

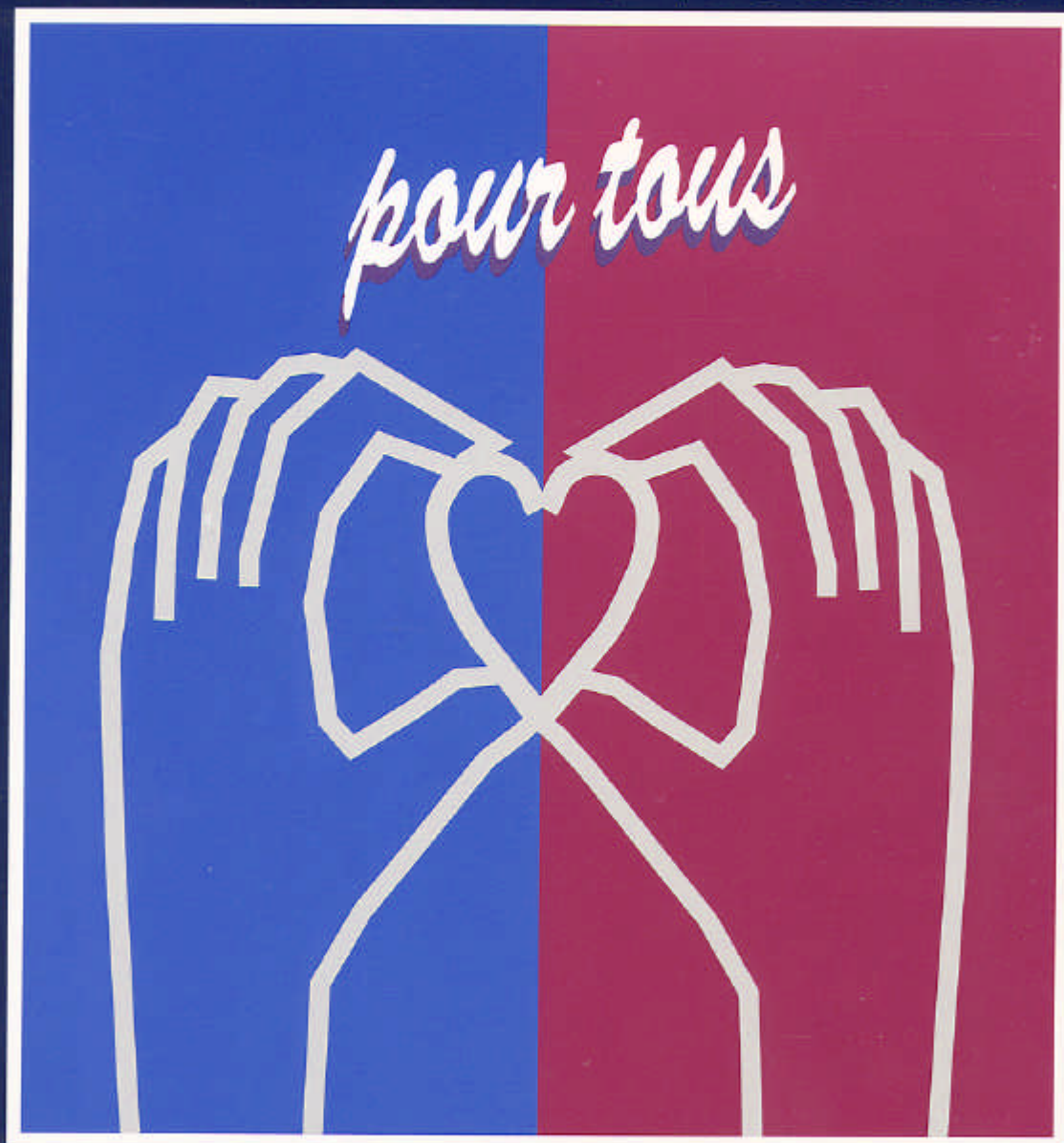


Santé et Bien-être social
Canada

Health and Welfare
Canada

Retourner à [L'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire](#) | [Première page](#)

LA SANTÉ CARDIO-VASCULAIRE



la mobilisation communautaire

Canada

LA SANTÉ CARDIO-VASCULAIRE

pour tous



la mobilisation communautaire



Publication autorisée par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social

Also available in English under the title

Heart Health Equality: Mobilizing Communities for Action

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1992

Cat. H39-245/1992 F

ISBN O-662-97435-2

Préface

Les Canadiens ne jouissent pas tous d'une bonne santé, ou du moins pas dans une mesure égale : l'incidence de maladie et la prévalence des facteurs de risque sont nettement plus élevées chez certains Canadiens. Les maladies cardio-vasculaires ne font pas exception à cette règle. Au cours des cinq dernières années, deux grands rapports d'orientation ont souligné la nécessité de privilégier la prévention et de prendre des mesures pour contrer les iniquités et inégalités en matière de santé comme moyens de rehausser de façon appréciable le niveau de santé des Canadiens. *La santé pour tous*, document de travail publié par Santé et Bien-être social Canada en 1986, mettait tant les secteurs liés à la santé que ceux qui ne le sont pas au défi d'adopter un mode d'action intégré, intersectoriel, pour aborder ces questions de front. De plus, dans son rapport intitulé *La promotion de la santé cardio-vasculaire au Canada*, le Groupe de travail fédéral-provincial sur la prévention et le contrôle des maladies cardio-vasculaires expliquait l'incidence des différences socio-économiques sur la répartition des maladies cardio-vasculaires dans la société canadienne, insistant également sur la nécessité de passer à l'action.

Ces deux documents ont stimulé les travaux d'élaboration de politiques ainsi que diverses activités visant à aborder le problème des inégalités en matière de santé dans le cadre de l'Initiative canadienne en santé cardio-vasculaire. Dès 1987, feu le D^r Vincent Matthews a entrepris de sensibiliser bon nombre d'entre nous au sujet des inégalités, ce qui a incité plusieurs de nos collègues à se mettre à la recherche de façons d'aborder ce problème de taille. Dans les années qui suivirent, des ateliers ont été consacrés à l'emploi des méthodes de développement communautaire pour parer aux inégalités en matière de santé cardio-vasculaire. De surcroît, des projets ont été mis sur pied dans différentes collectivités en vue d'aborder le problème des inégalités en matière de santé ou de santé cardio-

vasculaire, ainsi que pour peser l'efficacité de différentes méthodes. MM. Ron Labonte et Michael Felix et M^{me} Pamela Thompson se sont particulièrement distingués par leurs apports à cet égard. De nombreux autres ont joué un rôle dans l'ensemble du processus et ont fourni des critiques éclairantes, notamment le D^r Christine Colin, M^{mes} Phyllis Hodges et Lynne Blair, les D^{rs} William Shannon et Madeleine Blanchet, et M^{me} Michele Harding.

Cet objectif de réduire les iniquités en matière de santé a incité bien des gens à s'activer. Tous conviennent du fait que c'est dans la collectivité que le changement doit éventuellement se produire. Le D^r Teresa MacNeil, directrice du département de l'éducation permanente à l'Université St. Francis Xavier, Antigonish, Nouvelle-Écosse, participe à l'Initiative en santé cardio-vasculaire pratiquement depuis que celle-ci a été mise sur pied. Elle s'est occupée de nombreux projets communautaires et a présidé d'innombrables débats sur l'application pratique des méthodes de développement communautaire dans le cadre de projets d'infrastructure locale visant à réduire les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire. Manifestement, un même modèle ne suffira pas à initier un changement dans toutes les collectivités. Le présent document, rédigé par le D^r MacNeil, décrit un modèle possible. Il devrait aussi provoquer un examen critique des méthodes fondées sur la mobilisation communautaire et, au bout du compte, donner lieu à la prise de mesures visant à réduire l'incidence de maladies cardio-vasculaires chez les Canadiens moins bien nantis.

Andrés Petrasovits, Ph. D., M. S. P.
Unité de la prévention des maladies cardio-vasculaires
Direction générale de la promotion de la santé

Table des matières

<i>Introduction</i>	<i>1</i>
<i>Le défi des inégalités en santé cardio-vasculaire</i>	<i>2</i>
Déterminants socio-environnementaux	<i>3</i>
Promotion de la santé et prévention des maladies	<i>4</i>
Stratégies d'intervention	<i>5</i>
La santé : une responsabilité partagée	<i>7</i>
<i>La mobilisation communautaire</i>	<i>8</i>
Une perspective du changement	<i>8</i>
La santé cardio-vasculaire comme incitation	<i>9</i>
La collectivité : véhicule du changement	<i>10</i>
Le mécanisme de changement	<i>10</i>
Partenariats pour le changement	<i>11</i>
<i>Les quatre étapes</i>	<i>14</i>
L'étape un : l'introduction dans la collectivité	<i>14</i>
L'étape deux : la détermination des mécanismes de changement	<i>15</i>
L'étape trois : l'activation du processus de changement	<i>17</i>
L'étape quatre : la mise en œuvre des plans d'action	<i>18</i>
<i>La formation et les systèmes techniques</i>	<i>19</i>
Professionnels de la santé	<i>20</i>
Particuliers et dirigeants civiques	<i>20</i>
<i>Les occasions et les défis</i>	<i>22</i>
<i>Renvois</i>	<i>24</i>
<i>Lecture supplémentaire</i>	<i>24</i>



Introduction

La réduction des inégalités en matière de santé — et plus particulièrement en matière de santé cardio-vasculaire — est l'un des principaux défis qui se posent au Canada dans le domaine de la santé. L'incidence des maladies cardio-vasculaires (principale cause de décès et de maladie au Canada) et des facteurs de risque qui leur sont associés n'est pas égale dans tous les segments de la société canadienne : les Canadiens défavorisés sont plus susceptibles de souffrir de troubles cardio-vasculaires et de mourir jeunes que leurs compatriotes qui ont un niveau de vie plus élevé.

Au Canada, une initiative nationale visant à réduire les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire a été mise sur pied dans la foulée de consultations tenues à l'échelle du pays par le Comité consultatif fédéral-provincial sur la santé communautaire. Ce comité était chargé d'examiner les grandes questions relatives à la santé cardio-vasculaire et de proposer des orientations à suivre dans l'élaboration de programmes. Les consultations suivaient la parution, en 1987, du rapport du Groupe de travail sur le contrôle et la prévention des maladies cardio-vasculaires. Soulignant la forte incidence de maladies cardio-vasculaires et la prévalence des facteurs de risque qui leur sont associés chez les groupes défavorisés (en dépit d'une baisse générale dans le taux de mortalité et de morbidité dues à des maladies cardio-vasculaires), le Groupe de travail préconisait la réduction des inégalités en matière de santé cardio-vasculaire attribuables à des différences socio-économiques et régionales.

Cet appel à l'action pour la réduction des inégalités en matière de santé cardio-vasculaire s'inscrit dans le cadre du programme national de promotion de la santé. Dans *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*¹, document de travail du gouvernement fédéral, la réduction des inégalités en matière de santé est désignée comme étant le premier de trois grands défis de santé se posant au Canada. Le problème y est exposé en ces termes : « Dans les groupes de personnes défavorisées l'espérance de vie est beaucoup moindre, la santé plus pauvre et

l'invalidité plus fréquente que chez le Canadien moyen. Le deuxième défi à relever, qui rivalise le premier, est de faire en sorte que l'on mise davantage sur la prévention. Le dernier défi est l'épanouissement des gens forcés de vivre avec une maladie chronique ou une déficience. Ces défis entraînent donc, entre autres, le besoin de multiplier les points d'appui existants dans la collectivité.

L'importance attachée aux inégalités en matière de santé transparaît aussi dans la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*², qui invite tous les intéressés à

s'engager « à combler les écarts de niveau de santé dans les sociétés et à lutter contre les inégalités produites dans ce domaine par les règles et pratiques des sociétés ». De plus, la *Charte* fait valoir que « les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir en faveur ou au détriment de la santé »³.

Les problèmes qui sont à l'origine des inégalités en matière de santé cardio-vasculaire sont à la fois complexes et fermement ancrés dans le giron des collectivités du pays. Dans la mesure où les membres de collectivités connaissent mieux que quiconque les conditions socio-environnementales qui prévalent dans leur milieu, ils doivent prendre part à

l'analyse de la situation et participer à la recherche de solutions convenables. Des mesures ont donc été conçues afin d'encourager les collectivités à s'intéresser activement aux efforts déployés pour réduire les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire. Ces mesures exigent une collaboration scrupuleuse entre les membres de la collectivité et les paliers de gouvernement, les groupes et les organismes qui œuvrent dans le secteur de la santé et à l'extérieur de celui-ci et divers spécialistes. Le présent document est consacré au processus de mobilisation communautaire qui repose sur une collaboration généralisée entre des intervenants de la collectivité et de l'extérieur de celle-ci.

La « santé cardio-vasculaire pour tous » ouvre la voie à ce que certains ont appelé « une nouvelle santé publique », qui signifie en somme « obtenir la participation effective la population elle-même »⁴ et reconnaître qu'il

***Des mesures
doivent être
conçues afin
d'encourager les
collectivités à
s'intéresser
activement aux
efforts pour réduire
les inégalités en
matière de santé
cardio-vasculaire***

est capital pour les gens d'intervenir directement dans les décisions prises qui ont une incidence sur leur santé. D'abord introduite par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), cette notion de «nouvelle santé publique» constitue aujourd'hui le fond de la conception de la promotion de la santé au Canada, même si elle remet en cause bien des convictions qui ont cours sur la prestation de services de santé, les pratiques des professionnels de la santé, le rôle des membres de la collectivité et la mise au point de plans d'action visant à améliorer la santé. Elle exige une réorientation du système de soins de santé canadien afin d'admettre une définition plus générale de la santé ainsi que la volonté de collaborer de tous les particuliers et les organismes qui agissent sur la santé, tant directement qu'indirectement.

Ce document se veut une invitation lancée à tous les professionnels de la santé, aux décideurs de politiques des secteurs privé et public, et aux dirigeants civiques et aux bénévoles œuvrant au sein de nombreux organismes établis dans les collectivités pour qu'ils songent à entreprendre une action concertée visant à réduire les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire qui existent au Canada. Pour que des progrès

appréciables soient réalisés à cet égard, il faudra forger de nouvelles alliances, changer la politique publique et donner de nouvelles orientations aux programmes de santé publique. En outre, il faudra intervenir à plusieurs niveaux de la gamme de systèmes qui influent sur la santé. Afin de rendre par une image concrète où doivent se situer les interventions, il faut mettre en ordonnée, dans un plan, les groupes clés responsables de politiques et de programmes à l'échelle nationale et régionale, et en abscisse, les groupes chargés des politiques et des programmes à l'échelle communautaire. Les interventions doivent se produire à des points des deux axes.

L'auteur de ce document a voulu articuler ce qui doit être fait et par qui pour que les changements voulus se produisent. Ce document n'est en aucun cas un guide pratique sur la réduction des inégalités en matière de santé cardio-vasculaire. Plutôt, l'auteur cherche à amener le lecteur à s'interroger sur ce qu'il peut faire pour changer la situation compte tenu du rang qu'il occupe dans un système qui, même fortuitement, ne suffit qu'à renforcer les inégalités existantes en matière de santé cardio-vasculaire.



Le défi des inégalités en santé cardio-vasculaire

Les maladies cardio-vasculaires constituent la principale cause de décès et de maladie au Canada. Bien que les taux de mortalité aient décliné au cours des vingt dernières années, les maladies cardio-vasculaires n'en demeurent pas moins la principale cause de décès prématuré et de maladie chez les Canadiens âgés de 35 à 64 ans, sans compter le principal motif d'hospitalisation. Or l'incidence de maladies du cœur, et des facteurs de risque qui leur sont associés, varie dans les différents segments de la société canadienne. Les Canadiens et les Canadiennes qui sont moins bien nantis sur le plan socio-économique sont plus susceptibles de mourir de maladies cardio-vasculaires que leurs voisins qui vivent mieux. De surcroît, il existe aussi des différences régionales, l'incidence de maladies cardio-vasculaires étant nettement plus forte dans certaines régions du pays — par exemple dans les provinces de l'Atlantique.

Quoique très répandus dans l'ensemble de la population, les facteurs physiologiques qui exacerbent le risque de maladie cardio-vasculaire sont nettement

prévalents chez les groupes défavorisés sur le plan socio-économique. La tension artérielle élevée, le tabagisme, la cholestérolémie, le diabète, l'obésité et l'insuffisance d'exercice physique sont d'autant d'exemples de ces facteurs. Il semble que le tabagisme, l'obésité et le manque d'exercice physique sont les facteurs les plus tributaires du rang socio-économique. En outre, l'accès à des aliments bons pour la santé peut être entravé par un manque de connaissances sur la nutrition et un revenu bas, éléments qui sont plus communs chez les groupes défavorisés sur le plan socio-économique.

En général, la mortalité et la morbidité suivent une courbe selon les segments socio-économiques, la santé des personnes défavorisées sur le plan socio-économique étant moins bonne. S'il y a lieu de se réjouir de la chute globale des taux de mortalité imputable aux maladies cardio-vasculaires et de l'endigage des comportements qui augmentent l'incidence de telles maladies, il est désolant de constater que le phénomène est moins prononcé chez les groupes moins bien nantis sur le plan socio-économique.

La «santé cardio-vasculaire pour tous» signifie tout simplement que tous devraient avoir également accès à la santé cardio-vasculaire — autrement dit, que tous les Canadiens et Canadiennes devraient bénéficier d'une chance égale d'accès à la santé cardio-vasculaire et à la préservation de cet état. Les «inégalités en matière de santé cardio-vasculaire» désignent les variantes du degré de santé cardio-vasculaire qui se retrouvent au sein de différents groupes d'une même population. Certaines inégalités en matière de santé cardio-vasculaire, quoique pas toutes, sont dues à des iniquités. Par exemple, si les membres d'une collectivité ne peuvent tous se procurer des aliments nourrissants, l'incidence de maladies cardio-vasculaires pourrait être plus forte chez certains. Si cette issue peut être changée, d'autres facteurs qui influent sur la santé cardio-vasculaire, comme les facteurs génétiques — qui sont indépendants de la capacité d'accès aux éléments qui favorisent la santé — ne peuvent être changés. Dans la mesure où la plupart des facteurs qui agissent sur la santé cardio-vasculaire n'ont rien à voir avec le système de soins de santé, la réduction des inégalités en matière de santé cardio-vasculaire ne se limite aucunement au fait d'assurer un accès égal aux services de santé.

Déterminants socio-environnementaux

La promotion de la santé cardio-vasculaire suppose que l'action prise ne s'intéresse pas tant à la maladie qu'aux facteurs qui déterminent la santé. La notion de «santé cardio-vasculaire» ne se limite donc pas à l'absence de maladies cardio-vasculaires ou des facteurs de risque physiologique qui leur sont associés. Tout comme la santé, la santé cardio-vasculaire est posée comme aspect de la vie quotidienne, et non comme la seule fin de la vie. La promotion de l'égalité en matière de santé cardio-vasculaire est donc un moyen de veiller à ce que les conditions et les ressources nécessaires à la santé soient à la disposition des gens. Selon la *Charte d'Ottawa*⁵, la paix, un abri, la scolarité, de la nourriture, un revenu, un écosystème stable, des ressources renouvelables, la justice sociale et l'égalité comptent parmi ces circonstances et ressources.

«La situation des gens dans une organisation sociale les met à la merci de nombreux risques environnementaux qui sont fonction de la région où ils résident, de leur occupation professionnelle, de leur alimentation et d'autres circonstances qui sont peut-être largement indépendantes de leur volonté»⁶. [traduction]

Jusqu'à tout récemment, la plupart des interventions touchant les maladies cardio-vasculaires étaient concentrées sur la caractérisation des facteurs de risque physiologique et la modification des habitudes de vie individuelles. Aujourd'hui, les spécialistes de la santé attachent une importance croissante aux aspects sociaux et économiques de l'environnement qu'il y a lieu de changer. Le Groupe de travail fédéral-provincial sur le

contrôle et la prévention des maladies cardio-vasculaires a fait valoir l'importance de tenir compte des facteurs socio-environnementaux dans la planification de stratégies visant à réduire l'incidence des maladies cardio-vasculaires.

«Bien que les risques soient, dans une large mesure, attribuables au comportement de l'individu, à l'origine, les facteurs de risque qui peuvent être modifiés sont largement déterminés par le milieu social, économique et culturel», peut-on lire dans le rapport. «D'où la nécessité de privilégier une approche qui vise avant tout la population dans son ensemble et qui tend à introduire dans le milieu des changements propres à favoriser l'adoption de comportements propices à la santé cardio-vasculaire»⁷.»

Les conditions de risque sont les facteurs sociaux et environnementaux qui sont largement, voire entièrement, indépendants de la volonté des gens. C'est le cas notamment de la pauvreté, d'un niveau de scolarité bas, d'une occupation professionnelle de bas échelon, d'une occupation dangereuse ou stressante, d'une impuissance politique ou économique ou d'écarts considérables de revenus ou de pouvoir détenu. Pour changer ces circonstances qui donnent lieu à un risque, il faut entreprendre une action concertée, conjointe et intégrée qui entraînera la mise à jour de la politique d'intérêt public.

«Les inégalités caractéristiques des taux de décès et de déficience cumulent durant toute la vie chez les Canadiens moins bien nantis. Ceux-ci ont donc une santé moins bonne, pendant une vie plus courte»⁸. [traduction]

Généralement, quand une personne vit dans un milieu défavorisé, elle s'adapte moins facilement aux situations qui occasionnent un stress, même s'il est plus probable qu'elle se trouve dans de telles situations. En outre, elle a moins tendance à prendre part à des activités de groupe visant à améliorer ses conditions de travail ou d'existence. Ces circonstances ont pour effet d'intensifier l'impression d'isolement qu'elle ressent déjà, l'amenant à se sentir relativement impuissante et dépassée autant par sa santé que par sa vie, ce qui augmente d'autant le risque qu'elle adopte des comportements qui nuisent à sa santé.

«L'estime de soi et le sentiment de valeur personnelle, ou le rang hiérarchique et le pouvoir exercé, ou inversement un sentiment d'impuissance, semblent tous agir sur la santé, mais leur effet se distingue nettement de celui des facteurs de risque habituels»⁹. [traduction]

Comment un organisme de santé peut-il s'arrêter à des facteurs de risque comme la pauvreté et l'analphabétisme quand son mandat ne vise que les maladies cardio-vasculaires et qu'il ne dispose ni des moyens financiers suffisants ni des compétences professionnelles pour ce faire? C'est là que le bât blesse

dans le domaine de la santé publique : en plus de limiter considérablement la diversité des soi-disant projets de «santé cardio-vasculaire» entrepris à l'échelle locale, cet épineux problème fait échec aux efforts déployés pour agir directement sur les conditions socio-environnementales sous-jacentes qui augmentent le risque de maladie cardio-vasculaire.

Promotion de la santé et prévention des maladies

La promotion de la santé cardio-vasculaire ouvre donc une occasion rêvée de détruire le mythe persistant de la dichotomie de la prévention des maladies et de la promotion de la santé.

Selon l'OMS, la santé est «un état de bien-être physique, mental et social complet, et non simplement l'absence de maladie ou de blessure»; partant, la santé n'est pas seulement le fait de se sentir bien ou mal. Cette définition sous-entend l'existence d'un continuum de santé dont les deux pôles sont l'absence de déficience, de maladie ou de mort et un état caractérisé par un bien-être généralisé et une capacité vitale. Bien évidemment, les limites sont floues. En revanche, il est important de reconnaître que les différentes conceptions de la santé peuvent former les limites du cadre des programmes et des politiques axés sur la promotion de la santé, par opposition à ceux qui portent sur la prévention des maladies. La principale différence semble

relever de la tangente prise : la prévention est une conception qui part de la maladie tandis que la promotion de la santé fait fond sur la santé (voir tableau 1, adapté de Stachtchenko et Jenicek¹⁰).

Généralement, une intervention est dite prophylactique si elle réduit le risque que l'individu soit victime d'une maladie ou d'un trouble. Dans ce cas, le but visé est d'abord la réduction du risque. Or la portée de la promotion de la santé est beaucoup plus vaste. Selon l'OMS, la promotion de la santé est «une stratégie pour rapprocher les gens de leurs milieux, pour harmoniser le choix individuel et la responsabilité sociale en matière de santé en vue d'une amélioration soutenue de la santé¹¹» [traduction]. Malgré cette différence de polarisation, les principes de prévention des maladies et de promotion de la santé peuvent très bien être conciliés aux fins de planification d'interventions. La *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* contient le passage suivant :

«La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé. La promotion de la santé puise dans les ressources humaines et physiques de la communauté pour stimuler l'indépendance de l'individu et le soutien social, et pour instaurer des systèmes souples susceptibles de renforcer la

Tableau 1

Comparaison des modèles de promotion de la santé et de prévention des maladies ¹⁰

Promotion de la santé	Prévention des maladies
Santé = concept positif et multidimensionnel	Santé = absence de maladie
Modèle de santé participationniste	Modèle médical
Vise la population dans son environnement complet	Vise principalement le groupe de la population qui court un fort risque
Touche une chaîne de questions de santé	Touche une pathologie en particulier
Se fonde sur des stratégies diverses et complémentaires	Se fonde sur une stratégie unique
Des méthodes axées sur l'habilitation et la facilitation	Des recours directs et convaincants
Des mesures d'incitation offertes à la population	Des mesures directes imposées aux groupes ciblés
Les programmes visant à provoquer un changement dans l'état et dans l'environnement de la personne	Les programmes s'intéressent surtout à des particuliers et à des groupes d'individus
La participation d'organisations non professionnelles, de regroupements civiques et des gouvernements locaux, municipaux, régionaux et national est nécessaire pour atteindre l'objectif de la promotion de la santé	Des programmes de prévention relèvent de groupes professionnels spécialisés dans divers domaines liés à la santé

participation et le contrôle du public dans les questions sanitaires. Cela exige l'accès illimité et permanent aux informations sur la santé, aux possibilités de santé et à l'aide financière¹².

La promotion de la santé est définie comme un processus «qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci». Dans la pratique, la promotion de la santé conjugue les efforts d'organisation et de sensibilisation et le soutien environnemental et économique pour appuyer les actions qui sont favorables à la santé. Outre les compétences et les connaissances dont ils ont besoin pour faire front à leurs préoccupations liées à la santé, les gens doivent aussi disposer d'un soutien organisationnel, technique et financier pour pouvoir donner suite aux décisions qu'ils ont prises. Selon Stachtchenko et Jenicek¹³, les stratégies employées dans le cadre des programmes de promotion de la santé sont de portée beaucoup plus générale que celles employées pour la prévention des maladies. Elles touchent la politique, la publicité, la sensibilisation en matière de santé, la prise de position en faveur de la santé et des saines habitudes de vie, l'économie et le développement communautaire.

La nécessité de chercher plus loin que les habitudes de vie individuelles qui augmentent le risque de maladies cardio-vasculaires et d'envisager les conditions socio-environnementales qui influent sur la santé découle de cette conception de la promotion de la santé. Pour ce faire, il faut avoir recours à diverses stratégies — par exemple, il faut former des groupes qui préconisent la santé; il faut en appeler aux preneurs de décisions à différents échelons des systèmes, aux échelons où se prennent les décisions ayant une incidence sur la santé; il faut sensibiliser le public aux questions qui influent sur sa santé et son bien-être et il faut lui montrer comment s'y prendre pour les aborder.

La promotion de la santé procure un contexte pour la planification et la mise en œuvre de programmes de santé cardio-vasculaire d'infrastructure communautaire. Inversement, la santé cardio-vasculaire polarise la promotion de la santé en offrant aux collectivités un point de contact par lequel elles peuvent prendre leur santé en main.

«La santé cardio-vasculaire soulève deux défis de taille en matière de santé : améliorer la prévention et réduire les inégalités. La santé cardio-vasculaire reprend la réduction des risques et la modification des habitudes de vie comme dimensions de la promotion de la santé

en les plaçant dans le contexte de la collectivité. La santé cardio-vasculaire soulève des questions capitales comme la forme physique, la nutrition et le tabagisme. La santé cardio-vasculaire est perçue par une grande proportion du public comme étant une question de santé valable et donc utile dans la mesure où elle communique au public, par un exemple concret, un sens de l'utilité pratique de la promotion de la santé. Justement à cause de son importance, la santé cardio-vasculaire a constitué un point de contact dont se sont servis plusieurs professionnels de la santé pour changer leurs méthodes et leur façon d'envisager la santé¹⁴. [traduction]

***La promotion de
la santé procure
un contexte pour
la planification
et la mise en
œuvre de
programmes
de santé
cardio-vasculaire
d'infrastructure
communautaire***

Certains facteurs de risque sont caractéristiques non seulement des maladies cardio-vasculaires, mais aussi d'autres maladies chroniques, comme le cancer. Ainsi, en fumant moins et en réduisant sa consommation de gras, il est possible de réduire le risque de maladie cardio-vasculaire et de cancer, en plus d'améliorer sa santé en général. Les structures communautaires, provinciales et nationale créées et l'expérience qui est le fruit d'un travail conjoint dans le domaine de la santé cardio-vasculaire peuvent ensuite devenir une plate-forme solide pour s'attaquer à d'autres problèmes de santé. Ceci peut contribuer à modifier l'orientation du système de santé de sorte qu'il privilégie dorénavant la promotion de la santé (plutôt que le traitement de la maladie) et l'intervention manifeste des membres de la collectivité dans la détermination de leur

santé. En somme, dans la mesure où les programmes de santé cardio-vasculaire, lorsqu'ils sont dérivés d'un plan général de promotion de la santé, visent les objectifs plus généraux de bien-être et de santé des particuliers et des collectivités, ils ont une incidence qui ne se limite pas simplement à l'endiguement des comportements qui augmentent le risque de maladies cardio-vasculaires.

Stratégies d'intervention

Il est important de reconnaître que ni les gens ni leur santé ne peuvent être envisagés en vase clos. L'un comme l'autre font partie d'ensembles complexes qui sont déterminés et par le comportement ou les habitudes de vie d'une personne, et par les circonstances socio-environnementales qui expliquent le mode de vie de chacun.

La promotion de la santé cardio-vasculaire pour tous exige donc une démarche qui présente la santé comme une responsabilité partagée entre les personnes et les systèmes qui ont une incidence sur leur santé cardio-vasculaire.

Le tableau 2, adapté de l'ouvrage de Ronald Labonte¹⁵, compare trois méthodes visant à améliorer la santé cardio-vasculaire — la méthode médicale (dite du risque fort), la méthode comportementaliste (ou fondée sur les habitudes de vie) et la méthode socio-environnementale (ou du changement communautaire) — et rend compte du lien entre elles et les données du problème ainsi que des types d'intervention employés et de l'origine de ces interventions.

Bien que les interventions contre les facteurs de risque médicaux et comportementaux soient nécessaires, on ne peut pour autant négliger les facteurs socio-environnementaux plus généraux qui déterminent la santé cardio-vasculaire dans les collectivités. Ce passage d'une perspective essentiellement individualiste de la santé à une vision communautaire constitue le fondement même de la «nouvelle santé publique». Elle place les individus et leur santé dans un ensemble de systèmes qui sont favorables à leur bonne santé et à leur bien-être.

À qui incombe-t-il de prendre des décisions qui

concernent la santé et de décider de l'orientation des changements? La méthode médicale et la méthode fondée sur les comportements risqués rejettent toutes deux la responsabilité décisionnelle première sur les spécialistes, en ce qui concerne la santé, et sur l'individu, en ce qui touche les habitudes de vie. Malheureusement, dans les cas où la personne est impuissante à changer son comportement, il peut y avoir une tendance à blâmer la victime. La méthode du changement communautaire (ou socio-environnementale) tient compte des pressions sociales qui s'exercent sur les gens. De plus, elle suppose que la santé est le produit des circonstances sociales, économiques et politiques qui prévalent dans la collectivité et souligne combien il est important que les membres de la collectivité soient ceux qui décident du meilleur moyen d'accéder à une bonne santé.

«La manière d'aborder la santé semble procéder d'une perspective axée sur la technologie et les soins en établissement à une perspective infléchie vers les gens dans leur collectivité¹⁶.» [traduction]

Tableau 2
Tableau comparatif des méthodes de promotion de la santé cardio-vasculaire ¹⁵

	Méthode médicale	Méthode comportementaliste	Méthode socio-environnementale
Données du problème	facteurs de risque physiologiques, catégories de maladies	facteurs de risque liés au comportement (habitudes de vie malsaines)	circonstances sociales et environnementales donnant lieu à un risque
Cible	individus courant un fort risque	groupes courant un fort risque	collectivités et milieux où le risque est considérable
Méthodes d'intervention	évaluation médicale des facteurs de risque, évaluation	sensibilisation et assistance en matière de santé	changement communautaire
Origine de l'intervention	spécialistes du domaine médical, particuliers	spécialistes de la santé et particuliers	collectivité, avec appui
Résultat désiré	baisse des taux de mortalité et de morbidité dues aux maladies cardio-vasculaires	adoption de comportements sains	initiatives communautaires pour réduire les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire; fortification du réseau de soutien social; adoption de comportements individuels plus sains
Degré de participation de la collectivité	les gens suivent les directives des professionnels de la santé	←————→	les membres de la collectivité prennent part à la prise de décisions sur la santé à la suite d'une évolution sociale, économique et politique

Nombreux sont ceux qui pensent que la méthode socio-environnementale est celle qui s'avérera la plus efficace pour réduire les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire. Traditionnellement, les mesures de prévention des maladies cardio-vasculaires d'infrastructure communautaire visaient la classe moyenne et se limitaient à la diffusion de messages sur le bien-fondé d'adopter de saines habitudes de vie. Or, ces méthodes ne rejoignent pas les personnes moins bien nanties. L'insuffisance des moyens financiers, un niveau de scolarité et d'alphabétisme bas, le chômage ou le sous-emploi et l'isolement vont à l'encontre de ces méthodes traditionnelles de sensibilisation en matière de santé. Les obstacles qui se dressent entre ces personnes et la santé sont les plus considérables et pourtant, comparativement à leurs voisins mieux nantis, celles-ci ont moins accès aux moyens et aux programmes conçus pour améliorer la santé cardio-vasculaire.

La nouvelle santé publique vise le recours à un modèle intégré qui concilie les aspects des trois méthodes. Ainsi, certains programmes d'égalité en matière de santé cardio-vasculaire mettront d'abord l'accent sur la personne et sur son comportement tandis que d'autres programmes adopteront une tangente socio-environnementale. La santé cardio-vasculaire constitue une occasion unique de développer une perspective holistique de la promotion de la santé et de faire passer le changement de comportement et de milieu social, chevaux de bataille de la promotion de la santé, de la rhétorique à l'action communautaire.

«...nous assistons en ce moment à l'amorce d'une évolution du stage de la science biomédicale conventionnelle à un stade caractérisé par une perspective plus générale, tel un paradigme socio-écologique, qui éventuellement remplacera le paradigme biologique, idéalement en l'intégrant ¹⁷.» [traduction]

La santé : une responsabilité partagée

C'est une caractéristique de notre société que de prévoir des services spécialisés qui touchent la plupart des aspects de notre vie. C'est en effet une mesure de progrès de pouvoir consulter un spécialiste qui nous dira comment résoudre un problème. Dans certaines circonstances, le recours à un spécialiste ne relève pas

vraiment d'un choix; c'est le cas, par exemple, quand une composante électronique d'une voiture tombe en panne ou lorsque nous n'arrivons pas à décrypter les règlements sur l'impôt. Le recours aux spécialistes est une caractéristique inhérente de notre culture.

Lorsqu'il s'agit de soins de santé, nous nous attendons donc à trouver des spécialistes capables de guérir la plupart de nos maux. Avec raison, nous sommes fiers de ce système, quoique l'on se rende compte de plus en plus qu'il y aurait moyen de l'améliorer en l'utilisant pour protéger la santé plutôt que pour soigner les maladies. Même s'il est intelligent de

soumettre les problèmes à ceux qui sont le plus aptes à les régler, ce renoncement inné risque de créer une dépendance qui déprécie tant l'individu que la société. Dans le domaine de la santé, une forte dépendance pousse à la négligence des saines pratiques de santé, qui se solde alors par l'augmentation du coût des services de santé. Il est néanmoins possible de modifier ce phénomène culturel en changeant le partage de la responsabilité à tous les échelons, des décideurs de politique aux organismes de financement jusqu'à l'ensemble de la population.

D'un autre côté, il faut se dire que le démantèlement du système et la responsabilisation de la personne *n'est*

pas une alternative souhaitable à la dépendance excessive sur le système de soins de santé. Outre le fait que ce système fournit de nombreux services qui rehaussent le bien-être de la société, bien des gens sont incapables, à cause des circonstances dans lesquelles ils vivent, d'adopter des pratiques bonnes pour la santé. On cherche donc plutôt à amener les particuliers à prendre davantage responsabilité de veiller à ce que leur mode de vie soit sain, en reconnaissant, bien entendu, que la mesure dans laquelle ils en sont capables varie grandement. Lorsque les particuliers et les groupes ne disposent pas des moyens d'assumer cette responsabilité, parce qu'ils sont pauvres, analphabètes, isolés sur le plan social ou au chômage, la société doit fortifier le milieu socio-environnemental de façon à amener ses membres à choisir les options saines. L'objectif visé est de fournir aux gens les moyens d'assumer la responsabilité d'une vie saine, ce qui suppose un emploi plus judicieux et intégral de toutes les ressources, y compris les ressources humaines.

***La société
doit fortifier
le milieu socio-
environnemental
de façon à amener
ses membres à
choisir les
options saines***



La mobilisation communautaire

Modifier la perspective de tous les membres de la société de sorte qu'ils en viennent à distinguer la responsabilité pour la santé de la responsabilité pour la maladie constitue un défi de taille. Pour ce faire, il faudra que les Canadiens considèrent le système de soins de santé sous un jour complètement nouveau; de surcroît, un tel changement suppose que les intervenants clés de l'ensemble du système changent leur façon de travailler.

Le changement par la «mobilisation communautaire» s'attache à fournir aux collectivités les moyens de comprendre et de prendre en main les circonstances qui les séparent d'une bonne santé. Il exige une collaboration étroite tant verticale, soit entre les différents échelons (national, régional, local) qui décident des politiques et des programmes, qu'horizontale, touchant l'ensemble des points de prestation de services dans la collectivité.

La «mobilisation communautaire» tient compte du fait que les agents du changement dans une collectivité ne sont pas nécessairement des personnes précises à des endroits précis. Les agents du changement se situent partout où sont prises et mises en œuvre des décisions qui ont une incidence sur la mesure dans laquelle les particuliers peuvent prendre en main les circonstances qui déterminent leur santé. L'agent du changement peut être autant un décideur haut placé qu'un bénévole œuvrant à l'échelle locale. Le changement (ou développement) peut se produire à différents endroits et avoir des résultats qui varient : par exemple, une coalition d'unités administratives peut travailler de concert pour améliorer l'accès de la collectivité aux ressources, ou une personne peut changer l'opinion qu'elle a d'elle-même en apprenant à surmonter les obstacles qui l'empêchent d'avoir un mode de vie sain. Le développement est une notion d'ensemble qui désigne l'amélioration de la condition humaine par l'acquisition de connaissances, et particulièrement des connaissances venant du fait d'avoir fait front à un obstacle et réussi à le surmonter.

Une perspective du changement

Lorsque l'on explore les façons d'entreprendre ce travail digne d'Hercule que constitue le changement de toute notre culture en matière de santé afin que celle-ci suscite un enthousiasme pour les saines habitudes de vie en plus de fournir les moyens de les adopter, il faut composer avec deux considérations fondamentales. L'une a pour fond la théorie de la motivation et pose que la mesure dans laquelle les gens se résolvent à

changer augmente lorsque ceux-ci, d'une part, sont conscients du fait qu'un changement est nécessaire et, d'autre part, qu'ils disposent des moyens nécessaires pour y faire quelque chose. La conscience du fait qu'un changement est nécessaire ne suffit pas à elle seule à amorcer un changement.

La seconde considération s'impose moins nettement. Fondée sur la notion de collectivité, elle avance que les individus ont tendance à unir leurs forces pour résoudre des problèmes communs. La collectivité n'est pas alors définie simplement comme une entité géographique; elle suppose une affinité d'intérêts et d'activités. Ses membres vivent généralement (quoique pas systématiquement) à un endroit précis, partagent une même culture, se

conforment à une certaine organisation sociale et ont une certaine conscience de leur identité en tant que groupe. Ceux qui travaillent avec une collectivité (qu'ils s'agissent des habitants d'un quartier ou d'un groupe de mères célibataires chevauchant deux comtés) doivent reconnaître tant les éléments qui font que plusieurs individus constituent une collectivité — c'est-à-dire les intérêts qu'ils ont en commun, les problèmes qu'ils doivent tous surmonter — que les points de divergence ou de tension, s'il en existe. Les collectivités, tout comme les individus qui les constituent, sont uniques et complexes. Il faut du temps et de l'attention pour apprendre à les connaître et finir par les comprendre.

Prises conjointement, ces considérations laissent supposer que la façon dont les membres de la collectivité perçoivent leur santé et font usage du système de soins de santé ne changera pas à moins

***La mobilisation
communautaire
fournit aux
collectivités les
moyens de
comprendre et
de prendre en
main les
circonstances
qui les séparent
d'une bonne santé***

qu'ils ne soient à la fois conscients du besoin de changer et des perspectives de changement et qu'ils bénéficient de l'appui de groupes avec lesquels ils partagent certains intérêts. On peut donc en déduire qu'il est peu probable que les personnes qui n'ont qu'un accès limité aux ressources et qui ne jouissent pas d'un appui prononcé de la collectivité changeront les habitudes qui influent sur leur santé.

Les agents du changement à tous les échelons doivent convenir de ces deux conditions préalables, et essentielles au changement. Par exemple, lorsque des groupes d'une collectivité ont en commun certaines préoccupations au sujet des conditions ou des facteurs de risque liés à la santé cardio-vasculaire, l'agent du changement doit veiller à ce que les données pertinentes sur le sujet soient mises à leur disposition et à ce que les structures de soutien organisationnel soient en place. Autrement, ces citoyens risquent de n'avoir ni les connaissances ni les compétences ni les ressources matérielles qu'il faut pour opérer le changement qu'ils désirent. En somme, la clé d'un changement réussi semble être tout bonnement un mélange de volonté, de collaboration, de renseignements utiles, d'accès aux ressources matérielles et d'organisation stratégique. Quoiqu'il soit aisé de dresser la liste de ces éléments, il faut un soin et une attention considérables pour les traduire systématiquement en un changement concret.

Prenons un moment pour envisager la santé cardio-vasculaire comme motif justifiant un changement, la collectivité comme véhicule du changement, la mobilisation communautaire comme mécanisme de changement, et l'importance des alliances pour appuyer le mécanisme de changement.

La santé cardio-vasculaire comme incitation

Les maladies du cœur constituent un grave problème dont les solutions sont rares et peu évidentes. Un examen plus attentif révèle que le problème se découpe en points qui intéressent des groupes et des particuliers. Par exemple, certaines familles peuvent tenter de changer leurs habitudes alimentaires pour réduire le risque d'infarctus que court un parent. D'autres familles, dans lesquelles il y a des antécédents cardiaques, peuvent tenter d'adapter leur environnement afin d'accommoder leur besoin de loisirs et de relaxation. Il peut aussi arriver qu'un groupe de dirigeants municipaux prenne des mesures pour interdire la cigarette dans les endroits publics. Bref, la santé cardio-vasculaire est un problème qui préoccupe bien des gens, mais uniquement lorsqu'il est fragmenté en objectifs plus facilement réalisables et qui sont susceptibles d'inciter à l'action. Généralement, les mesures prises s'attacheront essentiellement à des facteurs de risque qui sont communément reconnus et que les gens perçoivent, à la lumière de leur expérience personnelle, comme posant une menace pour leur santé cardio-vasculaire. Dans la mesure où l'empressement des

gens varie selon leur expérience et leurs connaissances, il est important qu'un agent du changement évalue soigneusement le bien-fondé d'une éventuelle intervention et prenne des mesures pour en assurer le succès, s'il y a lieu.

Les agents du changement qui œuvrent au sein de collectivités défavorisées sur le plan économique ne peuvent se contenter d'évaluer le potentiel d'intervention dans le cas de facteurs de risque précis, car ils doivent aussi tenir compte des circonstances socio-environnementales qui pourraient empêcher la collectivité d'arriver aux résultats voulus. Ils doivent veiller à ce que tous puissent comprendre quelles ressources sont nécessaires et voir s'il est possible de les obtenir. Lorsque les ressources nécessaires ne sont pas disponibles, il faut que tous ceux qui sont animés du désir de voir la collectivité réaliser le changement qu'elle souhaite trouvent des façons de les obtenir.

Le premier problème auquel se trouvent confrontés ceux qui préconisent l'égalité en matière de santé cardio-vasculaire est le suivant : il est peu probable que les membres de la collectivité soient d'avis qu'une forte incidence de maladies du cœur ou une forte prévalence des comportements qui augmentent le risque de maladies cardio-vasculaires constituent de graves problèmes dans leur collectivité. Vraisemblablement, ils considéreront que les conditions sociales et les facteurs environnementaux, comme le chômage ou la pauvreté, sont les problèmes auxquels ils doivent s'attaquer en premier. Et même s'ils conviennent de l'importance des comportements qui déterminent la santé, ils voudront probablement commencer par éliminer les conditions de risque avant d'envisager la modification des habitudes de vie.

L'expérience a montré que lorsque les gens commencent à composer avec les conditions de risque, ils s'ouvrent davantage à l'examen de leurs propres comportements. Plus les gens sont bien renseignés sur le problème et sur la corrélation entre les conditions socio-environnementales et la santé individuelle et collective, plus ils sont conscients de l'incidence de ces facteurs sur leur santé. Le développement individuel fait indéniablement partie du processus de changement communautaire. Les connaissances, les compétences et les attitudes que les gens assimilent constituent les éléments de départ qui entraîneront un changement de leur comportement.

Suffit-il donc de dire que la santé cardio-vasculaire est une incitation au changement. Elle constitue un point de ralliement qui permettra, à long terme, de réduire le risque socio-environnemental en affermissant le soutien social grâce à la participation aux questions qui importent à la collectivité et en encourageant l'amélioration des comportements qui déterminent la santé. Ces changements entraînent alors une baisse soutenue des taux de morbidité et de mortalité dues aux maladies cardio-vasculaires et aux autres maladies chroniques, comme le cancer.

La collectivité : véhicule du changement

Les agents du changement doivent énoncer clairement leur définition de «collectivité». Il a déjà été prouvé que le mot peut vouloir dire bien des choses. Par exemple, une collectivité peut être un groupe constitué en vertu de la loi (comme la population d'un comté), ou une coalition de nations formée à des fins économiques (comme la Communauté européenne), ou un groupe de personnes dispersées aux quatre coins de la planète qui ont une mission commune (comme une association internationale d'astrophysiciens), ou simplement un groupe de voisins très liés dans un quartier donné.

Les régimes publics d'assistance sociale (le «filet de sécurité») et les réseaux ultra développés de communication peuvent saper la notion de collectivité. Même si les régimes d'assistance publique ont l'avantage de fournir à bon nombre de citoyens une alimentation de base et un logement, ils déresponsabilisent les membres de la collectivité mieux nantis dans la mesure où ceux-ci n'ont plus à s'inquiéter de savoir si ces besoins élémentaires sont satisfaits dans leur collectivité. Quant aux moyens de communication de masse, ils ont introduit les problèmes et les préoccupations du monde entier dans tous les foyers. Ce faisant, ils ont fait naître l'impression que bon nombre de problèmes sont trop graves ou trop éloignés pour qu'une action communautaire puisse réellement changer quoi que ce soit. Malgré ces influences, il demeure un nombre incalculable de quartiers, de groupes d'intérêts et même de collectivités entières qui ont uni leurs forces pour améliorer leur situation.

Revenons à la définition de «collectivité». Trop souvent, le sens donné au mot est si vague qu'il est impossible de dégager des éléments précis qui doivent être changés. On ne dispose d'aucune indication quant aux personnes ayant une préoccupation commune ou aux problèmes précis qu'il faut aborder. Or des éléments précis sont nécessaires : il faut savoir par où le processus doit commencer, qui doit l'amorcer et quels sont les résultats escomptés.

La définition de la collectivité importe particulièrement aux agents du changement qui envisagent les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire du point de vue de la collectivité. Les personnes qui ne disposent pas des ressources nécessaires pour atteindre un objectif commun n'habitent pas forcément toutes dans le même quartier. Par exemple, des habitants de différentes localités peuvent tous souffrir du chômage chronique; il faudra donc les aider à se rallier à la cause qu'ils partagent. Selon les circonstances, l'interprétation de ce que constitue une collectivité change.

Qu'une collectivité soit circonscrite par des limites géographiques ou par une cause commune, la mesure dans laquelle elle peut changer dépend de la mise en commun des talents respectifs de ses membres, de leur accès aux ressources, de leur enthousiasme et surtout,

de leur capacité de prêter leur appui et de trouver un appui. Au fur et à mesure que la collectivité s'affirme, elle s'en remet de moins en moins à un appui professionnel, ce qui ne va pas pour autant à l'encontre de l'idée que le système de soins de santé est responsable de veiller à la santé de tous. Ce qu'il faut, c'est un partenariat réel qui préconise une participation accrue de la collectivité. Il ne s'agit pas là d'un simple rêve d'une démocratie plus pure. Il s'agit d'une occasion de trouver de nouvelles façons d'habiliter tous les membres de la société, indépendamment de leur situation sociale ou économique, pour qu'ils puissent accéder à un mode de vie qui réduit le risque de maladies cardio-vasculaires.

On dit des collectivités saines qu'elles se distinguent du fait qu'elles sont capables de régler les problèmes auxquels elles sont confrontées. Elles possèdent notamment les caractéristiques suivantes :

- il y a en leur sein des groupes communautaires qui possèdent des compétences de résolution de problèmes poussées et qui désirent se sortir d'affaire par leurs propres moyens;
- la responsabilité du processus décisionnel est largement partagée et les citoyens jouent un rôle considérable dans les affaires de la collectivité;
- les dirigeants ont une vision qui englobe l'ensemble de la collectivité et les résidents éprouvent une grande loyauté à l'égard de la collectivité;
- il y a une collaboration dynamique en ce qui concerne la définition des besoins de la collectivité et il y a la capacité d'en arriver à un consensus sur les buts et les priorités d'intervention;
- les citoyens savent comment s'y prendre pour résoudre les problèmes et se procurer des ressources;
- le gouvernement procure un soutien utile;
- des méthodes efficaces sont employées pour résoudre les conflits¹⁸.

Le mécanisme de changement

À l'instar des individus, il est pratiquement impossible d'amener une collectivité à changer tant qu'elle n'a pas reconnu la nécessité d'un changement. Il n'existe pas de formule infaillible pour amener une collectivité à prendre conscience de la nécessité d'un changement, pas plus qu'il n'existe de méthode unique qui garantisse la réussite une fois que la collectivité a décidé d'agir. Il y a des circonstances uniques dont il faut tenir compte dans chaque collectivité, quel que soit le modèle employé. Rifkin¹⁹ souligne que les documents sur le sujet «ne sont pas assez catégoriques pour qu'il soit possible d'en dégager la description d'un modèle universel d'intégration de la participation communautaire aux programmes de santé».

Le développement communautaire est une méthode qui peut être employée pour amorcer un changement. Le pivot de cette méthode est qu'elle place sur la collectivité la responsabilité de trouver des

solutions et de les mettre en œuvre. Dans ce modèle, l'apprentissage de la collectivité tient au fait que les citoyens doivent assimiler les faits qu'eux-mêmes ont compilés et qu'ils tiennent donc pour véridiques. L'agent du changement doit donc veiller à ce que les choses se déroulent ainsi. D'autres éléments importants du développement communautaire sont la collecte et l'analyse des faits, la prise de décisions quant à l'orientation à prendre, l'élaboration de plans, la prise de mesures et l'évaluation des résultats. En exerçant un contrôle durant tout le processus, la collectivité est à même de prendre des décisions éclairées quant à la validité des modes opératoires retenus.

En somme, le développement communautaire est un processus en vertu duquel les membres d'une collectivité s'organisent et travaillent de concert pour influencer et contrôler les décisions, les programmes et les politiques qui touchent leur bien-être en tant que collectivité. Il suppose une planification et une progression systématique vers l'atteinte de buts, fondées sur un consensus de ce que constitue une collectivité plus saine. Le développement communautaire ne limite pas l'action de la collectivité à un problème en particulier, mais permet une analyse générale des problèmes avant la prise de mesures.

La mobilisation communautaire est, pour sa part, de portée plus limitée. Elle suppose également un changement graduel qui reprend certains des éléments du développement communautaire, mais le programme se limite à un type de changement précis, par exemple, la réduction des inégalités en matière de santé cardio-vasculaire. À l'instar du développement communautaire, la mobilisation communautaire est un processus qui confère aux particuliers, aux groupes et aux collectivités les moyens de prendre les décisions qu'il faut pour pouvoir planifier le changement et mettre en œuvre les stratégies connexes. Contrairement au développement communautaire, la mobilisation communautaire admet un but restreint. Du reste, les occasions d'apprendre, d'acquérir des compétences et de prendre des décisions à la lumière de ces fondements et compétences sont tout aussi importantes dans le cas de la mobilisation communautaire que dans celui du développement communautaire, puisqu'elles permettent aux gens d'affirmer leur confiance et d'en venir à prendre en main les circonstances qui ont une incidence sur leur santé.

«Lorsque l'individu a l'impression de s'inscrire dans son cadre quotidien et de maîtriser celui-ci dans une certaine mesure, sa santé est probablement bonne. Une personne qui se sent opprimée et est pauvre, et qui n'a ni perspectives

*ni pouvoirs, sera en mauvaise santé*²⁰.»
[traduction]

On peut lire, dans la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* : «Les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé²¹». Au lieu d'accabler la personne qui est incapable de changer ses habitudes de vie malsaines, le modèle de mobilisation communautaire cherche plutôt à modifier les conditions socio-environnementales qui exacerbent ces comportements risqués. Le modèle ne se limite pas aux groupes de particuliers qui adoptent certains comportements risqués; plutôt, il tend à amener

l'ensemble de la collectivité à reconnaître les circonstances qui sont à l'origine de problèmes de santé et à trouver des façons de les changer. La reconnaissance du problème de santé par la collectivité est un des pivots du modèle de la mobilisation communautaire.

Partenariats pour le changement

Pour éliminer les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire, il faut apporter des changements aux nombreux systèmes qui ont une incidence sur la santé. Autrement dit, des intervenants et des organismes de différents domaines et secteurs doivent travailler conjointement, affirmant ainsi que la santé est une responsabilité

partagée entre les personnes et les divers systèmes qui influencent leur santé. Des partenariats concernés par la santé cardio-vasculaire pourraient se former pour les raisons suivantes.

- Les problèmes qui se posent dans les collectivités sont complexes. Il n'y a pas une personne ou un organisme qui disposent des connaissances, du temps ou des ressources qu'il faut pour résoudre un problème quelconque.
- Un cadre général de soutien communautaire est nécessaire pour aborder les dossiers sociaux, économiques et politiques liés à la santé en vue d'opérer un changement social.
- Il suffit parfois de perspectives différentes pour présenter sous un jour nouveau un problème ancien. Les méthodes de promotion de la santé traditionnelles n'arrivent pas à atteindre les personnes désavantagées sur le plan socio-économique.
- Les organismes de financement recherchent de plus en plus les partenariats communautaires afin d'éviter le chevauchement des efforts et de rentabiliser l'emploi des ressources.
- Les entreprises qui désirent étaler leur sens de leur devoir social fournissent parfois des ressources à des

Un cadre général de soutien communautaire est nécessaire pour aborder les dossiers sociaux, économiques et politiques liés à la santé en vue d'opérer un changement social

organismes établis dans la collectivité qui, bien qu'étant des intervenants légitimes dans la collectivité, ne disposent pas des ressources nécessaires pour que leur intervention soit réellement efficace.

- Les partenariats sont une source d'appui social pour les personnes qui travaillent ensemble sur des dossiers qui les préoccupent. Ils peuvent donc entraîner à la fois un changement de comportement individuel et un changement du milieu dans la collectivité.
- L'effet synergique de la formation d'un partenariat entre plusieurs organisations, qui détiennent toutes un enjeu particulier dans la question, peut compenser l'influence individuelle des membres.

Les partenariats peuvent prendre des formes diverses, allant des réseaux peu structurés aux formules de collaboration plus formelles. La forme que prend un partenariat dépend de la complexité de la mission commune de ceux qui le forment, de la force désirée des liens qui les unissent et du degré de formalité du mandat convenu.

Outre la collectivité même, divers échelons et ministères du gouvernement peuvent faire partie des partenariats, de même que des organismes non gouvernementaux de santé et d'intérêt social, des syndicats et des entreprises privées. Les principaux intervenants de ces différents secteurs peuvent être des dirigeants et des activistes civiques, des membres d'organismes de service communautaire, des dirigeants politiques locaux, des leaders religieux, des directeurs d'organismes, des professionnels de la santé, des pédagogues, des bénévoles œuvrant au sein d'organismes non gouvernementaux de santé et d'intérêt social, des dirigeants syndicaux et d'entreprises, et des représentants de groupes d'intérêt particuliers et d'alliances. La liste des partenaires éventuels est aussi vaste et unique que l'est la collectivité. L'important, c'est de repérer les organismes et les particuliers qui peuvent influencer le plus la question, tant directement qu'indirectement. Lorsqu'il s'agit de choisir les organismes qui seront appelés à jouer un rôle, il faut tenir compte des éléments suivants :

- les valeurs et les idéaux de l'organisme au sujet du problème en cause;
- la mesure dans laquelle on désire que des points de vue divergents soient représentés, afin d'encourager un dialogue ouvert et une meilleure compréhension des données du problème et des recours possibles;
- la mesure dans laquelle la collectivité dans son ensemble est représentée;
- la mesure dans laquelle ceux qui sont directement concernés par le problème sont représentés;
- l'inclusion d'organismes qui, de par leur situation, sont en mesure d'influer sur le processus de changement ou qui risqueraient de l'entraver s'ils étaient exclus;
- la mesure dans laquelle l'organisme est directement intéressé par le problème;
- l'enthousiasme et la volonté d'aller de l'avant des

personnes qui représenteraient l'organisme au sein du partenariat.

Le partenariat a des fonctions diverses, y compris la planification de programmes, l'obtention et l'affectation des ressources, le gain de la faveur des dirigeants politiques à l'endroit du changement, et la formation d'alliances. Toutefois, avant de vaquer à ces activités, les partenaires doivent avoir une vision commune et claire du problème. Non seulement les problèmes liés aux inégalités en matière de santé cardio-vasculaire sont-ils multifactoriels, mais ils peuvent parfois être très mal définis dès le début. Le fait d'en arriver à un entendement et à un énoncé communs du problème suppose déjà une évolution qui fortifie et consolide le partenariat. Pour pouvoir bien cerner le problème, les partenaires doivent être prêts à mettre en commun l'information dont ils disposent, à se respecter mutuellement et à se faire confiance. Le tableau 3, tiré de Habana-Hafner, Reed & Associates²², illustre comment un problème abordé par un partenariat passe d'un état d'ambiguïté générale à une définition plus précise.

Vu la multiplicité des partenaires, il faut s'attendre que leurs opinions sur ce qui doit être fait et sur comment s'y prendre soient partagées. Outre la diversité des croyances professionnelles et des intérêts individuels que l'on retrouve au sein de ces groupes, il y aura également, selon toute vraisemblance, des différences fondamentales de valeurs. D'aucuns seront partisans d'une méthode de changement infléchi vers la personne et le comportement, tandis que d'autres préféreront mettre l'accent sur le cadre plus vaste qui sert d'arrière-plan au comportement. Il est naïf de penser que tous souscriront à la même conception de la promotion de la santé. La promotion de la santé cardio-vasculaire exige une conception intégrée de la promotion de la santé. La conception d'une perspective intégrée de la promotion de la santé est un processus évolutif qui ne peut se produire sans un apport délibéré de temps et d'effort.

Les programmes provinciaux de santé cardio-vasculaire en voie d'être élaborés sous les auspices de l'Initiative (fédérale-provinciale) canadienne en santé cardio-vasculaire constituent autant d'exemples probants de partenariats de promotion de la santé cardio-vasculaire. Dans toutes les provinces canadiennes, des partenariats de lutte contre les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire ont formé des unités de collaboration verticale par la création de comités de coordination de la santé cardio-vasculaire. Les cellules provinciales de la Fondation des maladies du cœur jouent un rôle important au sein de ces comités. De tels exemples se retrouvent également aux États-Unis, tels le projet de santé cardio-vasculaire de Pawtucket, effort conjoint de l'université Brown et du ministère de la Santé de l'État du Rhode Island, le programme de santé cardio-vasculaire du Minnesota mis en œuvre par la faculté de santé publique de l'université du Minnesota

qui, par le biais d'un conseil consultatif communautaire, a consacré neuf ans à l'élaboration de ce projet de recherche et de démonstration, et le programme d'amélioration de la santé du comté de Pennsylvanie, auquel ont participé l'université de l'État de la Pennsylvanie, le ministère de la Santé de l'État et un hôpital de la région. Il est intéressant de constater que ces exemples d'arrangements de collaboration verticale font tous intervenir des configurations différentes d'organisations. En général, plus le partenariat est diversifié, plus le fonds de ressources aux fins de mobilisation communautaire est fort.

Que les partenariats soient verticaux, c'est-à-dire qu'ils regroupent des organisations de l'extérieur de la collectivité, ou horizontaux, c'est-à-dire incluant des groupes de la collectivité, leur existence est cruciale à la mobilisation communautaire. Les forces qu'ils polarisent constituent d'importantes sources de pouvoir. Sans leur appui, la collectivité n'acceptera pas facilement qu'il est possible de modifier les facteurs de risque. L'existence de tels partenariats témoigne d'un changement dans la façon dont les organismes directement intéressés par la question conçoivent la santé.

Une alliance ou un partenariat local exerce au moins trois fonctions importantes : elle constitue une tribune pour mettre à l'épreuve les limites de la collectivité; elle est une source de données (au sujet des conditions de risque présentes dans la collectivité qui exacerbent les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire, des services sociaux et de santé offerts dans la collectivité et de l'organisation du pouvoir dans la collectivité); et enfin, elle se trouve à constituer un point

d'accès idéal à la collectivité. Ainsi, dans une collectivité de la Nouvelle-Écosse, l'alliance locale a fourni de judicieux conseils sur certaines caractéristiques communautaires : elle a affirmé qu'il ne fallait pas cibler directement les gens à faible revenu; plutôt, elle est parti du principe qu'il fallait aborder la question des inégalités indirectement, éliminant ainsi le risque d'isoler encore plus un groupe déjà marginal de la collectivité.

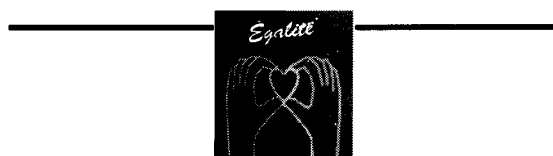
Quand il s'agit des inégalités en matière de santé cardio-vasculaire, un partenariat d'organisations de l'extérieur de la collectivité réunit les principaux intervenants du système de santé, qu'ils se situent à l'échelon national, régional ou local. De nombreux programmes et intervenants sont en jeu — hôpitaux, médecins et spécialistes, experts en nutrition, infirmières d'hygiène publique, programmes universitaires d'éducation permanente, thérapeutes divers et une foule d'associations bénévoles œuvrant dans des domaines liés à la santé, entre autres. Comme on peut s'y attendre, il n'est pas exclu que les organismes représentés par ces praticiens tentent d'empêcher toute intervention dans l'exercice de leurs fonctions professionnelles. Tout changement revendiqué de la façon dont les services sont fournis est susceptible de soulever une réaction chez les éléments concernés; au mieux, cette réaction sera prudente, au pire, elle sera franchement hostile. Weiss²³ commente en ces termes cet appel à une collaboration plus étroite entre les groupes de différents professionnels : «il est dans le meilleur intérêt du public et de l'organisme prestataire de services, mais il menace indirectement l'expertise professionnelle dans chaque spécialité». [traduction]

Tableau 3
Clarification des problèmes lorsqu'ils sont abordés par des partenariats²²

Préparation	Négociation et clarification du problème	Choix d'une orientation, mise en confiance, habilitation	Structure et fonctionnement	Évaluation
Une situation existant dans la collectivité est cernée...le «problème»	Les différences entre les organismes susceptibles de faire partie du partenariat se manifestent	Des ententes sont conclues	Le problème est attaqué	L'incidence sur le problème est évaluée
Le problème est général et vague				Le problème est précis et clair
Quelqu'un a l'impression qu'un problème existe	Plusieurs représentants d'organismes discutent de leur perception du problème	Des objectifs sont cernés qui facilitent la caractérisation du problème	Des activités et des projets donnent les détails précis du problème	Des activités et des projets sont passés en revue en tant qu' qu' éventuelles solutions réalisables au problème

Dans le cas de la santé cardio-vasculaire, le mouvement pour la mobilisation communautaire sera amorcé, selon toute vraisemblance, par un organe décisionnaire central — à savoir le gouvernement fédéral ou provincial. Un partenariat entre les groupes d'intérêt de ces échelons et la collectivité sera donc utile pour trouver des façons de mettre en œuvre les politiques à l'échelle locale. Au Cap-Breton par exemple, une initiative fédérale-provinciale fondée sur des données empiriques sur la forte incidence des facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires a abouti à la prise d'une action communautaire en matière de santé cardio-vasculaire. Dans les trois années qui ont suivi, un partenariat a été formé pour mettre en branle, progressivement, le processus de mobilisation communautaire. Les membres du partenariat apportent

différentes ressources à la collectivité, dont l'accès au financement, aux experts et aux dirigeants politiques et aux ressources matérielles. Le pilier du processus est l'élaboration d'un plan d'action qui repose sur les données avancées par la collectivité et qui est appuyé par les «dirigeants» clés de la collectivité. Dans un partenariat, les liens qui unissent les intervenants se resserrent chaque fois que ceux-ci franchissent ensemble un obstacle dans la planification du projet. Même si certains intervenants sont séparés par des distances considérables et souvent ne peuvent se consulter que par le biais de conférences téléphoniques, l'attention soutenue qu'ils portent à l'avancement du projet et à la solidité du partenariat est l'effet d'un effort à la fois réfléchi et conscient.



Les quatre étapes

La mobilisation communautaire dont il est question dans ce document se découpe en quatre étapes principales, chacune d'elle étant divisée en une série de tâches. Ces étapes sont l'introduction dans la collectivité, la détermination des mécanismes du changement, l'activation du processus de changement et la mise en œuvre des plans d'action. La description qui suit est fournie dans le but de servir de lignes directrices générales à l'intention des professionnels de la santé qui désirent promouvoir la responsabilité communautaire en matière de santé cardio-vasculaire en modifiant les politiques et les pratiques en vigueur à l'échelle locale. L'accent est mis sur le problème des inégalités en matière de santé cardio-vasculaire.

D'après les documents sur le sujet, la mobilisation et le développement communautaires présentent de nombreuses façons prometteuses d'amorcer un changement, chacune d'entre elles supposant des activités précises qui se sont déjà avérées efficaces. Il incombe à l'agent du changement communautaire de passer en revue ces méthodes et de choisir celle la plus susceptible de réussir compte tenu des circonstances locales. La mise à l'essai systématique des méthodes jusqu'à ce que l'on trouve la bonne donnera probablement de meilleurs résultats que la reprise d'une même méthode.

L'étape un : l'introduction dans la collectivité

Dans le cas de la santé cardio-vasculaire, étant donné la priorité accordée à l'échelle nationale à la réduction des inégalités en matière de santé cardio-vasculaire, l'initiative viendra sans doute de l'extérieur de la collectivité. L'introduction des agents du changement dans la collectivité sera vraisemblablement le résultat d'une action gouvernementale. Le problème qu'ils auront à surmonter, c'est que le processus de mobilisation communautaire préconise la *participation locale* et l'instauration d'une *direction communautaire* pour atteindre les objectifs fixés par la *collectivité*. Leur première tâche consiste donc à gagner l'appui de la collectivité. Le degré d'appui qui leur sera accordé par la collectivité dépendra de la clarté avec laquelle ils exposeront leurs intentions. Les agents du changement devront donc exposer clairement, à l'aide de différents médias, ce qu'est leur objectif, quel est le processus qui sera suivi et ce qui peut être attendu de la mobilisation communautaire dans le domaine de la santé cardio-vasculaire. L'introduction dans la collectivité est un processus systématique par lequel une démarche proposée finit par être bien comprise et acceptée par la population locale.

Parce que la décision d'inclure une collectivité dans la formulation et la mise en œuvre de son action

en matière de santé cardio-vasculaire est généralement prise à un niveau décisionnaire éloigné de la collectivité, il devra y avoir des négociations entre l'agent du changement et la collectivité quant aux rôles de chacun et au processus. Quoique l'inégalité en matière de santé cardio-vasculaire soit reconnue à l'échelle nationale en tant que problème qui a ses origines à l'échelon communautaire, il est peu vraisemblable qu'elle soit considérée à l'échelle locale comme un problème dont il faut s'occuper immédiatement. Souligner l'urgence d'une intervention aux yeux de la collectivité se résume en somme à acheminer le message des échelons supérieurs aux échelons inférieurs. Dans le cas de la santé cardio-vasculaire, des mesures ont été prises à l'échelle nationale pour faire ressortir les facteurs et les conditions qui augmentent le risque de maladies cardio-vasculaires. Parce que ces données n'ont pas encore atteint l'échelon communautaire, il y a un large fossé entre la prise d'une décision de politique et la mise en œuvre de cette décision à l'échelle locale. Entre les deux se trouve toute une série d'intervenants clés qui comprennent les conséquences de la politique et qui désirent mobiliser les forces de la collectivité pour amener celle-ci à changer sa façon d'aborder la question de la santé cardio-vasculaire. L'introduction dans la collectivité consiste donc à aligner l'action communautaire sur la politique avancée.

L'agent du changement peut combler le fossé qui sépare l'idée avancée de la collectivité ciblée en introduisant adroitement l'idée de changement dans les préoccupations déjà manifestées dans la collectivité, en particulier celles susceptibles d'entraîner une action concertée. Puisqu'il n'y aura pas de changement durable à moins que les membres de la collectivité acceptent cette idée, il importe énormément qu'ils en saisissent la pertinence. Si l'idée du changement vient «d'en haut» plutôt que de la collectivité, certains spécialistes du changement communautaire risquent de s'inquiéter. En revanche, toute polémique sur le bien-fondé d'adopter des idées de l'extérieur perd de son importance puisque au bout du compte, la collectivité n'accepte que les idées qu'elle perçoit comme pouvant lui être éventuellement bénéfiques.

Toute décision des responsables d'un programme provincial de santé cardio-vasculaire d'utiliser une approche de mobilisation communautaire doit d'abord être sanctionnée par les autorités du comté avant d'atteindre l'échelon communautaire. Tel étant le cas, l'agent du changement doit donc connaître à fond la

structure et le partage du pouvoir à l'échelon décisionnaire et dans la collectivité ciblée, puisqu'il y aura tout au long du processus des «gardiens» qui n'hésiteront pas à se manifester et à faire valoir leurs intérêts particuliers. L'introduction dans la collectivité ne se résume donc pas simplement à se renseigner sur la collectivité. Il faut aussi connaître les autorités, les organismes et les programmes qui s'interposent entre la prise d'une décision de politique et la mise à exécution de celle-ci dans la collectivité.

À cet égard, l'agent du changement a deux fonctions à remplir :

- juger de la mesure dans laquelle les dirigeants clés appuient l'idée que les citoyens trouvent eux-mêmes des solutions et les mettent en œuvre. Il est inutile d'aller de l'avant si le système recèle d'éventuels écueils. À titre d'exemple, la mobilisation communautaire peut constituer une menace pour les professionnels qui ont des spécialités à protéger, pour les bureaucrates qui ont des mandats à conserver ou pour les dirigeants qui ont des pouvoirs décisionnels à défendre.
- trouver des collectivités ayant déjà adopté une façon comparable d'aborder un changement. Les principaux repères sont les suivants : la collectivité a reconnu qu'il existait un problème devant être résolu, la collectivité a choisi les solutions employées, et l'ensemble du processus — de la définition du problème à la mise en œuvre des solutions — a constitué un apprentissage pour les membres de la collectivité. Il pourrait s'agir, par exemple, d'une initiative communautaire ayant abouti à la mise sur pied d'un programme de distribution de petits déjeuners ou à la création d'un réseau de transport fiable pour les habitants de régions éloignées. Ces exemples illustrent également les avantages, du point de vue instructif, que retirent du processus les citoyens qui ont reconnu l'existence d'un problème, ont pris des mesures en conséquence et ont réussi à améliorer la situation.

L'étape deux : la détermination des mécanismes de changement

Dans la mesure où le but de la mobilisation communautaire est d'aider les citoyens et les collectivités à prendre en main les circonstances qui agissent sur leur santé, il faut que ceux-ci aient accès aux ressources pour ce faire et soient à même de les exploiter. Dans certaines collectivités, les ressources sont abondantes et la population est largement en mesure d'en tirer parti. En revanche, dans d'autres collectivités, les ressources et la capacité de la population de s'en servir sont limitées. Les agents du changement et les organismes qui les

Pour que les citoyens puissent prendre en main les circonstances qui agissent sur leur santé, il faut qu'ils aient accès aux ressources pour ce faire et soient à même de les exploiter

appuient doivent accorder une attention particulière à ce phénomène et l'envisager sous (au moins) quatre aspects : l'origine de la politique, les recoupements entre les programmes des organismes de services concernés, le point d'intervention des organismes locaux et le moment où les membres de la collectivité ciblée décident de leur rôle.

Manifestement, la mobilisation communautaire exige que la politique régissant le programme soit souple. En revanche, parce que les ressources et les capacités locales varient, les plans, coûts et résultats peuvent s'avérer difficiles à prévoir, ce qui est particulièrement éprouvant pour les organismes dont les obligations de rendre compte en matière d'administration de programmes sont très strictes. De façon générale, lorsqu'un programme est établi en vertu d'une politique gouvernementale, il est assorti de mesures prévenant l'emploi à mauvais escient de fonds publics : des structures réglementaires, des conditions de financement clairement posées et une structure hiérarchique rigoureuse. Une des difficultés inhérentes de l'approche qui mise sur la mobilisation communautaire consiste à trouver des moyens de maintenir l'obligation de rendre compte tout en conservant assez de souplesse pour obtenir un appui local ferme à l'égard des activités entreprises dans le cadre du programme.

Alors qu'une organisation arrivera à trouver la mesure de souplesse nécessaire dans ses programmes, d'autres ne suivront pas forcément son exemple. Les mandats et les programmes de nombreux organismes ont trait à l'inégalité en matière de santé cardio-vasculaire. Ces organismes doivent être prêts à modifier leurs modes de prestation de services de santé pour que la collectivité puisse profiter de nombreux types de ressources alors qu'elle tente de changer les circonstances qui agissent sur la santé cardio-vasculaire des gens qui la constituent. C'est pour cette raison qu'il est si important de forger des partenariats entre les organismes concernés. Nombre de groupes d'intérêt se trouvent confrontés aux mêmes problèmes épineux — par exemple, la résistance inévitable qui se manifeste lorsqu'on tente de convaincre les spécialistes de changer leurs méthodes de travail. Grâce aux échanges que permet le partenariat lorsque chaque groupe tient à l'intégrité de son rôle, les groupes finissent généralement par s'entendre sur la fusion des services professionnels, compte tenu de l'objectif commun d'adopter une approche intégrée et progressive à l'égard du changement. Le processus est cependant lent. Comme on l'a mentionné précédemment, à l'échelon local, une collaboration comparable doit exister entre les organismes prestataires de services qui influent sur l'égalité en matière de santé cardio-vasculaire. Tous les organismes qui interviennent directement auprès de la collectivité peuvent éventuellement jouer un rôle dans le «démarrage» du processus de développement, et pourraient fort bien être membres du comité directeur du projet.

Le succès à l'échelon décisionnaire central, à celui de l'organisme régional et à celui de l'association locale contribue à raffermir le sentiment de propriété de la collectivité à l'égard du projet. La collectivité peut alors décider de l'orientation qu'elle souhaite, compte tenu des paramètres généraux du programme. L'évolution et les caractéristiques de la collectivité détermineront la forme ultime et la nature des activités de l'organisme. Il s'agit là d'une exigence née du développement, qui ne signifie pas que les organismes perdront droit de regard sur leur mission. Au contraire, la collaboration peut même les aider à atteindre leurs objectifs respectifs.

La détermination des mécanismes du changement suppose plusieurs tâches, notamment :

- *Prévoir des mécanismes souples pour mesurer l'efficacité des programmes à l'échelon décisionnaire.* Ces mécanismes doivent permettre aux collectivités de choisir les activités qui conviennent le mieux à leur situation particulière (par exemple, lorsque le palier communautaire décide de déployer des efforts pour augmenter ses revenus, cette décision peut être aussi valable que celle d'instaurer un programme de nutrition).
- *Négocier avec les organismes dont les buts et les programmes ont une incidence sur la situation socio-environnementale de la collectivité.* À cet égard, il est utile d'établir un partenariat d'organismes aux fins de coparrainage de programmes ainsi qu'un mécanisme de collaboration destiné à stimuler le développement conjoint à l'échelle communautaire.
- *Aider la collectivité à trouver la structure d'organisation qu'il lui faut pour mettre à exécution ses décisions et modérer l'ensemble du processus.* Des négociations entre la collectivité et l'organisme à l'origine du programme s'imposeront. Cet organisme, du moins au début, sera plus représentatif des intérêts de «l'extérieur» que de ceux de l'intérieur. Il faut aussi tenir compte du fait que les collectivités plus pauvres n'ont qu'un accès limité aux ressources, ce qui pose un problème dans la mesure où l'objectif visé est la mobilisation communautaire. Un appui communautaire insuffisant entraîne forcément la nécessité de chercher des ressources à l'extérieur de la collectivité, mais toute aide extérieure est forcément assortie de mesures de contrôle. Les renseignements sur le sujet abondent dans le sens de l'affirmation de Hunter et Staggeborg²⁴ : «plus le financement extérieur est faible, plus la mesure de contrôle exercé sur les activités organisées à l'échelle locale l'est aussi; plus le financement extérieur est important, plus la mesure de contrôle exercé est forte» [traduction].
- *Assurer la formation des membres du groupe de démarrage local et, plus tard, de ceux qui décident des politiques de l'organisation locale et les administrent.* Il est important que les buts et les plans soient clairs et que les compétences nécessaires pour arriver aux fins voulues existent.

L'étape trois : l'activation du processus de changement

Idéalement, la mobilisation communautaire réussit à opérer une transformation qui améliore la capacité de la collectivité de modifier les circonstances qui agissent sur le bien-être de ses membres. Comme on l'a déjà signalé, le besoin de réagir aux facteurs qui déterminent la santé cardio-vasculaire, ainsi que le pouvoir d'agir, peuvent suffire à amorcer une action communautaire. Il faut faire preuve de circonspection pour mettre de l'avant des politiques visant à aider les citoyens à prendre des mesures pour résoudre les problèmes les plus urgents auxquels ils sont confrontés. La mobilisation communautaire vise à inciter les personnes et les organismes œuvrant dans des secteurs connexes de la collectivité à former des partenariats pour veiller à *leurs* intérêts et permettre à la collectivité de prendre en main *ses* intérêts. Grâce au processus de mobilisation, la collectivité peut atteindre les buts qui servent ses intérêts et, en fin de compte, ceux de l'ensemble de la société.

La plupart des professionnels du domaine des services sociaux ne souscrivent pas au principe de la mobilisation communautaire. Dans sa polémique sur le contenu par rapport au symbole dans la réforme administrative, Weiss²⁵ mentionne certaines des raisons qui poussent ces professionnels à s'opposer aux mesures d'intégration et de coordination des services. L'auteur, affirmant que les prestataires de services sont les plus touchés par une réforme systémique intégrale, pose qu'en raison de leur formation et de leur expérience, ceux-ci se perçoivent comme garants de la qualité de la gestion et de la prestation de services, de sorte qu'ils considèrent comme suspects les changements que veulent leur imposer des gens qui n'ont pas une expérience comparable à la leur.

Le besoin d'harmoniser les services n'est pas le seul facteur qui éveille la réticence des professionnels. Ceux-ci perçoivent souvent le développement communautaire et, partant la mobilisation communautaire, comme des méthodes non interventionnistes qui se fondent surtout sur de vagues sentiments émanant de la collectivité quant à l'orientation à suivre. Bien qu'elle soit sans fondement, cette croyance renforce sans doute la méfiance instinctive des professionnels à l'égard de la mobilisation communautaire.

Deux caractéristiques de la mobilisation communautaire semblent contradictoires : il s'agit, d'une part, de l'importance qu'elle attache à la résolution de la

collectivité contre la dépendance de celle-ci sur une aide extérieure considérable et, d'autre part, de la responsabilité qu'elle place sur la collectivité de décider des mesures à prendre contre sa structure rigoureuse de planification et d'organisation obligatoires. La contradiction s'estompe lorsqu'on comprend que l'effet conjugué d'une dépendance apprise et de l'insuffisance des ressources a rendu certaines collectivités plus ou moins incapables de décider de la façon d'améliorer leur situation. Il leur faut faire appel à une aide extérieure et établir un processus systématique pour réduire cette dépendance et parvenir à l'auto-détermination collective. En faisant repasser le contrôle de la verticale (l'extérieur)

à l'horizontale (la collectivité), la mobilisation communautaire permet d'améliorer l'efficacité des programmes communautaires.

Pour multiplier les occasions d'intervention locale, il faut composer avec les structures en place. Selon toute vraisemblance, il y aura déjà dans les collectivités des organismes clés qui s'intéressent aux facteurs de santé cardio-vasculaire qui importent à la collectivité. La création d'une coalition permet à ces groupes d'amorcer un changement fondé sur la mobilisation communautaire. Une fois qu'un comité directeur est constitué et actif, l'exécution des tâches décrites ci-après stimulera l'avènement du changement.

- *Cerner le but de l'initiative.* On peut supposer qu'aucune collectivité ne mettra en branle un

processus de changement à moins que ses membres n'aient une préoccupation commune quelconque. Sauf que la nature même de cette préoccupation peut être imprécise. Par exemple, les gens peuvent avoir des inquiétudes différentes toutes causées par le coût élevé des aliments nourrissants. Il incombe donc à l'agent du changement d'aider la collectivité à dégager le problème et à l'exposer afin que tous le comprennent de la même façon.

- *Créer une structure formelle pour aborder le problème.* Une fois que tous ont bien saisi les principales données du problème, il faut créer une structure formelle pour étayer le processus de recherche, de planification et de mise en œuvre. L'objectif de cette démarche est de donner à la collectivité toutes les chances de saisir l'ampleur de la tâche qu'elle s'est donnée et d'envisager ce qu'elle peut faire pour surmonter les obstacles qui se présentent. Pour mettre au point des plans et des mesures pour surmonter les obstacles (qui sont souvent ancrés dans les modes de fonctionnement traditionnels), il faut du temps, de l'inspiration et une direction

***L'effet conjugué
d'une dépendance
apprise et de
l'insuffisance
des ressources
a rendu certaines
collectivités plus
ou moins incapables
de décider de la
façon d'améliorer
leur situation***

éclairée. Idéalement, l'organisation responsable du changement pourra embaucher au moins un employé salarié à plein temps pour prendre l'initiative du processus.

- *S'astreindre à un programme rigoureux de collecte de données.* L'information est un pouvoir dans une collectivité qui veut changer. Pourtant, il est parfois difficile de trouver et de diffuser de l'information dans les collectivités où les revenus sont modestes et où le niveau de scolarité est bas. Il n'en reste pas moins que l'on peut aider les habitants de telles collectivités à recueillir, à analyser et à présenter des données pour faire état de la nécessité d'un changement. Justement, l'aide fournie aux citoyens à ces égards constitue en soi une expérience d'apprentissage; en tant que tel, ce processus peut constituer un puissant mécanisme de changement.

- *Créer des groupes de travail.* Alors que la collectivité assimile les données recueillies en son sein et que l'organisme précise le plan de changement, on peut former des groupes de travail qui s'occuperont de divers sous-projets. Par exemple, dans le cadre d'un projet destiné à rendre plus accessibles les aliments sains à un prix abordable, on pourrait envisager la possibilité de faire coïncider les «aubaines» dans les supermarchés avec les dates du versement des prestations d'aide sociale. Un groupe de travail pourrait donc être chargé de recueillir le point de vue des détaillants en alimentation sur la façon d'améliorer l'accès de la population à des aliments plus sains. Les groupes de travail jouent un rôle capital dans le processus de développement. Le travail qu'ils font est très exigeant sur le plan technique et influe directement sur le succès du projet dans son ensemble. À ce titre, ce travail constitue une excellente occasion de parfaire les compétences en planification, en gestion et en communication qui existent dans la collectivité.

L'étape quatre : la mise en œuvre des plans d'action

Le moyen le plus sûr de perpétuer les actes posés est de disposer d'un plan bien assimilé que la collectivité appuie fermement. Le plan rend compte de l'orientation à suivre, constitue le point de liaison des échanges et fait office de barème pour mesurer les succès et les échecs. Dans une démarche de mobilisation communautaire, le plan repose sur la participation qui suppose un contrôle et un engagement communautaires plus poussés que dans le cas d'un processus de consultation. La participation suppose négociation et compromis, tandis que la consultation dépasse rarement l'échange de vues qui peuvent très bien ne pas être reprises dans le plan éventuel.

D'aucuns affirment que la planification est un luxe que seuls peuvent se permettre ceux qui disposent de ressources abondantes et assurées. Pour les membres des classes socio-économiques inférieures, où les facteurs de risque abondent, la planification est un processus lent et délibéré qui suppose un apprentissage complet doublé de l'assurance d'un appui ferme. En revanche, les gens qui se trouvent dans des circonstances risquées ne sont pas livrés à eux-mêmes pour la planification. Ils peuvent compter sur le concours d'organismes et d'organisations dont les services se transformeront en ressources après que le plan aura été formulé. Le plan devient alors le pivot de l'action communautaire. Il marque le point de départ d'une évolution dynamique que Rifkin décrit en ces termes :

«La participation communautaire semble être un processus dynamique en évolution constante... les planificateurs devraient considérer la participation de la collectivité comme une démarche dynamique et non statique, qui devrait conserver sa souplesse puisque les gens et les objectifs changent²⁶.» [traduction]

Le plan d'action indique ce qui doit être fait, par qui et quand, en plus d'identifier des indicateurs de succès. Pour mettre un plan à exécution, il faut :

- *Veiller à ce que l'ensemble de la collectivité ait connaissance du plan.* Même s'il est probablement irréaliste de s'attendre que tous les membres de la collectivité participent à la formulation du plan, il n'en demeure pas moins que tous devraient en connaître les objectifs et les moyens envisagés pour les atteindre. Le processus de changement n'en est alors que plus largement appuyé. Aussi, si la population s'identifie aux efforts déployés, si elle tire une certaine satisfaction des résultats obtenus (lorsqu'ils se concrétisent), la fierté communautaire s'en trouve rehaussée.

- *Décider de la façon de réunir les ressources nécessaires pour atteindre les différents objectifs énoncés dans le plan.* À ce stade, on réunit toutes les ressources possibles pour appuyer l'action communautaire, ce qui comprend les organismes prestataires de services, les médias, les intervenants influents de l'extérieur de la collectivité et des amis de tous les milieux.

- *Faire connaître les réalisations.* Dans la mesure où l'initiative est venue de l'échelon politique, éloigné de la collectivité, et que différents organismes y ont collaboré dans l'intervalle, il convient donc de rendre compte des réalisations pour souligner les efforts des décideurs, des partenariats et des comités directeurs, sans compter que les bonnes nouvelles enflamment l'enthousiasme dans la collectivité.



La formation et les systèmes techniques

D'assimiler ce qui doit être fait pour améliorer la santé cardio-vasculaire par la mobilisation communautaire constitue déjà un défi de taille, non seulement en raison de la diversité des groupes en cause, mais aussi en raison de la gamme des troubles cardiaques dont il faut venir à bout. Outre ces difficultés, il y a le besoin d'acquérir des compétences diverses (ou de veiller à ce qu'elles soient acquises) pour que la réduction des inégalités en matière de santé cardio-vasculaire par le biais de la mobilisation communautaire réussisse. Le fossé entre la compréhension intellectuelle de ce qui doit être fait et le fait d'être en mesure d'opérer un changement peut être comparé à l'écart entre l'acquisition de connaissances par l'éducation et la maîtrise d'habiletés que procure la formation pratique. L'une et l'autre exigent des méthodes pédagogiques distinctes. L'éducation relève du domaine cognitif et fait intervenir la sensibilisation, la compréhension, l'application, l'évaluation et la synthèse. La formation pratique va un peu plus loin : elle suppose un processus psychomoteur et une période d'apprentissage pour que les aptitudes visées soient maîtrisées.

L'éducation et la formation doivent constituer un élément capital de toute initiative de mobilisation communautaire entreprise dans le domaine de la santé cardio-vasculaire : elles doivent être imparties à ceux qui édifient les nouvelles structures organisationnelles (p. ex., dans les partenariats sur les plans horizontal et vertical), à ceux qui participent à la conception de moyens et de systèmes de soutien pour mobiliser la collectivité, et à ceux qui doivent être bien versés dans les questions de santé, les politiques et les programmes.

L'examen des étapes et des tâches liées au processus de changement par la mobilisation communautaire qui a été fait auparavant a fait ressortir les domaines dans lesquels des initiatives d'éducation et de formation pourraient s'avérer nécessaires. Par exemple, une des tâches devant survenir à l'étape de *l'introduction dans la collectivité* est de juger de la mesure dans laquelle les dirigeants clés appuient l'idée que les citoyens doivent trouver eux-mêmes des solutions et les mettre en œuvre. Avant de déployer des efforts de formation, il faut décider qui doit se charger de recueillir l'information nécessaire, auprès de qui, dans quelles circonstances, et jusqu'à quel degré. Les réponses à ces questions influent tant sur le processus

(qu'il soit formel ou informel) que sur le contenu des activités de formation.

À l'étape du *changement communautaire*, il faut négocier avec les organismes dont les buts et les programmes ont une incidence sur la situation socio-environnementale de la collectivité. Comme dans l'exemple précédent, les questions devant être abordées avant d'entreprendre les activités de formation sont capitales parce que la nature et la portée de ces activités dépendent des réponses données aux questions. Dans ce cas-ci, les questions à poser sont les suivantes : qui doit négocier avec les organismes, et quels sont les résultats escomptés? Ces courts exemples illustrent comment les différentes tâches associées aux étapes du processus de changement sont utiles pour cerner la nature des connaissances et des aptitudes nécessaires, et donc le contenu des activités d'éducation ou de formation.

«Il n'existe pas ici de modèle général de processus de renforcement applicable à toutes les communautés pour l'ECDS» (engagement communautaire en faveur du développement sanitaire). C'est du moins ce qu'affirme un Groupe d'Étude de l'OMS dans son rapport sur la question paru en 1991²⁷. Le rapport souligne certains points à respecter, qui sont repris ci-dessous.

- *Avant toute activité pédagogique il faut, pour éviter les doubles emplois, évaluer et analyser le niveau des connaissances et compétences de la communauté en matière de développement sanitaire.*
- *C'est un principe de base qu'une formation doit toujours partir d'éléments déjà connus, et les mettre à profit, sans chercher à les remplacer par des éléments nouveaux éventuellement sans rapport avec la question.*
- *Le rôle revenant aux membres de la communauté dans l'ECDS est un point fondamental, conditionnant directement la formation puisque bien évidemment les connaissances et compétences à acquérir varieront avec les rôles.*
- *Les communautés elles-mêmes doivent participer à la détermination du contenu des activités de formation, étant les seules à pouvoir en apprécier réellement la pertinence.»*

Conforme aux grands principes de l'éducation permanente, cette liste de points à considérer en matière

d'éducation et de formation donne à penser que les activités de formation pourraient inclure un apprentissage structuré par l'expérience qui serait distinct de la formation en classe. De toute façon, tant les professionnels que les autres membres de la collectivité devront acquérir de nouvelles aptitudes (et disposer des occasions de le faire), que cette formation se fasse en classe ou sur le tas.

«Au sens le plus général, le développement communautaire relève du domaine de l'éducation. Il s'agit d'un processus qui associe les membres de la collectivité, les dirigeants civiques et des experts à l'apprentissage de ce qui doit être fait pour provoquer des changements qui sont nécessaires, voulus et déterminants dans les milieux social et biophysique²⁸.» [traduction]

Professionnels de la santé

«Une évolution profonde est en voie de se produire au sein de notre société... Sur le plan social, elle prend la forme du recours au développement communautaire pour aborder les problèmes de santé et d'une fortification des structures de médiation dans la collectivité... Cette nouvelle société en formation réserve de nombreux rôles aux professionnels de la santé, notamment comme instruments de l'avènement de la transformation²⁹.» [traduction]

Pour changer le pivot du système de soins de santé axé sur le traitement de la prévention de la maladie à la promotion de la santé, de nombreux professionnels de la santé devront fondamentalement changer leur façon de voir les choses. Conformément au modèle médical, la formation reçue jusqu'à présent par la plupart des professionnels de la santé a été à vocation curative. Pour assumer le nouveau rôle qui leur est échu, c'est-à-dire de conférer aux gens les moyens de prendre en main leur santé, les professionnels de la santé doivent assimiler de nouvelles connaissances et aptitudes. Notamment, ils peuvent devoir :

- comprendre les rapports complexes qui relient les déterminants de la santé dans les collectivités;
- faire avancer le processus d'introduction dans la collectivité;
- communiquer clairement avec des gens dont la culture d'origine, le niveau de scolarité et l'expérience varient;
- reconnaître les occasions de mobiliser les collectivités pour qu'elles agissent sur les questions liées à la santé;
- assurer une direction sur laquelle la collectivité peut compter, mais qui n'est pas un contrôle;
- collaborer avec les gens spécialisés dans d'autres domaines et œuvrant dans d'autres secteurs;
- concevoir des initiatives de santé communautaire qui prévoient l'intervention des citoyens à toutes les étapes de l'élaboration de programmes;

- évaluer le processus et l'issue des programmes communautaires et, en particulier, avoir recours à des méthodes participationnistes d'évaluation.

De plus, pour que ces nouvelles connaissances et aptitudes puissent être mises à contribution, les professionnels de la santé devront faire preuve d'ouverture d'esprit, de persévérance, de respect mutuel et d'une capacité d'admettre l'ambiguïté au fur et à mesure que les données du problème se précisent.

Le rôle des professionnels de la santé qui souscrivent à la mobilisation communautaire changera non seulement à l'échelle de la collectivité, mais aussi au cœur même de la profession. Le Groupe d'Étude de l'OMS perçoit ainsi ce changement : «Comme le système de santé doit réagir en fonction de la communauté, il faut que médecins et infirmiers possèdent également les compétences qui leur permettront d'influer sur leur propre système³⁰. Le rapport du Groupe d'Étude fait également mention des changements devant être apportés à la formation de base, au niveau universitaire, que suivent les professionnels de la santé afin de refléter le processus de changement infléchi vers la collectivité. Notamment, les praticiens doivent pouvoir entretenir un échange soutenu avec les collectivités, aider la collectivité à cerner ses besoins et ses droits prioritaires et impartir à la collectivité les moyens de donner suite aux actions convenues, donc parfois exercer des pressions sur les systèmes afin qu'ils fournissent des services³¹.

Particuliers et dirigeants civiques

«La santé est une question qui devrait importer à tous... Il est évident que l'éducation permanente est une intervention déterminante pour sensibiliser le public, l'informer et l'inciter à agir; à ce titre donc, l'éducation permanente a un rôle important à jouer dans l'édification d'un système de santé primaire et dans le maintien de ce mouvement comme souffle du système de santé³².» [traduction]

Le processus de mobilisation communautaire n'est rien s'il n'est un processus d'apprentissage. Les gens ne pourront prendre en main les circonstances qui influent sur leur santé qu'en acquérant les connaissances et les aptitudes nécessaires.

Une des plus lourdes responsabilités incombant aux praticiens qui souscrivent à la mobilisation communautaire est sans doute d'avoir à veiller à ce que les membres de la collectivité qui acceptent de s'occuper de tâches — comme la collecte des données, la planification, la communication, la résolution de problèmes et le processus collectif — bénéficient de la formation dont ils ont besoin pour mener celles-ci à bien. Après tout, il s'agit là de l'intérêt même des efforts déployés : conférer aux collectivités le pouvoir de modifier les conditions de risque qui les empêchent

d'accéder à un mode de vie sain. C'est lorsque les membres de la collectivité mettent en pratique les aptitudes *qu'ils* jugent essentielles pour accomplir les tâches *qu'ils* estiment nécessaires que l'apprentissage se fait.

«(La santé pour tous) ne peut advenir sans une intervention dynamique. Or, la participation est la conséquence directe d'une sensibilisation intelligente, dans la mesure où les gens ne tendent pas à réaliser ce dans quoi ils ne s'engagent pas et ils ne s'engagent pas à moins d'être bien informés et motivés, la participation n'étant pas seulement un processus d'engagement physique, mais aussi mental³³.»
[traduction]

Ceux qui reconnaissent l'importance d'opérer un changement par le biais du développement communautaire et, par voie de conséquence, par le perfectionnement des ressources humaines, reconnaissent aussi le besoin d'assurer une formation pertinente pour appuyer le processus. Cette nécessité ne peut d'ailleurs être satisfaite par la prestation routinière de quelques cours. La formation doit être adaptée selon la tâche à effectuer et selon les divers éléments de cette tâche. (Ainsi la formation en vue de la collecte de données portera, par exemple, sur les procédures d'entrevue, l'analyse et la présentation de résultats.) La formation doit prendre la forme d'un programme judicieusement organisé et donné au moment et à l'endroit qui conviennent le mieux à l'apprenant.

Toujours à l'échelle locale, il faut veiller à ce que la collectivité toute entière soit au courant du plan de changement. Les personnes devant y veiller doivent donc être capables de présenter de l'information d'une façon qui ouvre la voie à la clarification et à la modification et qui suscite l'engagement communautaire. D'être capable d'aider des petits groupes à comprendre, à discuter et à modifier un plan est important non seulement pour l'ensemble du processus de changement, mais aussi du point de vue du perfectionnement individuel du bénévole communautaire. La formation portera à la fois sur des aspects théoriques et pratiques. Alors que quelques heures suffiront à certains bénévoles pour tout assimiler, d'autres auront peut-être besoin de beaucoup plus de temps. Ces différences de besoins, de temps et de cadres de formation appropriés sont des préoccupations routinières dans le domaine de l'éducation permanente.

La formation pourra être donnée par d'autres

bénévoles communautaires ou par des enseignants aux adultes professionnels. Les cours pourront se dérouler dans des établissements d'enseignement locaux ou se limiter à un apprentissage en milieu pratique. Les collectivités varient au même titre que les apprenants. Qui dit formation dit qu'il faut composer avec ces différences. Suffit-il donc de réitérer que les besoins en matière de perfectionnement des aptitudes dans les collectivités devront être satisfaits avant que celles-ci puissent prendre en main dans une mesure plus ou moins soutenue les circonstances qui provoquent des inégalités en matière de santé cardio-vasculaire.

Un aspect pratique important que ne doivent pas négliger ceux qui désirent instaurer un processus de mobilisation communautaire est de souligner qui devrait être responsable de veiller à ce que les participants communautaires suivent la formation nécessaire. Idéalement, le fait pour les collectivités de prendre en main les circonstances qui déterminent leur sort finira par entrer dans leur culture; en attendant, il faut que les agents du changement puissent renvoyer tous leurs besoins en matière de formation à une source précise. Les établissements officiels comme les écoles, les collèges et les universités sont les endroits les plus évidents où s'adresser pour tenter d'obtenir une aide en matière de formation. Les cours conçus pour les jeunes peuvent

souvent être modifiés pour satisfaire les besoins pratiques des adultes qui interviennent directement dans les efforts que déploie la collectivité pour changer.

Il n'en reste pas moins que les ressources en matière de formation que possède une collectivité sont souvent bien plus riches qu'on ne le pense de prime abord. Des initiatives en cours où des gens ont recours à des méthodes infléchies vers le groupe pour instaurer un changement dans la collectivité — que Michael Felix appelle «foyers d'apprentissage» — sont en fait autant de cadres de formation informels où les citoyens peuvent mettre en pratique la mobilisation communautaire sous l'égide de praticiens ayant une certaine expérience à cet égard.

Ce besoin de formation constitue une occasion pour les établissements d'apprentissage de la collectivité. Malheureusement, il existe des établissements, par exemple ceux qui se consacrent à offrir des programmes d'apprentissage formels aux jeunes, qu'il faudra aiguillonner pour qu'ils acceptent de revoir leurs méthodes actuelles. L'égalité en matière de santé cardio-vasculaire procure les moyens d'incitation nécessaires.

***Les ressources
en matière
de formation
que possède
une collectivité
sont souvent
bien plus riches
qu'on ne le pense
de prime abord***



Les occasions et les défis

La «santé cardio-vasculaire pour tous» constitue une *occasion décisive pour la société de reconnaître et d'aborder de front les grands facteurs socio-environnementaux qui agissent sur la santé*. Lorsqu'il est question d'inégalité en matière de santé cardio-vasculaire, on entend que les différents groupes qui constituent une population n'ont pas une chance égale d'accès à la santé cardio-vasculaire. En règle générale, les membres désavantagés d'une société n'ont pas les moyens de changer les circonstances difficiles dans lesquelles ils vivent à moins de prendre une action collective quelconque susceptible de libérer les ressources qui peuvent servir leurs intérêts. Dans la mesure où la santé cardio-vasculaire n'est qu'un des nombreux aspects de la santé qui subit l'influence du milieu socio-environnemental, l'initiative en matière de santé cardio-vasculaire pourrait constituer une source de précieuses leçons sur la façon dont les gens qui sont défavorisés sur le plan socio-économique peuvent s'y prendre pour améliorer leur situation de sorte à jouir d'une meilleure santé.

Il faut aussi *trouver un processus qui contre effectivement les circonstances socio-environnementales difficiles*, ce qui constitue également un défi de taille. Ceux qui sont victimes d'iniquités doivent prendre en main leur situation en trouvant des façons de lutter contre ces circonstances qui les désavantagent et en y donnant suite. Il faut donc trouver un processus qui permette aux personnes désavantagées d'extraire les ressources dont elles ont besoin et de s'en servir pour arriver à leurs fins. D'aucuns pourraient affirmer qu'en limitant à la santé cardio-vasculaire le champ d'inégalité visé, on limite par le fait même la liberté de la collectivité à reconnaître et à entreprendre de modifier une gamme aussi vaste que possible de circonstances socio-environnementales. La politique et la structure de financement touchant la santé cardio-vasculaire peuvent exclure la prise de mesures pour changer les facteurs plus généraux qui influent sur la santé — par exemple, le revenu ou le logement. Il n'en reste pas moins qu'en

faisant fond sur les principes et les méthodes de développement communautaire, même dans un contexte limité, il est possible de changer certains des facteurs clés qui agissent sur la santé (comme l'accès à des aliments nourrissants). On peut avancer le même argument pour justifier le recours à la mobilisation communautaire plutôt qu'au développement communautaire «plus pur». La mobilisation communautaire employée pour réduire les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire constitue une *occasion d'habiliter les gens* en ce qu'elle constitue une stratégie de promotion de la santé qui vise avant tout à conférer aux gens les moyens d'apprendre comment surmonter les obstacles à la santé. Les aptitudes sociales et politiques acquises durant le processus, en plus de rehausser la confiance et l'estime individuelle des apprenants, peuvent être mises à contribution dans d'autres domaines d'action dont certains n'ont pour ainsi dire rien à voir avec le domaine de la santé cardio-vasculaire.

La mobilisation communautaire employée pour réduire les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire permet à la fois *d'établir des rôles de collaboration et d'exploiter efficacement les chaînes de collaboration*. Il faut qu'il y ait collaboration sur l'axe vertical, où se situent les groupes clés chargés de politiques et de programmes qui influent sur la façon dont les programmes se déroulent à l'échelle communautaire, ainsi que sur l'axe horizontal, où se situent les groupes responsables de politiques et de programmes dont les efforts sont ressentis directement par la collectivité. Sur l'axe vertical, on retrouve notamment des organismes gouvernementaux ou bénévoles clés qui œuvrent à l'échelle nationale et régionale, tandis que sur l'axe horizontal sont regroupés, outre des organismes qui œuvrent directement dans le domaine de la santé, les nombreux organismes et groupes dont les programmes facilitent ou entravent l'accès aux ressources pour la collectivité. De tenter d'établir des rapports de soutien entre les divers

***La mobilisation
communautaire
employée pour
réduire les
inégalités en
matière de santé
cardio-vasculaire
constitue une
occasion d'habiliter
les gens***

groupes, qui parfois se font concurrence entre eux, peut prendre énormément de temps et souvent s'avérer frustrant. Malgré cela, pour qu'un changement puisse être opéré par le biais de la mobilisation communautaire, il est critique que des partenariats de soutien solides existent sur les deux axes.

Il est *impératif que les organismes qui ouvrent la marche dans le domaine de la santé comprennent que les coalitions ne supplantent pas leur mandat*. Lorsque différents groupes collaborent en vue de fournir des ressources dans le cadre d'initiatives communautaires, il y aura inévitablement des conflits entre leurs intérêts et leurs valeurs et le compromis sera de rigueur. Par exemple, un organisme qui a pour politique de «sensibiliser le public» en distribuant des imprimés subira les pressions exercées par un organisme d'alphabétisation qui lui enjoindra de trouver des façons de rejoindre les gens qui ne lisent pas couramment. Des pressions diverses peuvent amener les organismes de tête à craindre que leur autorité et leur mandat ne soient mis en doute, à un tel point qu'il peut parfois arriver qu'ils aient recours à des mesures qui provoqueront la dégradation de la coalition.

Lorsque des organismes s'unissent pour appuyer le processus de mobilisation communautaire, ils créent des *occasions pour la collectivité d'accéder à de nouvelles ressources*, servant ainsi à la fois les intérêts de la collectivité et ceux de l'organisme. La coalition ouvre l'accès à des ressources auxquelles la collectivité n'aurait autrement pas accès ou dont elle ignorerait l'existence. Par exemple, un organisme d'alphabétisation disposant de ressources bénévoles limitées risque de demeurer essentiellement inconnu tant qu'un des membres de la coalition n'aura pas remarqué que des services d'alphabétisation sont nécessaires et aura avancé de l'information sur l'obtention de tels services. Inversement, l'organisme d'alphabétisation pourra trouver qu'en tant que membre de la coalition, il a accès à des ressources municipales qui enrichissent les services qu'il offre. De par leur nature, les coalitions sont une mise en commun de ressources; elles constituent également d'excellentes voies pour les collectivités d'accéder à des ressources supplémentaires. Qu'il s'agisse des organismes ou de la collectivité, la tâche à accomplir demeure la même : *réaffecter les ressources existantes et en trouver de nouvelles*.

La mobilisation communautaire employée dans le domaine de la santé *ouvre la voie au dépistage, au recrutement et à la formation de nouveaux meneurs dans le domaine*. Une telle occasion découle naturellement d'une méthode systématique, conçue par

et pour la collectivité, pour changer les circonstances qui vont à l'encontre de la santé cardio-vasculaire. Prenons l'exemple de parents qui auraient besoin d'apprendre de meilleures méthodes pour fournir des aliments sains en quantité suffisante à leur famille. Il peut y avoir au sein de la collectivité des gens qui sont prêts à aider leurs voisins en qualité de formateurs, ce qui suppose bien plus que de simplement faire office de spécialiste sur un sujet donné. En effet, la personne qui exerce la fonction de formateur doit mener les autres, les motiver, composer avec les circonstances de chacun, et se montrer ouvert à l'égard des autres besoins de formation présents dans la collectivité. Le processus par lequel on devient meneur dans le domaine de la santé s'inscrit dans le cadre du processus qui permet de s'affirmer comme leader dans la collectivité.

La mobilisation communautaire somme les organismes communautaires établis — dont les établissements d'enseignement — de modifier leur rôle afin qu'ils aident la collectivité dans sa quête de moyens pour renverser les circonstances socio-environnementales néfastes qui entravent son progrès. *Dans le cadre du processus de mobilisation communautaire, les établissements d'enseignement doivent donc en venir à assumer un rôle de formateur*. On a déjà fait allusion à ce rôle précédemment, lorsqu'il a été question du besoin «d'adapter» la formation selon les antécédents des apprenants, la ou les aptitudes devant être assimilées et les ressources dont on dispose — c'est-à-dire du temps que peuvent consacrer les apprenants à la formation et du bien-fondé des cadres de formation. Même si ces préoccupations liées aux besoins, au temps et aux cadres de formation sont routinières dans le domaine de l'éducation permanente, elles posent un problème particulier pour les établissements d'enseignement établis.

Pour réduire les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire au Canada, il faut donner aux Canadiens les moyens de prendre en main les conditions de risque qui les empêchent de mener une vie saine. Les difficultés à surmonter sont nombreuses et ne se limitent pas à celles dont il a été question ici. En revanche, les professionnels de la santé, les décideurs des secteurs privé et public ainsi qu'une foule de dirigeants civiques et de bénévoles ont tous à leur disposition des moyens de stimuler l'avènement d'un changement capital — d'un changement qui dépassera la réduction des inégalités en matière de santé cardio-vasculaire et qui en fin de compte modifiera fondamentalement la perspective de la santé et le développement du système de santé au Canada.

Renvois

1. **Epp, J.** *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*, Santé et Bien-être social Canada (novembre 1986).
2. **Organisation mondiale de la Santé, Santé et Bien-être social Canada, Association canadienne de santé publique.** *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa (1986).
3. Voir renvoi 2 ci-dessus, à la p. 1.
4. **Mahler, H.** Allocution du Directeur Général de l'Organisation mondiale de la Santé prononcée lors de la Conférence internationale sur la promotion de la santé dans les pays industrialisés tenue du 17 au 21 novembre, à Ottawa. *Revue canadienne de santé publique*, 77 (1986) : pp. 387-389, à la p. 387.
5. Voir renvoi 2 ci-dessus.
6. **Millar, W.J. et Wigle, D.T.** «Socio-economic disparities in risk factors for cardiovascular disease.» *Journal de l'Association médicale canadienne*, 134 (1986) : pp. 127-132, à la p. 127.
7. **Groupe de travail sur la prévention et le contrôle des maladies cardio-vasculaires.** *La promotion de la santé cardio-vasculaire au Canada*. Rapport présenté au Comité consultatif fédéral-provincial de la santé communautaire. Ottawa (juin 1987), aux pp. 1-2.
8. **Wilkins, R.** «Health inequalities in Canada: Some policy implications.» *Rapport d'atelier sur les inégalités en matière de santé cardio-vasculaire* (3 décembre 1987), pp. 5-10, à la p. 7.
9. **Evans, R.G. et Stoddart, G.L.** «Producing health, consuming health care.» *CHEPA Working Paper Series #90-6*. Hamilton : MacMaster University (1990), à la p. 36.
10. Tableau 1 adapté de **Stachtchenko, S. et Jenicek, M.** «Conceptual differences between prevention and health promotion: Research implications for community health programs.» *Revue canadienne de santé publique*, 81 (1990) : pp. 53-59, à la p. 55.
11. **Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe.** «Health Promotion: A discussion document on the concept and principles.» *Rapport sommaire du Groupe de travail sur la notion et les principes en promotion de la santé*. Copenhague (septembre 1984), p. 2.
12. Voir renvoi 2 ci-dessus, à la p. 2.
13. Voir renvoi 10 ci-dessus, à la p. 58.
14. **Edmonton Board of Health.** *Proceedings of the 1988 Summer School on Community Health Promotion: Effective Health Programs*. Edmonton (22 au 26 août 1988), à la p. 11.
15. **Labonte, Ronald.** Tel que présenté à la conférence CINDI-OMS «Challenges for Health Promotion and Prevention of Noncommunicable Diseases». Toronto (juin 1990).
16. **Green, I.W. et Raeburn, J.M.** «Health Promotion. What is it? What will it become?» *Health Promotion*, 3,2 (1988) : pp. 151-159, à la p. 156.
17. **Noack, H.** «Concepts in health and health promotion.» Dans *Measurement in Health Promotion*, édité par T. Abelin. Publication régionale de l'Organisation mondiale de la Santé, Série européenne n° 22 (1988), à la p. 6.
18. **Lackey, A.S., Burke, R. et Peterson, M.** «Healthy communities: the goal of community development.» *The Community Development Society*, 18(2) : pp. 1-15.
19. **Rifkin, S.** «Lessons from community participation in health programmes.» *Health Policy and Planning*, 1,3 (1986) : pp. 240-249, à la p. 241.
20. Voir renvoi 16 ci-dessus, à la p. 154.
21. Voir renvoi 2 ci-dessus, p. 1.
22. Tableau 3 tiré de **Habana-Hafner, S. et Reed, H.B. & Associates.** *Partnerships for Community Development: Resources for Practitioners and Trainers*. University of Massachusetts, Center for Organizational and Community Development (1990).
23. **Weiss, J.A.** «Substance Versus Symbol in Administrative Reform.» Dans *Community Organizations: Studies in Resource Mobilization and Exchange*, édité par Carl Milofsky. New York : Oxford University Press (1988), à la p. 104.
24. **Hunter et Stoggeborg.** «Local Communities and Organized Action.» Dans *Community Organizations: Studies in Resource Mobilization and Exchange*, édité par Carl Milofsky. New York : Oxford University Press (1988), à la p. 258.
25. Voir renvoi 23 ci-dessus, pp. 103-104.
26. Voir renvoi 19 ci-dessus, p. 242.
27. **Organisation mondiale de la Santé.** *L'engagement communautaire en faveur du développement sanitaire : un défi pour les services de santé*. Rapport d'un Groupe d'étude de l'OMS (1991). OMS, Série de rapports techniques 809, à la p. 33.
28. **Lassey, W.R. et Sashkin, M.** «Leadership and community development.» Dans *Leadership and Social Change*, édité par W.R. Lassey et M. Sashkin. San Diego : University Associates (1983), pp. 251-259, à la p. 259.
29. **Hancock, T.** «Health in transition.» *Canadian Home Economics Journal*, 35(10) : pp. 11-16, à la p. 11.
30. Voir renvoi 27 ci-dessus, à la p. 29.
31. Voir renvoi 27 ci-dessus, à la p. 29.
32. **Litsios, S.** «Primary health care and adult education: Opportunities for the joining of forces.» *Convergence*, 15,2 (1982) : pp. 14-21, à la p. 20.
33. **Organisation mondiale de la Santé.** *Communication Sciences for Health Promotion*. AFRO, Série de rapports techniques, n° 10 (1979), à la p. 15.

Lecture supplémentaire

Kickbusch, I. «Health Promotion: A global perspective.» *Revue canadienne de santé publique*, 77 (1986) : pp. 321-326.

Raeburn, J.M. et Rootman, I. «Towards an expanded health field concept: Conceptual and research issues in a new era of health promotion.» *Health Promotion*, 3,4 (1989) : pp. 383-392.

Slater, C. et Carlton, B. «Behaviour, lifestyle, and socio-economic variables as determinants of health status: Implications for health policy development.» *American Journal of Preventive Medicine*, 1,5 (1985) : pp. 25-33.

Tarlov, A.R. et Felix, M.R.J. *Producing Health in America: Mobilizing Communities*, 1992 (sous presse).

Watt, A. et Rodmell, S. «Community involvement in health promotion: Progress or panacea?» *Health Promotion*, 2,4 (1988) : pp. 359-368.

Wilkins, R. et Adams, O.B. «Health expectancy in Canada, late 1970's: Demographic, regional, and social dimensions.» *American Journal of Public Health*, 73,9 (1983) : pp. 1073-1080.

Wilkins, R., Adams, O. et Brancker, A. «Highlights from a new study of changes in mortality by income in urban Canada.» *Maladies chroniques au Canada* (mai 1990) : pp. 38-40.

Organisation mondiale de la Santé, Bureau de l'Europe régional. «Health Promotion: A discussion document on the concept and principles.» *Rapport sommaire du Groupe de travail sur la notion et les principes en promotion de la santé*. (septembre 1984).

Zakus, J.D. et Hastings, J.E.F. «Public involvement in health promotion and disease prevention: A comprehensive literature review and analysis.» Dans un document de travail de la Direction générale des services et de la promotion de la santé. DGSPS 88-10 (1988).