

Recherches sociographiques



Les ambiguïtés québécoises dans le domaine de la promotion de la santé

Michel O'Neill et Lise Cardinal

Volume 39, numéro 1, 1998

Québec et Canada : deux références conflictuelles

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/057184ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/057184ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Résumé de l'article

La promotion de la santé est une approche de prise en charge des problèmes de santé d'une société, apparue dans les années 1970 et qui a obtenu une reconnaissance internationale au milieu des années 1980. Le Québec a entretenu une attitude ambiguë face à ce «nouveau» discours, pourtant adopté dans l'enthousiasme ailleurs au Canada et dans d'autres pays. Cette attitude est présentée dans le contexte de l'évolution des pratiques québécoises en santé publique depuis une quarantaine d'années ; nous discutons aussi des conséquences de cette ambiguïté.

Éditeur(s)

Département de sociologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval

ISSN

0034-1282 (imprimé)

1705-6225 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

O'Neill, M. & Cardinal, L. (1998). Les ambiguïtés québécoises dans le domaine de la promotion de la santé. *Recherches sociographiques*, 39(1), 9–37.
<https://doi.org/10.7202/057184ar>

LES AMBIGUÏTÉS QUÉBÉCOISES DANS DANS LE DOMAINE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ*

Michel O'NEILL

Lise CARDINAL

La promotion de la santé est une approche de prise en charge des problèmes de santé d'une société, apparue dans les années 1970 et qui a obtenu une reconnaissance internationale au milieu des années 1980. Le Québec a entretenu une attitude ambiguë face à ce « nouveau » discours, pourtant adopté dans l'enthousiasme ailleurs au Canada et dans d'autres pays. Cette attitude est présentée dans le contexte de l'évolution des pratiques québécoises en santé publique depuis une quarantaine d'années; nous discutons aussi des conséquences de cette ambiguïté.

La politique du Québec sur la santé et le bien-être social reposera sur six stratégies : 1) favoriser le renforcement du potentiel des personnes ; 2) soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires ; 3) améliorer les conditions de vie ; 4) agir pour et avec les groupes vulnérables ; 5) harmoniser les politiques publiques et

* Cet article est la version remaniée d'un texte paru originellement en anglais en tant que chapitre de l'ouvrage *Health Promotion in Canada* publié en 1994, à Toronto, sous la direction de A. PEDERSON, M. O'NEILL et I. ROOTMAN. Un premier jet en français a été réalisé par les services de traduction du gouvernement du Canada, avec l'autorisation de l'éditeur et des auteurs, dans le cadre des activités du Comité québécois des partenaires pour le développement des connaissances en promotion de la santé. Des versions préliminaires ont été présentées dans le cadre de la série des séminaires scientifiques de l'*Institute of Health Promotion Research, University of British Columbia* (Vancouver, juin 1992) et lors des États généraux de la promotion de la santé au Québec (Québec, août 1992). Les auteurs tiennent à remercier deux réviseurs anonymes pour leurs commentaires dont ils se sont inspirés afin d'effectuer une mise à jour du texte.

les actions en faveur de la santé et du bien-être ; 6) orienter le système de santé et de services sociaux vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses (MSSS, 1992a, p. 134).

Afin de mieux soutenir la prévention et la promotion de la santé [...] le Ministre entend : 1) consacrer à ces activités un minimum de 20 % de l'ensemble des budgets déjà prévus pour l'implantation de la réforme ; 2) mettre en place, dans les plus brefs délais, le Centre d'expertise en prévention et promotion de la santé et du bien-être prévu dans le cadre de la réforme (MSSS, 1992a, p. 177).

La promotion de la santé est une approche qui propose un ensemble précis d'interventions visant la prise en charge des problèmes de santé d'une société. Elle a fait son apparition au milieu des années 1970 et a reçu sa consécration internationale au milieu des années 1980 (PEDERSON *et al.*, 1994). L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le gouvernement fédéral canadien ont été les deux principaux promoteurs de cette approche sur la scène internationale. Ainsi c'est à Ottawa, en 1986, lors de la première conférence internationale sur la promotion de la santé, que fut adoptée la fameuse Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé (Charte, 1986), un document qui sera traduit en plusieurs dizaines de langues et qui a servi depuis à inspirer politiques, recherches et interventions dans de nombreux pays à travers le monde (PEDERSON *et al.*, 1994).

Nous nous proposons ici d'examiner la manière dont le discours international sur la promotion de la santé a pris racine au Québec. Le système de santé québécois, dans la foulée de la Révolution tranquille, a connu une première réforme en profondeur au début des années 1970 (RENAUD, 1981 ; LESEMANN, 1981). Comme toutes les sociétés industrialisées ayant adopté des systèmes universels d'accès aux soins et services de santé, et comme l'ensemble des autres provinces canadiennes, le Québec a commencé à remettre en question son système au milieu des années 1980. Les étapes de ce questionnement et de la seconde vague de réformes majeures de notre système de santé sont bien connues : la Commission Rochon (CESSS, 1988) ; les Orientations de la ministre Thérèse Lavoie-Roux (MSSS, 1989) et la définition des principaux éléments de la réforme par le ministre Marc-Yvan Côté (MSSS, 1990 ; Gouvernement du Québec, 1991 ; MSSS, 1991 ; MSSS, 1992a), tous deux membres de gouvernements libéraux ; la mise en œuvre de ces éléments depuis 1994, dans un contexte de lutte aux déficits budgétaires fédéral et provincial, par le ministre péquiste Jean Rochon.

Dans le cadre de la réforme actuelle, le gouvernement provincial continue de jouer un rôle central dans le financement et la gestion du système de santé et de bien-être (PINEAULT *et al.*, 1993). Qui plus est, comme on peut le voir dans les citations en épigraphe à cet article (la première reprend à peu près textuellement les éléments de la Charte d'Ottawa), le gouvernement québécois, comme la plupart des gouvernements qui réforment actuellement leurs systèmes de santé, considère que la promotion de la santé est l'une des meilleures façons d'aborder les problèmes sanitaires. Toutefois, on ne sait pas encore très bien comment se traduira l'intérêt

gouvernemental pour cette approche, compte tenu des contraintes financières qui conditionnent la mise en œuvre de la réforme dans son ensemble.

Nous tentons donc dans cet article de mettre au jour les ambiguïtés québécoises dans le champ de la promotion de la santé. Nous nous attardons d'abord à montrer qu'au milieu des années 1990, même si la place occupée au Québec par la promotion de la santé est plutôt restreinte, ce champ s'inscrit dans une longue et solide tradition en matière d'éducation sanitaire. Deuxièmement, nous analysons le peu d'intérêt que suscite la promotion de la santé au Québec depuis 1986 dans la structure gouvernementale et le réseau public de santé et de services sociaux, alors qu'ailleurs au Canada et dans de nombreux autres pays (PEDERSON *et al.*, 1994) elle sert de fer de lance aux transformations significatives que subissent les systèmes de santé. Dans la troisième section, nous proposons un certain nombre de raisons pour lesquelles la promotion de la santé n'a jamais été très populaire en territoire québécois. Finalement, dans la quatrième section, nous évaluons les conséquences de l'ambiguïté qui entoure la promotion de la santé et nous en tirons un certain nombre de conclusions.

1. De 1940 aux années 1980 : du passé glorieux de l'éducation sanitaire au présent incertain de la promotion de la santé

Le mouvement international de promotion de la santé provient de ce qu'on a appelé successivement l'éducation sanitaire puis l'éducation pour la santé (PEDERSON *et al.*, 1994). L'histoire des pratiques de santé publique au Québec révèle une longue tradition d'activités dans le domaine de l'éducation sanitaire (DESROSIERS et GAUMER, 1987). Dans une étude couvrant les années 1920 à la fin des années 1970, l'un d'entre nous (O'NEILL, 1977) a relevé quatre grandes périodes. Comme la quatrième commence vers le milieu des années 1970, ce qui correspond aux débuts de la première réforme du système de santé québécois, nous l'examinerons de façon plus détaillée. Auparavant, nous allons traiter succinctement des trois périodes antérieures afin d'établir le contexte dans lequel s'inscrivent les activités plus récentes d'éducation sanitaire et de promotion de la santé.

Premières expériences dans le domaine de l'éducation sanitaire

C'est au début des années 1940 que remonte la première prise de conscience en éducation sanitaire au Québec : Jules Gilbert, médecin de l'Unité sanitaire de Shefford, constata avec étonnement des différences dans les pratiques de santé entre les villages francophones et les villages anglophones de son territoire. Il a alors persuadé le ministre provincial de la Santé de l'envoyer poursuivre des études universitaires en éducation sanitaire aux États-Unis, afin notamment de mieux comprendre ces différences. À son retour, vers le milieu des années 1940, Jules Gilbert a créé une Division de l'éducation sanitaire au sein du ministère québécois

de la santé, qu'il a pour ainsi dire gérée seul jusqu'en 1960. Au déclin des années 1940, le rôle de cette division à petit budget consistait à diffuser au Québec du matériel préparé à Ottawa pour l'ensemble du pays, à organiser des campagnes publicitaires, à négocier (sans beaucoup de succès) avec le ministère de l'Éducation l'intégration de l'éducation sanitaire dans les programmes scolaires et, surtout, à donner des conseils et de l'aide au personnel des Unités sanitaires et des Services de santé municipaux. Sauf dans les grandes villes où les Services municipaux de santé ont continué à jouer des rôles similaires jusqu'en 1973, les Unités sanitaires avaient été établies partout au Québec au cours des années 1930. Elles avaient pour mandat de fournir des services de santé publique à l'échelle de leur territoire et l'éducation sanitaire constituait une de leurs activités principales.

Les années 1950 représentent vraiment l'âge d'or de l'éducation sanitaire au Québec (O'NEILL, 1977). Il était alors possible de recevoir une formation officielle dans ce domaine en complétant par un an de spécialisation le diplôme d'hygiène offert à l'École d'hygiène de l'Université de Montréal. Par ailleurs, certaines Écoles normales proposaient également un programme de spécialisation aux enseignants des écoles élémentaires et secondaires. Des postes d'« infirmière éducatrice » existaient dans la plupart des Unités sanitaires. Pendant ce temps, Jules Gilbert était pris dans un véritable tourbillon d'activités : il rédigeait manuels (GILBERT, 1959a, 1967) et articles scientifiques (GILBERT, 1954, 1959b, 1967), dirigeait la publication d'un bulletin de liaison, donnait des cours à l'Université de Montréal, apportait son aide à « ses » infirmières éducatrices et supervisait la formation en éducation sanitaire à l'intention de personnes venant d'autres pays francophones, pour ne mentionner que celles-là.

Cet âge d'or prit fin brusquement au début des années 1960, c'est-à-dire au moment où commençait la troisième période (de 1960 à 1973) de l'histoire de l'éducation sanitaire au Québec. Pris dans le cauchemar administratif de la mise sur pied du système d'assurance hospitalière, dont Jules Gilbert a été le premier gestionnaire, le ministère québécois de la Santé a commencé à renoncer à son engagement à l'égard de la santé publique et, par le fait même, à l'égard de l'éducation sanitaire (O'NEILL, 1977). En raison d'une réorganisation majeure du système d'éducation, qui transférait la responsabilité de la formation des étudiants en santé publique à divers départements disciplinaires des universités et écoles d'enseignement professionnel (médecine, soins infirmiers, art dentaire, génie, médecine vétérinaire), l'École d'hygiène de Montréal ferma ses portes (GAUCHER, 1979). Le quasi-abandon de la santé publique par le ministère a duré jusqu'au milieu des années 1970 où, dans le sillage de la première grande réforme du système de santé et de bien-être du Québec (LESEMANN, 1981 ; Renaud, 1981), les services de santé « publique », rebaptisés santé « communautaire », ont fait l'objet d'une restructuration.

De 1973 à 1986 : éducation sanitaire et santé communautaire

Dans le cadre de la réorganisation subséquente à la Commission Castonguay-Nepveu, on a retiré aux municipalités et aux Unités sanitaires, en 1973, les services de santé publique qu'elles dispensaient encore pour les intégrer à un nouveau réseau de 32 Départements de santé communautaire (DSC), rattachés administrativement à des hôpitaux. Ce changement a marqué le début d'une nouvelle ère qui correspond à la quatrième période des activités d'éducation sanitaire au Québec.

La réforme du système de santé et de bien-être du début des années 1970 était basée sur une idéologie claire, reposant notamment sur la participation des communautés et sur un concept élargi de la santé, selon lequel les aspects sociaux et médicaux ne pouvaient être dissociés. Les services se faisaient multidisciplinaires et devaient englober les dimensions de prévention, de traitement et de réadaptation des interventions professionnelles ; c'est notamment ce qui explique l'inhabituelle décision, en contexte canadien du moins, d'installer les services de santé publique dans des hôpitaux. Les DSC ont cessé leurs activités depuis la réforme Côté-Rochon évoquée plus haut, et même s'ils ont été les principaux prestataires de services de santé publique durant vingt ans, très peu d'études leur sont consacrées (DUPLESSIS, 1981 ; O'NEILL, 1983 ; PINEAULT *et al.*, 1990).

Depuis leur création, et en particulier dans les premiers temps où ils ont dû fournir une grande partie des services de prévention (transférés au début des années 1980 vers le réseau des Centres locaux de services communautaires [CLSC]), les DSC ont eu parmi leurs responsabilités premières l'éducation sanitaire puis la promotion de la santé (O'NEILL, 1983 ; MSSS, 1988). Ces programmes relevaient de personnes (infirmières, dentistes, hygiénistes dentaires et médecins principalement) faisant preuve de beaucoup de bonne volonté et de dévouement, mais qui avaient habituellement peu de formation en la matière. En conséquence, elles appliquaient des méthodes qui rétrospectivement apparaissent insuffisantes à elles seules pour modifier les comportements ou habitudes de vie d'individus ou de populations.

Toutefois, avant de se pencher sur le manque de popularité de la promotion de la santé au Québec depuis sa consécration internationale en 1986, il importe de préciser que, à la charnière des années 1980, deux autres organisations provinciales ont joué ici un rôle déterminant. La première a été le Conseil des affaires sociales et de la famille, un conseil consultatif relevant du ministre des Affaires sociales. Sous l'habile gouverne de Madeleine Blanchet, ancienne directrice de la Division de l'éducation sanitaire du ministère et médecin qui a toujours cru fermement à la promotion de la santé, ce Conseil a fait le point sur la santé et le bien-être de la population québécoise, notamment au moyen de plusieurs études épidémiologiques (p. ex. : LEVASSEUR, 1983 ; ROY, 1983). Cette initiative a abouti à la publication d'un document bien connu, Objectif santé (CASF, 1984), puis d'autres

documents importants (p. ex. : CASF, 1989), tous rédigés dans une perspective, sinon directement avec le vocabulaire, de la promotion de la santé. Cependant, bien que la qualité et la pertinence de ces écrits aient été largement reconnues tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du Québec, les effets des recommandations de cet organisme consultatif sur les politiques gouvernementales et les pratiques professionnelles sont restés très limités.

La seconde organisation à jouer un rôle de premier ordre est l'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ). Fondée en 1943, l'ASPQ est un organisme dynamique, aux idées toujours avant-gardistes sur la santé publique. Dès 1984, elle a organisé une conférence sur le thème de la promotion de la santé. En outre, elle fut des plus actives dans le lancement au Québec des grandes initiatives fédérales de promotion de la santé (Communautés en santé, Renforcement de la santé communautaire, Développement des connaissances pour la promotion de la santé, etc.). Elle a aussi investi beaucoup d'efforts pour créer un consensus québécois sur la question.

2. Le manque de popularité de la promotion de la santé au Québec depuis 1986

Si l'on se penche sur la situation depuis 1986, au moment où la promotion de la santé a commencé à jouir d'une grande visibilité à l'échelle nationale comme à l'échelle internationale, qu'observons-nous ?

La promotion de la santé au gouvernement du Québec

Les citations qui figurent en début d'article induisent quelque peu en erreur, car elles laissent supposer que la réforme Côté a confirmé l'importance de la promotion de la santé, alors qu'en réalité, depuis la publication de la Charte d'Ottawa, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) a fait preuve d'une indécision constante quant à la définition, au statut et à l'organisation de ce domaine.

Officiellement, un Service de promotion de la santé (le cinquième et plus bas échelon dans la structure organisationnelle du ministère), a été mis sur pied au début des années 1980. Depuis, ce service a toujours fonctionné avec, tout au plus, une poignée de professionnels, certes dévoués, mais n'ayant pas toujours reçu de formation dans le domaine ; il a d'ailleurs dû faire face à un taux de roulement élevé, tant chez les directeurs que chez les employés. Comme dans le cas des unités organisationnelles l'ayant précédé depuis les années 1940, le Service a élaboré plusieurs plans et propositions pour une stratégie globale de promotion de la santé (MSSS, 1977, 1987a, 1987b). Ces documents tenaient compte des visions canadiennes et internationales les plus récentes, mais ils n'ont jamais vraiment bénéficié de l'attention, sans parler de l'approbation, des échelons administratifs et politiques supérieurs du ministère ou du gouvernement. Par conséquent, malgré son

utilisation de concepts avant-gardistes, tels ceux de politiques publiques favorables à la santé ou de réduction des inégalités, mis (ou remis) à la mode par les promoteurs de la santé, le Service québécois de promotion de la santé a eu tendance à s'occuper presque exclusivement des problèmes de santé liés aux habitudes de vie (nutrition, accidents, maladies cardiovasculaires, tabagisme, problèmes dentaires, etc.), souvent par le biais de campagnes médiatiques conçues et mises en œuvre par une autre direction du ministère, celle des Communications. Si l'on tient compte du fait que, durant la même période, des provinces comme l'Ontario et le Nouveau-Brunswick ont mis sur pied des Conseils de promotion de la santé relevant directement de leur Premier ministre respectif, il est clair que pour le Québec ce domaine était loin d'avoir la même importance.

Une autre indication de la place ambiguë accordée à la promotion de la santé au gouvernement du Québec est la façon dont elle a été traitée dans le cadre des diverses opérations auxquelles a donné lieu la réforme Côté-Rochon. Elle a fait l'objet d'une valse-hésitation (un pas en avant, deux pas en arrière), malgré des documents préparés tant à l'interne (DUVAL et PAQUET, 1991 ; FERLAND, 1991 ; MARTIN, 1991) qu'à l'externe (GODIN, 1990 ; O'NEILL *et al.*, 1990) et qui contenaient des suggestions précises sur un mandat, un programme législatif et une structure organisationnelle visant à promouvoir la santé, en accord avec les progrès les plus récents, au Canada comme dans d'autres pays. En dépit de ces suggestions, la réforme Côté intègre la promotion de la santé et la prévention des maladies comme une expertise vaguement définie que devront développer les nouvelles autorités en matière de santé publique, aussi bien au palier provincial qu'au palier régional. Contrairement à celle de promotion de la santé, la fonction de la protection de la santé, basée sur un mandat légal bien défini, se concrétise par des interventions dans le cas des maladies infectieuses, de la santé au travail et de la santé environnementale. Ainsi, dans le contexte de la réforme Côté-Rochon, le développement de l'expertise en prévention et en promotion est très inégal dans les 18 régions du Québec. Vu leur mandat légal, les responsables de la santé publique s'acquittent en priorité de leurs fonctions de protection de la santé, et ensuite, selon leur intérêt, leurs ressources et leur motivation, se préoccupent de promotion de la santé. Soulignons au passage la tendance à parler de promotion et de protection comme s'il s'agissait de deux domaines mutuellement exclusifs et à baser les structures des organisations sur ces distinctions qui n'existent pas nécessairement ailleurs.

La réforme Côté a élevé la promotion de la santé dans la hiérarchie du ministère : elle est maintenant une Direction et non plus un Service, au sein d'une Direction générale de la santé publique qui est elle-même dirigée par un sous-ministre adjointe. Les suggestions présentées dans les différents documents de travail mentionnés plus haut semblent toutefois n'avoir été incorporées que de manière très limitée aux activités de la direction (Fonctionnaires du MSSS,

communications personnelles, 1996). Elles portaient notamment sur la création de structures gouvernementales intersectorielles, relevant du cabinet ou du Premier ministre, qui permettraient d'élaborer des politiques publiques favorables à la santé. Bien que, dans les documents du gouvernement balisant la réforme Côté-Rochon (MSSS, 1990b ; MSSS, 1992a ; MSSS, 1992b), on ait défini la promotion de la santé comme l'un des six domaines de la santé publique où il faudrait déployer des efforts considérables sur le plan de la recherche et du développement (voir seconde citation en épigraphe), il n'est pas encore évident qu'un centre d'expertise sur le sujet sera établi. La notion de centre d'expertise a d'ailleurs été remplacée par celle d'un institut national de santé publique dont les mandats n'étaient toujours pas clairement définis lors de l'annonce de sa création par le ministre Rochon à l'été 1997.

Dans l'ensemble, vu la place qu'elle occupe dans la structure gouvernementale québécoise dans le contexte de la réforme du milieu des années 1990, il y a peu de chances que des changements surviennent dans la promotion de la santé au palier provincial. Elle continuera vraisemblablement à être caractérisée par des interventions ponctuelles, portant la plupart du temps sur des questions liées aux habitudes de vie, mal coordonnées avec les autres directions pertinentes du ministère (sans parler des autres ministères). Elle continuera probablement à être prise en charge par une équipe restreinte mais dévouée, recevant peu d'attention de la part des principaux responsables des décisions législatives, administratives et politiques à l'intérieur ou à l'extérieur du ministère de la Santé et des Services sociaux. Malgré les nombreuses interventions d'organismes de santé publique sur le plan local ou régional, à la différence de plusieurs autres provinces ou pays, l'engagement du gouvernement québécois à l'égard de la promotion de la santé ne s'est donc jamais traduit par des structures ou des programmes innovateurs d'une certaine envergure, situation qui semble vouée à se perpétuer d'ici la fin du millénaire.

La promotion de la santé dans les administrations locales : Villes et Villages en santé (VVS)

Au Québec, les administrations municipales ont compétence sur bien des facteurs qui déterminent la santé et le bien-être, notamment le logement, la sécurité, plusieurs dimensions de l'environnement physique et les loisirs. Ayant vu le jour en 1987, le mouvement Villes et Villages en santé se porte bien (LACOMBE et POIRIER, 1991) et a été officiellement désigné dans le contexte de la réforme (MSSS, 1992a) comme une stratégie visant à renforcer le rôle des administrations locales dans le domaine de la promotion de la santé. Cette stratégie a aussi été reconnue dans les priorités nationales de santé publique (MSSS, 1997).

Depuis mai 1990, le mouvement VVS s'est constitué en organisme sans but lucratif, le Réseau québécois de villes et villages en santé, qui reçoit l'appui d'un

Centre provincial d'information et de promotion situé à Québec. Ce réseau a déjà fait l'objet d'une évaluation initiale (FORTIN *et al.*, 1992) et on y a entrepris une discussion approfondie sur l'utilisation d'indicateurs pour l'évaluation des activités de VVS (CARDINAL et O'NEILL, 1992 ; O'NEILL et CARDINAL, 1992). Le réseau québécois fait partie du mouvement canadien et international des Healthy Cities ; il a été décrit par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme un « modèle de bonne pratique » (GIROULT, 1990) et est reconnu comme l'un des réseaux de Villes en santé les mieux développés au monde (TSOUROS, 1990). À l'automne 1997, ce réseau comptait 116 municipalités représentant plus de 25 p. 100 de la population québécoise.

Pour plusieurs, VVS (Communautés en santé dans le reste du Canada) est la manifestation la plus tangible du discours récent sur la promotion de la santé. Pourtant, si vous demandez aux centaines de personnes qui se sont jointes au mouvement au Québec de définir la promotion de la santé, la grande majorité d'entre elles ne saura pas précisément de quoi il s'agit, en particulier celles qui ne sont pas des professionnels de la santé publique. À vrai dire, les chefs de file du mouvement québécois ont même redéfini le concept des Villes et Villages en santé de façon à ce que l'on remplace le terme « santé » par l'expression « qualité de vie » avec laquelle les non-professionnels de la santé se sentent beaucoup plus à l'aise (FORTIN *et al.*, 1991). Par conséquent, à l'exception des dirigeants provinciaux du mouvement, la plupart des gens qui tentent de mettre en œuvre des politiques, des programmes ou des projets locaux favorisant la santé, dans le contexte de VVS, n'évoquent pas le concept de la promotion de la santé même s'ils le mettent souvent en pratique de manière concrète et efficace.

La promotion de la santé dans les organismes de santé communautaire : les DSC et les CLSC

Comme nous l'avons déjà mentionné, en raison de la réforme du système de santé et de bien-être des années 1970, les services de prévention et de santé publique ont été complètement réorganisés en deux réseaux de santé communautaire. Le premier comprenait 32 Départements de santé communautaire (DSC) ; ils se sont vu attribuer un mandat plus large, mais plus ambigu, que les Unités sanitaires et les Services de santé municipaux qu'ils remplaçaient (DESROSIERS, 1976 ; O'NEILL, 1983). Le second réseau comptait environ 160 Centres locaux de services communautaires (CLSC). Ils couvraient eux aussi l'ensemble de la province et avaient pour mandat d'offrir une variété de services médicaux, sociaux et communautaires non spécialisés. L'histoire de ces deux réseaux est étroitement liée ; bien que fascinante, elle est beaucoup trop complexe pour qu'on l'aborde ici. Alors que les DSC ont disparu avec la réforme Côté, leurs fonctions et leur personnel étant assimilés par les nouveaux services régionaux créés pour décentraliser la gestion de l'ensemble du système, les CLSC sont demeurés en place et leur mandat a même été quelque peu élargi.

Au Québec ce sont, de toute évidence, les professionnels des DSC qui se sont le plus intéressés à la promotion de la santé depuis 1986 ; cela est dû en partie au fait que ces organisations cherchaient un créneau d'intervention qui leur appartiendrait indiscutablement, puisqu'une portion de leurs anciens rôles avait été transférée aux CLSC ou à d'autres organisations. Des employés de DSC de toute la province se sont fait connaître comme les principaux acteurs de la promotion de la santé au Québec, tant sur le plan théorique que sur le plan pratique, en élaborant des programmes, en rédigeant de nombreux livres et documents et en jouant un rôle actif à l'échelle nationale et internationale – en particulier dans les pays francophones, où certains d'entre eux ont remporté des prix internationaux. Certains ont même été prêtés temporairement au MSSS dans le but de l'aider à organiser son propre Service de promotion de la santé.

Toutefois, ces personnes n'étaient pas toujours en mesure de convaincre leurs organisations que les pratiques en matière de promotion de la santé étaient des efforts légitimes en santé communautaire. Alors qu'à l'échelle provinciale, les DSC ont créé des comités de coordination chargés de questions telles que les maladies infectieuses, la santé environnementale, les traumatismes ou la surveillance épidémiologique, ils n'ont jamais pu obtenir, malgré tous leurs efforts (AHQ, 1988), un consensus assez solide pour justifier l'établissement d'un comité provincial durable et crédible dans ce domaine. En outre, selon le témoignage de membres de l'une des équipes des DSC les plus réputées dans ce domaine (PERREAULT *et al.*, 1992), les pratiques de ces organisations en matière de promotion de la santé ont généralement été axées sur le changement des comportements individuels plutôt que sur les dimensions plus environnementales de la promotion de la santé mises en relief dans la Charte d'Ottawa et dans d'autres documents du même ordre.

Depuis 1993, 18 nouvelles structures (les Régies régionales de la santé et des services sociaux) ont intégré l'ancien réseau des DSC. La place de la promotion de la santé et les modalités pour développer l'expertise en la matière n'y sont pas encore bien claires. Les dispositions prises varient selon la région et, comme le révèle une première étude (DÉRY, 1993), la place de la promotion de la santé au palier régional, dans une structure d'abord centrée sur l'organisation des services et la gestion de ressources, demeure sujette à controverse et ses enjeux ne sont pas encore tous clarifiés.

Par ailleurs, étant donné qu'ils sont facilement accessibles à la population et que leur mandat est axé sur la communauté, les CLSC mènent, depuis leur création au début des années 1970, de nombreuses activités qui sont en fait des activités de promotion de la santé même si plusieurs ne les considèrent pas comme telles. Depuis le milieu des années 1980, les CLSC ont fait l'objet d'une réorientation majeure. Ils se concentrent ainsi sur des pratiques moins communautaires et s'orientent davantage vers des services curatifs ou de réadaptation de première ligne, pour des clientèles précises, conformément aux recommandations d'un

célèbre rapport gouvernemental (BRUNET *et al.*, 1987) et plus récemment, aux exigences du fameux « virage ambulatoire » qui leur crée des obligations encore plus grandes à cet effet.

La réforme Côté-Rochon est donc venue renforcer cette orientation générale qui veut que les CLSC prennent leur distance par rapport au discours et aux pratiques en matière de promotion de la santé qui avaient été, sous d'autres appellations telle l'organisation communautaire, la raison d'être de nombre d'entre eux au début de leur existence. On ne sait pas encore très bien comment cette réorientation se concrétisera, car de nombreux CLSC mettent depuis longtemps l'accent sur la participation de la communauté et les pratiques professionnelles liées à la communauté ; plusieurs ont pu conserver cette tradition dans les services qu'ils offrent depuis 1987, malgré le rapport Brunet. En revanche, de façon générale et compte tenu du contexte, on sait que les CLSC se sont beaucoup moins exprimés sur la promotion de la santé que les DSC. Certains CLSC ont même été jusqu'à affirmer qu'elle ne faisait pas partie de leur mandat.

Il est donc évident que la promotion de la santé n'a pas été très populaire dans les deux réseaux les plus susceptibles d'adopter ce concept, ceux des ex-DSC et des CLSC. Nous tenons finalement à souligner que l'étude en profondeur des activités québécoises de santé publique depuis les années 1970, en particulier dans la mouvance de la réforme Côté-Rochon depuis le milieu des années 1980, reste encore à faire et qu'elle n'était pas le but du présent article ; une telle étude permettrait sans doute d'enrichir l'argumentation présentée dans les paragraphes précédents mais nous serions très surpris qu'elle l'affaiblisse ou la réfute d'une quelconque manière.

La promotion de la santé dans les organismes communautaires et dans la population générale

Les organismes communautaires dans le secteur de la santé et du bien-être ont toujours joué un rôle de premier plan au Québec, surtout depuis le milieu des années 1970 lorsque, dans le sillage du mouvement féministe, ils ont commencé à fournir des services que le nouveau système de santé ne pouvait ou ne voulait offrir (DUMAIS et LÉVESQUE, 1986 ; FORTIN, 1994 ; O'NEILL, 1989).

Afin d'illustrer le rôle qu'ont joué les organismes communautaires en promotion de la santé, prenons l'exemple du « Renforcement de la santé communautaire », un projet fédéral de grande envergure dirigé par l'Association canadienne de santé publique. Depuis son lancement en 1988, cette initiative, rebaptisée au Québec « Renforcement de la communauté », a permis la création de liens suivis entre des grands organismes de financement et des fédérations québécoises d'organismes communautaires (O'NEILL, 1989). Ce projet et d'autres programmes fédéraux ont distribué environ 800 000 \$ par année à des organismes communautaires et ont survécu à l'abolition du projet pan-canadien « Renforcement de la communauté » en 1991.

Toutefois, des contacts réguliers avec ceux qui ont pris part à ces actions nous ont permis de constater que très peu de gens au sein de ces organismes évoquent spontanément le concept de promotion de la santé ou se réfèrent à des documents clés en ce domaine pour structurer leurs activités. Cependant, à l'examen de leur travail et de l'idéologie qui les anime, on se rend compte que beaucoup de ces organismes – sinon la majorité d'entre eux – font de la promotion de la santé, mais sans en parler dans ces termes.

Quant à l'ensemble de la population québécoise, même si, à notre connaissance, aucune recherche systématique n'a été effectuée sur la question, rien n'indique que le concept ou le discours de la promotion de la santé aient été suffisamment propagés pour être bien connus, ou même intégrés au quotidien.

Recherche et formation en promotion de la santé

Un coup d'œil aux programmes des trois principaux organismes provinciaux d'évaluation par des pairs qui financent la recherche en santé au Québec – le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ), le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) et le Fonds pour la formation des chercheurs et l'avancement de la recherche (FCAR) – nous fait constater qu'aucun d'entre eux n'a établi de catégorie de financement propre à la « promotion de la santé » durant la période qui s'étend de 1986 à 1993. Indirectement, ces organismes peuvent avoir financé des projets ou même fourni des fonds d'infrastructure à des équipes de chercheurs dont le travail équivaut à promouvoir la santé ; cependant, aucun fonds n'est réservé comme tel à ce domaine. La situation est la même pour les fonds qu'attribue chaque année le ministère de la Santé et des Services sociaux à la recherche en santé communautaire ; certaines de ces sommes sont en réalité affectées à des projets pouvant être assimilés à la promotion de la santé, mais aucun fonds n'y est consacré explicitement.

Donc, au Québec, la situation est très différente de celle d'autres provinces, par exemple la Colombie-Britannique, où des sommes considérables sont allées à la recherche en promotion de la santé par l'intermédiaire du Provincial Health Services Research Fund (ALTMAN et MARTIN, 1994). Quant au Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS) du gouvernement fédéral, il a fait de la promotion de la santé un de ses champs de recherche prioritaires. Un concours spécial a été organisé en 1990, et une coentreprise récente avec le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH) finance, de 1993 à 1998, six centres de recherche sur la promotion de la santé (ROOTMAN et O'NEILL, 1994).

En ce qui a trait à la formation en promotion de la santé (O'NEILL, 1992), vu qu'il n'existe pas de spécialiste ou d'éducateur sanitaire au Québec (contrairement à l'Ontario ou aux États-Unis), il ne s'en fait pratiquement pas. Aucune formation n'est dispensée au premier cycle, à l'exception de quelques cours dans des

programmes d'études destinés à certains types de professionnels de la santé (en particulier aux infirmières). Au deuxième cycle, l'Université de Montréal et l'Université Laval offrent une spécialisation dans le cadre de leurs programmes de maîtrise en santé communautaire. Par ailleurs, quelques étudiants ont fait des doctorats en promotion de la santé grâce au programme de Ph.D. en santé communautaire de l'Université de Montréal ou dans des Facultés de sciences de l'éducation à Montréal, à Sherbrooke ou à Québec. Enfin, de la formation en cours d'emploi n'est donnée que de façon sporadique, même si le ministère de la Santé et des Services sociaux a produit une série de documents à cette fin (MSSS, s.d., 1990a) et qu'il réserve annuellement des budgets importants pour la formation. Dans le contexte de la formation, la promotion de la santé n'est donc pas reconnue comme un domaine spécifique puisqu'on la considère habituellement comme un vague sous-domaine de la santé communautaire ou des sciences de l'éducation. En revanche, dans d'autres provinces, il existe des programmes précis en promotion de la santé au niveau des études de premier cycle (p. ex., Dalhousie University, University of Waterloo) et même de deuxième et troisième cycles (Université de Toronto).

3. Quelques explications possibles aux ambiguïtés québécoises en promotion de la santé

Les Québécois, sur les plans culturel et politique, sont toujours très méfiants envers toute tentative du gouvernement fédéral de suggérer des orientations dans des domaines qui relèvent constitutionnellement de la compétence des provinces, comme ce fut le cas en promotion de la santé. Au-delà de cette méfiance, d'autres facteurs expliquant la tiédeur avec laquelle le Québec a accueilli depuis 1986 l'approche fédérale nous semblent cependant exister alors qu'au même moment cette approche a eu des effets considérables non seulement dans le reste du Canada mais aussi sur la scène internationale (PEDERSON *et al.*, 1994).

Inutilité d'un nouveau discours

Le peu d'enthousiasme peut d'abord s'expliquer par le fait que le « nouveau » discours proposé en 1986 par le gouvernement fédéral pour modifier la façon dont le système de santé et de bien-être devait se réorganiser et dont les interventions professionnelles devaient s'exercer correspondait à une situation vécue au Québec depuis 15 ans. Comme nous l'avons déjà mentionné, la réforme du système provincial de santé et de bien-être du début des années 1970 était déjà fondée sur la même idéologie que celle que proposait le gouvernement fédéral dans sa « nouvelle » vision de la promotion de la santé. De plus, la réorganisation des années 1970 du système québécois, avec ses réseaux de CLSC et de DSC couvrant toute la province, correspondait exactement à ce que le gouvernement fédéral préconisait 15 ans plus tard dans certains documents, ignorant, semble-t-il, que de

tels réseaux étaient déjà en place depuis plus d'une décennie au Québec. En 1986, le Québec n'avait tout simplement pas besoin d'un nouveau discours sur la promotion de la santé.

Réticence des médecins de santé publique à l'égard d'une vision plus « politique » de leur profession

Le « nouveau » discours des années qui ont suivi la Charte d'Ottawa met davantage l'accent sur les dimensions politiques et environnementales que sur les dimensions plus individuelles qui avaient caractérisé l'éducation sanitaire jusqu'alors. L'importance accordée à la dimension politique a selon nous contribué à la réticence du Québec à adopter la nouvelle vision de la promotion de la santé.

En fait, en ce qui concerne le type de professionnels de la santé communautaire recrutés par les organisations de santé publique, la balance a de plus en plus penché du côté des médecins, depuis la réforme de 1973. Par exemple, en 1981, les médecins représentaient 3,4 p. 100 du personnel des DSC (O'NEILL, 1983) ; par comparaison, en 1992, leur proportion était de 29,2 p. 100 (AHQ, 1992). Cette situation s'explique principalement par des considérations financières. En effet, lorsqu'on a créé une spécialité en santé communautaire en 1980, d'importants fonds ont été réservés pour embaucher des médecins spécialisés dans ce domaine et qui devaient être rémunérés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec. À partir de 1980, les DSC ont pu recruter presque autant de médecins qu'ils le voulaient, qu'ils soient omnipraticiens ou spécialistes, sans que cela n'ampute directement leurs budgets, alors que pour recruter n'importe quel autre type d'employé, ils devaient soumettre une demande spéciale au ministère, à une période de fortes compressions budgétaires. Il n'est donc pas surprenant que, dans les zones urbaines surtout, les médecins soient devenus le plus grand groupe de professionnels de la santé dans les DSC du Québec. En outre, les médecins ont pu, plus ou moins consciemment, monopoliser les postes de prestige en santé communautaire au sein des organismes de services, du ministère et des universités ; ils ont donc été largement en position pour déterminer quelles étaient les pratiques légitimes en matière de santé communautaire ou de promotion de la santé.

Ce phénomène de « médicalisation » de la santé communautaire a eu des conséquences variées, positives et négatives, qui mériteraient de faire l'objet d'une étude empirique approfondie. Nous croyons cependant que, pour au moins deux raisons, ce phénomène a eu un effet plutôt négatif dans l'adoption d'une vision plus environnementale de la promotion de la santé qui caractérisait le discours à son propos à partir de 1986. Premièrement, étant donné les obstacles économiques au recrutement de personnel non médical dans les DSC, peu de professionnels de la santé publique, qui auraient vraisemblablement été plus attirés par une vision environnementale de la promotion de la santé (ceux, par exemple, qui avaient reçu une formation en sciences sociales), ont été embauchés. Même lorsque de tels

professionnels étaient effectivement recrutés, ils ne détenaient habituellement pas des postes d'influence. Deuxièmement, mis à part quelques cas marginaux, la façon dont les médecins québécois ont été formés et exercent leurs activités en santé communautaire reflète une approche classique de la santé publique, plutôt scientifique et technocratique. Cette approche repose davantage sur les disciplines de l'épidémiologie, des biostatistiques et de l'organisation des services médicaux que sur les sciences sociales, que l'on considère traditionnellement comme des sciences « moins rigoureuses ». Cela a eu notamment pour effet que de façon générale, les acteurs dominants en santé publique québécoise que sont les médecins ont peu utilisé, dans leurs enseignements et leurs pratiques, une approche politique axée sur la communauté, telle que préconisée par le nouveau discours de la promotion de la santé.

Ainsi, non seulement le Québec des années 1980 avait-il peu besoin d'un nouveau discours, mais en plus les personnes qui ont le plus influencé les façons de faire en santé communautaire étaient et sont encore peu enclines à proposer l'approche préconisée. Le fait qu'à la suite de la réforme Côté le concept de la santé communautaire, né de la réforme des années 1979, ait été remplacé par le concept plus traditionnel de la santé publique – principalement semble-t-il sous l'influence des médecins de santé communautaire – n'est qu'une autre manifestation de ce phénomène.

Aucune profession en promotion de la santé

Comme nous l'avons déjà souligné, comparativement à l'Ontario, aux États-Unis et à plusieurs autres pays où il existe des « éducateurs sanitaires » ou des « spécialistes en promotion de la santé », il n'y a aucun groupe professionnel équivalent au Québec qui aurait pu devenir le défenseur inconditionnel de ce concept lorsqu'il a été popularisé en 1986. Nous ne voulons pas dire par là que la professionnalisation de la promotion de la santé soit nécessairement souhaitable ; c'est une question délicate qui mérite une analyse plus poussée. En revanche, ce dont nous sommes certains, c'est que l'intérêt modéré dont a fait montre le Québec peut probablement aussi tenir au fait qu'aucun groupe professionnel n'a vigoureusement défendu le concept, même si quelques professionnels de la santé publique, en particulier dans les DSC, étaient enthousiastes à cette idée.

Un climat politique néo-conservateur

Un autre phénomène peut expliquer partiellement la réticence du Québec : comme partout ailleurs dans le monde occidental, la province a emprunté la voie du néo-conservatisme depuis le début des années 1980. Cette nouvelle orientation a été moins marquée que dans d'autres provinces ou dans des pays comme la Grande-Bretagne ou les États-Unis. Toutefois, et cela ressort particulièrement depuis que le gouvernement libéral de Robert Bourassa s'est fait élire à partir d'un programme politique néo-conservateur en 1985, l'économie politique québécoise a surtout été

marquée par le démantèlement de l'État-providence, la volonté de réduction du déficit gouvernemental, la diminution de l'intervention gouvernementale et la privatisation de certains secteurs de la fonction publique. Même le gouvernement péquiste élu en 1994 n'a pu échapper à cette vague malgré ses racines sociales-démocrates indéniables.

Dans un tel climat, du point de vue des dirigeants des organismes de santé communautaire que finançait l'État, mieux valait sans doute éviter de faire ressortir la dimension politique et l'orientation communautaire de leur organisation de crainte de représailles gouvernementales. La promotion de la santé arrivait donc à un moment où les organismes publics préféraient ne pas faire de vagues et survivre, plutôt que d'attirer l'attention sur eux avec le nouveau discours en la matière, et risquer de disparaître.

Faible visibilité sur le plan politique

Nous croyons qu'une autre raison pour laquelle la promotion de la santé n'a jamais été en vogue chez les décideurs provinciaux tient au fait qu'elle n'était pas « payante » sur le plan politique. La population se préoccupe beaucoup de l'accessibilité aux services curatifs qui, compte tenu de la situation financière actuelle des gouvernements, est constamment menacée par des mesures d'austérité. Même si des déterminants de la santé comme les emplois et le revenu sont très importants pour les gens, ils ne sont généralement pas associés directement au domaine de la santé. Les décideurs politiques sont donc dans l'impossibilité d'aller au-delà du discours et de transférer les ressources du secteur des services curatifs au secteur de la promotion de la santé. Une telle initiative pourrait mettre en danger leur survie politique. En effet, comme l'a illustré le virage ambulatoire que le ministre Rochon a mis en œuvre depuis 1994, le lobby des médecins est très efficace pour se rallier l'opinion publique et jouer les cartes de la liste d'attente pour telle ou telle intervention spécialisée ou de la qualité des services, afin de faire valoir l'importance du curatif au détriment du préventif ou de la promotion de la santé.

Manque d'engagement à long terme à l'égard de la promotion de la santé

La plupart des programmes innovateurs en promotion de la santé n'ont qu'une existence éphémère. Ils sont habituellement financés en tant que projet de démonstration, ils font l'objet d'attentes irréalistes et leur survie dépend de la disponibilité de fonds à long terme qui ne sont qu'exceptionnellement disponibles. En comparaison, la pression à fournir à très court terme des preuves en vue d'un financement à long terme est loin d'être aussi grande pour bon nombre d'interventions et de technologies médicales. Les professionnels de la promotion de la santé sont peu puissants par rapport aux professionnels du domaine biomédical, et cela contribue sans doute aussi à expliquer la faible popularité de ce champ.

Confusion conceptuelle chronique

La dernière raison – mais non la moindre – de l'impopularité du discours promotionnel réside dans ce que nous appelons le « triple C » de la Confusion Conceptuelle Chronique. Malgré de nombreux efforts déployés dans les universités, au ministère de la Santé et des Services sociaux et dans le réseau des DSC, personne n'a jamais réussi à éclaircir suffisamment le concept : les efforts de clarification ont beaucoup porté sur les distinctions à faire entre prévention, promotion et protection, débat qui est à notre avis stérile et sans issue mais qui est rendu inévitable par le fait que les organisations sont structurées à partir de ces trois concepts, même si on ne les a jamais clairement définis. Par conséquent, les décideurs ne se sont pas laissés convaincre de la particularité de la promotion de la santé en tant que champ spécifique et légitime d'intervention professionnelle. Cette imprécision du concept n'est pas exclusive au Québec, mais elle a certainement contribué pour une large part au peu d'intérêt manifesté à l'égard de la promotion et aux difficultés qui ont fait obstacle à sa mise en œuvre.

4. Conséquences du manque d'intérêt

On peut donc constater que, sauf chez un très petit groupe de fonctionnaires, d'universitaires et de professionnels de la santé communautaire, le discours de la promotion, tel qu'il a été diffusé à l'échelle canadienne et à l'échelle internationale depuis 1986, n'a pas gagné la ferveur des Québécois jusqu'à présent. En revanche – et c'est ici que se situe la principale ambiguïté – bon nombre d'idées et d'activités suggérées par ce discours sont au cœur même du système de santé québécois officiel et du réseau des organismes communautaires, depuis la réforme du début des années 1970.

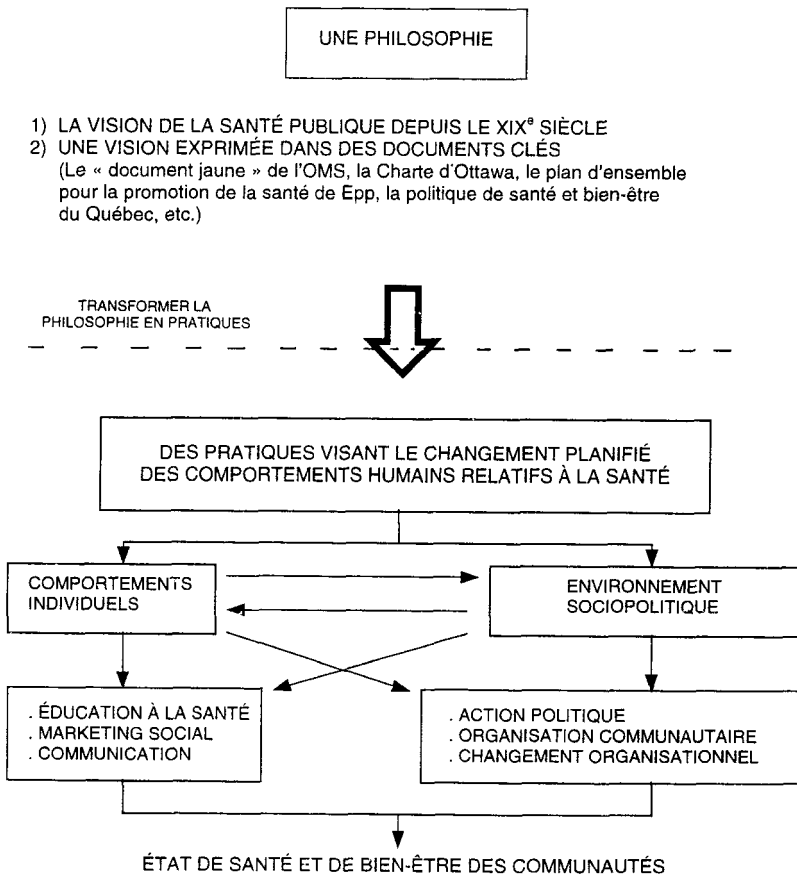
Alors, est-il vraiment nécessaire de s'approprier les discours et les mouvements internationaux ou canadiens, si les pratiques et les concepts suggérés ont déjà cours, même s'ils portent d'autres noms ? Se faire les champions du discours de la promotion de la santé ne constituerait-il, pour certains professionnels marginaux, qu'un moyen d'accéder à la légitimité, aux emplois ou au pouvoir aux dépens de professionnels en position dominante comme certains l'ont prétendu au sujet de la montée de la réforme Castonguay-Nepveu (LESEMANN, 1981 ; RENAUD, 1981) ou de la santé communautaire des années 1970 au Québec (O'NEILL, 1982) ? Peut-être. Nous croyons néanmoins essentiel de ne pas perdre de vue la promotion de la santé dans le cadre de la réforme actuelle du système de santé. Sans quoi, certains enjeux potentiellement riches de retombées pour la santé des citoyens risquent d'être mis de côté. Pour aller plus loin dans ce raisonnement, nous proposons cependant une tentative d'éclaircissement du concept.

Comme on peut le voir à la figure 1, nous pensons qu'une bonne partie de la confusion conceptuelle entourant la promotion de la santé réside dans le fait que

l'expression a été utilisée pour désigner à la fois une idéologie ou une philosophie et une série d'interventions visant à mettre en pratique cette idéologie. Quelques auteurs ont souligné cette distinction entre la dimension idéologique et la dimension pratique (p. ex., GREEN et KREUTER, 1991 ; MSSS, s.d.) ; cependant, à notre avis, ils ne se sont pas rendu compte qu'une appellation commune pour deux types de dimensions pouvait être une source d'ambiguïté, comme celle constatée au Québec.

FIGURE 1

LA PROMOTION DE LA SANTÉ : UNE PHILOSOPHIE ET DES PRATIQUES

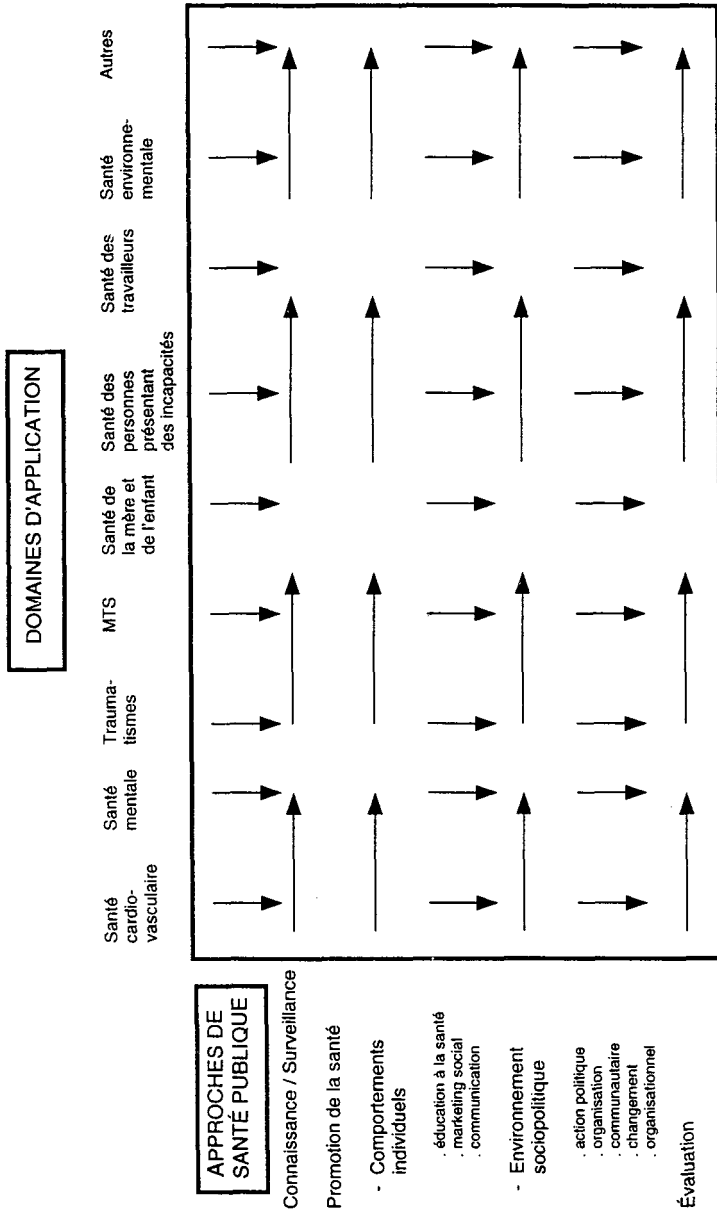


À vrai dire, nous ne pensons pas que soit originale l'idéologie de la promotion de la santé, telle qu'elle est formulée dans le « document jaune » de l'OMS (WHO, 1984), la Charte d'Ottawa (Charte, 1986), le Plan d'ensemble de Jake EPP (1986), la Politique récente de la santé et du bien-être du Québec (MSSS, 1992a) ou dans d'autres publications du même ordre. Comme l'ont soutenu à juste titre STATCHENKO et JENICEK (1990), par exemple, il s'agit simplement d'une reformulation moderne d'une ancienne approche des questions de santé dans l'optique de la santé publique, approche qui est née au XIX^e siècle et qui a pris, depuis, diverses formes et appellations telles que la « santé communautaire » (CONILL et O'NEILL, 1984).

L'idéologie de la santé publique consiste en une vision de la santé, de ses déterminants ainsi que de la pluralité des facteurs qui la favorisent ou la menacent ; elle repose de plus sur un ensemble de valeurs : l'équité, la démocratie, la responsabilisation gouvernementale et la justice sociale. Selon nous, l'emploi de l'expression « promotion de la santé » pour désigner cette idéologie bien précise porte à confusion. Nous avons déjà soutenu ailleurs (O'NEILL *et al.*, 1990) qu'au Québec, du moins, cet emploi a suscité une réaction chez les professionnels de la santé publique, aussi bien les chefs de file que les autres : ils ont eu tendance à rejeter la promotion de la santé, qu'ils considéraient tout simplement comme une entreprise de changement de nom pour des concepts qui existaient déjà depuis longtemps. Ce faisant, nombre de gens ont également rejeté ce qui, croyons-nous, constitue l'essentiel de la promotion de la santé : l'ensemble précis de pratiques indiquées au bas de la figure 1, qui peuvent être mises en œuvre, entre autres (voir figure 2), pour favoriser la santé et le bien-être de la population. Nous soutenons donc que pour nommer de manière appropriée cette dimension idéologique ou philosophique, il convient de parler de « nouvelle santé publique » (ASHTON *et al.*, 1989) ; FRENK, 1993 ; MARTIN et MCQUEEN, 1989) ou de « santé publique écologique » (KICKBUSH, 1989), et qu'il faut cesser d'employer à son égard l'expression « promotion de la santé ».

Comme le montre la ligne pointillée qui divise la figure 1 en deux parties, la séparation des deux dimensions du concept de la promotion de la santé ne nie pas le fait qu'elles sont intimement liées. Toutefois, nous pensons (comme le laisse voir la figure 2) que la promotion de la santé désigne d'abord et avant tout un ensemble de compétences particulières en matière d'intervention qui, comme la surveillance épidémiologique ou l'évaluation, peuvent être appliquées à n'importe quel domaine d'intervention en santé, que ces domaines soient définis en fonction de problèmes de santé, de milieux ou de populations cibles. Comme l'indique la partie inférieure de la figure 1, nous soutenons donc que ce qui constitue la spécificité des interventions en promotion de la santé, ce sont les pratiques requises pour favoriser le changement planifié de comportements liés à la santé, qu'il s'agisse de comportements individuels ou de la dimension environnementale et collective de

FIGURE 2
DOMAINES D'APPLICATION DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ
ET DE CERTAINES AUTRES APPROCHES DE SANTÉ PUBLIQUE



Adapté de : Cardinal et Lavoie, 1991

ces comportements, les deux aspects étant évidemment reliés. Cette vision de la promotion de la santé, GREEN et KREUTER (1991), entre autres auteurs, la partagent dans leur fameux livre *Health Promotion Planning*.

Il existe plusieurs pratiques permettant d'intervenir sur le comportement humain, la plupart d'entre elles ayant été mises au point dans les domaines des sciences sociales, des sciences du comportement et des sciences de l'éducation. Dans nombre d'écrits portant sur la promotion de la santé (p. ex. MARTIN, 1988 ; MSSS, 1990a ; MATHIAS, 1994), ces pratiques ou stratégies d'intervention sont classées selon les six catégories indiquées à la figure 1. Les trois premières, l'éducation sanitaire, le marketing social et la communication persuasive, visent surtout à modifier les comportements individuels alors que les trois autres, l'action politique, l'organisation communautaire et le changement organisationnel, sont habituellement dirigés vers l'environnement social et économique et vers les aspects plus collectifs du comportement humain.

Nous craignons que, si la promotion de la santé dans son ensemble est rejetée en raison du fait que l'idéologie sur laquelle elle se fonde ressemble trop à l'ancienne philosophie de la santé publique, l'utilisation des compétences mentionnées au bas de la figure 1 ne devienne jamais partie intégrante des activités quotidiennes des professionnels de la santé publique et des autres professionnels, ce qui aura pour effet de réduire considérablement les chances de mise en œuvre de la « nouvelle santé publique » et, par ricochet, d'amélioration de la santé de la population québécoise. Selon nous, c'est là la principale conséquence du peu d'intérêt pour la vision récente de la promotion de la santé au Québec et de l'ambiguïté manifestée ici à son égard en refusant son discours mais en adoptant ses pratiques. Notre crainte est en partie confirmée par la façon dont on a commencé à conceptualiser et à organiser l'expertise en promotion de la santé depuis la réforme Côté (CARDINAL et LAVOIE, 1991 ; DÉRY, 1993), comme nous l'avons déjà évoqué. Par exemple, dans le cadre de référence pour le programme de santé publique publié par le Ministère (MSSS, 1992b), l'action politique n'a pas été incluse dans la série d'interventions légitimes en promotion de la santé, ce qui va tout à fait dans le sens de notre analyse.

*

* *

La promotion de la santé a-t-elle jamais été populaire au Québec ? D'après nous, on peut répondre à la fois par l'affirmative et par la négative, ce qui reflète bien l'ambiguïté qui caractérise ce domaine.

Oui, d'une part, parce que la plupart des principes à la base de l'idéologie de la promotion de la santé et plusieurs des activités qu'elle préconise sont mis en œuvre au Québec depuis la réforme Castonguay-Nepveu du début des années 1970.

Oui, aussi, le Québec possédant une riche tradition en éducation sanitaire qu'on a souvent eu tendance à oublier. Oui, finalement, car il est surprenant de constater que, malgré une économie politique globale qui se caractérise par une crise financière tant au palier fédéral qu'au palier provincial, et malgré la popularité du néo-conservatisme depuis le début des années 1980, la réforme Côté-Rochon repose sur une idéologie social-démocrate semblable en bien des points à celle de la réforme Castonguay-Nepveu d'il y a 20 ans (BERGERON, 1990) et tout à fait similaire à celle sur laquelle se base le « nouveau » discours de la promotion de la santé au milieu des années 1980.

D'autre part, non, la promotion de la santé n'a jamais été très populaire au Québec parce que nous avons démontré que son discours, particulièrement bien accueilli à partir du milieu des années 1980, a connu beaucoup moins d'adeptes ici que dans la majorité des autres provinces, sur la scène fédérale et dans de nombreux autres pays.

Toutefois, l'histoire des deux dernières décennies (de 1970 à 1990) nous permet de tirer une leçon, tant pour le Québec que pour d'autres pays dans le monde. L'évolution des conditions macro-économiques internationales qui fait que les principaux progrès ne sont plus réalisés en Amérique du Nord et en Europe, mais dans les pays du cercle pacifique, peut modifier ou annuler les engagements de type social-démocrate de certains gouvernements, que ce soit dans le domaine de la santé ou ailleurs. Les mesures de droite du gouvernement néo-démocrate de Bob Rae en Ontario, en 1993, ou celles des socialistes, en France, avant qu'ils ne soient remplacés à la même époque, sont des exemples récents des plus éloquents. Il n'est donc pas assuré, pour le moment, que les pratiques et les politiques du type de promotion de la santé décrits au début de cet article et que préconise le gouvernement du Québec dans les documents portant sur la réforme Côté, pourront être mises en œuvre. Compte tenu du contexte économique et politique général, la réduction des déficits des gouvernements centraux dans une économie chancelante et la résolution de la crise constitutionnelle risquent de monopoliser toutes les énergies. De plus, au fur et à mesure que la réforme québécoise des services de santé publique est mise en application, on constate qu'il est loin d'être évident que les compétences professionnelles propres à la promotion de la santé, telles que nous avons tenté de les décrire ici, seront assez bien définies et suffisamment défendues pour pouvoir contribuer à l'amélioration du bien-être de la population.

Une autre observation intéressante : même si sur le plan international et dans plusieurs pays (notamment pour la reconstruction des systèmes de santé des pays de l'ex-URSS) la promotion de la santé continue à être une priorité (l'OMS a convoqué la quatrième conférence internationale en promotion de la santé en juillet 1997 à Djakarta), ce n'est plus le cas au Canada. En effet, après l'apogée de 1986, l'enthousiasme du gouvernement fédéral a commencé à décliner (O'NEILL *et al.*,

1994) au point qu'un nouveau concept à la mode, celui de « santé des populations » (EVANS *et al.*, 1994), est venu le remplacer dans la faveur des politiciens et technocrates à Ottawa et dans plusieurs provinces. Popularisée par l'Institut canadien de recherches avancées (ICRA), un consortium non gouvernemental regroupant l'élite des penseurs universitaires de tout le Canada, la « santé des populations » n'est que la dernière en liste des reformulations de l'idéologie de santé publique. À ce titre, même si les partisans de la promotion de la santé ont vu leur concept favori remplacé et même si le contenu sous des mots apparemment similaires peut à l'occasion se révéler substantiellement différent, nous concluons qu'au bout du compte, promotion de la santé et santé de la population sont beaucoup plus similaires que différents. En conséquence, les promoteurs des deux visions ont probablement davantage à gagner à s'allier qu'à combattre mais, chose certaine, l'arrivée d'un nouveau concept risque de continuer à perpétuer les ambiguïtés plutôt qu'à les lever.

Finalement, comme nous l'a aussi enseigné l'histoire, le Québec a souvent dû innover, en partie en raison de sa situation particulière au sein du Canada. Par exemple, fidèle à sa tradition d'important catalyseur sur les questions de santé publique du Québec l'ASPQ a pu susciter suffisamment d'énergie et de bonne volonté pour démarrer, en 1991, un processus de création d'un consensus provincial sur la promotion de la santé. Jusqu'à présent, ce consensus a permis de tenir un séminaire d'experts, en avril 1992, et une vaste conférence provinciale, en août 1992, qui ont abouti à la rédaction d'une Déclaration québécoise pour la promotion de la santé (ASPQ, 1993) rendue publique au cours de l'automne 1993. En outre, en collaboration avec l'ASPQ, les chefs de file dans le domaine de la santé mentale ont produit une proposition de politique sur la prévention et la promotion en santé mentale (BLANCHET *et al.*, 1993).

Qui plus est, en juin 1996, une conférence pancanadienne se tenait à Montréal afin justement de confronter les perspectives de la promotion de la santé et de la santé des populations. Peut-être que ces initiatives, ainsi que les conditions politico-économiques plutôt sinistres que connaît le Québec au tournant du millénaire, forceront les gouvernements et les professionnels à mettre en œuvre, sous quelque nom que ce soit, l'idéologie et les pratiques de la promotion de la santé plus vite qu'on ne l'aurait imaginé, non pas par choix mais pour une simple question de survie.

Michel O'NEILL

*Faculté des sciences infirmières,
Université Laval.*

Lise CARDINAL

*Centre de santé publique,
Québec.*

BIBLIOGRAPHIE

Association des hôpitaux du Québec (AHQ)

- 1988 *Promotion de la santé et prévention des problèmes de santé dans les DSC : optimiser les actions*, Montréal, Comité Promotion des DSC, Association des hôpitaux du Québec.
- 1992 *Qui fait quoi dans les DSC ?*, Montréal, Association des hôpitaux du Québec, Comité de coordination de la santé communautaire.

ASHTON, John *et al.*

- 1989 *The New Public Health*, Buckingham, Open University Press.

Association pour la santé publique du Québec (ASPQ)

- 1993 *Déclaration québécoise pour la promotion de la santé*, Montréal, Association pour la santé publique du Québec.

BERGERON, Pierre

- 1990 « La commission Rochon reproduit les solutions de Castonguay-Nepveu », *Recherches sociographiques*, 31, 3 : 359-381.

BLANCHET, Luc *et al.*

- 1993 *La prévention et la promotion en santé mentale : préparer l'avenir*, Boucherville, Gaëtan Morin.

BRUNET, Jacques *et al.*

- 1987 *Rapport du Comité de réflexion et d'analyse des services dispensés par les CLSC*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

CARDINAL, Lise et Michel LAVOIE

- 1991 *Organisation régionale de la santé publique : la place de la promotion de la santé*, Québec, Département de la santé communautaire de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.

CARDINAL, Lise et Michel O'NEILL

- 1992 « Building information partnerships with communities : The necessity of strategic choices », dans : L. R. SCOTT (dir.), *Building Partnerships in Community Health Through Applied Technology*, Victoria, British Columbia : University of Victoria, 245-248.

Charte

- 1986 *La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, OMS, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique.

Conseil des affaires sociales et de la famille (CASF)

- 1984 *Objectif : santé ; rapport du Comité d'étude sur la promotion de la santé*, Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille, Éditeur officiel du Québec.
- 1989 *Deux Québec dans un*, Boucherville, Gaëtan Morin et Conseil des affaires sociales.

Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux (CESSS)

- 1988 *Rapport de la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, Les Publications du Québec.

CONILL, Eleonor et Michel O'NEILL

- 1984 « La notion de santé communautaire : éléments de comparaison internationale », *Canadian Journal of Public Health*, 75 : 166-175.

DÉRY, Donald

- 1993 *L'adoption d'un modèle organisationnel de l'expertise régionale en promotion de la santé*, Québec, Université Laval. (Essai de maîtrise en santé communautaire.)

DESROSIERS, Georges

- 1976 « Les Départements de santé communautaire : une expérience québécoise », *Canadian Journal of Public Health*, 67 : 109-113.

DESROSIERS, Georges et Benoît GAUMER

- 1987 *Des réalisations de la santé publique aux perspectives de la santé communautaire*, Québec, Les Publications du Québec, synthèse critique n° 16 de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

DUMAIS, Alfred et Johanne LÉVESQUE

- 1986 *L'auto-santé des individus et des groupes au Québec*, Québec, Institut québécois de recherche sur la culture (IQR).

DUPLESSIS, Pierre

- 1981 « Réflexions sur les Départements de santé communautaire dix ans après la réforme », *Administration hospitalière et sociale*, 6, 30-35.

DUVAL, Lise et Ginette PAQUET

- 1991 *Réduire l'inégalité sociale devant la durée de la vie, la maladie et les problèmes sociaux entre les Québécois bien nantis et les plus démunis*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux.

EPP, Jake

- 1986 *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada.

EVANS, Robert *et al.* (dirs)

- 1994 *Why are Some People Healthy and Others Not ?*, New York, Aldine de Gruyter.

FERLAND, Marc

- 1991 *Les répercussions des conditions de vie et de l'environnement social sur la santé et le bien-être*, Québec, Université Laval. (Essai de maîtrise en santé communautaire.)

FORTIN, Andrée

- 1994 « Les organismes et groupes communautaires », dans : Vincent LEMIEUX, Pierre BERGERON, Clermont BÉGIN et Gérard BÉLANGER (dirs), *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, Sainte-Foy, Presses de l'Université Laval, 163-186.

FORTIN, Jean-Paul *et al.*

- 1991 *Les conditions de réussite du mouvement québécois de villes et villages en santé*, Québec, Université Laval, Centre de recherche du CHUL.
- 1992 « Villes et villages en santé, les conditions de réussite », *Promotion de la santé*, 31, 2 : 6-10.

FRENK, Julius

- 1993 « The new public health », *Annual Review of Public Health*, 14 : 469-490.

GAUCHER, Dominique

- 1979 « La formation des hygiénistes à l'Université de Montréal 1910-1975 », *Recherches sociographiques*, XX : 1 : 59-87.

GILBERT, Jules

- 1954 « The integration of research, service and teaching in public health work », *Canadian Journal of Public Health*, 45 : 323-328.
- 1959a *L'éducation sanitaire, théorie et pratique*, Paris, Masson.
- 1959b « Vision et cauchemar d'un hygiéniste », *Canadian Journal of Public Health*, 50 : 360-367.
- 1963 *L'éducation sanitaire*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
- 1967 « Grandeur and decadence of health education », *Canadian Journal of Public Health*, 58 : 355-358.

GIROULT, Eric

- 1990 *Rapport sommaire, 2^e Congrès interrégional Villes santé en langue française*, Copenhague, OMS Europe.

GODIN, Gaston

- 1990 *Habitudes de vie et comportements*, Québec, Université Laval. (Document préparé pour la Politique de santé et bien-être.)

Gouvernement du Québec

- 1991 *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, Québec, Éditeur officiel du Québec. (Projet de loi 120, Ch. 42, législation 1991.)

GREEN, Lawrence W. et Marshall W. KREUTER

- 1991 *Health Promotion Planning, an Educational and Environmental Approach* (2nd ed.), Mountain View, CA, Mayfield Publishing Company.

KICKBUSH, Iona

- 1989 *Good Planets are Hard to Find*, Copenhague, FADL Publishers. (Série des « Who Healthy Cities papers », 5.)

LACOMBE, Réal et Louis POIRIER

- 1991 « Villes et villages en santé », *Santé et société*, 13, 3-4 : 1-48.

LAVOIE, Michel et Lise CARDINAL

- 1991 *Contribution de la promotion de la santé à la santé publique*, Québec, Département de santé communautaire de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus.

Levasseur, Marc

- 1983 *Des problèmes prioritaires*, Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille. (La Santé des québécois, Gouvernement du Québec.)

LESEMANN, Frédéric

- 1981 *Du pain et des services*, Montréal, St-Martin.

MARTIN, Catherine

- 1988 « La vraie nature de la promotion de la santé », *Santé et société*, 10, 1 : 12-16.
- 1991 *Politique de la santé et du bien-être. Stratégie : prévention et promotion de la santé*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

MARTIN, Claudia et David MCQUEEN (dirs)

- 1989 *Readings for a New Public Health*, Edinburgh, Edinburgh University Press.

MATHIAS, Sharon

- 1994 *Health Promotion in the Yukon Territory*, dans : Ann PEDERSON et al. (dirs), *Health Promotion in Canada*, Toronto, W.B. Saunders, 206-226.

MSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec)

- (s.d.) « La promotion de la santé : une perspective, une pratique », *Santé et société*. (Promotion de la santé, 1.)
- (s.d.) « La promotion de la santé : concepts et stratégies d'action », *Santé et société*. (Promotion de la santé, 2.)
- (s.d.) « La promotion de la santé : les actions en promotion de la santé ; concertation et action intersectorielle », *Santé et société*. (Promotion de la santé, 3.)
- (s.d.) « L'intervention éducative pour la promotion de la santé au travail », *Santé et société*. (Promotion de la santé, 4.)
- 1977 *Une politique de promotion de la santé de 1978 à 1981*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- 1987a *La promotion de la santé au Québec : une stratégie de concertation pour la santé*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- 1987b *Le choix de la santé : plan d'action en promotion de la santé 1988-1991*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- 1988 *Rapport du Groupe de travail sur l'analyse de l'action des DSC*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- 1989 *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec : orientations*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec.
- 1990a « La promotion de la santé mentale », *Santé et société*. (Promotion de la santé, 5.)

- 1990b *Une réforme axée sur le citoyen*, Québec, Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec.
- 1991 *Un financement équitable à la mesure de nos moyens*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- 1992a *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- 1992b *Cadre de référence pour l'élaboration du programme de santé publique et pour l'organisation du réseau de santé publique*, Québec, Direction de la santé publique.
- 1997 *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

O'NEILL, Michel

- 1977 *Vers une problématique de l'éducation sanitaire au Québec*, Sainte-Foy, Université Laval. (Thèse de maîtrise, Département de sociologie.)
- 1982 « L'intervention sociologique en milieu public et parapublic : application d'une problématique alternative au cas de la santé communautaire québécoise », ACSALF, *L'intervention sociale*, Montréal, Éditions coopératives Albert St-Martin, 68-88.
- 1983 « Les départements de santé communautaire », *Recherches sociographiques*, XXIV, 2 : 171-201.
- 1989 « Community health projects in Quebec : Can they participate significantly to promote the health of the population in the years to come ? », *Health Promotion, An International Journal*, 4 : 189-198.
- 1992 « Former en promotion de la santé au Québec », dans : ENSP (dir.), *Former en éducation pour la santé*, Rennes, France, École nationale de santé publique (ENSP) et Comité français d'éducation pour la santé (CFES), 93-103.

O'NEILL, Michel et Lise CARDINAL (dirs)

- 1992 *Des indicateurs pour évaluer les projets québécois de villes et villages en santé : la nécessité de faire des choix*, Québec, Université Laval.

O'NEILL, Michel et al.

- 1990 *L'insertion de la promotion de la santé dans la législation et la structure gouvernementale québécoise*, Québec, Université Laval, Équipe de recherche sur les aspects sociopolitiques et environnementaux de la promotion de la santé.

O'NEILL, Michel, Irving ROOTMAN et Ann PEDERSON

- 1994 « Beyond Lalonde : two decades of canadian health promotion », dans : A. PEDERSON et al. (dirs), *Health Promotion in Canada*, Toronto, W.B. Saunders, 374-387.

PEDERSON, Ann, Michel O'NEILL et Irving ROOTMAN (dirs)

- 1994 *Health Promotion in Canada*, Toronto, W.B. Saunders.

PERREAULT, Robert *et al.*

- 1992 « Promotion de la santé : un exercice de mise en application de la chartre d'Ottawa », *Canadian Journal of Public Health*, 83 : 34-57.

PINEAULT, Raynald *et al.*

- 1990 « Health promotion activities in Quebec hospitals : Comparaison of DSC and non-DSC hospitals », *Canadian Journal of Public Health*, 81 : 199-204.
- 1993 « The reform of the Quebec health care system : Potential for innovation ? », *Journal of Public Health Policy, Spring*, 198-219.

RENAUD, Marc

- 1981 « Les réformes québécoises de la santé ou les aventures d'un état " narcissique " », dans : Luciano BOZZINI *et al.* (dirs), *Médecine et société : les années 1980*, Montréal, St-Martin, 513-549.

ROOTMAN, Irving et Michel O'NEILL

- 1994 « Developing knowledge for health promotion », dans : Ann PEDERSON *et al.* (dirs), *Healthy Promotion in Canada*, Toronto, W.B. Saunders, 139-153.

ROY, Lise

- 1983 *Des victoires sur la mort*, Québec, Conseil des affaires sociales et de la famille, Gouvernement du Québec. (La santé des québécois.)

STATCHENKO, Sylvie et Milos JENICEK

- 1990 « Conceptual differences between prevention and health promotion : Research implications for community health programs », *Canadian Journal of Public Health*, 81 : 53-60.

TSOUROS, Agis (dir.)

- 1990 *World Health Organization Healthy Cities Project : A Project Becomes a Movement*, Copenhagen, FADL Publishers.

World Health Organization

- 1984 *Health Promotion, A Discussion Document on the Concept and Principles*, Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe.