

# 3

## Résumé

La biomédecine et la santé publique sont identifiées, par plusieurs auteurs contemporains, comme étant porteuses de la conceptualisation dominante de la santé. Mais qu'en est-il de la vision véhiculée au sein d'une santé communautaire qui a vu le jour au tournant des années 1970, en réaction aux enjeux soulevés par la biomédecine traditionnelle? Cet article propose une réflexion critique postulant des distinctions fondamentales entre santé communautaire et santé publique, sur les plans épistémologique et ontologique. Se fondant notamment sur les travaux de Canguilhem, l'article présente d'abord une description des conceptions de la santé telles qu'appréhendées au prisme de la santé communautaire et de la santé publique. Une discussion s'ensuit autour de la pertinence et de la validité d'un paradigme de santé communautaire, dans un contexte sociopolitique marqué par l'idéologie néolibérale. Le déploiement d'une épistémologie renouvelée pour aborder la complexité du réel et des objets de santé est proposé.

**Mots-clés** Canguilhem, épistémologie, paradigmes, santé communautaire, santé publique

## Santé communautaire : un paradigme pour penser et agir autrement en santé

*JULIE MASSÉ, ANNIE-CLAUDE HARVEY, MARIE-SAVANE GOYETTE, GAUDENS ACAKPO & BERNARD ROY*

### Introduction

#### L'avènement de la santé communautaire en contexte québécois

Au tournant des années 1970, au Québec comme à plusieurs autres endroits dans le monde, prenait forme au sein d'une élite intellectuelle un discours porteur de changement social, critique envers la médecine libérale et l'hospitalo-centrisme, et adhérent à un nouveau paradigme de médecine globale.[1] La mise en débat des savoirs médicaux[2] s'abreuvait alors notamment des travaux et publications d'intellectuels de l'époque – citons notamment Illich[3] et Villedieu[4],

mettant en lumière les mécanismes de médicalisation et de technologisation de la santé – et, plus largement, de l'existence[5,6] – et les enjeux qu'ils soulevaient notamment en termes de déshumanisation des soins.[7] Tel que le souligne Roy[8], à partir du constat que « la santé [...] ne pouvait s'expliquer par le simple fait de l'accessibilité aux médecins [et que] d'autres facteurs relevant du politique avaient assurément un rôle à jouer »[p144], on concluait alors en l'existence de liens entre inégalités de santé et inégalités sociales. En effet, un tel constat se devait de jeter les bases d'une réflexion collective visant à repenser la santé et le système de soins afin de formuler une réponse adéquate et ainsi contrer la progression des inégalités sociales de santé.[8]

Sous l'impulsion de ces courants d'idées émergents, la mobilisation de mouvements populaires s'est initiée autour d'arguments faisant la promotion d'une conceptualisation renouvelée de la santé, de la maladie et de la médecine. Au Québec, ledit mouvement a notamment pris la forme d'initiatives citoyennes visant la mise sur pied de cliniques

communautaires et populaires[8,9], particulièrement dans les quartiers défavorisés jusqu'alors non desservis par la médecine libérale. Aux dires de Plourde[9], ces initiatives s'antraient dans une volonté de démystification, de déprofessionnalisation et de démocratisation de la médecine, puis de démedicalisation des problèmes sociaux.

Parallèlement à cette mouvance, la Loi sur les services de santé et les services sociaux de 1971[10] a initié, suite aux recommandations du rapport de la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social (Commission Castonguay-Nepveu, mise sur pied en 1968), une réorganisation du système de soins autour des Centres locaux de services communautaires (CLSC).[9,11] Tel que le souligne Plourde,[11] l'objectif poursuivi par la création des CLSC se trouvait en phase avec les revendications des mouvements sociaux en matière de santé dans la mesure où elle « visait notamment à pallier l'incapacité des cabinets médicaux privés à répondre aux besoins sanitaires de l'ensemble de la population, plus particulièrement dans les régions rurales et les quartiers défavorisés ».[p2] Les CLSC viennent donc contribuer à l'objectif plus global poursuivi par la Commission Castonguay-Nepveu, soit celui de justifier l'action politique par l'amélioration des conditions de vie de la population québécoise. En effet, sous l'influence des pressions directes et indirectes exercées par des mouvements syndicaux et populaires, le modèle initial des CLSC s'est inspiré – bien que les commissaires aient omis de le mentionner par crainte d'être targués d'obédience communiste[1] – sous plusieurs aspects de celui des cliniques communautaires et populaires.[9]

Ces modèles (les cliniques communautaires et populaires et les CLSC, dans leur forme initiale) proposaient donc une nouvelle approche au regard de la santé.[9,11] Ils initiaient une transformation de l'organisation du système de santé d'une conception d'hygiène publique, vers une conception renouvelée que l'on nommera santé communautaire.[12] Cette approche renouvelée était centrée sur une approche multidisciplinaire, participative et de proximité, visant à reconnaître la diversité des besoins et des vulnérabilités dans une vision englobant le sanitaire et le social.[13-15] Cela dit, les CLSC, qui étaient destinés à devenir la principale porte d'entrée du réseau de la santé et des services sociaux, ne joueront finalement jamais ce rôle pour des raisons que Plourde[11] associe notamment aux fortes pressions des corporations médicales, au manque de volonté politique et au désengagement du gouvernement. L'auteure souligne que ce désengagement s'explique notamment par le fait que, par leur caractère démocratique et le fait qu'ils représentaient des lieux de revendications, de mobilisations sociales et de politisation des communautés autour d'enjeux liés à la santé,

ces établissements se sont rapidement montrés dérangeants pour les élites politiques et économiques.[11] Des réformes subséquentes ont ainsi contribué à dépolitiser les CLSC, faisant de ces derniers des établissements prioritairement destinés à la prestation de soins et services plutôt qu'à la démocratisation de la santé.[11] Plourde[9] met d'ailleurs en lumière un phénomène similaire s'opérant au sein des cliniques communautaires qui « s'inscri[ven]t [...] dans un système social traversé de rapports de forces qui [les] dépassent et qui affecteront profondément [leur] histoire, et notamment [leur] capacité à préserver les dimensions les plus radicales de [leur] projet initial ».[p28]

### Et aujourd'hui, de quelle santé parle-t-on ?

La perspective historique présentée ci-haut illustre le fait que « l'histoire de la santé est [...] toujours-déjà une histoire des mentalités, des idées, des sociétés et des cultures ».[16, p213] En effet, plusieurs auteurs soulignent que la notion dominante de santé a évolué et s'est modifiée à travers les époques, au rythme de considérations sociales, culturelles, religieuses ou scientifiques.[16-19] En fin de compte, le constat est à l'effet que « la manière [dominante] de concevoir ce qui génère la santé, et par extension, la manière de l'appréhender et de l'entretenir »[15 p9] ne peut se réfléchir indépendamment du contexte historique, social, économique et politique au sein duquel elle se déploie.

Ainsi, à une époque marquée, depuis la fin du XVIIIe siècle, par « la crise éthique de la modernité, l'effacement des grands récits religieux, des grands messages de la transcendance », [6 p124] plusieurs auteurs identifient la biomédecine et la santé publique comme les tenants de la conceptualisation actuellement dominante de la santé.[6,15,19-21] Mais qu'en est-il de la santé communautaire qui, tel qu'explicité précédemment, a vu le jour en réaction aux enjeux soulevés par la biomédecine traditionnelle? À une ère où tous ne s'entendent pas sur la nature et même l'existence d'une santé communautaire, l'assimilant souvent à une santé publique promotrice d'action communautaire, notre texte se veut une contribution visant à étayer la thèse de Vonarx et Desgroseillers[15] selon laquelle des différences fondamentales existent entre santé publique et santé communautaire sur les plans épistémologique et ontologique. Se fondant sur une proposition descriptive des conceptions de la santé déployées dans une perspective de santé communautaire et de santé publique, l'article discutera ultimement de la pertinence et de la validité du concept de santé entrevu au prisme de la santé communautaire, dans un contexte sociopolitique marqué par « l'individualisme et une rationalité néolibérale », [21 p6] puis inspiré par « [le] pragmatisme du marché et [...] la morale utilitaire ».[22 p123]

## Les assises théoriques

### La perspective de Canguilhem : normalité vs normativité

Notre réflexion se fondera principalement sur la proposition théorique de Canguilhem (1904-1995), médecin et philosophe, dont les travaux d'épistémologie médicale ont apporté un éclairage nouveau au concept philosophique de norme. En bref, Canguilhem[23] postule qu'il est nécessaire de partir du vivant lui-même pour comprendre la vie. Selon l'auteur, la biomédecine ne peut objectivement établir ce qui est normal et pathologique sans tenir compte de ce qui est normal pour l'individu-sujet. Il oppose ainsi aux visions statuant que toute pathologie a une fonction normale qui lui correspond et que la maladie ne serait qu'une variation quantitative de la fonction normale, une vision renouvelée postulant que le normal est plutôt une variante qualitative de l'état pathologique. Ces notions de « normalité » (notion morale menant à l'imposition d'une norme singulière et invariable, conçue hors des sujets qui expérimentent le monde et dictant ce qui devrait être au regard de données objectives quantifiables) et de « normativité » (notion éthique attribuant à la vie humaine, notamment via son caractère social, une fonction créatrice de normes) développées par Canguilhem[23] seront particulièrement utiles à notre exercice de démonstration des distinctions fondamentales entre santé communautaire et santé publique.

### La notion de paradigme chez Kuhn

Il conviendra aussi de préciser que, suivant Kuhn[24], nous postulons ici que santé publique et santé communautaire représentent deux paradigmes. C'est donc dire que les deux perspectives représentent des matrices constituant deux visions cohérentes et distinctes permettant d'entrevoir le monde (et la santé). De ces visions découlent des points de vue, des langages, des valeurs ainsi que des façons particulières d'appréhender, de questionner et de résoudre les problèmes du monde, et notamment ceux relevant du champ sociosanitaire. De notre point de vue, cette façon particulière d'aborder la réflexion nous permet (1) de faire de la santé communautaire et de la santé publique deux postures distinctes et d'ainsi ancrer notre réflexion dans les sphères épistémologiques et ontologiques, puis (2) de reconnaître la porosité des frontières observées entre ces postures sur le terrain, au sein des institutions, organisations et structures.

### Deux paradigmes pour entrevoir le concept de santé

Cette section veut présenter une proposition descriptive des

conceptions de la santé déployées au prisme de la santé publique et de la santé communautaire. Comme elle expose les fondements de notre postulat quant aux distinctions profondes qui existent entre la santé communautaire et la santé publique, cette proposition jette aussi les bases de la réflexion critique qui suivra.

### La santé au prisme d'un paradigme de santé publique : la santé dans un cadre biomédical

D'emblée, il conviendra de souligner que le concept de santé, tel qu'envisagé au prisme de la biomédecine, s'ancre historiquement dans la perspective de Claude Bernard,[25] physiologiste français du 19<sup>e</sup> siècle reconnu comme le créateur de la médecine expérimentale, dont les travaux ont eu et ont toujours un impact sur la façon de penser la santé, la maladie et la médecine.[15] Rappelons que les travaux de Bernard[25] ont vu le jour dans la foulée du positivisme, ce qui influencera son application de la logique des sciences expérimentales de l'époque – fondé sur les principes de causalité et de déterminisme – à l'étude des phénomènes du vivant. Ainsi, à travers ses travaux, Bernard[25] postule l'existence de causes préalables à des événements qui se présentent dans l'univers du vivant, la régularité de ces phénomènes puis, conséquemment, la fiabilité des conditions pour prédire l'apparition d'effets attendus.

C'est ainsi que nous serons portés à envisager que la santé, telle qu'appréhendée aujourd'hui dans les termes de la biomédecine, relève fondamentalement d'une logique positive et déterministe. On parlera donc d'une santé comprise comme un état à contrôler, à maîtriser, à mesurer, à évaluer au regard de normes objectives et de variables construites en vue de traduire des faits observables.[15] La maladie et les comportements, étant donné leur nature observable, deviendront, lorsqu'appréhendés à l'intérieur de ce cadre, des moyens d'opérationnaliser la santé[15] dans une logique misant donc sur la réduction de la personne, par un procédé d'abstraction, à son corps matérialisé.

Dans le contexte d'une santé publique, Fassin [27] pose aussi le corps comme l'ultime ressource « par laquelle on justifie le bien-fondé de l'action publique et de sa générosité à l'égard des plus fragiles et des plus dominés ». [p62] Cela dit, on pourra arguer que cette santé publique ne fait pas du corps matérialisé son seul objet. En effet, dans un paradigme de santé publique, on adoptera une perspective élargie de la santé considérant les multiples dimensions de la vie sociale.[15] C'est par ailleurs étant donné cette façon particulière de faire exister ces objets du monde social, de les questionner et de les mobiliser à des fins interventionnelles – qui donne lieu, notamment, à ce que plusieurs auteurs nomment la

médicalisation du social[3,19,28] – qu'on affirmera que la santé publique fait largement usage « d'un cadre ontologique biomédical pour faire exister la santé ».[15 p13] Gori et Del Volgo parlent d'ailleurs à cet effet d'une « colonisation »[6 p125] par la biomédecine de domaines de la vie autrement sous la gouverne, notamment, de la morale, du social et du politique. En effet, de façon cohérente avec la conception matérialiste et déterministe de la santé, dans un paradigme de santé publique, on aura plutôt tendance à appréhender l'ensemble de ces objets et pratiques comme des facteurs, des indicateurs à mesurer et à évaluer au regard de leurs répercussions sur l'état de santé des populations.[15,19] Cette perspective en vient donc à nier l'existence des activités et pratiques humaines dans l'univers social pour les réduire à des variables scientifiquement construites,[20] circonscrites et opérationnalisées à travers des indicateurs quantifiables de fréquence, de durée et d'intensité.[15]

#### *Le langage de l'épidémiologie et de la biostatistique pour faire exister la santé*

Suivant Vonarx et Desgroseillers,[15] cette façon particulière de concevoir la santé dans un paradigme de santé publique se concrétise notamment dans l'usage d'un langage épidémiologique (qui fait usage des mathématiques, des statistiques et de la mesure) pour faire exister les objets de santé. Qui plus est, Vonarx et Desgroseillers[15] affirment aussi la préséance de ce langage pour asseoir la pertinence sociale de l'étude de ces objets, pour soutenir les actions de prévention et de promotion de la santé et pour juger, en fin de compte, de la valeur de ces actions.[15] Concrètement, Fassin[27] associe ce langage épidémiologique à la définition de critères permettant aux acteurs d'objectiver la multitude de faits relevant ce que l'on jugera être un « problème de santé publique » (ex. : fréquence, distribution dans le temps et dans l'espace, gravité, caractéristiques de la population concernée, rapport entre le coût et l'efficacité des mesures permettant de le prévenir ou de le traiter, tous éléments qu'il est possible de quantifier).

C'est dans le même esprit que Corin et collaborateurs[29] inscrivent l'entreprise de réduction et de simplification du réel proposée au sein d'un paradigme de santé publique dans ce qu'ils nommeront l'approche épidémiologique. Les auteurs proposent que la démarche de construction des objets repose selon cette approche sur l'application de la pensée et des outils épidémiologiques à l'étude des pratiques, comportements et activités relevant de l'humain.[29] De plus, cette approche s'ancrerait notamment dans (1) la prédilection des enquêtes épidémiologiques comme outils visant à définir objectivement la réalité et les besoins des populations puis (2) l'étude, via des modèles inspirés des sciences naturelles utilisant le langage

mathématique et statistique, des facteurs déterminant la production de certains états jugés pathologiques.[29] Ainsi, dans ce paradigme, on cherchera davantage à découvrir les lois qui déterminent l'état de santé des individus dans une visée de contrôle des facteurs de risque, de prédiction et de prévention des maladies et des épidémies. On visera par conséquent à (1) définir des règles, procédures, méthodes pour expliquer un bon ou un mauvais état de santé, puis (2) modéliser les causes des états pathologiques identifiés pour en faire des cibles éventuelles d'intervention auprès de groupes identifiés comme à risque.[15,29]

En bref, en cohérence avec les a priori épistémologiques et ontologiques discutés, le paradigme de santé publique véhicule une conception étique et réaliste de la santé, porteuse d'une visée de contrôle scientifique et administratif du vivant.[6] Un paradigme de santé publique tend à considérer le réel – en l'occurrence les objets de santé publique et, plus globalement, la santé – comme existant hors des sujets, indépendamment de la connaissance ou des représentations que ces derniers peuvent en avoir. On sera ainsi disposé, au sein d'un tel paradigme, à nier la pluralité des vécus, et à réduire toute subjectivité à une norme singulière.

#### *La santé publique et la notion de normalité chez Canguilhem*

Le constat tiré de l'argumentaire ci-haut nous mène à concevoir la pertinence théorique de la proposition de Canguilhem[23] au moment d'explicitier les fondements de la conception de santé au prisme de la santé publique. Cette pertinence est aussi appuyée par le fait que Canguilhem situe notamment les origines de l'idée – qu'il qualifiera de dogme – d'une « identité réelle des phénomènes vitaux normaux et pathologiques »[23 p17] dans la pensée de Claude Bernard. En effet, Canguilhem indique que, « [d]ans la pensée de Claude Bernard, l'intérêt se porte du normal vers le pathologique, aux fins d'une action raisonnée sur le pathologique, car c'est comme fondement d'une thérapeutique décidément en rupture avec l'empirisme que la connaissance de la maladie est recherchée au moyen de la physiologie et à partir d'elle ».[23 p17-8]

Canguilhem[23] propose donc qu'une posture s'ancrant dans une recherche de normalité en vienne à concevoir l'état qui ne correspond pas à la norme établie comme problématique, pathologique ou déviant. Ainsi, la norme, par son caractère fondamentalement subjectif, constitue l'application d'un critère de jugement moral, porteur d'une prétention de pouvoir,[6] permettant de discerner le bien du mal, l'acceptable de l'inacceptable ou, dans le contexte qui nous intéresse, la bonne santé de la mauvaise santé.[16,30,31] Canguilhem[23] illustre ainsi la nature de cette norme morale telle qu'appliquée dans la sphère du physiologique :

La physiologie moderne se présente comme un recueil canonique de constantes fonctionnelles en rapport avec des fonctions de régulation hormonales et nerveuses. Ces constantes sont qualifiées de normales en tant qu'elles désignent des caractères moyens et les plus fréquents des cas pratiquement observables. Mais elles sont aussi qualifiées de normales parce qu'elles entrent à titre d'idéal dans cette activité normative qu'est la thérapeutique.[p226-227]

Dans un contexte de santé publique, Massé fait état d'une telle entreprise normative associée à « la promotion [...] d'une conformité à des comportements et des manières de vivre promus au rang de conditions obligées du salut sanitaire ».[21 p155] À la manière de la physiologie de Bernard dans l'univers clinique, la santé publique se constitue ainsi sur son territoire comme le « dépositaire du Vrai », [21 p8] contribuant à l'œuvre d'organisation scientifique de l'humanité.[6]

### La santé au prisme d'un paradigme de santé communautaire : la santé dans le récit

À l'autre bout du spectre prend forme, hors de la biomédecine et libre de ses influences, une toute autre conception de santé. Cette dernière prend assise dans une vision ancrée dans les sciences sociales et humaines, fondée sur des a priori constructivistes, interprétativistes et vitalistes qui « accueille favorablement un principe ou des forces de vie qui produisent de la surprise, des aléas et l'émergence de nouvelles données ».[15 p18]

Cette conception de la santé, telle qu'envisagée au prisme de la santé communautaire, se trouve en phase avec la proposition de Le Moigne[32] qui identifie, au cœur des épistémologies constructivistes, « le primat absolu du sujet connaissant capable d'attacher quelque « valeur » à la connaissance qu'il constitue » et qui suggère conséquemment que « la connaissance implique un sujet connaissant et n'a pas de sens ou de valeur en dehors de lui ».[p71] En effet, on parlera d'une conception fondamentalement subjective de la santé puisque constamment renégociée au regard des représentations qu'ont les êtres humains de ce qui est bon ou moins bon de vivre et de leurs propres besoins.[15] Suivant Vonarx et Desgroseillers – et en opposition avec la proposition biomédicale évoquée plus haut – la santé ne se possède ici jamais comme état statique, défini hors des sujets, mais s'acquiert à travers un processus dynamique et continu où elle « ne se passe ni de soi ni du milieu pour exister ».[15 p18] En bref, en cohérence avec la proposition de Gusdorf[33], la santé appréhendée dans le langage objectivant de la mesure cède ici le pas à celle qui naît, à travers la relation sujet-objet, d'une mise en mot subjective par les individus qui expérimentent le monde.

Qui plus est, au prisme de la santé communautaire, en

phase avec la proposition de la Charte d'Ottawa[34] et les fondements de la promotion de la santé, la santé se présente non pas comme une finalité en soi ou un critère de jugement moral, mais bien comme une ressource de la vie quotidienne. En effet, en cohérence avec l'idée d'empowerment évoquée par Ninacs[35] et Le Bossé[36], cette santé « permet aux personnes d'acheminer un projet de vie en regard d'aspirations qui leur sont avant tout personnelles », [15 p17] en mettant en valeur tant leurs ressources sociales et individuelles que leurs capacités physiques.[34] Cette vision rappelle notamment la valeur instrumentale que constitue la santé selon Balint[37] puisque ce dernier la conçoit comme « une possibilité d'être accepté par sa communauté et une chance d'exister, d'agir, de travailler ».[19 p4] Cette conception de la santé comme une ressource fait appel à un référentiel qui reconnaît la valeur de l'individu au-delà de la perspective biologique et rationnelle. Notamment, cette conception reconnaît le sujet-pensant comme un être dynamique, unique et social, se construisant et se reconstruisant au rythme de ses interactions avec d'autres et avec son environnement.

En effet, la conceptualisation de la santé subjectivée au prisme de la santé communautaire tend à reconnaître l'individu comme un être social et, par conséquent, à penser la santé au sein même de son contexte d'émergence.[15] Suivant Vonarx et Desgroseillers,[15] la communauté devient ainsi le « bassin référentiel qui relie les personnes à un système de significations, voire à une histoire sociale toujours en cours, et qui particularise et temporalise alors leurs conditions d'existence tant sur les plans individuels que collectifs ».[p19] La communauté contribue donc à définir les conditions d'existence d'un individu[15] et, tel que le proposait le philosophe et historien Michel de Certeau,[38] les règles de convenance auxquelles il doit se plier pour être dans le monde et contribuer au vivre-ensemble. Puisqu'elle concrétise les liens humains au-delà de leurs dimensions gestionnaires et rationnelles, cette perspective vient critiquer l'universalisme néolibéral et reconnaître que l'individu se construit dans un contexte donné, avec les autres, à travers des liens de proximité, d'interpersonnalité et d'interdépendance.[30,39]

C'est ce considérant que, concrètement, Corin et collaborateurs[29] proposent d'opérationnaliser l'exercice de conceptualisation de la santé tel qu'envisagé au prisme de la santé communautaire en une approche ethnographique. Selon les auteurs, plutôt que de chercher à découvrir des lois universelles, cette approche s'intéresse aux particularités individuelles et communautaires alors qu'elle prend en compte (1) le contexte immédiat de vie de la personne ou de la communauté, (2) le micro-contexte (réseau social, valeurs partagées) et (3) le macro-contexte (économie, structure

familiale, organisation sociale, système collectif de normes et de valeurs, etc.).[29]

En bref, pour reprendre les termes des Éthiques du care, on parlera ici d'une posture ancrée dans le récit des sujets, portant son attention sur le déploiement de parcours de vie singuliers. Cette posture reconnaît le fait que l'humain, au-delà de sa dimension anatomo-biologique, est être de relation, singulier et unique, fondamentalement physiquement et psychiquement vulnérable, sensible, dépendant des autres et de son environnement, intéressé et partial.[30] Cette posture permet d'envisager l'être humain capable de mettre en œuvre ses propres normes de vie dans une perspective qui renvoie à ce qui permet d'être dans la vie, de créer une vie bonne, un bien-être, un confort de soi.[15]

#### *La santé communautaire et la notion de normativité chez Canguilhem*

Le postulat explicité ci-haut est cohérent avec la démarche critique de Canguilhem[23] qui oppose la notion morale de normalité conçue comme ce qui devrait être, à celle, plutôt éthique, de normativité. Cette notion de normativité s'avère centrale à notre exercice de mise au jour des fondements de la conception de santé privilégiée au prisme de la santé communautaire.

En effet, la démarche critique de Canguilhem s'appuie, dans un premier temps, sur le caractère équivoque que ce dernier attribue à la notion de normalité dans la mesure où, selon lui, le normal relève à la fois d'un fait et d'une « valeur attribuée à ce fait par celui qui parle, en vertu d'un jugement d'appréciation ».[23 p76] Suivant ce postulat d'équivocité, Canguilhem [23] stipule qu'il n'existe pas de normalité telle qu'appréhendée dans une conception objective et unilatérale. La norme se trouverait plutôt nécessairement construite au regard d'a priori historiques, sociaux, culturels et politiques et, se faisant le reflet des valeurs et idéologies dominantes dans un contexte donné, modifiable à l'aune des sociétés, des cultures et des époques.

Aussi, au regard de la proposition de Canguilhem[23], dans la mesure où le normal relève nécessairement d'un jugement, seul l'individu est en mesure de décider, au regard de critères qui lui sont propres, de ce qu'il en est bon ou moins bon pour lui de vivre. C'est dans cet ordre d'idée que Vonarx et Desgroseillers indiquent que, dans une perspective de santé communautaire, « la santé s'incarne à travers des normes subjectives qui sont instituées par les personnes elles-mêmes, en réponse aux exigences rencontrées dans un milieu de vie ».[15 p18] Ancet souligne d'ailleurs que, dans les termes de Canguilhem, la santé se définit comme une « capacité toujours

ouverte de réadaptation » aux variations du milieu dans la mesure où « par sa normativité, un vivant ne se contente pas de se maintenir : il crée de nouvelles normes ou règles de fonctionnement vital ».[40 p36] Ainsi, la norme ne peut être dissociée du milieu social au sein de laquelle elle s'institue et se transforme. Canguilhem[23] propose d'ailleurs la notion de normativité sociale qui se déploie dans les aléas de la quotidienneté des acteurs sociaux et qui permet de percevoir la distance qui sépare les « normes sociales prescrites » des normes vitalement construites au sein de groupes sociaux. Le Blanc suggère à cet effet que « les normes sociales existantes ne déterminent qu'en partie l'action de l'individu dans la vie sociale ordinaire. Ce dernier peut toujours opposer à ces normes d'autres normes ».[41 p91]

Ainsi, tel que le propose Canguilhem à travers la notion de normativité, un paradigme de santé communautaire accepte qu'« il [puisse] exister des formes de santé dans la différence de fait, car la santé n'est pas définie en relation avec une norme statistique ».[40 p36] Brugère abonde dans le même sens lorsqu'elle stipule que « pour l'éthique du care, le principe de différence vaut d'abord comme une reconnaissance des singularités des vivants contre toute homogénéisation ou idéalisation des individus en société, supposés être susceptibles de remplir pleinement toutes les exigences de la vie adulte sociale et politique ».[30 p111-112] De même, Brugère[30] suggère que le fait de s'ancrer dans un paradigme ouvert à la normativité revient à porter une voix de résistance face à une société fondée sur l'idéologie néolibérale postulant l'individu performant. En effet, selon l'auteur, « cette voix de résistance revient à aider à assumer des différences, à accompagner d'autres allures de vie ».[30 p113]

#### **Réflexion critique : La pertinence et la validité d'un paradigme de santé communautaire**

Se fondant sur l'argumentaire développé dans la section précédente, la réflexion critique présentée dans les lignes qui suivent discutera de la place potentielle d'un paradigme de santé communautaire dans un contexte marqué par la dominance du paradigme de santé publique.

#### **Santé communautaire et santé publique : points de convergence et points de divergence**

Comme le proposent Jourdan et collaborateurs[18], il importe d'emblée de souligner que santé publique et santé communautaire présentent bon nombre de points de convergence. Notons notamment que les questions de promotion de la santé, de prévention ou d'accès aux soins de santé peuvent être interrogées tant dans un

paradigme de santé publique que dans un paradigme de santé communautaire.[18] De même, les attributs phares de la santé communautaire (participation, empowerment, proximité) sont des notions dont on peut aussi se réclamer dans une posture de santé publique.[15] Enfin, suivant Jourdan et collaborateurs[18], santé publique et santé communautaire présentent bon nombre d'intérêts et de préoccupations partagées visant le bien-être physique, mental et social des individus et des collectivités d'une société donnée, à une époque donnée. Ainsi, nous l'avons vu, ce qui distingue fondamentalement santé publique et santé communautaire s'appréhende plutôt sous l'angle ontologique et épistémologique. Notamment, sont portées par l'un et l'autre de ces paradigmes deux conceptualisations profondément différentes de ce qu'est la santé. De même, le projet poursuivi dans chacun de ces paradigmes se déploie dans des visées fondamentalement différentes : le projet de connaître dans une perspective étique et réaliste d'objectivation et contrôle sur le monde versus le projet de comprendre plus finement les phénomènes du monde dans une perspective émique, constructiviste et interprétativiste, ouverte à la singularité des vécus et des contextes de vie. Enfin, suivant Kuhn[24], les deux paradigmes se distinguent dans la manière par laquelle les intérêts et les préoccupations communs se manifestent et sont appréhendés, ainsi que dans la manière dont les outils partagés (participation, empowerment, proximité) sont mobilisés pour servir le projet. C'est ainsi que prennent forme, à l'intérieur du champ sociosanitaire, deux sous-ensembles, dont les contenus, l'ampleur et les relations varient dans l'espace et dans le temps.[18]

### Quelle place pour un paradigme de santé communautaire ?

Comme nous l'avons soulevé en introduction, les propos de bon nombre d'auteurs convergent pour identifier le paradigme biomédical (et corolairement celui de santé publique) comme la matrice dominante permettant d'appréhender la santé dans le contexte actuel.[15,19] Cette préséance fait en sorte de réduire considérablement la contribution de la santé communautaire au champ sociosanitaire et à l'étude des questions et préoccupations communes. Comme le suggèrent Vonarx et Desgroseillers, cette mise en veilleuse du paradigme de santé communautaire fait en sorte « qu'un ensemble de phénomènes sont exclus et d'autres sont travaillés et construits, non pas en fonction de leur existence dans le monde social, mais en fonction de ce qu'ils doivent être et peuvent être dans l'esprit et les cadres de santé publique ».[15 p13] Cela dit, il serait de notre point de vue imprudent de conclure que la dominance du paradigme de

santé publique implique que l'étude de ces phénomènes en fonction de leur existence dans le monde social, dans une perspective de santé communautaire, perd de sa pertinence ou de son intérêt.

En effet, les travaux de plusieurs auteurs[15,23,29,42,43] permettent de faire le constat des limites d'un paradigme de santé publique, tel que décrit précédemment, pour appréhender la santé dans toute sa complexité. Notamment, Canguilhem[23] mentionne que les phénomènes du vivant et de l'humain, de par leur complexité, exigent une épistémologie plus subtile qu'un paradigme déterministe. De même, Corin et collaborateurs[29] font état du fait que des problèmes complexes appellent nécessairement des solutions complexes, mais que l'épidémiologie ne permet pas de saisir toute la complexité des conditions et cultures ayant cours dans un contexte spécifique. Morin[42], malgré qu'il reconnaisse la contribution d'un tel paradigme aux grands progrès de la connaissance scientifique et de la réflexion philosophique depuis le XVIIe siècle, conclut lui aussi qu'un paradigme de simplification ne peut mener au constat de la complexité du monde. En effet, selon Morin, les paradigmes de disjonction, de réduction, d'abstraction ont le potentiel de mener à une « intelligence aveugle » qui « détruit les ensembles et les totalités, isole tous ses objets de leur environnement, (...) ne peut concevoir le lien inséparable entre l'observateur et la chose observée (et, par conséquent, fait en sorte que) les réalités clés so[ie]nt désintégrées ».[42 p19]

Pour rendre justice à la complexité du réel, plusieurs auteurs[3,15,20,21,23,29,42,44] soulignent donc la pertinence de s'ouvrir à une épistémologie autre. Morin propose à ce chapitre qu'« au paradigme de disjonction/réduction/unidimensionnalisation, il [faille] substituer un paradigme de distinction/conjonction qui permette de distinguer sans disjoindre, d'associer sans identifier ou réduire ».[42 p23] Dans le même ordre d'idée, Piron propose une « épistémologie du lien » qu'elle conçoit comme « une manière de connaître et de créer des savoirs sociologiques qui ferait l'économie de l'injonction de séparation et d'indifférence ».[43 p46] C'est ainsi que les auteurs[42,43] s'entendent sur la nécessité de voir converger les savoirs dans une logique intégrative et non-hiérarchique. Morin propose en ce sens qu'une épistémologie renouvelée « comporterait un principe dialogique et translogique, qui intégrerait la logique classique tout en tenant compte de ses limites ».[42 p23] Dans le même ordre d'idée, Piron suggère la coexistence des savoirs issus d'une épistémologie du lien et des savoirs positivistes au sein d'une écologie des savoirs : « un écosystème où coexistent et dialoguent une infinité de savoirs diversifiés, sans

hiérarchie, ni privilège, sans être séparés de leur contexte de création ».[43 p46] Ces propositions permettent d'envisager la possibilité de faire appel à une logique autre que celle actuellement proposée par le paradigme dominant pour répondre à certaines questions touchant le bien-être physique, mental et social des individus et des collectivités. Un tel point de vue vient appuyer un plaidoyer faisant la promotion d'une saine cohabitation des paradigmes de santé communautaire et de santé publique au sein du champ sociosanitaire, en vue de fédérer les différentes perspectives dans une visée dialogique, intégrative et non-hiérarchique, et ainsi contribuer à la création d'un alignement et d'une synergie des visions autour de préoccupations partagées. Mais comment, dans le contexte actuel marqué par l'idéologie néolibérale, peut-on aspirer à une telle réintégration de la santé communautaire dans le champ sociosanitaire?

### Quelques pistes pour la réintégration de la santé communautaire dans le champ sociosanitaire

Jourdan et collaborateurs suggèrent que le champ sociosanitaire se définit en fonction de deux axes qui renvoient à un pôle social et à un pôle sanitaire. Selon les auteurs, les frontières de l'espace ainsi défini, de même que celles des domaines qui le constituent [en l'occurrence ceux de la santé publique et de la santé communautaire], sont mouvantes selon les sociétés et les époques, puis selon « la capacité de certains acteurs à faire valoir leurs savoirs et leurs pouvoirs par rapport à d'autres ».[18 p170] Dans un contexte marqué par l'idéologie néolibérale postulant l'individu rationnel, autonome et responsable, peu propice au déploiement d'une perspective de santé communautaire, la place de cette dernière au sein d'une écologie des savoirs relève, de notre point de vue, de la volonté et de la capacité des acteurs porteurs de ce projet de santé à se mobiliser pour le faire vivre dans l'espace public et démontrer, quotidiennement, son bien-fondé et sa plus-value. Cette volonté et cette capacité découlent pour leur part d'une posture réflexive « qui s'enracine dans une critique de toutes les formes de puissance [...] au profit de tout ce qui mérite protection, attention, et risque toujours l'effacement ou la disparition ».[30 p64] Qui plus est, la place de la santé communautaire dépend aussi d'une action militante visant une transformation des institutions, des organisations et des structures. Concrètement, dans l'intervention et le soin, la place de la santé communautaire est tributaire de l'éventuelle ouverture des décideurs organisationnels (1) à accueillir en leurs murs d'autres approches, fondées sur le récit et la reconnaissance de la singularité des vécus et des vulnérabilités[30] puis (2) à créer les lieux et les espaces (ou soutenir la création de tels lieux dans l'espace citoyen) pour

que de telles approches puissent se concrétiser et porter leurs fruits. En science, la place de la santé communautaire dépend de la reconnaissance et de l'appui aux projets porteurs de cette épistémologie via l'existence, par exemple, de lieux de financement, de production de connaissances et de diffusion adhérant à une vision de la santé dans la sphère anthropo-sociale, vitaliste et éthique.[15] Plus encore, ces lieux de financement, de production de connaissances et de diffusion devraient envisager la reconnaissance et l'appui à des projets transcendant santé communautaire et santé publique, dans une perspective innovante considérant la diversité et la complémentarité des approches pour répondre adéquatement aux questions complexes issues du champ sociosanitaire et visant « à réaliser une connaissance au-delà de la science ».[45 p4] Enfin, sur le plan des politiques publiques, la place de la santé communautaire sera aussi tributaire de la capacité des porteurs du projet à agir comme agents de changement pour (1) promouvoir « un nouvel esprit des politiques publiques pour affirmer que la réactivation de l'économie productive et la figure d'un bien-être ramené au taux de croissance ne suffisent pas »[30 p121] et (2) permettre aux citoyens et citoyennes, créateurs de leur quotidien, de se rapprocher des sphères décisionnelles et d'ainsi reprendre pouvoir sur ce qui importe pour eux.

### Conclusion

En continuité avec les travaux de Vonarx et Desgroseillers[15], cet article a permis de soulever les distinctions profondes qui existent sur les plans épistémologique et ontologique entre les paradigmes de santé publique et de santé communautaire. L'article adopte ainsi une posture marginale vis-à-vis la vision communément partagée de ce qu'est la santé communautaire. Les auteurs ont voulu développer sur ces bases une réflexion critique visant à discuter la pertinence du paradigme de santé communautaire pour rendre justice à la complexité du réel, et ce en favorisant une plus grande pénétration des dimensions sociales et politiques de la santé. L'article propose le déploiement d'une épistémologie renouvelée, fondée sur une logique intégrative, dialogique et synergique pour aborder la complexité du monde, du concept de santé et des objets qui s'y rattachent. Finalement, la réflexion a permis de dégager quelques lieux d'action envisageables en vue de faire valoir, dans l'espace public, le bien-fondé et la plus-value d'un paradigme de santé communautaire sur les plans de l'intervention et du soin, de la recherche et des politiques publiques.

Puisqu'elle permet de légitimer la pertinence de la santé communautaire dans le champ sociosanitaire, la proposition soutenue dans cet article nous semble d'une importance

particulière dans une optique de promotion d'un changement de paradigme en santé, au profit d'une épistémologie fondamentalement ancrée dans le récit, les savoirs et le pouvoir des citoyens et citoyennes. Nous sommes d'avis qu'une telle épistémologie renouvelée aurait ses répercussions sur le terrain, pour les individus et les communautés, de même que pour les acteurs et institutions de santé. Notamment, nous soutenons que l'épistémologie proposée pourrait être favorable (1) à la mise en œuvre authentique de principes fondateurs du soin centré sur l'individu ou sa communauté (ex. : dignité et respect, participation, collaboration, empowerment) puis (2) à un regain de sens au sein des institutions de santé.

## Références

1. Gaumer B, Desrosiers G. L'Histoire des CLSC au Québec: reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du Réseau. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé 2004; 10(1): 52-70.
2. Pitti L. Experts «bruts» et médecins critiques. Politix 2010; 91(3): 103-32.
3. Illich I. Chapitre 5: La colonisation médicale. In: Illich I, éditeur. Némésis médicale. Paris: Éditions du Seuil, 1975 ; 131-35.
4. Villedieu Y. Demain la santé. Québec: Magazine Québec science, 1976.
5. Gori R, Del Volgo M-J. La santé totalitaire : essai sur la médicalisation de l'existence. Paris: Flammarion; 2014.
6. Gori R, Del Volgo M-J. De la société de la norme à une conception managériale du soin. Connexions 2009; 91(1): 123-47.
7. Roy B, Saillant F, Dallaire C. La voix d'Olive Goulet, infirmière : sur les chemins de l'autonomie. Québec : Presses de l'Université Laval, 2018.
8. Roy B. Mes chemins de traverse en santé communautaire. In: Desgroseilliers V, Vonarx N, Guichard A, Roy B, éditeurs. La santé communautaire en 4 actes. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2016 ; 142-51.
9. Plourde A. La santé communautaire à la lumière du modèle de la clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles. In: Desgroseilliers V, Vonarx N, Guichard A, Roy B, éditeurs. La santé communautaire en 4 actes. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2016 ; 24-8.
10. Gouvernement du Québec. Loi sur les services de santé et les services sociaux. LQ, Chapitre 48, 1971.
11. Plourde A. CLSC ou GMF? Comparaison des deux modèles et impact du transfert de ressources. IRIS; 2017. Disponible sur [https://cdn.iris-recherche.qc.ca/uploads/publication/file/Note\\_CLSC\\_O2.pdf](https://cdn.iris-recherche.qc.ca/uploads/publication/file/Note_CLSC_O2.pdf) . Consulté le 26 février 2020
12. St-Pierre M-A. Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec; 2009. Disponible sur <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2009/09-731-01F.pdf> . Consulté le 26 février 2020
13. Conill E, O'Neill M. La notion de santé communautaire: éléments de comparaison internationale. Canadian Journal of Public Health / Revue Canadienne de Santé Publique 1984; 75(2): 166-75.
14. Rochon J. La santé communautaire dans le système régional des services de santé et des services sociaux. Annuaire du Québec 1975-76. Québec : Gouvernement du Québec, 1977.
15. Vonarx N, Desgroseilliers V. Santé communautaire et santé publique: des différences profondes. In: Desgroseilliers V, Vonarx N, Guichard A, Roy B, éditeurs. La santé communautaire en 4 actes. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2016 ; 9-23.
16. Klein A. La santé comme norme de soin. Philosophia Scientiæ 2008; 12(2): 213-227.
17. Contandriopoulos A-P. Eléments pour une "topographie" du concept de santé. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé 2006; 11(1): 86-99.
18. Jourdan D, O'Neill M, Dupéré S, Stirling J. Quarante ans après, où en est la santé communautaire ? Santé Publique 2012; 24(2): 165-78.
19. Yaya HS. Hygiène contre Panacée. La médicalisation comme instrument de servitude dans les sociétés postindustrielles. In: Yaya HS, éditeur. Pouvoir médical et santé totalitaire. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2009 ; 1-30.
20. Peretti-Watel P. Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque. Revue Française de Sociologie. 2004; 45(1): 103-32.
21. Massé R. La santé publique comme nouvelle moralité. In: Fortin P, Beaulieu M, éditeurs. La réforme de la santé au Québec: questions éthiques. Québec : Fides, 1999 ; 1-123.
22. Gori R. L'expertise: une nouvelle forme de censure sociale? In: Yaya HS, éditeur. Pouvoir médical et santé totalitaire. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2009 ; 121-39.
23. Canguilhem G. Le normal et le pathologique. 12e éd ed.

Paris : PUF, 2013 [1966].

24.Kuhn TS. La structure des révolutions scientifiques. Paris : Flammarion, 1972.

25.Bernard C. Introduction à l'étude de la médecine expérimentale (1865). Paris : Flammarion, 1984 [1865].

26.Bibeau G. Pari sur le virage anthropologique de la santé publique. In: Culture et santé publique les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Chicoutimi : Bibliothèque Paul-Émile Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi, 2015 ; 12-21.

27.Fassin D. Faire de la santé publique. 2e édition révisée ed. Rennes : Éditions de l'École des hautes études en santé publique, 2008.

28.Vonax N. La médicalisation malheureuse du mourir et de la mort. *Spiritualité et santé* 2014; 7(1): 36-9.

29.Corin EE. Comprendre pour soigner autrement : repères pour régionaliser les services de santé mentale. Montréal : Presses de l'Université de Montréal, 1990.

30.Brugère F. L'éthique du «care»:«Que sais-je?» n° 3903. Paris : Presses universitaires de France, 2017.

31.Peretti-Watel P, Spica L. Le stigmat, une arme préventive contre les conduites à risque. *Questions de Santé Publique* 2010; (8): 1-4.

32.Le Moigne J-L. Les hypothèses fondatrices des épistémologies constructivites. In: Le Moigne J-L, éditeur. Les épistémologies constructivites. Paris : Presses Universitaires de France, 2007 ; 70-93.

33.Gusdorf G. La parole. 3e éd ed. Paris : Presses universitaires de France, 1953.

34.Organisation Mondiale de la santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Première conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa (Ontario), 1986.

35.Ninacs WA. Empowerment et intervention : développement de la capacité d'agir et de la solidarité. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2008.

36.Le Bossé Y. Soutenir sans prescrire : aperçu synoptique de l'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités (DPA-PC). Québec : Éditions ARDIS, 2016.

37.Balint M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Presses universitaires de France, 1960.

38.de Certeau M, Giard L, Mayol P. La convenance. In: de Certeau M, Giard L, Mayol P, éditeurs. L'invention du quotidien

2 habiter, cuisiner. Paris : Folio essais, 1994 ; 25-52.

39.Vibert S. La socialité entre communauté et société. Pour une approche holiste de la modernité avancée. In: Saillant F, Gagnon É, éditeurs. Communautés et socialités. Montréal : Liber, 2005 ; 59-74.

40.Ancet P. La santé dans la différence. *Philosophia Scientiæ* 2008; 12-2(2): 35-50.

41.Le Blanc G. L'invention du sujet entre normes sociales et normes vitales. Canguilhem et les normes. Paris : Presses Universitaires de France, 2008 ; 78-106.

42.Morin E. Introduction à la pensée complexe. Paris : ESF éditeur, 1974.

43.Piron F. Méditation haïtienne : Répondre à la violence séparatrice de l'épistémologie positiviste par l'épistémologie du lien. *Sociologie et sociétés* 2017; 49(1): 33-60.

44.Weinstock D. Les déterminants sociaux de la santé: Un défi pour l'éthique de la décision dans le domaine des politiques de santé. *Éthique publique* 2018; 20(2): 1-14.

45.St-Cyr Bouchard M, Bouchard C, Sky Oestreicher J, Simon A, Saint-Charles J. La pratique de la transdisciplinarité dans les approches écosystémiques de la santé. *Vertigo* 2014; (Hors-série 19): 1-15.

*Pour contacter les auteurs :*

*Julie Massé MBA MSc PhD(c)*

*Université Laval*

*Faculté des sciences infirmières*

*Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval*

*Pavillon Ferdinand-Vandry*

*1050, avenue de la Médecine, Local 3645*

*Québec (Québec) G1V 0A6, Canada*

*courriel : julie.masse.1@ulaval.ca*

*Annie-Claude Harvey inf. BSc MSc(c) PhD(c)*

*Université Laval*

*Faculté des sciences infirmières*

*Marie-Savane Goyette inf. MBA PhD(c)*

*Université Laval*

*Faculté des sciences infirmières*

*Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval*

*Gaudens Acakpo MD MSc PhD(c)*

*Université Laval*

*Faculté des sciences infirmières*

*Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval*

*Bernard Roy PhD*

*Université Laval*

*Faculté des sciences infirmières*