

Source : Observatoire en économie sociale et en développement régional

<http://www.uqo.ca/observer/>

BOURQUE, Denis et Louis FAVREAU (2003). Développement des communautés, santé publique et CLSC. Cahier du CÉRIS, Série Conférences, 23 pages.

Denis Bourque Ph.D. (service social) professeur au Département de travail social et des sciences sociales de l'Université du Québec en Outaouais

283, boulevard Alexandre-Taché

Case postale 1250, succursale Hull

Gatineau (Québec)

J8X 3X7

Téléphone: (819) 595-3900 poste 2269

Télécopieur: (819) 595 - 2384

Courriel: denis.bourque@uqo.ca

Louis Favreau Ph.D. (sociologie) titulaire de la Chaire de recherche du Canada en développement des collectivités de l'Université du Québec en Outaouais

283, boulevard Alexandre-Taché

Case postale 1250, succursale Hull

Gatineau (Québec)

J8X 3X7

Téléphone: (819) 595-3900 poste 2233

Télécopieur: (819) 595 - 2384

Courriel: louis.favreau@uqo.ca

Résumés

Le développement des communautés connaît une notoriété nouvelle depuis que cette pratique sociale est devenu une stratégie du Programme national de santé publique du Québec. Cet article cherche à clarifier un certain nombre de concepts, quelques conditions qui favorisent les pratiques de développement des communautés ainsi que certains enjeux qui y sont liés. Le défi est de mettre les ressources du réseau de la santé au service du développement démocratique des communautés plutôt que d'utiliser les communautés pour atteindre des objectifs de santé publique. Pour ce faire, il faut arriver à additionner les expertises (de processus, de contenu, et citoyenne) à défaut de quoi le développement des communautés ne pourra jouer pleinement son rôle dans l'amélioration de la santé et du bien-être des collectivités.

Mots clés: développement, communautés, santé publique, organisation communautaire, développement social, empowerment, CLSC.

Le développement des communautés et la santé publique au Québec

Les pratiques de développement social et économique des collectivités à l'échelon local et régional sont vivantes au Québec depuis longtemps, particulièrement depuis les années 1980 en réponse aux contrecoups de la crise économique structurelle et de globalisation montante. Depuis peu, ces pratiques font l'objet d'une reconnaissance nouvelle en devenant officiellement une stratégie de santé publique dans le Programme national de santé publique 2003-2012 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2003). La reconnaissance du développement des communautés comme stratégie de santé publique s'inscrit dans la continuité des principes d'engagement auprès des communautés et d'action sur les déterminants de la santé présents dans la Politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1992) et à l'intérieur des Priorités nationales de santé publique 1997-2002 (MSSS, 1997). Déjà, la Charte d'Ottawa de 1986 (Ottawa, 1986) avait contribué à créer des conditions favorables au développement des pratiques communautaires en santé publique. On comprend de plus en plus que la prévention et la promotion de la santé ne peuvent s'appuyer sur le seul renforcement du potentiel des personnes et qu'il faut aussi adopter une approche de développement des communautés (Fréchette 2001).

Malgré les nombreux travaux publiés depuis quelques années à ce sujet (Bélanger et al, 2000 ; CSBE, 2001 ; Lachapelle, 2001, 2003; INSP, 2002 a,b,c,d; Favreau et Fréchette, 2003b), le développement des communautés exige encore des clarifications. Ainsi, le Programme national de santé publique développe peu la question, n'en propose aucune définition et annonce un document complémentaire qui présentera en détail la stratégie relative au développement des communautés (MSSS, 2003: 22). Pourtant, les CLSC sont tenus par la Loi (Québec, 2001) de mettre en œuvre, évaluer et de mettre à jour régulièrement un plan d'action local de santé publique, de concert avec les organismes communautaires, et dont le développement des communautés constitue une des stratégies de base, et dans certaines régions, un domaine spécifique d'intervention. Voilà ce qui nous invite à tenter de clarifier un certain nombre de concepts associés au développement des communautés et d'identifier quelques conditions qui favorisent les pratiques de développement des communautés ainsi que certains enjeux qui y sont liés.

Le développement des communautés

Le concept de développement des communautés trouve son origine aux États-Unis, où le community development (Christenson et al., 1989) fut utilisé par les pouvoirs publics locaux et les mouvements associatifs comme stratégie économique de lutte à la pauvreté particulièrement par la revitalisation des centres urbains des cités nord-américaines. Au Québec, le développement des communautés tire ses origines de l'organisation communautaire, particulièrement de son modèle de développement local de type communautaire qui se caractérise par la transformation des problèmes collectifs en projets collectifs en misant sur la mobilisation des communautés locales en partenariat avec les principaux acteurs des différents secteurs (santé et services sociaux, éducation, emploi, économie, municipalités, etc.).

Le concept de développement des communautés renvoie à deux notions de base: développement et communauté. Pour Favreau et Fréchette (2002: 31): "Le développement est aujourd'hui (...) conçu comme une mobilisation économique, sociale et culturelle de toutes les potentialités d'un pays (ou d'une région, ou d'une communauté locale) autour d'un certain nombre d'objectifs d'amélioration des conditions de vie des populations". Cette définition rejoint celle du Conseil de la santé et du bien-être (CSBE, 2001: 11) selon lequel "le développement est un processus, une démarche par laquelle une communauté, par voie d'initiatives, tente de maintenir ou d'améliorer, selon les valeurs qu'elle juge prioritaires, les conditions de vie collectives et/ou individuelles". Le développement présente donc un caractère fortement endogène puisqu'il se base sur des initiatives et des valeurs issues du milieu et qu'il cible les conditions de vie de ce milieu. Le sens du développement provient donc fondamentalement des communautés et des acteurs qui les composent. On peut synthétiser la pensée actuelle sur le développement de la façon suivante (Bartoli, 1999): 1) le social doit être au poste de commande; 2) l'économie doit être considérée pour ce qu'elle est, un instrument de développement et non une fin; 3) l'environnement doit constituer une condition nouvelle et incontournable dans les choix économiques qui s'opèrent; 4) la poursuite simultanée de quelques grands axes d'intervention s'imposent notamment l'emploi, le logement, l'inclusion sociale, la santé, etc.

La notion de communauté quant à elle renvoie à un "regroupement de personnes vivant sur un territoire donné et partageant des intérêts communs à l'échelle de ce territoire" (CSBE, 2001: 11). Même si dans les sociétés contemporaines les individus appartiennent à la fois à des communautés d'intérêts, d'identités et territoriales, c'est la dimension territoriale qui est privilégiée dans la perspective du développement des communautés (tout en n'excluant pas les autres types de communautés). L'ancrage territorial des communautés joue en effet un rôle central sur le plan du développement car il constitue un moteur de l'action collective. Il permet aussi d'aborder la réalité d'une façon globale (dans ses dimensions sociales, économiques, environnementales, culturelles) en ciblant la communauté dans son ensemble, plutôt qu'une somme de groupes vulnérables, ce qui favorise le décloisonnement des interventions et augmente leur impact par leur portée plus transversale.

Quand on regroupe les notions de développement et de communauté, on rejoint le concept de développement des communautés défini ainsi par l'Institut national de santé publique (INSPQ): "le développement des communautés est en fait 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 les plans physique, social et économique" (INSPQ, 2002, a: 16). Dans la perspective de la santé publique, le développement des communautés se veut un concept intégrateur au plan local des notions de développement social, de développement économique, de développement culturel et environnemental qui conduit au développement humain durable (Bégin, 2002). Le développement des communautés est donc pluridimensionnel car il touche généralement à plus d'un type de développement dont presque toujours le développement social que le Conseil de la santé et du bien-être définit ainsi:

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 (CSBE, 1997: 6).

Le développement social se déploie au niveau de la société, des régions et des communautés en reposant sur les notions de participation sociale et de démocratisation au moyen des structures, politiques et programmes sociaux qui permettront aux citoyens de participer activement à la vie sociale et exercer entièrement leur citoyenneté au sein d'une société démocratique (INSPQ, 2002, d: 2).

Des initiatives de développement des communautés prennent forme partout au Québec dans des domaines aussi variés que la sécurité alimentaire, l'emploi, le logement, le décrochage scolaire, le transport, l'amélioration de la qualité de l'air, de l'eau, etc. Citons, à titre d'exemple, les Corporations de développement économique communautaire (CDÉC), les Maisons de quartiers¹, les Corporations de développement communautaire (CDC), les Tables de concertation sur la faim, celles sur le développement social, les comités Villes et Villages en santé, etc.

Le développement des communautés repose sur la capacité d'une communauté locale d'agir sur sa réalité et de prendre en charge son développement avec comme conséquence l'amélioration de sa santé et de son bien-être. Il s'agit aussi d'un indicateur de santé en lui-même par la mobilisation active des communautés. La santé est en fait le corollaire du développement des communautés et de la participation sociale. Citons à ce chapitre l'exemple de cette collectivité frappée par la fermeture du principal employeur de la ville qui décide de mettre sur pied une clinique communautaire de santé pour prévenir les problèmes de santé reliés au chômage massif (stress, maladies cardiaques, dépressions). Des chercheurs ont évalué que la mobilisation communautaire reliée au projet avait eu un impact positif plus significatif sur la santé de la population que les services dispensés à la clinique (Bélanger et al, 2000: 37).

¹ L'expérience d'intervention de quartier dans Jean Dallaire à Hull est particulièrement éloquente à cet effet comme le démontrent Favreau et Fréchette, 2003a.

On peut dès lors se demander si le développement des communautés peut se réaliser sans les CLSC et sans les Directions de santé publique? Oui, mais plus difficilement. Il y a donc développement des communautés d'une part, et intervention en développement des communautés d'autre part. L'intervention en développement des communautés fait référence à une stratégie de mobilisation et de soutien des communautés locales que l'on peut caractériser ainsi :

1. Une intervention qui agit principalement au sein de communautés locales, ce que les Américains appellent un «bottom-up process», une approche par en bas par opposition au «top-down approach», approche par en haut à partir des politiques et programmes des pouvoirs publics;

2. Une intervention qui mise sur le potentiel de changement social des communautés locales à partir de l'identification de besoins ou de problèmes présents dans ces communautés, et en faisant appel à la mobilisation sociale ainsi qu'à la concertation intersectorielle visant l'établissement de partenariats;

3. Une intervention qui a une visée de transformation sociale et de démocratisation permanente (y compris à l'intérieur des organisations démocratiques qu'elle a elle-même contribué à mettre sur pied) en misant sur la participation citoyenne;

4. Une intervention à moyen ou long terme qui a une préoccupation centrale d'organisation de nouveaux outils collectifs, services de proximité, ressources au sein des communautés locales, etc. Ces résultats sont une co-production (citoyens, organismes communautaires, institutions, pouvoirs publics, etc.) qui cherchent à dépasser l'unique traitement des problèmes pour agir sur la promotion et le développement des milieux en misant sur les forces, le dynamisme, les compétences et la solidarité des communautés.

Le Programme national de santé publique (PNSP) décrit ainsi le rôle de la santé publique en regard du développement des communautés soit:

...de favoriser et de soutenir la participation des personnes qui composent ces communautés à un processus visant à déterminer les problèmes de santé les plus importants pour elles et les solutions les plus appropriées à leur apporter; il s'agit en fait de soutenir le processus d'empowerment des collectivités. Cette stratégie suppose l'engagement des acteurs locaux et régionaux, le recours à l'approche communautaire et le partenariat avec les autres secteurs en vue de favoriser la réalisation de projets issus des communautés et axés sur leur santé et leur bien-être. (MSSS, 2003:22).

On reconnaît généralement que l'intervention en développement des communautés comporte un certain nombre d'éléments incontournables (INSPQ, 2002, a). Nous retenons trois de ces éléments:

1- La participation des populations et des acteurs locaux au développement des communautés, ce qui implique un développement par et avec les communautés et non pour les communautés. La participation vise l'appropriation du développement par les communautés au sens défini par le CSBE (2001: 11) pour qui "l'appropriation consiste, pour une communauté, à pouvoir régler les problèmes qu'elle estime les plus importants en appliquant les solutions qu'elle juge les mieux adaptées". De nombreuses recherches démontrent que la participation donne lieu à de meilleures interventions et de meilleurs résultats en termes d'amélioration de la santé (Bélanger et al., 2000).

2- La concertation et le partenariat rendus nécessaires par la complexité des problèmes auxquels sont confrontées les communautés locales. Le développement des communautés s'inscrit dans une vision globale qui cherche à dépasser les barrières érigées entre les secteurs, particulièrement entre l'économique et le social, en misant sur l'addition des forces présentes dans les communautés. La réussite du développement des communautés repose en bonne partie sur sa capacité d'assurer la concertation des acteurs concernés et de traduire cette concertation en partenariat, c'est-à-dire en projets et actions librement convenus afin de répondre aux besoins identifiés conjointement.

3- L'empowerment communautaire qui vise à rendre les communautés acteurs et sujets de leur développement (et non objet) en les habilitant à faire des choix, à prendre des décisions et à passer à l'action dans le but d'exercer un meilleur contrôle sur leur devenir. L'empowerment désigne une capacité d'agir concrètement et de façon autonome ainsi que le processus pour atteindre cette capacité d'agir (Ninacs, 1995). L'empowerment repose à la fois sur la pleine participation sociale et sur la capacité des acteurs sociaux de se concerter et d'établir des partenariats. L'empowerment devient alors l'élément qui lie le développement social et le développement des communautés (INSPQ, 2002, b).

En somme, comme le fait remarquer l'INSPQ, l'expression développement des communautés ne véhicule pas une vision unique et restrictive des concepts et "a 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" (INSPQ, 2002, b: 26). Il est donc possible de retenir une formule simple pour définir le développement des communautés : toutes formes d'action communautaire structurée dans un territoire local qui, par la mobilisation démocratique des citoyens et des acteurs sociaux, ciblent des problèmes collectifs et dont les résultats auront un impact positif sur les conditions et la qualité de vie. Le développement des communautés comporte donc deux dimensions: sa dimension de processus (qui renvoie à l'intervention) et qui consiste à mettre en marche l'action communautaire, et sa dimension de résultats soit la mise en place de réponses collectives aux priorités d'un milieu sous formes de ressources, services, dispositifs, etc. La dimension la plus déterminante demeure

celle du processus car sans l'appropriation démocratique par les communautés des enjeux locaux de santé, les résultats risquent fort d'être inexistantes ou inappropriés.

Toutefois l'intervention en développement des communautés requiert un certain nombre de conditions dont nous soulignerons les plus déterminantes à notre point de vue.

L'addition des expertises

Tout d'abord, il importe de reconnaître l'expertise spécifique des CLSC en développement des communautés puisqu'ils représentent les plus importants acteurs institutionnels de développement des communautés au Québec depuis 30 ans. Ils sont à l'origine ou associés à des réussites comme le développement d'une grande partie du mouvement communautaire autonome, les pratiques de développement économique communautaire, les dispositifs d'insertion socio-professionnelle comme les Carrefours Jeunesse-emploi, les différentes instances de concertation locales, la lutte à la pauvreté, etc.

Les CLSC sont des experts du processus de développement des communautés et des acteurs locaux impliqués comme institution dans ce développement. Le personnel le plus qualifié et le plus expérimenté en regard du processus de développement des communautés sont les organisateurs et organisatrices communautaires. Ces professionnels connaissent leur milieu, les problèmes qui ont un potentiel d'action communautaire, les acteurs en place, les opportunités d'intervention et d'initiative, les possibilités et les limites de l'action intersectorielle, etc. (Favreau et Hurtubise, 1993). D'ailleurs, le Conseil de la Santé et du bien-être (CSBE) va dans le même sens en recommandant que 'le rôle des CLSC pour soutenir localement et en partenariat le développement des communautés soit reconnu et intensifié comme action efficace à l'amélioration de la santé et du bien-être et à la prévention des problèmes sociaux et de santé des personnes et des communautés, et que des ressources y soient protégées à cette fin' (CSBE, 2001: 40). Les CLSC ont donc un rôle majeur à jouer pour que le développement des communautés fasse l'objet d'une régulation horizontale plutôt qu'une régulation verticale qui est identifiée comme un facteur défavorable au développement des communautés (CSBE, 2001: 58). En effet, le développement des communautés peut difficilement se prescrire ou se décréter de l'extérieur, ou être le résultat de programmes de planning social ou de marketing social parce que ces modèles ne misent pas sur la participation, la concertation ou l'empowerment des communautés.

La seconde expertise à tenir en ligne de compte est celle des Directions et des professionnels de santé publique. Il s'agit d'une expertise de contenu par rapport à l'expertise de processus des CLSC. Cette expertise concerne la connaissance de l'état de santé des populations, l'identification des grands objectifs d'amélioration de la santé au plan national et régional, la référence aux programmes et modèles d'intervention jugés scientifiquement efficaces, l'évaluation des projets de développement des communautés avec des méthodes souples et adaptées pour évaluer les processus et les résultats, le soutien technique et financier aux nouveaux projets de développement et à ceux existants, etc.

L'expertise de contenu s'est avérée pertinente pour faire évoluer certaines pratiques sociales comme celles des services charitables et individualisés en matière de sécurité alimentaire². Ce qui caractérise cette expérience, c'est la gestion du pouvoir de la part du détenteur de l'expertise de contenu qui a accepté de travailler à livre ouvert, de développer un partenariat avec des intervenants-clés du milieu et de négocier le changement souhaité avec les groupes communautaires concernés. L'expertise de contenu peut donc contribuer au développement des pratiques sociales. Nos recherches indiquent aussi qu'il y aurait intérêt à travailler de concert CLSC et Directions de santé publique (DSP) pour augmenter la participation citoyenne dans certains programmes de santé publique. Un exemple à cet effet se retrouve dans le Programme de soutien aux jeunes parents (MSSS, 2002) où des CLSC ont pris des initiatives heureuses d'implication des organismes communautaires et d'autres acteurs sociaux dans la mise en œuvre locale du programme. Certains CLSC ont aussi pris l'initiative de faire participer des usagères du programme, donc des citoyennes, à la définition des besoins et au choix des services à développer localement et qui leur sont après tout destinés. Il y aurait ici matière à une contribution des DSP pour soutenir ces initiatives, les faire connaître aux autres CLSC et en faire éventuellement l'évaluation de concert avec les groupes impliqués.

Il faut cependant reconnaître l'existence d'un certain malaise chez bon nombre de planificateurs et de gestionnaires qui ne peuvent dès lors déterminer précisément à l'avance quels seront les résultats visés et mesurables des interventions en développement des communautés. Puisqu'il s'agit d'un processus qui vise le développement du pouvoir d'agir des communautés à partir des intérêts et des choix de ces dernières, on ne peut en contrôler la finalité au point de départ. Il s'agit de la condition sine qua non de l'empowerment. En développement des communautés, on intervient surtout sur le processus pour le stimuler au début, l'accompagner par la suite, et l'enrichir de contenus et d'expertises en cours de route. Il ne saurait être question d'imposer les objectifs, ou encore d'abdiquer la responsabilité du support requis.

Il existe également une troisième expertise qui est celle des communautés elles-mêmes et qui concerne la pertinence même des projets de développement. Il s'agit d'une expertise citoyenne qui passe particulièrement par l'action communautaire autonome et qui s'exerce dans la définition des problèmes ainsi que dans le choix des priorités et des moyens d'action. C'est à cette condition que l'on peut parler d'une appropriation par les communautés de leur développement. Mais cette appropriation se renforce avec la contribution des expertises de processus et de contenu. Le Conseil de la santé et du bien-être (CSBE, 2001, 57) identifie d'ailleurs comme un facteur favorable aux projets de développement le fait de pouvoir recourir à une expertise extérieure.

La reconnaissance et l'addition de ces expertises sont susceptibles de donner de meilleurs résultats en termes de développement des communautés. Dans le cas contraire, nous pourrions assister à un jeu de rapport de pouvoir des experts de contenu et de stratégies

² Voir à ce sujet: Vézina, C. (2003). *Le rôle des bailleurs de fonds dans l'évolution des pratiques sociales des groupes communautaires québécois*, Essai de maîtrise en service social, École de service social, Université Laval.

d'évitement des autres qui ne favoriserait pas le développement des communautés. Il y a nécessité de reconnaître que l'ampleur de la croissance des Directions de santé publique en termes politico-administratifs et budgétaires peut s'accompagner d'un véritable contrôle sur les pratiques et les plans d'action locaux de santé publique (PAL) qu'elles auront à approuver et éventuellement à financer. Il y a là un pouvoir administratif et un "pouvoir de dépenser" incontournables.

Une approche stratégique et pragmatique du développement des communautés

Le développement des communautés est un outil puissant d'amélioration de la santé des personnes et des collectivités, mais c'est aussi un processus fragile et délicat qui peut facilement être enrayé même avec les meilleures intentions du monde. Tous les milieux ont leur histoire de concertation ou de partenariat avec leurs acquis et leurs échecs. Ces milieux ont des sensibilités et des particularités qui constituent soit des opportunités soit des obstacles au développement (Bourque, 2003). Tenir compte de ces réalités dans l'intervention en développement des communautés est essentiel pour augmenter les chances de succès. Il existe donc des spécificités propres à chaque communauté, des "timing" favorables ou défavorables à une intervention, des acteurs qui ont une influence déterminante, des réticences de certains acteurs communautaires, etc. Ces données sont connues des organisateurs et organisatrices communautaires de CLSC, de même que le fait qu'il ne suffit pas de planifier une action intersectorielle pour qu'elle se réalise car il y a toujours un caractère incertain et quelques fois éphémère à la mobilisation intersectorielle. Ils savent aussi d'expérience qu'il y aura davantage de chances de succès en partant des intérêts et des besoins des communautés. Aussi, vaut-il mieux une initiative ou un projet qui mobilise les acteurs plutôt qu'un programme évalué scientifiquement mais auquel la communauté ne s'identifie pas ou qui ne correspond pas aux particularités du milieu.

Le développement des communautés favorise fondamentalement l'actualisation du dynamisme des communautés au travers d'un processus qui leur permet d'agir sur leurs problèmes en les définissant d'abord, en fixant les objectifs ou résultats qu'ils souhaitent, et en prenant en main l'action requise ainsi que son évaluation. Ce processus exige soutien, ressources et expertises qui doivent résolument se mettre au service du processus plutôt que de chercher à le déterminer dans l'une ou l'autre de ses composantes ou de ses étapes. Le Conseil de la santé et du bien-être fait un constat similaire à propos de l'appropriation par les communautés de leur développement:

Nous avons constaté que les facteurs favorables à l'appropriation sont le plus souvent à l'intérieur des communautés et que les facteurs défavorables se situent le plus souvent à l'extérieur de celles-ci.[...] Les difficultés d'appropriation des communautés sont liées, d'une part, à leurs propres limites de participation et à leur vulnérabilité et, d'autre part, à l'intervention inappropriée de l'État (CSBE, 2001: 8, 39).

Le Programme national de santé publique (MSSS, 2003: 19) identifie des repères pour une éthique en santé publique au nombre desquels figure le principe "de non-malfaisance qui sous-tend l'obligation morale de ne pas nuire ni causer du tort aux autres; il rappelle l'importance de protéger la population contre les méfaits, iatrogéniques ou autres, découlant de certaines actions ou de l'omission d'agir". Au nom de ce principe, il serait important d'éviter de recourir à des approches inappropriées en termes de développement des communautés qui pourraient provoquer à la limite de la démobilisation.

Le développement des communautés dans la perspective de santé publique comporte aussi des enjeux dont ceux des ressources et de l'opportunité.

L'enjeu des ressources

Le développement des communautés et l'empowerment communautaire ne sont pas synonymes d'une formule du type: "Débrouillezvous vous-mêmes". Même s'il s'agit d'un processus axé sur la participation volontaire et le pouvoir d'agir, ce processus nécessite souvent des ressources humaines compétentes soit pour en prendre l'initiative, l'animer, ou le supporter car "la mobilisation de la communauté et l'autodétermination nécessitent un soutien et un accompagnement fréquents" (INSPQ, 2002, b: 17). De plus, il faut pouvoir compter sur des ressources financières et matérielles pour permettre la réalisation concrètes des projets et initiatives issues des milieux. Or, le Programme national de santé publique et les Plans d'action régionaux de santé publique ne sont pas assortis du financement requis au niveau du développement des communautés. Pourtant la commission Clair avait reconnu la responsabilité publique en la matière:

Le lien entre la santé et les conditions de vie n'est plus à démontrer. Nous savons aujourd'hui qu'il est possible, voire nécessaire, d'agir collectivement sur les grands déterminants de la santé, notamment sur les habitudes de vie, l'éducation, l'emploi, le revenu et l'environnement. C'est à l'État qu'il revient d'amorcer les activités de prévention, de protection et de promotion de la santé et de mettre en place les conditions susceptibles de développer la capacité des individus et des collectivités à se prendre en charge. (Québec, 2000: 7)

Le développement des communautés ne peut servir de paravent à l'obligation d'agir au plan régional et national sur les déterminants socio-économiques de la santé. L'action intersectorielle ne peut être une approche valable seulement au plan local, là où les moyens et l'influence sur les politiques publiques est le plus faible. Lachapelle (2004: 10) soulève le risque d'un désengagement des obligations de santé publique qui s'en remettrait à un développement des communautés sans moyens alors que "les actions locales ont besoin de politiques nationales et de support au niveau régional". L'insuffisance des moyens ne

devrait toutefois pas empêcher de saisir l'opportunité que peut représenter le développement des communautés dans la perspective de la santé publique.

L'enjeu de l'opportunité

L'intervention en développement des communautés peut représenter une opportunité de reconnaissance et de développement des pratiques d'action et d'organisation communautaires. La Commission Clair soulignait d'ailleurs "que les efforts du Québec à l'égard des déterminants de la santé sont moins intenses que dans d'autres sociétés développées" (Québec, 2000: 10).

Il serait donc possible de capitaliser sur l'intervention de développement des communautés en santé publique pour intensifier des interventions existantes ou renouveler des pratiques. L'initiative appartient aux CLSC qui ont tout intérêt à le faire en liens étroits avec le mouvement communautaire autonome ainsi qu'avec les structures existantes de mobilisation ou de concertation locale et intersectorielle. Il y a nécessité de le faire compte tenu de l'approche de haut en bas que semblent adopter certaines Directions régionales de santé publique. Lachapelle (2004: 9) soulève l'exemple d'un plan d'action régionale en santé publique qui part des experts pour rejoindre la population. Il ajoute que cette Direction de santé publique "donne le message qu'elle sait bien ce qui convient aux communautés locales et précise les actions que les projets locaux doivent concrétiser". Pour renverser cette tendance, il faut affirmer l'expertise de processus et l'expertise citoyenne en développement des communautés.

Conclusion

En ces temps de bouleversements politiques au Québec où les soins de santé et le modèle hospitalier prennent le haut du pavé, la santé publique pourrait constituer une avenue stratégique pour le développement des ressources en intervention sociale, en intervention communautaire et en développement des communautés. Le sens du développement des communautés ne peut cependant venir ultimement que des communautés et des acteurs qui les composent. Ce sens déborde souvent les limites géographiques des territoires pour s'insérer dans la tendance mondiale à l'auto-développement des collectivités et même dans celle de la recherche d'une alter-mondialisation faite de solidarité et de développement humain durable. Comme le souligne le Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC et en centre de santé, le défi de l'intervention en développement des communautés *est de mettre le réseau de la santé au service des communautés plutôt que de simplement mettre les communautés à contribution pour atteindre des objectifs de santé publique* (Lachapelle, 2003: 28). Pour ce faire, il faut arriver à additionner les expertises à défaut de quoi le développement des communautés ne pourra jouer son rôle dans l'amélioration de la santé et du bien-être des collectivités.

Références

Bartoli, H. (1999), *Repenser le développement, en finir avec la pauvreté*. UNESCO/Économica, Paris.

Bégin, C. (2002). *Une toile à tisser...pour favoriser la qualité de vie de la population et le développement local: Perspective pour orienter l'action!*, Service de la prévention et de la promotion, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 9 pages.

Bélangier, J.-P., Sullivan, R., Sévigny, B. (2000). *Capital social, développement communautaire et santé publique*, Montréal, ASPQ, 223 pages.

Bourque, D. (2003). Essai de typologie du partenariat dans le secteur de la santé et des services sociaux au Québec, Cahier du Centre d'étude et de recherche en intervention sociale (CÉRIS), série Recherches, n°24, Université du Québec en Outaouais.

Bourque, D. et Louis Favreau (2003). *Développement des communautés, santé publique et CLSC*, Cahier du Centre d'étude et de recherche en intervention sociale (CÉRIS), série Conférences, n°8, Université du Québec en Outaouais.

Christenson James et Jerry W. Robinson (1989). *Community development in perspective*, Ames : Iowa State University Press, 398 pages.

CSBE (1997). *Forum sur le développement social: présentation de la démarche*, Québec, Conseil de la santé et du bien-être, 12 pages.

CSBE (2001). *L'appropriation par les communautés de leur développement*, Québec, Conseil de la santé et du bien-être, 52 pages.

Favreau Louis et Lucie Fréchette (2002), *Mondialisation, économie sociale, développement local et solidarité internationale*, Presses de l'Université du Québec, 252 pages.

Favreau Louis et Lucie Fréchette (2003a), *Organisation communautaire et intervention de quartier en Outaouais: l'expérience du quartier Jean Dallaire de Hull*. Cahier du Centre d'étude

et de recherche en intervention sociale (CÉRIS), série Recherche n°22, Université du Québec en Outaouais, 43 pages.

Favreau, Louis et Lucie Fréchette (2003b). *Le développement social des communautés : le défi des nouvelles générations de travailleurs sociaux*. Cahier du Centre d'étude et de recherche en intervention sociale (CÉRIS), série Recherche, n° 23, Université du Québec en Outaouais, 35 pages.

Favreau L. et Y. Hurtubise (1993), *Les CLSC et les communautés locales, la contribution de l'organisation communautaire*, PUQ, Sillery.

Fréchette, L. (2001). "La prévention et la promotion en santé mentale: des incontournables en psychologie communautaire", dans *Agir au cœur des communautés*, sous la dir. de F. Dufort avec la coll. de J. Guay, Québec, Les Presses de l'Université Laval, pp. 217-248.

INSPQ (2002a). *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, Québec, Institut national de santé publique, 46 pages.

INSPQ (2002b). *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés* *Revue de littérature*, Québec, Institut national de santé publique, 50 pages.

INSPQ (2002c). *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés* *Conceptions, actions, enjeux, défis et préoccupations : points de vue d'acteurs de directions de santé publique*, Québec, Institut national de santé publique, 40 pages.

INSPQ (2002d). *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés* *Conceptions, actions, enjeux, défis et préoccupations : (Document résumé)*, Québec, Institut national de santé publique, 4 pages.

Lachapelle, R. (2001). *CLSC et développement des communautés aujourd'hui*. Cahier de la Chaire de recherche en développement communautaire (CRDC), UQAH, 24 pages.

Lachapelle, R. (2003). *L'organisation communautaire en CLSC. Cadre de référence et pratiques*, Regroupement québécois des intervenants et intervenantes en action communautaire en CLSC et en centre de santé; sous la direction de René Lachapelle Québec, Presses de l'Université Laval, 293 pages.

Lachapelle, R. (2004). *Le développement des communautés: enjeux et opportunités*, Communication à la Journée d'étude intersectorielle de la Haute-Yamaska, Granby, 15 janvier 2004, 19 pages.

MSSS (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 191 pages.

MSSS (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 103 pages.

MSSS (2002). *Le programme de soutien aux jeunes parents. Document initial pour la première phase de l'implantation*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

MSSS (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux, 133 pages.

Ninacs, William A. (1995). "Empowerment et service social : approches et enjeux", Service social , vol. 44, n° 1, pp. 69-93.

Ottawa (1986). *Ottawa charter for health promotion*, First International Conference on Health Promotion, meeting in Ottawa, November 1986.

Québec (2000). *Les solutions émergentes*, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, Québec, Gouvernement du Québec. 408 pages.

Québec (2001). *Loi sur la santé publique*, Québec, 2001, chapitre 60.