sociales entre ces individus et ces collectivités grâce à leur engagement dans la construction de solidarités et de systèmes de soutien social et envers la limitation des conséquences négatives liées aux risques sociaux et environnementaux pour les membres d'une société. Le développement social est axé autour de trois principales cibles :

- ▶ améliorer les conditions de vie et prendre en charge les risques
- ▶ développer les capacités d'agir des individus et des collectivités
- ▶ améliorer la qualité de vie.

Selon Midgley (2000) :

« la perspective du développement social insiste sur l'intégration de la politique économique et sociale et donne lieu à l'expression de deux axiomes : premièrement, elle exige que le développement économique soit inclusif, intégré et durable et qu'il apporte des avantages à tous. Deuxièmement, elle propose que le bien-être social soit orienté vers l'investissement dans le but d'améliorer les capacités de l'être humain à participer à l'économie productive » (dans Tremblay, 2000 : 7).

Dans une perspective de développement social, l'État doit continuer de jouer son rôle dans la participation à la création et la redistribution de la richesse, la protection sociale et la régulation sociale.

En lien avec le développement social, le Toronto Quality of Life Project adopte neuf domaines de qualité de vie (Raphael et als, 1998 : 6) :

LA PERSONNE ET SES BESOINS	
Besoins physiques	Santé physique, mobilité, nutrition, forme physique et apparence
Besoins psychologiques	Indépendance, autonomie, acceptation de soi, absence de stress
Besoins spirituels	Valeurs et normes personnelles et courantes et croyances spirituelles
LA PERSONNE EN RELATION	
Avec son environnement physique	Aspects physiques de l'environnement immédiat
Avec la société	Relation avec la famille, les amis et les connaissances
Avec sa communauté	Disponibilité de ressources et de services sociétaux
LA PERSONNE ET SON DÉVELOPPEMENT	
Par ses occupations	Travaux domestiques et scolaires, profession et emploi
Par ses activités de loisirs	Loisirs intérieurs et extérieurs, ressources récréatives
Par ses activités de croissance personnelle	Apprentissage, développement des habiletés et des relations; activités et adaptation

(TRADUCTION LIBRE)

Beaudoin souligne enfin que « le développement social partage avec les deux autres sortes de développement (culturel et économique) l'idée de la participation démocratique des citoyens, mais il en fait plus qu'un moyen : cette participation ou cet exercice de la démocratie est un bénéfice collectif essentiel pour maintenir le bien-être de la population. » (Beaudoin, 1992 :10).

En fait, au lieu de fournir lui-même des biens et des services, l'État préfère voir les gens consommer librement pour satisfaire leurs besoins. Ainsi, en assurant l'accès aux ressources par des transferts d'argent (prestations financières aux individus, achats de biens et de services par ses établissements), l'État favorise l'entreprise privée comme outil privilégié pour le partage des ressources, partage qui s'effectue désormais par le biais de la consommation.

Puisque le concept de participation sociale est central au développement social, puisqu'une partie de cette participation — l'accès aux ressources — passe par la société de consommation et parce que la participation à la société de consommation se réalise normalement par le biais de l'emploi, le développement social est intrinsèquement lié au développement économique et vice versa (Ninacs, 1998).

2.2 La participation

Selon l'OMS, la planification locale fondée sur la participation renforce l'engagement communautaire en faveur des services. La participation directe et indirecte des individus est au cœur des approches du développement fondées sur la population.

En fait, pour les Centres for Disease Control and Prevention, il y a de meilleures chances qu'un changement soit réussi et permanent quand les gens concernés sont impliqués dans l'initiation et la promotion d'une solution.

De nombreuses recherches dans le champ de la santé et des services sociaux démontrent que la participation dans les décisions donne lieu à de meilleures interventions et de meilleurs programmes (Itzhaky et York, 1994).

Selon les CDC, les nouvelles tendances de la santé publique mettent l'accent sur la participation « *engagement* » de la communauté dans la prise de décision reliée à la santé et dans les efforts pour la promotion de la santé, la protection de la santé, et la prévention des maladies (*ibid.* : 7). La participation s'avère donc « *une stratégie essentielle (ou une façon de faire importante) pour améliorer l'environnement, augmenter les services, prévenir le crime et améliorer les conditions sociales* » (*ibid.* : 12). Les éléments de la réussite se résument ainsi :

- ▶ les efforts de participation de la communauté devraient s'adresser aux multiples niveaux de l'environnement social plutôt que sur seulement les comportements individuels pour entraîner les changements désirés ;
- ▶ les comportements de santé sont influencés par la culture. Pour s'assurer que les efforts de participation soient appropriés sur le plan de la culture et de la langue, ils doivent être développés à partir d'une connaissance et d'un respect pour la culture de la communauté ciblée ;
- ▶ les gens participent quand ils ont un sens de la communauté, voient leur implication et les questions comme pertinentes et importantes pour eux, et considèrent le processus et le climat organisationnel de participation comme ouvert et en soutien à leur droit de parole dans le processus ;
- ▶ alors qu'il ne peut être imposé extérieurement à une communauté, un sens *d'empowerment* (l'habileté de passer à l'action, influencer et prendre des décisions sur des questions critiques) est crucial au succès des efforts de participation ;

- ▶ la mobilisation de la communauté et l'autodétermination nécessitent un soutien et un accompagnement fréquents avant que les individus et les organisations puissent acquérir du contrôle et de l'influence et devenir des acteurs et des partenaires dans le processus de décision concernant la santé de la communauté et dans l'action, ils peuvent requérir des connaissances, habiletés et ressources additionnelles ;
- ▶ les coalitions, lorsqu'elles sont adéquatement supportées, peuvent être les véhicules utiles pour mobiliser et utiliser les forces d'une communauté pour le processus décisionnel en matière de santé et pour l'action ;
- ▶ la participation est influencée par le fait que les membres d'une communauté croient que les bénéfices de la participation sont plus élevés que les coûts. Les leaders de la communauté peuvent utiliser leur compréhension des coûts perçus pour développer des incitatifs appropriés pour promouvoir la participation (ibid. : 17), (traduction libre).

Selon le Conseil de la santé et du bien-être, la participation implique un échange réciproque entre l'individu et la collectivité et met en cause, d'une part la responsabilité collective de permettre à tous de participer activement à la vie en société et, d'autre part, la responsabilité individuelle d'agir en citoyen responsable : la contribution de chaque individu versus la place qui lui est faite. La participation permet de renforcer l'équité et la solidarité.

Selon Ninacs (2001), la participation d'une personne comporte deux volets, l'un sur le plan psychologique (droit de parole et participation aux décisions) et l'autre sur le plan pratique (capacité de contribuer et d'assumer les conséquences de sa participation). En fait, selon Biegel (1984 : 122), la participation aux décisions requiert des connaissances en lien avec les objectifs poursuivis. Pour Hardina et Malott (1993), les membres des conseils d'administration des organismes parapublics de services sociaux doivent, à la fois, avoir le sentiment de maîtriser les problématiques et posséder les compétences nécessaires pour prendre les décisions qui s'imposent. Ceci fait en sorte que le milieu est souvent représenté par des gens qui font déjà partie de l'élite détenant le pouvoir, ce qui a souvent pour effet de réduire la capacité de ceux et celles qui représentent les usagers et les usagères de participer activement et d'influencer les décisions (*ibid.* : 7-10).

Thibault *et al.* (2000 : 1) avancent l'idée que l'action de prendre part aux décisions collectives au sein du gouvernement, d'une institution publique ou d'un organisme de la société civile (groupe communautaire, association de citoyens, organisme de développement, etc.) doit reposer sur des valeurs partagées, des références, un langage et un code communs. À leurs yeux, « *les types de participation publique [correspondent] essentiellement au degré de pouvoir des citoyens dans le processus décisionnel auquel il participe* » (ibid. : 12). Selon ces auteurs, il y aurait trois catégories de participation publique :

1. Participation sans pouvoir (communication-marketing social, sondage);
2. Le pouvoir d'influencer (information, consultation et plainte);
3. Le pouvoir partagé (délégation, partenariat, contrôle). La participation publique « *est une condition essentielle au développement du capital social et de la qualité de vie des personnes. Elle est le passage obligé, la pédagogie principale du développement social* ».

3 – LE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

3.1 La communauté

Qu'est-ce qu'une « communauté »? Selon Grawitz (1994 : 70), ce mot désigne un groupe de personnes ayant quelque chose en commun, c'est-à-dire des valeurs, des services, des institutions, des intérêts ou une proximité géographique (Barker, 1995 : 68). Il en découle que différentes sortes de communautés peuvent exister dont, par exemple : a) la communauté géographique; b) la communauté de solidarité axée sur une identité commune; c) le réseau social; d) la communauté d'intérêts; e) l'espace de vie partagé (Rubin et Rubin, 1992, dans Kemp, 1995 : 182-186).

Les Centres for Disease Control and Prevention reconnaissent qu'il s'agit d'un concept fluide qui peut être approché d'un point de vue sociologique avec une analyse de systèmes ou bien d'une perspective plus personnelle et individuelle. Commune aux deux sens est l'identification de ce qui est inclus et qui est exclus du groupe (CDC/ATDSR, 1997 : 7). Une analyse systémique d'une communauté trouverait des membres individuels et des secteurs possédant un éventail de caractéristiques et d'interrelations distinctes. La communauté peut ainsi être comprise comme un organisme vivant ou une machine très sophistiquée (*ibid.* : 8).

L'approche systémique peut également être utilisée pour décrire et comprendre une communauté en examinant des facteurs reliés aux :

- ▶ personnes (socioéconomique et démographique, état de santé et profil des risques, caractéristiques culturelles et ethniques);
- ▶ territoires (frontières géographiques);
- ▶ liens d'attaches « *connectors* », (valeurs partagées, intérêts, forces motivantes);
- ▶ relations de pouvoir (modes de communication, lignes formelles et informelles d'autorité et d'influence, les mouvements des ressources).

Pour Don Nutbeam (Centraide, 2000 : 18), une communauté, c'est un groupe précis de personnes vivant généralement dans une région géographique définie qui partagent la même culture, qui possèdent une structure sociale et qui démontrent une certaine conscience de leur identité en tant que groupe. Dans les sociétés modernes, il est rare que les individus appartiennent à une seule communauté distincte et unique. En fait, les individus peuvent être membres à la fois de plusieurs sortes de communautés (Kemp, 1995 : 182) et leur adhésion se fonde sur des facteurs tels que la géographie, l'occupation, le contact social et les loisirs. De plus, certaines communautés d'un même type peuvent exister à l'intérieur d'une plus grande communauté — par exemple, des quartiers à l'intérieur d'une ville (Fellin, 1995 : 4).

La Foundation Trillium de l'Ontario (2001) affirme que de nos jours, les gens cherchent au sein de la communauté la réponse à de nombreuses questions : une économie locale plus solide, des soins primaires aux citoyens, une source d'emplois, de ressources, de mieux-être personnel... D'autres espèrent y satisfaire leur besoin d'appartenance, de communion, ou y voient le symbole d'une époque plus simple.

Selon Grawitz (1994 : 70), la communauté serait « caractérisée par une solidarité naturelle spontanée ». Elle indique que « l'opposition entre communauté (*Gemeinschaft*) — groupement d'individus liés entre eux par des relations d'interdépendance, vécues sur un mode affectif, une solidarité née de l'unanimité de croyance aux mêmes valeurs — et société [ou parfois « association » (Worsley, 1971 : 257)] (*Gesellschaft*) — groupement où prédomine la règle formelle » — a débuté avec Tönnies. De fait, Tönnies insistait sur le caractère harmonieux de la *Gemeinschaft* qui apparaîtrait naturellement ainsi que sur la nature aliénante de la *Gesellschaft* davantage transitoire et superficielle. Il déplorait que les communautés modernes n'offrent plus l'environnement idyllique de la première et ceci contribuerait au déclin des relations interpersonnelles (Blakely et Snyder, 1997 : 31; Cnaan et Rothman, 1995 : 241; Rocher, 1969 : 171-178; Worsley, 1971 : 257-258). Cette dernière idée est toujours présente car, « depuis les années vingt, dans les sociétés modernes, on a mis l'exclusion sociale sur le compte de l'effritement de la communauté » (White, 1994 : 38).

Cnaan et Rothman (1995 : 245-246) établissent un lien entre la formulation proposée par Tönnies et la distinction faite par Durkheim entre solidarité organique et solidarité mécanique. La solidarité organique serait axée sur un haut degré d'interdépendance entre les individus, des dispositifs normatifs moins coercitifs et punitifs et un profond respect pour l'autonomie des individus. À l'inverse, la solidarité mécanique s'avérerait le produit d'une conscience collective répressive qui limite les idées et les actions des individus et qui utilise des mécanismes régulateurs punitifs pour assurer l'ordre (Rocher, 1969 : 184-188).

Christenson *et al.* (1989 : 9) définissent une communauté comme :

« un système social structuré qui regroupe des personnes vivant à l'intérieur d'un espace géographique précis, (ville, village, quartier,...) qui ont une interaction sociale et partagent certaines valeurs communes ainsi que des liens psychologiques entre elles et avec le lieu qu'elles habitent, démontrant ainsi une certaine conscience de leur identité en tant que communauté ».

Pour leur part, les auteurs préoccupés par le développement des collectivités tentent de situer leurs conceptualisations de la communauté dans un cadre d'action. Par exemple, Douglas (1994 : 3) la définit, lui aussi, comme un groupe de personnes ayant des intérêts communs, mais rajoute que les individus se regrouperaient pour exercer un contrôle sur les forces intérieures et extérieures façonnant leur qualité de vie. D'une certaine façon, cette idée renvoie à Warren qui voit la communauté comme la combinaison des unités et des systèmes accomplissant des fonctions majeures dans une localité, telles la production-distribution-consommation, la socialisation, le contrôle social, la participation sociale et le soutien mutuel (1966 dans Robichaud et Quiviger, 1990 : 22, et 1978 dans Cnaan et Rothman, 1995 : 240). Perry (1987 : 58-63) abonde dans le même sens, estimant qu'une communauté posséderait plusieurs volets (géographique, démographique, culturel, psychologique, institutionnel) mais il soutient également qu'elle serait constituée de personnes ayant le sentiment de partager un même destin et où leurs destins seraient intrinsèquement liés dans la mesure où ces personnes épouseraient un même point de vue et participeraient aux mêmes institutions.

Dans un même ordre d'idées, Brodhead et Lamontagne (1994 : 267) notent que le mot « communauté » renvoie aux notions de valeurs et d'attentes communes, à un sentiment de sécurité et de confiance mutuelle et à un engagement commun. Blakely et Snyder (1997 : 3234) semblent résumer le tout en indiquant que les communautés seraient définies à partir de cinq principaux éléments : a) un territoire partagé et délimité par des frontières physiques ou sociales; b) des valeurs partagées à partir d'une identité construite par les membres de la communauté; c) des espaces publics partagés permettant l'interaction; d) des dispositifs de soutien permettant l'entraide et la participation; e) un destin partagé se reflétant par des dispositifs communs d'orientation et de protection.

Sur le plan du développement, la question d'assise territoriale serait capitale, car l'appartenance à un même territoire peut souvent motiver l'action collective (Morin *et al.*, 1994 : 7). Il ne s'agirait pas, toutefois, de n'importe quel territoire mais de celui qualifié de « local », c'est-à-dire assez petit pour être considéré comme un milieu de vie — quartier, arrondissement, ville, village... — et une unité d'action (Favreau et Hurtubise, 1993 : 45). La communauté posséderait ainsi des fonctions capitales permettant d'assurer le bien-être de ses membres.

Fellin (1995 : 11-12) suggère de la regarder à partir de deux perspectives pour comprendre le rôle qu'elle joue. D'un côté, en se concentrant sur les traits distinctifs de sa population (taille, densité, hétérogénéité...), son environnement physique (aménagement du territoire), son organisation sociale et institutionnelle et ses forces technologiques, on peut la voir comme système écologique. Cette perspective permet surtout de mieux comprendre les liens de dépendance et d'interdépendance, d'une part, entre les individus, les services et l'environnement et, d'autre part, entre la communauté et la société plus large, et donc d'évaluer les effets des changements sociaux. D'un autre côté, en se tournant plutôt vers les systèmes sociaux, on peut voir comment la communauté assure les fonctions qui lui reviennent sur les plans de l'économie, de la politique, de l'éducation, de la santé et du bien-être social, et ce, en se concentrant sur l'interaction entre les différentes institutions et sur leur interaction avec les institutions à l'extérieur de la communauté. Cette deuxième perspective permet surtout de mesurer la compétence de la communauté, c'est-à-dire jusqu'à quel point : a) ses différents systèmes arrivent à répondre aux besoins des individus et b) les individus arrivent à utiliser ces mêmes systèmes de façon efficace.

Il semble donc y avoir deux façons principales de concevoir la communauté :

- ▶ la communauté existentielle, « *espace moral utopique capable de servir de rempart contre la rationalité, la désaffectation et l'isolement émotif déterminant* » (White, 1994: 40), car elle « *permet aux groupes de se constituer à partir d'une certaine façon symboliquement significative d'exprimer qui ils sont et comment les autres sont différents d'eux* » (ibid. : 44);
- ▶ la communauté instrumentale, « *définie en fonction de ce qu'elle fait plutôt que de sa signification pour ses membres* » (ibid.) qui renvoie aujourd'hui aux fonctions « *de résistance populaire et de gestion sociale* » (ibid. : 40).

White ne croit pas que les deux types de communautés soient mutuellement exclusifs, cependant, (ibid. : 45), elle suggère que les deux constituent « *des espaces sociaux façonnés simultanément par des frontières symboliques et par des frontières bureaucratiques* » (White, 1994 : 44).

3.2 Le développement des communautés : définitions et caractéristiques

Le rapport synthèse du groupe de travail sur les déterminants de la santé du Forum national sur la santé (National Forum on Health, 1997a, 1997b) souligne que les communautés peuvent prendre des mesures pour faire changer les choses. Pour le Forum national sur la santé, le terme « communauté » désigne non seulement le voisinage ou le village, mais tous les contextes où se manifestent la coopération et la solidarité humaines. Or, il semble exister une combinaison gagnante d'ingrédients dans les communautés qui se mobilisent dans l'adversité pour améliorer ou, à tout le moins, préserver l'état de santé de leurs membres :

« Il est bien démontré que des personnes qui se mobilisent pour changer leur communauté peuvent réussir et se régénérer si elles ont des leaders patients et persévérants, une vision à long terme, des buts à court terme constamment à l'esprit, des mécanismes d'habilitation démocratique, un financement sûr et souple, ainsi que des partenariats et des structures bien précises. Le succès est plus fréquent lorsque l'action touche la communauté entière et qu'une attention particulière est réservée aux personnes les plus nécessiteuses. Au lieu de viser une égalité d'accès aux programmes, ces communautés s'efforcent d'arriver à des résultats équitables. La mobilisation de la communauté peut s'exercer sur plusieurs fronts : développement économique, incitatifs à l'emploi (comme l'acquisition de compétences), soutien aux familles, entraide, défense des intérêts et ainsi de suite ».

« Aujourd'hui, nous savons pertinemment que les méthodes allant du haut vers le bas, sans appel à la participation publique, ne donnent pas les résultats attendus; que le financement à court terme est désastreux; qu'un leadership irresponsable ou diffus mène à une impasse ou à une stagnation; et que les stratégies qui visent trop petit ou qui sont trop vagues ne sont pas efficaces ». (Forum national sur la santé, 1997)

De telles mobilisations, « du bas vers le haut » et axées sur la participation des membres d'une communauté, renvoient à différentes stratégies de développement et d'action communautaire, notamment le développement communautaire, le développement local et le développement local de type communautaire.

Selon Ninacs (1998) :

« [...] le développement communautaire tire [...] ses origines québécoises de certaines interventions des années 1960, en particulier celles d'animation sociale encadrées par la Compagnie des Jeunes Canadiens ainsi que celles qui s'« auto-animaient », tel le « JAL ». Aujourd'hui, le développement communautaire se trouve promu particulièrement par une partie du mouvement populaire et communautaire québécois quoiqu'on le trouve également dans le discours de certaines municipalités. Il s'agit, dans un cas comme dans l'autre mais à des degrés différents, d'un processus de développement institué par les gens d'un milieu pour changer leur situation ».

Selon Morin et al. (1994 : 9), « le point de départ et d'arrivée du développement visé n'est pas ici le "territoire local", mais la "communauté locale", c'est-à-dire les gens avant le lieu ». Ceci fait en sorte que la préoccupation première du développement communautaire est souvent d'ordre social.

Chavis (2000) définit le développement communautaire comme étant un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local, visant l'amélioration des conditions de vie sur le plan physique, social et économique.

Dans une analyse des initiatives de développement communautaire dans 28 communautés du Colorado entre 1992 et 1998, le Colorado Healthy Communities Initiative (Davis 1998 : 9) a démontré que « de permettre aux communautés de définir leurs frontières sans égard aux frontières traditionnelles de juridiction, encourage l'établissement de frontières telles que les membres les vivent ce qui en retour améliore la délibération et les solutions les plus efficaces » (traduction libre).

Dans sa conclusion, le groupe de travail sur les déterminants de la santé du Forum canadien sur la santé (National Forum on Health, 1997b : 48) reconnaît que :

« le développement communautaire peut aider les gens à mieux s'organiser et à améliorer leurs conditions de vie et leur état de santé, notamment dans le contexte de profonds bouleversements sociaux. Il est particulièrement important parce qu'il favorise une transition harmonieuse pour les jeunes et aide les personnes âgées à participer le plus longtemps possible à la vie de la communauté ».

Enfin, il recommande de repenser et de réaménager les activités gouvernementales existantes, de même que le financement du développement communautaire. Le financement des projets locaux devrait reposer sur des critères tenant compte d'un leadership axé sur la patience et la persévérance, des efforts concertés de nombreux secteurs, de partenariats et de structures bien rodés, de buts et d'objectifs bien ciblés assortis de mécanismes de rétroaction permettant de suivre de près les progrès accomplis, et d'un processus de responsabilisation favorisant la participation à la prise de décisions.

Selon Maurice Lévesque, le développement des communautés est un processus de développement social circonscrit dans des contextes locaux de relations sociales, c'est-à-dire qu'il génère les conditions locales pour une plus grande justice, participation et égalité sociales entre les individus et les collectivités d'une communauté grâce à leur engagement de construction de solidarités locales et de systèmes de soutien social locaux et envers la limitation des conséquences négatives liées aux risques sociaux et environnementaux pour leur communauté (présentation lors des JASP en 2001).

Sur le plan de la santé publique, Rachlis (1997 : 42) suggère que le développement communautaire

« peut servir trois intentions pour les praticiens de santé publique. D'abord, le développement des communautés peut aider à promouvoir une société plus civique, ce qui en soi apporte des bénéfices. Deuxièmement, le développement des communautés peut faciliter des projets de promotion de la santé de niveau intermédiaire communautaire. Troisièmement, le développement de la communauté peut procurer le soutien politique pour l'action intersectorielle d'un niveau plus élevé »(traduction libre).

Quant au développement local, selon Cadieux (1997) il s'agit d'un processus grâce auquel la communauté participe au façonnement de son propre environnement, dans le but d'améliorer la qualité de vie de ses résidents. Ceci nécessite une intégration la plus harmonieuse possible des composantes sociales, culturelles, politiques et environnementales. Le développement local est avant tout un phénomène humain où les projets et l'action, plus que les institutions et les politiques, mobilisent l'ensemble des intervenants de la communauté.

Selon Ninacs (1998) :

[le vocable « développement local » fait] *« de moins en moins référence à l'interprétation nord-américaine, qui le positionne comme tendance néo-libérale de développement de l'économie locale, essentiellement préoccupée par la dimension économique des projets de revitalisation, [et] se rapproche de plus en plus au Québec de la conception européenne et signifie maintenant une stratégie partenariale de changement social mesurée à partir de critères économiques, sociaux et culturels ».*

Selon Vachon (1993 : 92), le développement local,

[c'est] « *avant tout une façon de penser, une manière d'aborder la question du développement social, humain, économique et technique en renonçant aux préjugés ou à un parti pris. [...] C'est un processus dynamique alimenté par des attitudes et des comportements axés sur l'action, plutôt qu'un ensemble de procédures prédéterminées et organisées dans une structure fermée. [...] C'est une stratégie dans laquelle les acteurs sont bénéficiaires. Cette stratégie est mise en œuvre sur des territoires variés où les ressources humaines et physiques sont d'une grande diversité et où les aspirations et les priorités en matière de développement créent des problématiques particulières* ».

Les caractéristiques du développement local, selon Tremblay et Fontan (1994), sont les suivantes :

[...] « *il donne lieu à des interventions adaptées et souples. Il s'agit d'interventions adaptées à la réalité d'une société en voie de fragmentation, où l'on tente de freiner le processus d'exclusion sociale en proposant notamment des mécanismes d'insertion. Il s'agit d'interventions souples, puisqu'on tient compte des besoins de l'état de développement des personnes, des organisations et des entreprises avec lesquelles on travaille* ».

[...] « *le développement local repose sur des interventions novatrices qui exigent un changement d'attitude. Des interventions novatrices, puisqu'on se situe dans des pratiques « alternatives » et expérimentales, où tout est à inventer* ».

[...] « *le développement local est un ensemble d'interventions concertées qui misent sur la valorisation durable des ressources locale* »s.

Les caractéristiques du développement local d'après Cadieux (1997) sont semblables :

- ▶ possède des dimensions territoriales;
- ▶ s'appuie sur la capacité potentielle et effective d'une collectivité à maîtriser son développement en réduisant sa dépendance envers les investissements et les initiatives d'origine externe;
- ▶ fait appel à une volonté de concertation, à l'établissement de partenariat et de réseaux d'échanges et de réciprocité;
- ▶ permet d'assister au redéploiement des valeurs démocratiques par une pratique participative et une responsabilisation des citoyens quant au développement de leur collectivité.

Cadieux (ibid.) estime que le développement local poursuit les objectifs suivants :

- ▶ améliorer le cadre de vie des personnes de la communauté pour qu'elles puissent profiter d'un environnement sain;
- ▶ améliorer leur milieu de vie pour qu'elles puissent s'épanouir dans une communauté qui leur offre plusieurs occasions sociales et culturelles;
- ▶ que chacun dans la communauté puisse travailler donc gagner un revenu pour pouvoir profiter des avantages de la communauté.

Selon Belleau (2000), les défis du développement local sont :

- ▶ la satisfaction des besoins (dont l'accès à la santé, l'éducation, le logement);
- ▶ le défi de l'économie, de l'entrepreneurship et de l'emploi;
- ▶ la revitalisation des liens sociaux;
- ▶ les défis de la participation, de la démocratie et de la reconnaissance;
- ▶ l'arrimage du local et du mondial.

Pour Cadieux (1997), sur le plan de la santé, les stratégies du développement local sont :

- ▶ une grande participation de la population de toutes les couches de la communauté travaillant ensemble pour améliorer le bien-être et la santé de leur communauté;
- ▶ une participation intersectorielle capable de développer une vision commune d'une communauté en santé;
- ▶ un engagement du gouvernement municipal;
- ▶ des politiques publiques favorisant la santé de leur communauté.

Il ajoute (ibid.) que les éléments essentiels pour développer une communauté locale vivante et en santé sont :

- ▶ des leaders clairvoyants et engagés;
- ▶ des entrepreneurs enthousiastes et passionnés;
- ▶ des élus qui acceptent de faire avec plutôt qu'à la place de;
- ▶ des fonctionnaires qui ont développé l'obsession du citoyen;
- ▶ des partenaires qui potentialisent leurs efforts;
- ▶ des citoyens qui s'approprient leur développement.

Le développement local de type communautaire renvoie à la notion de *locality development* identifiée dans le courant explicatif de l'action communautaire développé par Jack Rothman (1987 [avec Tropman], 1995; Doucet et Favreau, 1991). Il s'agit d'une intervention sociale auprès d'une communauté qui donne la priorité à «construire la solidarité et la compétence» (Cnaan et Rothman, 1995 : 243) à partir d'un leadership local et sous le contrôle local (Rothman, 1995 : 29). L'accent est mis sur le processus de développement d'une solidarité et d'une capacité d'action d'un milieu, car «le processus du développement de la communauté est plus important que tout problème spécifique» (Cnaan et Rothman, 1995 : 244). Mathieu *et al.* (1988 : 12) voient le « développement des communautés » comme le pendant du développement social dans les pays industrialisés.

Selon Ninacs (1996) :

[un] « autre objectif du développement local de type communautaire est le renforcement de la communauté en tant que telle par la participation de sa population au développement de sa capacité d'agir collectivement sur ses problèmes de façon autonome (Cnaan et Rothman, 1995 : 248-249), c'est-à-dire par son empowerment (Rothman, 1995 : 44-45). Dans une perspective d'empowerment communautaire, l'utilisation de leaders et de structures de pouvoir en place peut constituer un moyen ou une étape du processus (Biegel, 1984 : 130-139) qu'il ne faut pas confondre avec le but ultime que la communauté développe son propre leadership ».

Selon les Centres for Disease Control and Prevention (CDC/ATSDR Committee on Community Engagement, 1997 :15), les activités d'organisation communautaire fournissent à des individus l'opportunité de ressentir un plus grand contrôle et une confiance en soi, et d'améliorer leur « coping capacities ». Il a été démontré que ces changements ont des effets positifs sur la santé physique.

En somme, les concepts demeurent fluides sinon flous et empiètent les uns sur les autres. Pour Douglas (1994 : 23-26), par exemple, il existe un « *spectrum of local economic development* » où se retrouvent en amont un développement sectoriel, territorial, industriel ou issu de programmes gouvernementaux et en aval, le développement communautaire. L'expression « développement des communautés », même si elle n'apparaît pas en tant que telle dans les écrits, aurait le mérite d'englober tous ces concepts dans la mesure où on l'utilise pour désigner l'ensemble des approches d'action communautaire fondées sur la participation des membres d'une communauté et sur le développement de leur emprise collective sur leurs ressources et leurs institutions locales.

3.3 La concertation et le partenariat

Les Centres for Disease Control and Prevention (CDC/ATSDR Committee on Community Engagement, 1997 : 10) définissent l'engagement communautaire comme étant « *le processus consistant à travailler en collaboration avec et auprès des groupes de personnes affiliées par une proximité géographique, un intérêt particulier, ou des situations similaires pour aborder les problèmes qui affectent le bien-être de ces personnes* ».

Il s'agit d'un véhicule puissant pour faciliter le changement environnemental et de comportement qui améliorera la santé de la communauté et de ses membres. Il requiert souvent des partenariats et des coalitions qui contribuent à mobiliser des ressources et à influencer des systèmes, modifiant les relations entre des partenaires et servant de catalyseur pour le changement de politiques, programmes et pratiques.

Au cours des deux dernières décades, des chercheurs ont démontré que l'environnement social dans lequel les gens vivent, de même que leurs modes de vie et leurs comportements peuvent influencer l'incidence de la maladie au sein de la population. Ils ont aussi fait la démonstration que la population peut accomplir des améliorations à long terme quand les gens s'impliquent dans leur communauté et travaillent ensemble à effectuer le changement (ibid. : 7), (traduction libre).

Les CDC vont jusqu'à dire que le partenariat avec la communauté est nécessaire pour effectuer des changements et améliorer la santé (ibid. : 23).

Pour l'Institute of Medicine (Smedley et Syme, 2000), les efforts pour développer la prochaine génération d'interventions préventives en santé sont concentrés sur l'établissement de partenariats avec les communautés et dérivés de l'évaluation par les communautés de leurs propres besoins et priorités. Dans un même ordre d'idées, selon White (1999 : 1-2), certains théoriciens et praticiens du développement (Evans, 1996; Hadenius et Ugglå, 1996) mettent de plus en plus l'accent sur la production d'une synergie entre les différentes formes et sources d'intervention comme condition de réussite des initiatives de développement. La synergie renvoie à la capacité d'acteurs de niveaux différents non seulement à travailler ensemble, mais à mettre en commun à la fois leurs ressources respectives et leur créativité dans la production de projets et d'objectifs communs.

En fait, Cadieux (1997) soutient que pour qu'une concertation efficace, viable et durable aboutisse à un véritable partenariat, il faut :

- ▶ travailler ensemble à la réalisation d'objectifs communs en y voyant d'abord son propre bien;
- ▶ avoir des préoccupations communes;
- ▶ réaliser des projets concrets et rassembleurs dans les meilleurs délais;
- ▶ trouver une valorisation pour son organisation aux projets en place. En général, la concertation vit de succès conjoints.

Selon Ninacs (2000), on a tendance, dans la pratique, à confondre la concertation et le partenariat. Il indique que :

« la concertation est un processus volontaire, plus ou moins formel et décisionnel où sont mises en commun des analyses et des solutions à des problèmes reconnus. Elle rassemble des acteurs sociaux qui cherchent un consensus fondé sur une problématique commune, en vue d'élaborer et de mettre en oeuvre des stratégies et des politiques économiques et sociales (Lamoureux, 1996 : 4-6; Tremblay et Fontan, 1994 : 323). Les mandats peuvent être très larges ou spécifiques, les engagements plus ou moins liants. D'autre part, le partenariat est un projet commun ou conjoint à partir d'un engagement contractuel entre différents acteurs sociaux — nommés alors partenaires — dont la mission, les objectifs, les moyens d'action et la durée sont précisément définis (ibid. : 324). L'engagement est contraignant, avec des responsabilités précises, des mandats, des ressources et des structures organisationnelles pour les réaliser. Pour les organisations communautaires, il est quasiment impensable de mettre en oeuvre des stratégies partenariales sans avoir effectué une concertation au préalable axée sur une participation la plus démocratique possible. Dans un même ordre d'idées, une concertation qui n'aboutit pas à un partenariat sera considérée comme illusoire sinon trompeuse par les organisations communautaires, car leur mission de transformation sociale commande des résultats concrets ».

Les conditions de réussite de la concertation seraient les suivantes (Carrier, 1997 : 29, 39; Tremblay et Fontan, 1994 : 334-336; White *et al.*, 1992 : 83-92) :

- ▶ planifier la concertation;
- ▶ se donner une organisation transparente avec des règles et procédures clairement établies;
- ▶ résumer l'enjeu central en trois grandes données ou demandes (ne pas multiplier les objectifs) et l'enjeu doit être perçu comme majeur;
- ▶ revenir souvent sur les objectifs, car le quotidien prend souvent le pas sur le prospectif;
- ▶ rassembler des acteurs autonomes;
- ▶ tenir compte des facteurs individuels (problèmes de communication, peur du changement...);
- ▶ tenir compte du fait que les intérêts peuvent être contradictoires ou conflictuels;
- ▶ satisfaire les intérêts personnels ou corporatifs (pouvoir en tirer quelques avantages) est importante;
- ▶ reconnaître à chaque acteur ce qui lui revient, sa contribution et son apport au groupe de travail, en relation avec ses moyens et des ressources dont il dispose;

- ▶ s'assurer que chaque acteur ait le sentiment d'être écouté et de pouvoir influencer les décisions (ce qui implique la confiance);
- ▶ communiquer en utilisant un langage le moins « scientifique » possible;
- ▶ se doter de ressources pour appuyer le travail du groupe.

Les conditions de réussite du partenariat seraient (Gagnon et Klein, 1991 : 239256) :

- ▶ assurer l'équité entre les partenaires (droits et devoirs réciproques, pouvoirs et responsabilités comparables, avantages tangibles ou intangibles de même importance);
- ▶ assurer le consensus sur les orientations établies dans la démarche partenariale ainsi que la participation de tous à la mise en œuvre des programmes;
- ▶ Nourrir l'initiative locale par une identité locale forte et par la mobilisation des populations concernées;
- ▶ Déconcentrer l'administration et décentraliser du pouvoir de l'État;
- ▶ associer les structures de pouvoir local pour veiller au respect des conditions établies entre les partenaires.

Bref, le partenariat doit déborder le système institué et s'orienter vers l'invention de nouvelles structures et institutions afin de dépasser le cloisonnement et la sectorialisation.

Dans la pratique, pour réussir l'un ou l'autre, il faut (Ninacs, 2002) :

- ▶ le vouloir;
- ▶ une ouverture d'esprit (acceptation des autres tels qu'ils sont);
- ▶ une attitude de gagnant-gagnant;
- ▶ des rôles connus et acceptés;
- ▶ des réseaux de communication efficaces;
- ▶ une action transparente;
- ▶ du temps.

Ninacs (2000) note également que le déséquilibre entre les acteurs — par exemple, entre les organismes communautaires oeuvrant dans un domaine, d'une part, et le Ministère et les établissements publics du même domaine, d'autre part — produit des collaborations difficiles et de sérieuses limites à l'action, phénomène que certains nomment « pater-nariat » (Panet, Raymond et Bourque, 1991).

Sur le plan de la prestation de services, White *et al.* (1994) distinguent différents types de partenariats, axés sur la complémentarité, l'alliance ou la collaboration, qui donnent lieu à des réseaux différents.

Tableau 1. Types de partenariats dans une communauté (White *et al.*, 1994)
et types de réseaux s'y rattachant

	COMPLÉMENTARITÉ	ALLIANCE	COLLABORATION
Coordination	Liens formels, contrats de Service	Liens formels, contrats de service	Ententes (surtout informelles)
Autonomie organisationnelle	Faible	Variable	Forte
Axes d'intégration	Système institutionnel	Pragmatisme	Idéologie, valeurs communes
Axes de ségrégation	Secteur public, professions	Idéologie, professions	Ancienneté
Cohérence sous-régionale	Forte (des ressources marginales)	Faible (plusieurs mini-réseaux)	Forte
Type de réseau	Hierarchique	Hierarchique	Communautaire

Selon Ninacs (2002), « [il] est possible d'identifier des caractéristiques spécifiques pour chaque type de réseau, le réseau hiérarchique s'apparentant à un dispositif normatif et le réseau communautaire reposant sur une adhésion libre ».

Tableau 2. Caractéristiques des réseaux hiérarchique et communautaire (Ninacs, 2002)

	RÉSEAUX NORMATIFS (HIÉRARCHIQUES)	RÉSEAUX LIBRES (COMMUNAUTAIRES)
Mission	Faire pour	Faire avec
Objectifs	Résultats	Processus
Activités	Planification, coordination, et exécution	Soutien de l'entraide et de la coopération
Gestion	Hierarchique (faible autonomie organisationnelle)	Consensuelle (forte autonomie organisationnelle)
Liens	Formels	Informels
Axe du travail en réseau	Complémentarité (système institutionnel)	Collaboration (système de valeurs)

Ninacs poursuit (*ibid.*) :

[...] « sur le plan pratique, une communauté peut être à la fois instrumentale et existentielle et les deux types de réseaux sont habituellement présents dans les communautés locales. D'ailleurs, on aurait tort de les mettre en opposition, car chaque type remplit des fonctions essentielles que l'autre ne peut pas réaliser. À titre d'exemple, les réseaux normatifs sont indispensables pour assurer la protection de la santé publique lors d'épidémies ou de catastrophes tandis que le soutien moral des familles et des personnes éprouvées par ces malheurs repose inévitablement sur les réseaux libres d'organisations communautaires et religieuses. Il s'ensuit que les deux types de réseaux doivent être soutenus et renforcés, dans la mesure où ils répondent adéquatement aux besoins de la population. De plus, ils doivent être encouragés à travailler ensemble afin d'assurer une cohésion de leurs actions respectives et éviter des dédoublements. Bref, à l'instar de ce qui se passe dans leurs propres rangs, les réseaux doivent se concerter et, lorsque requis, collaborer en partenariat ».

Cette logique semble à la base de l'action intersectorielle. Selon l'OMS (1998), il s'agit « [d'un] *lien officiel entre un ou des éléments du secteur de la santé et un ou des éléments d'un autre secteur qui a été établi pour initier des actions en vue d'atteindre des résultats de manière plus efficace et plus durable que si le secteur de la santé agissait seul* ».

Selon le Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population (1999), l'action intersectorielle permet la mise en commun des forces, des connaissances et des outils pour comprendre et régler des problèmes complexes qui dépassent les capacités et les responsabilités d'un seul secteur. L'action intersectorielle peut prendre la forme d'une stratégie ou d'un processus; elle peut servir à promouvoir et à atteindre des objectifs communs dans divers domaines. Elle peut être le fruit d'initiatives communes, d'alliances, de coalitions ou de partenariats.

Les conditions de réussite de l'action intersectorielle selon ce comité (*ibid.*) seraient :

- ▶ établir des valeurs, intérêts et objectifs communs entre les partenaires et les partenaires potentiels;
- ▶ obtenir le soutien des politiciens, miser sur les éléments positifs des politiques;
- ▶ obtenir la participation de partenaires dès les premières étapes, inclure tous les intéressés;
- ▶ s'assurer d'établir les liens horizontaux appropriés entre les secteurs de même que les liens verticaux au sein de chaque secteur;
- ▶ investir dans l'établissement de partenariats, s'attacher à établir un consensus dès l'étape de la planification;
- ▶ chercher à atteindre des résultats concrets;
- ▶ veiller à ce que les responsabilités, le leadership et les récompenses soient partagés entre tous les partenaires;
- ▶ former des équipes en choisissant des membres qui travaillent efficacement ensemble et qui ont le soutien voulu.

En somme, selon Fellin (1995 : 5), une communauté compétente cherche à répondre au mieux-être de ses membres. Les écrits soutiennent que la compétence d'une communauté repose en partie sur le bon fonctionnement de ses réseaux, tant les normatifs que ceux qui sont libres. Or, la compétence de ces réseaux repose sur leur capacité d'assurer la concertation des acteurs concernés et de traduire cette concertation en partenariat. La concertation devient l'enjeu principal à l'intérieur du fonctionnement des réseaux et elle est un préalable à la réussite du partenariat. Le partenariat est davantage l'exécution des actions à réaliser afin de répondre aux besoins qui concernent plusieurs acteurs.

4 – L'EMPOWERMENT

4.1 Définitions et caractéristiques

Selon les Centers for Disease Control and Prevention (CDC/ATSDR Committee on Community Engagement, 1997 : 16) :

« Il y a un consensus dans la littérature quant à l'engagement et au soutien à « l'empowerment » de la communauté pour la prise de décision de la communauté ainsi que pour l'action. Ce sont là des éléments critiques en promotion de la santé, protection de la santé et prévention de la maladie. L'impact des programmes qui ciblent les changements de comportements des individus est souvent transitoire et dilué à moins que des efforts soient aussi consacrés à apporter les changements systématiques au sein de la société » (traduction libre).

Hancock (2000 : 29) soutient que, dans la mesure où la promotion de la santé consiste à rendre les gens capables d'exercer un contrôle accru sur leur santé et de l'améliorer, ils doivent alors posséder les habiletés leur permettant de bâtir des réseaux de soutien social efficaces, de participer à l'action communautaire, d'influencer les politiques publiques et d'accéder au processus politique. Selon Centraide du Grand Montréal (2000 : 14), « [...] *l'appel à des stratégies de prévention et d'empowerment s'impose pour éviter que des personnes et des familles ne s'installent dans un état permanent de détresse sociale qui se transmettra de génération en génération, avec tous les problèmes qui en découlent* ».

De plus, comme le notent Briggs *et al.* (1997 : 190) :

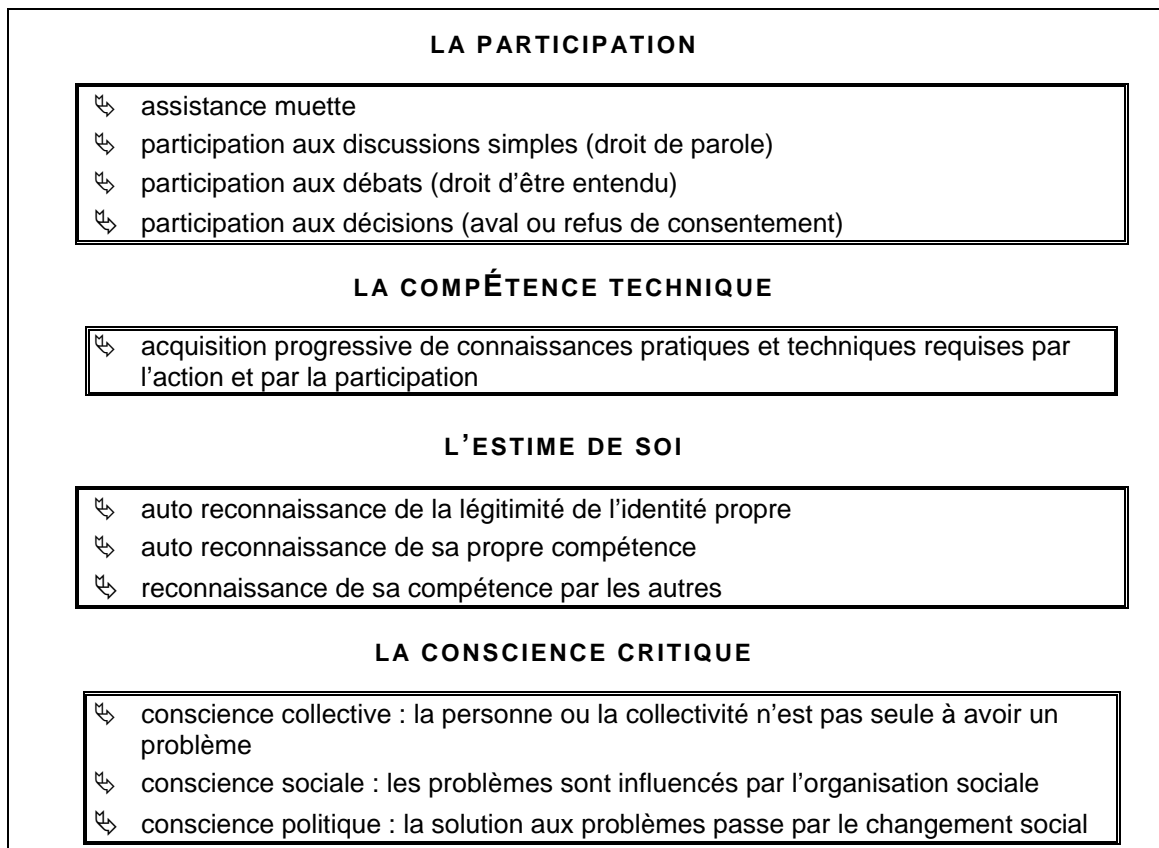
« Arnstein met une emphase sur le fait que le véritable contrôle dépend de l'accès à deux éléments : les processus décisionnels en soi ainsi que l'information et les habiletés pour influencer de façon significative ces processus. Sans une telle information, la contribution de la communauté peut être sans résultat, détournée ou même destructive. Le défi, alors, est non seulement de réunir les résidents à « la table » où les décisions-clé sont prises mais aussi de leur donner, lorsqu'ils y sont, les outils avec lesquels ils pourront avoir une influence véritable et juste » (traduction libre).

D'une certaine façon, le développement social et le développement des communautés tentent de transformer les personnes et les communautés ciblées en acteurs qui participent activement à l'élaboration et au déploiement d'un projet social sur lequel la continuité de l'intervention pourra reposer. D'autres approches en santé publique peuvent prévoir des bénéficiaires passifs qui reçoivent des soins ou des services, mais ce n'est pas le cas pour le développement social et le développement des communautés, car la participation au pouvoir décisionnel exige une capacité d'agir consciemment et en toute connaissance de cause. Les personnes et les communautés concernées doivent donc posséder cette capacité d'action ou l'acquérir.

C'est sur ce plan que s'établit le lien avec l'*empowerment* car, de plus en plus, ce terme est utilisé pour désigner, chez l'individu ou la communauté concernée, une capacité d'agir concrètement et de façon autonome ainsi que le processus pour atteindre cette capacité d'agir (Ninacs, 1995, 2001). En fait, l'*empowerment* constitue le processus par lequel un individu ou une collectivité s'approprie le pouvoir ainsi que sa capacité de l'exercer de façon autonome. Le pouvoir, dans une perspective d'intervention sociale, renvoie à la capacité que possède un individu ou un système de choisir librement (ce qui requiert la présence d'une alternative), de transformer son choix en une décision et d'agir en fonction de sa décision tout en étant prêt à en assumer les conséquences (*ibid.*). L'expression « capacité d'agir » renvoie donc à la compétence sur ces trois plans : choisir, décider, agir.

Les écrits sur l'*empowerment* en distinguent deux principaux types : l'*empowerment* individuel et l'*empowerment* communautaire. Selon Ninacs (*ibid.*), le premier type, l'*empowerment* individuel correspond à un enchaînement simultané d'étapes qui s'opère sur quatre plans : la participation, les compétences, l'estime de soi et la conscience critique (Tableau 3). Dans leur ensemble et de par leur interaction, ces étapes forment le passage d'un état sans pouvoir, « *disempowered* », à un état d' « *empowered* », où l'individu est capable d'agir en fonction de ses propres choix.

Tableau 3. composantes du processus *d'empowerment* individuel (Ninacs, 2001)



Chaque composante du processus d'*empowerment* individuel est multidimensionnelle :

- ▶ la participation comporte deux volets, l'un sur le plan psychologique (droit de parole, droit de la refuser et participation aux décisions) et l'autre sur le plan pratique (capacité de contribuer et d'assumer les conséquences de sa participation);
- ▶ les compétences sont avant tout techniques; elles impliquent les connaissances et les habiletés permettant, d'une part, la participation et, d'autre part, l'exécution de l'action, et elles peuvent se traduire tant par l'acquisition de nouvelles compétences que par la réévaluation de celles déjà possédées (Papineau et Kiely, 1994: 10);
- ▶ l'estime de soi renvoie à une transformation psychologique qui annule les évaluations négatives antérieures intériorisées et incorporées dans l'expérience de développement de l'individu et par laquelle l'individu arrive à être satisfait de lui-même (amour de soi), à évaluer ses qualités et ses défauts (vision de soi) et à penser qu'il est capable d'agir de manière adéquate dans les situations importantes (confiance en soi) (André et Lelord, 1999: 11-20) et donc à se percevoir comme possédant une capacité d'action lui permettant d'atteindre des objectifs personnels ou collectifs, selon le cas (Papineau et Kiely, 1994: 9), mais qui requiert la valorisation de sa contribution à l'atteinte des objectifs, aussi minime soit-elle, par d'autres personnes (Lord et Hutchinson, 1997: 14);
- ▶ la conscience critique comprend le développement d'une conscience de groupe (conscience collective), la réduction de l'auto-culpabilisation (conscience sociale) et l'acceptation d'une responsabilité personnelle pour le changement (conscience politique) (Gutiérrez, 1995: 206-207); elle renvoie également à la capacité d'analyse sociopolitique résultant de la dynamique dialectique d'action et de réflexion (Staples, 1990: 38), qui anime le sentiment d'appartenance et conduit à un engagement envers les autres.

Une communauté possède une existence qui lui est propre et qui ne dépend pas de l'interaction directe entre les individus et les organismes qui la composent. De façon générale, le deuxième type d'*empowerment*, l'*empowerment* communautaire, correspond au moyen par lequel des communautés augmentent leur pouvoir collectif. Il est aussi complexe que l'*empowerment* individuel, car il repose sur plusieurs éléments critiques sur les plans de la participation, des compétences, de la communication et du capital communautaire (Ninacs, 1999) :

Tableau 4. composantes de *l'empowerment* communautaire

<p>◇ la PARTICIPATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ intégration, dans les espaces décisionnels, des individus non perçus comme leaders naturels; ○ équité dans la redistribution du pouvoir.
<p>◇ les COMPÉTENCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ une imputabilité favorisant la compétence des individus et de la communauté; ○ la capacité de mailler les ressources locales, de les voir coopérer et de tirer profit des synergies qui en découlent; ○ les habiletés consensuelles et décisionnelles, et une capacité et une volonté d'autogestion de son développement; ○ le renforcement des réseaux de soutien aux individus.
<p>◇ la COMMUNICATION :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ la circulation efficace de l'information générale; ○ l'accès à l'information requise pour réussir des projets spécifiques précis; ○ la transparence dans les processus décisionnels.
<p>◇ le CAPITAL COMMUNAUTAIRE :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ sentiment d'appartenance, à la fois à la communauté et à l'environnement; ○ conscience de la citoyenneté possédée par chacun des membres.

Ici aussi, chaque composante est multidimensionnelle (*ibid.*) :

- ▶ la participation, qui renvoie aux mécanismes permettant à tous les membres d'une communauté, surtout les plus démunis, de participer à sa vie et à ses systèmes;
- ▶ les compétences, qui permettent la connaissance et la reconnaissance des forces du milieu ainsi que leur utilisation et l'exploitation de la synergie produite dans les projets axés sur la concertation et le partenariat;
- ▶ la communication, qui favorise l'interaction positive et l'expression de points de vue divergents ancrée dans la confiance;
- ▶ le capital communautaire, qui, à la fois, facilite la gestion du changement et des transitions et encourage l'action sur des questions sociétales plus larges.

En fait, dans une perspective de changement social, *l'empowerment* communautaire peut ainsi devenir le véhicule de *l'empowerment* individuel (Staples, 1990: 35). Cependant, même si *l'empowerment* communautaire ne peut pas se produire sans *l'empowerment* des membres de la communauté, surtout les plus démunis, il dépasse le simple cumul de *l'empowerment* des membres de la communauté et se distingue en lui-même en s'appuyant sur le maillage des ressources locales, la circulation large et libre de l'information et la mise de l'avant d'un développement s'appuyant sur les forces du milieu, la coopération, la synergie, la transparence et l'imputabilité.

Une communauté « *empowered* » en est une où ses membres mettent en commun leurs capacités et leurs ressources afin de devenir compétente. Cette idée est très importante pour la santé publique, car une communauté compétente est parfois définie comme un lieu où les différentes institutions arrivent à répondre aux besoins des individus et où les individus arrivent à utiliser les institutions de façon efficace (Fellin, 1995: 5). En lien avec l'intervention en santé publique sur le plan du développement social et du développement des communautés, l'*empowerment* communautaire renvoie à la mise en oeuvre efficace de programmes d'action et d'autres dispositifs formels de services ou de développement, qui sont, en fait, les outils qu'utilise la communauté pour réaliser ses projets.

Cochran (1991, cité dans Hay et Rutman, 1993 : 88) abonde dans le même sens, mais y ajoute l'idée du respect mutuel et du souci que peuvent avoir les membres d'une communauté par rapport au bien-être de leurs confrères et de leurs consœurs — le « *caring* » de McKnight (1998).

Une notion un peu analogue à l'*empowerment* communautaire est celle du renforcement des capacités communautaires, le « *capacity building* », qui renvoie à la consolidation des organisations chargées de mettre en valeur le potentiel des collectivités, tels les organismes bénévoles et communautaires. Ces organismes constituent les dispositifs formels de services ou de développement qui sont au cœur de la compétence de la communauté (Cnaan et Rothman, 1995 : 243-247; Rothman, 1995 : 28-29) et les soutenir fait partie intrinsèque des programmes de développement social et de développement des communautés. Ils sont également des foyers de l'*empowerment* individuel, car ce type d'*empowerment* requiert des lieux de participation et d'interaction où le pouvoir peut se voir simultanément augmenté et partagé et où les problèmes personnels peuvent se transposer en préoccupations collectives (Hirayama et Hirayama, 1985; Pernel, 1985; Ward et Mullender, 1991 : 28-29).

Or, afin de bien jouer ses rôles sur le plan du développement de l'*empowerment* individuel, l'organisme doit s'avérer un lieu :

- ▶ où l'on se préoccupe autant des processus que des résultats (Shera, 1995 : 1; Tropman et Erlich, 1995 : 227);
- ▶ où les membres du groupe partagent un système de valeurs articulées à l'intérieur d'une vision commune (Papineau et Kiely, 1996 : 13; Maton, 1993a, 1993b);
- ▶ qui est ouvert au changement, aux idées nouvelles et aux opinions divergentes;
- ▶ où règne une atmosphère d'apprentissage et qui offre la possibilité aux individus de développer leurs compétences et leurs habiletés (Papineau et Kiely, 1996: 14);
- ▶ qui offre des occasions aux individus de contribuer au développement du groupe, de l'organisation ou de la communauté par le biais d'actions concrètes bien planifiées et coordonnées (ce qui passe, en fait, par le développement de leurs compétences et de leurs habiletés) (Papineau et Kiely, 1996 : 14);
- ▶ où s'exerce un leadership solide, de type consensuel, sur les plans organisationnels, instrumental et social, qui, simultanément, motive et soutient les individus (Ninacs, 2001).

Ces caractéristiques indiquent que, d'une certaine façon, développer l'*empowerment*, c'est prendre parti pour l'innovation, c'est se préoccuper davantage des apprentissages des individus et de la communauté que des « échecs », c'est réfléchir aux effets à long terme plutôt qu'uniquement aux effets à court terme, c'est avoir confiance aux personnes, à leur autonomie et leurs compétences (Ninacs, 1995).

L'approche axée sur l'*empowerment* tranche ainsi avec les philosophies axées sur la bienfaisance et la charité car, d'une certaine façon, l'*empowerment*, c'est l'antithèse du paternalisme (Staples, 1990 : 30).

Un nombre grandissant d'études font le lien entre la capacité d'agir de la communauté et sa santé. Une étude effectuée par Kawachi *et al.* (1997) a trouvé que le capital social compte pour une portion significative de la variation dans divers indicateurs de la santé. Les états américains où les résidents s'impliquent dans plus d'organismes bénévoles et populaires (c'est-à-dire qui ont un plus grand engagement civique) ont des plus bas taux de mortalité globaux ainsi que des plus bas taux de morbidité (Easterling, 1998 : 15).

Hancock (2000 : 27) précise que la communauté dispose déjà, en général, de moyens non négligeables de mobilisation pour faire face aux enjeux importants qui affectent sa santé et son bien-être, et qu'on doit l'aider à multiplier et à renforcer ses propres moyens de mobilisation et d'organisation. Cela revient à encourager le développement de réseaux et d'organisations communautaires en les aidant à trouver les moyens de s'organiser. Ces moyens peuvent être matériels ou financiers, ils peuvent consister à donner de la formation et à développer des habiletés, ou encore en de l'accès à l'information, des conseils, des consultations ou en une quelconque combinaison de tout cela. La communauté doit avoir la capacité de s'organiser autour de problématiques tant locales que globales, incluant tous les niveaux intermédiaires.

Ninacs (cité dans Centraide, 2000 : 21), estime que :

« l'empowerment d'une collectivité constitue un cheminement qui sera vécu simultanément par la collectivité et les individus qui en sont membres pour acquérir le pouvoir dont ils ont besoin pour se développer[...] [...] C'est un cheminement qui passe de la défense d'intérêts purement individuels au contrôle des ressources collectives. Cette approche vise à stimuler et soutenir ce cheminement afin que les personnes puissent exercer leurs droits et prendre leurs responsabilités en participant aux décisions qui les concernent, notamment l'organisation des services, l'orientation de nouveaux projets de développement, l'aménagement d'un territoire, l'utilisation des ressources locales ».

Syme (1997) constate que le sentiment de contrôle sur son destin est un facteur important dans la santé, et il a trouvé un grand éventail d'écrits sur des concepts entourant l'*empowerment*, soit : «...maîtrise, efficacité individuelle, centre de contrôle, impuissance acquise, degré de prévisibilité, désir de contrôle, sentiment de contrôle, impuissance, robustesse, compétence et sens de cohérence – entre autres ». Au cœur de ce sentiment de contrôle, il a identifié la capacité de solutionner des problèmes.

Selon le Colorado Trust, la littérature récente suggère que l'augmentation de la capacité d'agir d'une communauté peut être une stratégie particulièrement efficace en termes de coûts pour la promotion de la santé d'une population, en réalisant des améliorations au niveau de la santé. Or, Easterling *et al.*, (1998 : 12), soulignent que la capacité d'agir de la communauté est « l'éventail de forces que les résidents apportent individuellement et collectivement au projet de l'amélioration de la qualité de vie sur le palier local ». Elle est composée des habiletés et du savoir des résidents d'une communauté, du leadership, d'un sentiment d'efficacité, du capital social et d'une culture d'ouverture et d'apprentissage.

Concrètement, les organismes qui oeuvrent dans le domaine de la santé doivent choisir des stratégies qui réussissent à favoriser la capacité d'agir de la communauté, par exemple, en développant les habiletés et le leadership des résidents locaux, en convoquant des forums qui renforcent les liens et l'engagement en favorisant une culture d'apprentissage et de croissance, bref, en développant l'*empowerment* des communautés et celui des individus qui en sont membres.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAHAM, Caryl (1992). « A Social Development Practice Model for Community Development », *Journal of the Community Development Society*, Vol. 23, N° 2, 103-115.
- ANDRÉ, Christophe, et François LELORD, (1999). *L'estime de soi : s'aimer pour mieux vivre avec les autres*, Paris, Éditions Odile Jacob, 290 pages.
- BACH M. et al (1993). *Well-being, Society and Institutional Development*, Vancouver, SPARC.
- BARKER, ROBERT L. (1995). *The Social Work Dictionary (3rd Edition)*, Washington (D.C.), NASW Press (National Association of Social Workers), 447 pages.
- BEAUDOIN, André (1992). « Dilemmes dans l'état du développement social au Québec » dans Boucher, Nicole (sous la direction), *Actes du troisième séminaire interdisciplinaire international, Tome 2 : développement social*, Québec, Laboratoire de recherche de l'École de service social, Université Laval, 9-20.
- BÉLANGER, J.-P. et R. SULLIVAN (1998). *Le capital social au Québec : revue de littérature et essai d'application à la réalité québécoise*, Montréal, Université de Montréal. Site internet.
- BÉLANGER, Jean-Pierre, Robert SULLIVAN, et Benoît SÉVIGNY (2000). *Capital social, développement communautaire et santé publique*, ASPO Éditions.
- BELLEAU, Josée (2000). *Un milieu, une communauté, un territoire où il fait bon vivre*, l'R des centre de femmes.
- BIEGEL, David E. (1984). « Help Seeking and Receiving in Urban Ethnic Neighborhoods : Strategies for Empowerment » dans Rappaport, Julian, Swift, Carolyn et Hess, Robert (sous la direction), *Studies in Empowerment: Steps Toward Understanding and Action*, New York, The Haworth Press, 119-143.
- BLAKELY, Edward J. et Mary Gail SNYDER (1997). *Fortress America: Gated Communities in the United States*, Washington (D.C.), Brookings Institution Press, 209 pages.
- BOURDIEU, Pierre, et L. WACQUANT (1992). *An invitation to reflexive sociology*. Chicago : University of Chicago Press.
- BRIGGS, Xavier De Souza et MUELLER, Elizabeth J., avec SULLIVAN, L. Mercer (1997). *From Neighborhood To Community: Evidence on the Social Effects of Community Development*, New York, Community Development Research Center, New School for Social Research, 289 pages.
- BRODHEAD, P. Dal et François LAMONTAGNE (1994). « Summary, Future Directions and the Research Agenda » dans Burt Galaway et Joe Hudson (sous la direction), *Community Economic Development: Perspectives on Research and Policy*, Toronto, Thompson Educational, 264-275.
- CADIEUX, Roger (1997). *Réflexions sur un exemple d'engagement après d'une communauté en milieu urbain: Le cas du Forum économique de Verdun*. Présenté dans le cadre des Journées annuelles de santé publique 1997.

- CARRIER, Lorraine (1997). *La concertation comme outil de régionalisation*, Laval (Québec), Association des régions du Québec, 56 pages.
- CDC/ATSDR COMMITTEE ON COMMUNITY ENGAGEMENT (1997). *Principles of Community Engagement*, Atlanta, GA, Centres for Disease Control and Prevention.
- CENTRAIDE DU GRAND MONTRÉAL (2000). *Bâtir des communautés d'entraide et soutenir leur capacité d'agir*, Montréal, 32 pages.
- CHAVIS, David M. (2000). *Mobilizing for Community Capacity Building*, Présentation au LAREHS, Université du Québec à Montréal, 28 avril 2000.
- CHRISTENSON, James A., Kim FENDLEY, et Jerry W. ROBINSON (1989). « Community Development » dans Christenson, James A., and Robinson Jerry W., *Community in perspective*, Iowa State University Press.
- CNAAN, Ram A. et Jack ROTHMAN (1995). « Locality Development and the Building of Community » dans Rothman, Jack, Erlich, John L. et Tropman, John E. (sous la direction), *Strategies of Community Intervention*, Itaska, Illinois, P. E. Peacock Publishers Inc., 241-257.
- COLEMAN (1990). « Social Capital » dans *The foundation of social Theory*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- COLEMAN, James S, (1988). « Social capital in the creation of human capital », *American Journal of Sociology*, vol. 94.
- COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL, PROVINCIAL ET TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION (1999). *L'action intersectorielle... Pour une population en santé*, Santé Canada.
- CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DU QUÉBEC (1996). *Bulletin d'information*, vol. 3 n° 2, novembre 1996.
- CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DU QUÉBEC (1997). *Forum sur le développement social : présentation de la démarche*.
- CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DU QUÉBEC (1997), *Forum sur le développement social : La participation comme stratégie de renouvellement du développement social*.
- CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DU QUÉBEC (2000). *Participation de la population et décision dans le système de santé et de services sociaux du Québec*.
- CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DU QUÉBEC (2001). *L'appropriation par les communautés de leur développement*.
- CÔTÉ, Sylvain (2001). « La contribution des capacités humaines et sociales » dans *Isuma*, vol.2, no.1, Ottawa: Secrétariat de la recherche sur les politiques du gouvernement du Canada, 25-33.
- DANIELS, Norman, Bruce KENNEDY, et Ichiro KAWACHI (2000). *Justice is Good for Our Health: How greater economic equality would promote public health*, *Boston Review* vol.25, no.1. en ligne : <http://bostonreview.mit.edu/BR25.1/daniels.html>
- DAVIS, Karen Derrick (1998). *Lessons from the Field: The Colorado Healthy Communities Initiative*, Denver, CO: The Colorado Trust.

- DONALDSON, Liam (2001). *The Report of the Chief Medical Officer's Project to Strengthen the Public Health Function*. Londres: Department of Health, Royaume Uni, en ligne :<http://www.doh.gov.uk/cmophfunction.htm>
- DOUCET, Laval et Louis FAVREAU, (1991). « Mise en perspective autour de trois "modèles" » dans Doucet, Laval et Favreau, Louis (sous la direction), *Théorie et pratiques en organisation communautaire*, Sillery, Presses de l'Université du Québec, 5-31.
- DOUGLAS, David J.A. (1994). « Community Economic Development in Canada: Issues, Scope, Definitions and Directions » dans Douglas, David J.A. (sous la direction), *Community Economic Development in Canada, Volume One*, Toronto et Montréal, McGraw-Hill Ryerson, 1-66.
- EASTERLING, Doug, , Kaia GALLAGHER, Jodi DRISKO et Tracy JOHNSON (1998). *Promoting Health by Building Community Capacity: Evidence and Implications for Grantmakers*, Denver, CO: The Colorado Trust.
- FAVREAU, Louis et Yves HURTUBISE, (1993). *CLSC et communautés locales : la contribution de l'organisation communautaire*, Sillery (Québec), Presses de l'Université du Québec, 211 pages.
- FELLIN, Phillip (1995). « Defining Communities and Community Competence » dans *The Community and the Social Worker, Second Edition*, Itasca (Illinois), P.E. Peacock Publishers, Inc., 3-21.
- FORTIN, A. (1997). « L'esprit des lieux, le tourisme et le développement culturel » dans *Action collective et décentralisation*, sous la direction de Côté S., Klein J.L., et Proulx M.U., Rimouski, GRIEQ-GRIR, 95-96.
- GAGNON, Christiane et Juan-Luis KLEIN (1991). « Le partenariat dans le développement local », *Cahiers de géographie du Québec*, vol. 35, n° 95, 239-256.
- GIGUÈRE, Rita (1999), *La culture comme base du développement*, Université rurale québécoise au Bas-Saint-Laurent.
- GRAWITZ, Madeleine (1994). *Lexique des sciences sociales* (6^e édition), Éditions Dalloz, Paris, 399 pages.
- GUTIÉRREZ, Lorraine M. (1995). « Working with Women of Color: An Empowerment Perspective » dans Rothman, Jack, Erlich, John L. et Tropman, John E. (sous la direction), *Strategies of Community Intervention*, Itaska (Illinois), P. E. Peacock Publishers Inc., 204-212.
- HANCOCK, Trevor (1999), compte rendu de conférence lors des Journées annuelles de santé publique 1999.
- HANCOCK, Trevor (2000). *Social Development and Public Health*. Notes pour une conférence donnée lors de la session des Journées annuelles de santé publique 2000.
- HANCOCK, Trevor (2001). *Health-based Indicators of Sustainable Human Development*, Paper prepared for the Office of Sustainable Development, Health Canada.
- HARDINA, Donna et Olga W. MALOTT (1993). *Community Empowerment: Past Experience and Future Trends*, communication au Sixième Congrès biennal de la politique sociale organisé par le Community Services Council, Newfoundland and Labrador et le School of Social Work, Memorial University of Newfoundland, St.John's, Newfoundland, document ronéo, 26 pages.

- HARRISON, Dominic (1998). *Integrating health sector action on the social and economic determinants of health: The U.K. Response Under New Labour*, dans Internet Journal of Health Promotion: Verona Initiative, en ligne: <http://www.ijhp.org/features/verona/1/>.
- HAWE, Penelope et Allan SHIELL (2000). *Social Capital and Health Promotion: A Review*, document préparé pour la XV^e Conférence internationale sur les sciences sociales et la médecine tenue à Eindhoven, Pays-bas les 16 au 20 octobre 2000, en ligne :<http://www.msoc-mrc.gla.ac.uk/SocialScienceMedicine/WorkshopF/SOCCAPHP.pdf>
- HAY, David I. and Deborah RUTMAN (1993). *Well-Being Community and Measurement*, Vancouver: SPARC.
- HESS, G. (1999). *Public Health : A Threat to Global Ecological Integrity?* Rome: World Health Organization, European Centre for Environment and Health.
- HIRAYAMA, Hisashi et Kasumi HIRAYAMA (1985). « Empowerment through Group Participation: Process and Goal » dans Parnes, M. (sous la direction), *Innovations in Social Group Work: Feedback from Practice to Theory*, New York, The Haworth Press, 119-131.
- ITZHAKY, Haya et Alan S. YORK (1994).« Different Types of Clients Participation ant the effects on Community-Social Work Intervention » *Journal of Social Service Recherche*, Vol. Q9 b(1/2).
- KEMP, Susan P. (1995). « Practice with Communities » dans Meyer, Carol H. et Mattaini, Mark A. (sous la direction), *The Foundations of Social Work Practice*, Washington (D.C.), NASW Press (National Association of Social Workers), 176-204.
- LAMOUREUX, Josée (1996). *La concertation : perspectives théoriques sous l'angle du néo-corporatisme*, Cahier de recherche du CRISES n° 9607, Montréal, Collectif de recherche sur les innovations sociales dans les entreprises et les syndicats, Université du Québec à Montréal, 26 pages, tiré du site du CRISES, en ligne : www.unites.uqam.ca/crises/9607.html].
- LÉVESQUE, Maurice, Bruno JEAN et Dina WHITE, , *Les conceptions du développement social : le point de vue des acteurs*, Rapport de recherche, GRASP, Université de Montréal, janvier 2002, 190 pages.
- LOMAS, Jonathan (1997). *Social Capital and Health : Implications for Public Health and Epidemiology*, Hamilton, Ontario, McMaster University.
- LORD, John et Peggy HUTCHISON (1997). *Empowerment, Disability and the Community Context*, Rehabilitation Digest, Vol. 27, N° 2, 13-15.
- MATHIEU, Réjean, Raymonde BOURQUE et Yves VAILLANCOURT (1988). *Les entreprises communautaires dans les services sociaux au Québec. Recherche exploratoire*, Montréal, Comité conjoint UQAM-CSN-FTQ, Université du Québec à Montréal, 52 pages.
- MATON, Kenneth I. (1993a). *Researching the foundations of empowerment: Group-based belief systems, opportunity role structures, supportive resources, and leadership*, communication au symposium de la Fourth Biennial Conference of the Society for Community Research and Action, Williamsburg (Virginie), 18 juin 1993, document ronéo, 6 pages.
- MATON, Kenneth I. (1993b). *The Biennial Conference: A Foundation of Empowerment?, Community Psychologist*, N° 27, 29-31.
- McKNIGHT, John (1998). *La société négligente : la communauté et ses contrefaçons*, Genève, Éditions des deux continents, 177 pages.

- MIDGLEY, J. (2000), « Mondialisation, capitalisme et aide sociale : une perspective du développement social » dans R. Browe, *Le travail social et la mondialisation*, Montréal, Association des travailleuses et travailleurs sociaux.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1999). *Document de consultation du comité ministériel sur la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté*.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (2001). *La réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être : orienter et soutenir l'action!* Comité ministériel sur la réduction des inégalités liées à la pauvreté en matière de santé et de bien-être, 21.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1997). *Priorités nationales de Santé publique, 1997-2002*, Québec, Gouvernement du Québec, 104 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (1992). *La politique de la santé et du bien-être de 1992*.
- MORIN, Richard, Anne LATENDRESSE et Michel PARAZELLI (1994). *Les corporations de développement économique communautaire en milieu urbain : l'expérience montréalaise*, Montréal, École des sciences de la gestion, Département d'études urbaines et touristiques, Université du Québec à Montréal, 241 pages.
- NATIONAL FORUM ON HEALTH (1997a). *Canada Health Action: Building on the Legacy, Final Report of the National Forum on Health*. Ottawa : Minister of Public Works and Government Services, 34 pages.
- NATIONAL FORUM ON HEALTH (1997b). *Canada Health Action: Building on the Legacy. Synthesis Reports and Issues Papers*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services.
- NINACS, William A. (1995). « Empowerment et service social : approches et enjeux », *Service social*, vol. 44, n° 1, 69-93.
- NINACS, William A. (1996). *Le service social et la pauvreté : de la redistribution des ressources à leur contrôle?*, Laboratoire de recherche en service social, Université Laval, 71 pages .
- NINACS, William A. (1998). *Regard sur les approches de développement*, fascicule, Série « Réflexion », Nicolet, Solidarité rurale du Québec, 8 pages
- NINACS, William A. (1998). *Concilier les impératifs économiques avec les objectifs sociaux*, Le Soleil, 16 février 1998
- NINACS, William A. (1999). « Empowerment et organisation communautaire » dans Després, Gilles, Guilbert, Mario et Tourigny, René, *Vision globale, visée locale*, Montréal, Regroupement québécois des intervenantes et intervenants en action communautaire en CLSC et centres de santé, 75-96.
- NINACS, William A. (2000). « Le développement local : l'axe des valeurs communautaires » dans *Développement local : partenaires avec les femmes*, actes des forums publics organisés par L'R des centres de femmes du Québec sur le développement local, Montréal, 45-69.
- Ninacs, William A. (2001). *Types et processus d'empowerment dans les initiatives de développement économique communautaire au Québec*, thèse de doctorat (Université Laval, École de service social), version non publiée de l'été 2001, 313 pages.

- NINACS, William A. (2002). *Le pouvoir dans la participation au développement local dans un contexte de mondialisation* dans les actes du colloque organisé à l'Université du Québec à Chicoutimi par le Collectif de recherche sur les initiatives de développement économique et social (Collectif IDÉES-UQAC) sur le thème « Développement, économie sociale et démocratie locale » le 23 septembre 2000 [à paraître mai 2002].
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1998). *La santé pour tous au XXIème siècle*, adopté à l'assemblée mondiale de 1998.
- OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION, First International Conference on Health Promotion, meeting in Ottawa, November 1986. www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (2000). *Essential Public Health Functions*, 126th Session of the Executive Committee, April 2000.
- PANET-RAYMOND, Jean et Denis BOURQUE (1991). *Partenariat ou pater-nariat*, rapport de recherche sur la collaboration entre établissements publics et organismes communautaires œuvrant auprès des personnes âgées à domicile, Groupe de recherche en développement communautaire, Université de Montréal, École de service social, 175 pages.
- PAPINEAU, Danielle et Margaret C KIELY (1994). *Personal and Collective Empowerment through Community Economic Development*, communication au congrès annuel de la Société canadienne de psychologie (Penticton, juillet 1994), document ronéo, 23 pages.
- PAPINEAU, Danielle et Margaret C KIELY (1996). « Peer Evaluation of an Organization Involved in Community Economic Development », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, document ronéo, vol. 145, n° 1.
- PERNELL, Ruby B. (1985). « Empowerment and Social Group Work » dans M. Parnes (sous la direction), *Innovations in Social Group Work: Feedback from Practice to Theory*, New York, The Haworth Press, 107-117.
- PERRY, Stewart E. (1987). *Communities on the Way Rebuilding Local Economies in the United States and Canada*, Albany (New York), State University of New York Press, 254 pages.
- PUTNAM, Robert (1993). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton University Press.
- PUTNAM, Robert (2001). « Social capital: Measurement and consequences » dans *Isuma*, vol.2, no.1, Ottawa: Secrétariat de la recherche sur les politiques du gouvernement du Canada, 41-51.
- RACHLIS, Michael (1997). *What is Happening to Public Health in the Rest of Canada and What Are the Implications for Quebec's Health and Social Services*.
- RAPHAEL, Dennis, Brenda STEINMETZ and Rebecca RENWICK (1998). *How to Carry out a Community Quality of Life Project: A Manual*, University of Toronto, South Riverdale Community Health Centre, and Lawrence Heights Community Health Centre, Toronto, 75 pages.
- RAPPORT MONDIAL SUR LE DÉVELOPPEMENT HUMAIN (2000). Programme des Nations-Unis pour le développement, De Boeck Université, Paris, Bruxelles.
- RENAUD, Marc et Louise BOUCHARD (1994). « Expliquer l'inexpliqué : l'environnement social comme facteur clé de la santé », *Interface*, vol. 15, no 2.

- RICHARD, Lucie, BRETON R. Éric, LEHOUX, Pascale, MARTIN, Catherine et Denis ROY (1999). « La perception de professionnels de santé publique face à deux dimensions de la promotion de la santé : approche écologique et participation ». *Revue canadienne de santé publique*, vol. 90, no 2.
- ROBICHAUD, Jean-Bernard et Claude QUIVIGER (1990). *Des communautés actives*, Moncton (Nouveau-Brunswick), Michel Henry éditeur, 231 pages.
- ROCHER, Guy (1969). *Introduction à la sociologie générale (tome 2)*, Montréal, Éditions HMH, Ltée, 139-309.
- ROPER, William L. (1994). « Why the Problem of Leadership in Public Health » dans *Leadership in Public Health*, New York: Milbank Memorial Fund.
- ROTHMAN, Jack (1995). « Introduction to Part One, Parameters of Intervention » et « Approaches to Community Intervention » dans Rothman, Jack, Erlich, John L. et Tropman, John E. (sous la direction), *Strategies of Community Intervention*, Itaska, Illinois, P. E. Peacock Publishers Inc., 3-63.
- ROTHMAN, Jack et John E. TROPMAN (1987). « Models of Community Organization and Macro Practice Perspectives: Their Mixing and Phasing » dans Cox, Fred, Erlich, John, Rothman, Jack et Tropman, John (sous la direction), *Strategies of Community Organization*, Itaska (Illinois), P. E. Peacock Publishers Inc., 3-26.
- SÉVIGNY, Benoit (1998). « Aux Etats-Unis, Message de santé publique et capital social », *Bulletin de santé publique*, vol. 19, no 3.
- SHERA, Wes (1995). *Organizational Empowerment*, communication, 41st Annual Program Meeting, Council on Social Work Education, San Diego, 3-5 mars 1995, document ronéo, 2 pages.
- SMEDLEY, Brain D. et Syme, S. LEONARD (sous la direction) (2000). *Promoting Health : Intervention Strategies from Social and Behavioral Research Health Promotion and Disease Prevention*, Washington (D.C.), National Academy Press, 508 pages.
- STAPLES, Lee H. (1990). « Powerful Ideas about Empowerment », *Administration in Social Work*, Vol. 14 (2), 29-42.
- SYME, S. Leonard (1997). « Individual vs. Community Interventions in Public Health Practice: Some Thoughts About a New Approach » dans *Health Promotion Matters*, no.2, en ligne : <http://vhpax.vichealth.vic.gov.au/publicat/hpmarshv/issue2/article2.htm>.
- THE COLORADO TRUST (1998). *Promoting Health by Building Community Capacity: Evidence and Implications for Grantmakers*, Denver, USA.
- THIBAUT, André, Marie LEQUIN et Mireille TREMBLAY (2000). *Cadre de référence de la participation publique (démocratique, utile et crédible)*, Conseil de la santé et du bien-être, Québec, 23 pages.
- TREMBLAY, Diane-Gabrielle et Jean-Marc FONTAN (1994). *Le développement économique local, La théorie, les pratiques, les expériences*, Presses de l'Université du Québec, 579 pages.
- TREMBLAY, Daniel, (2000). « L'économie sociale dans un espace mondialisé : la question du développement social », *Économie et solidarités*, vol. 31, n° 2, 3-8

- TROPMAN, John E. et John L. ERLICH (1995). « Introduction to Part Two, Strategies » dans Rothman, Jack, Erlich, John L. et Tropman, John E. (sous la direction), *Strategies of Community Intervention*, Itaska, Illinois, P. E. Peacock Publishers Inc., 223-240.
- VACHON, Bernard (1993). *Le développement local, Théorie et pratique, Réintroduire l'humain dans la logique de développement*, Gaëtan Morin, 331 pages.
- VEENSTRA, Gerry, (2001). « Social Capital & Health » dans *Isuma*, vol.2, no.1, Ottawa, Secrétariat de la recherche sur les politiques du gouvernement du Canada, 72-81.
- WARD, David et Audrey MULLENDER (1991). « Empowerment and Oppression: An Indissoluble Pairing for Contemporary Social Work », *Critical Social Policy*, N° 32, Essex, U.K., Longham Group, 21-30.
- WENZEL, Eberhard (2000). «Response to Derek Colquhoun» dans *Health Promotion Journal of Australia*, vol.10, no.2, en ligne : http://www.vichealth.vic.gov.au/hpja/2000_2/25.html
- WHITE, Deena (1994). « La gestion communautaire de l'exclusion », *LSP-RIAC [Revue internationale d'action communautaire]*, n° 32, 37-51.
- WHITE, Julie (1999) *Five Capacities That Build Communities and Ten Things Funders Can Do to Support Them*. Toronto, Trillium Foundation, en ligne : http://www.trilliumfoundation.org/english/cca/building_caring_communities/what_are_cc.html
- WILKINSON, R. et M. MARMOT (1998). *Social Determinants of Health: The Solid Facts*, Organisation mondiale de la santé, Copenhague.
- WORSLEY, Peter (1971). *Introducing Sociology*, Harmondsworth (Middlesex, Angleterre), Penguin Books Ltd, 416 pages.